



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del alumno: Ailyn Guadalupe Santos Gómez

Nombre del tema: Manual de procedimientos

Parcial: 1er.

Nombre de la materia: fundamentos de enfermería

Nombre del profesor: Selene Ramírez Reyes

Nombre de la licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 3ro,

Introducción

2

En este manual de procedimientos se darán a conocer los conceptos de cada una de los procedimientos, así como las técnicas para los procedimientos básicos del cuidado al paciente para una mejor atención, así como los materiales los cuales se utilizan para llevar acabo de la mejor manera la actividad a realizar, así también los objetivos que cumplen cada uno de los procedimientos, con base a esto busco garantizar la seguridad y la calidad de cada uno de las intervenciones de enfermería.

Índice

| | |
|---|---------|
| Portada | pag.1 |
| Introducción | pag,2 |
| Índice | pa,3 |
| Lavado de manos clínico | pag,.4 |
| Administración de medicamentos por vía oral | pag.6 |
| Administración de medicamentos por vía intradérmica..... | pag.8 |
| Administración de medicamentos por vía subcutánea..... | pag.10 |
| Administración de medicamentos por vía intramuscular..... | pag.12 |
| Administración por vía intravenosa..... | pag.14 |
| Valoración de la salud en el adulto..... | pag.16 |
| Tipos de baño en el paciente | pag.18 |
| 1.1 Baño en cama..... | pag.19 |
| 1.2 Baño asistido | pag.20 |
| Succión gástrica | pag,21 |
| Lavado genital | pag,.22 |
| Enemas | pag.24 |
| Bibliografía..... | pag.27 |



Lavado de manos clínico

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. Este proceso durara como mínimo 1 minuto

Objetivo:

Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Material y equipo:

- Jabón líquido o gel antibacterial
- Agua
- Toallas desechables

Pasos de la realización del procedimiento:

1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí.
6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
10. 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
11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas.



Los 5 momentos para la higiene de las manos





Administración de medicamentos vía oral

Se refiere al depósito del medicamento en la cavidad bucal y deglución del mismo del mismo para su posterior absorción a través de la mucosa gastrointestinal.

Objetivo:

- Preparar y administrar los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía digestiva, con fines terapéuticos y/o diagnósticos, en dosis y horarios indicados.

Material y equipo:

- Fármacos en la presentación prescrita.
- Batea
- Dosificador
- Triturador
- Jeringa
- Agua o líquido adecuado según tipo de fármaco.
- Vasos/sobres
- Guantes no estériles.
- Servilleta o celulosa

Pasos de la realización del procedimiento:

- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Etiquetar el sobre/vasito de la dosis con al menos dos identificadores inequívocos del paciente para verificar la identidad. No son válidos aquellos identificadores que pueden ser variables.
- Verificar que el sobre/vasito sólo contiene medicamentos por vía oral,
- Preparar el fármaco, sin tocar los comprimidos.
- Usar guantes en caso de manipular fármacos de quimioterapia.
- Valorar el estado de conciencia y la capacidad de deglución del paciente, de no poder tragar, triturar los comprimidos a excepción de las fórmulas retardadas, o avisar a su médico, para cambiar la medicación por otra presentación del mismo
- Si está indicado triturar el fármaco:
 - Se sugiere, el uso de un triturador o de otro equipo adecuado, no poroso, que pueda limpiarse fácilmente y que evite la contaminación cruzada.
 - Todos los equipos deben limpiarse y secarse después de cada uso.
 - Para los medicamentos citotóxicos, utilizar un equipo para cada persona.
- Higiene de manos del paciente
- Verificar a pie de cama que el tratamiento a administrar y la identidad del paciente son correctos.
- Entregar la medicación al paciente comprobando que la toma y prestándole ayuda, si precisa
- Tener en cuenta que algunos medicamentos no deben ser mezclados entre sí.
- Dejar al paciente en posición cómoda, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirar todo el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.





Administración de medicamentos vía intradérmica.

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

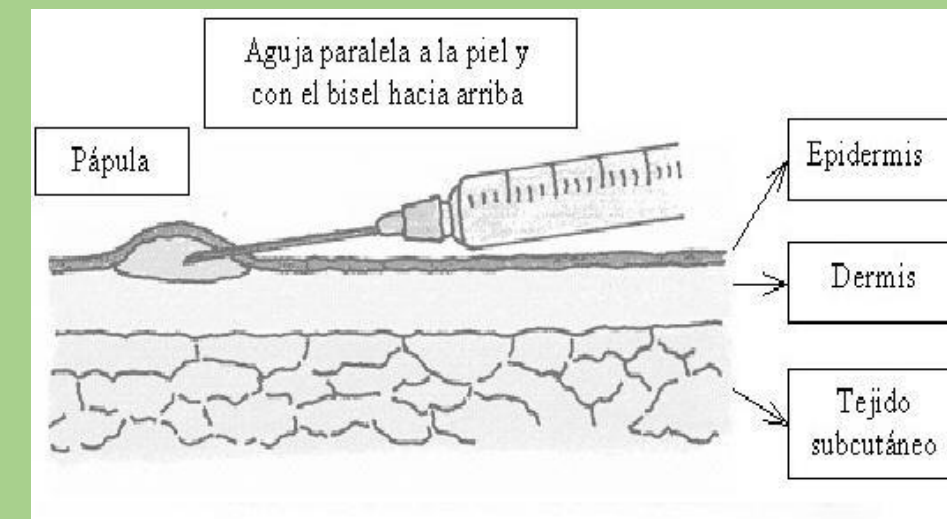
- **Objetivo:** Preparar y administrar con seguridad medicamentos mediante inyección en las capas superficiales de la piel, entre la dermis y la epidermis con fines diagnósticos, terapéuticos y/o preventivos.

Material y equipo:

- Jeringuilla de tuberculina o insulina.
- Vacuna o vial de penicilina o el medicamento que fuese.
- Torundas de algodón
- Alcohol.
- Guantes.
- Canasta de papel.
- Esfero.

Pasos para la elaboración del 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 (0.01ml-0.1ml) 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. o No masajear el área.
- No reencapuchar la aguja. Desecharla la jeringa y la aguja en el receptáculo apropiado.
- Retire el guante y lávese las manos
- 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 minuto





Webconsultas | Revista de salud y bienestar

Administración de medicamentos por vía subcutánea

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.

Objetivos:

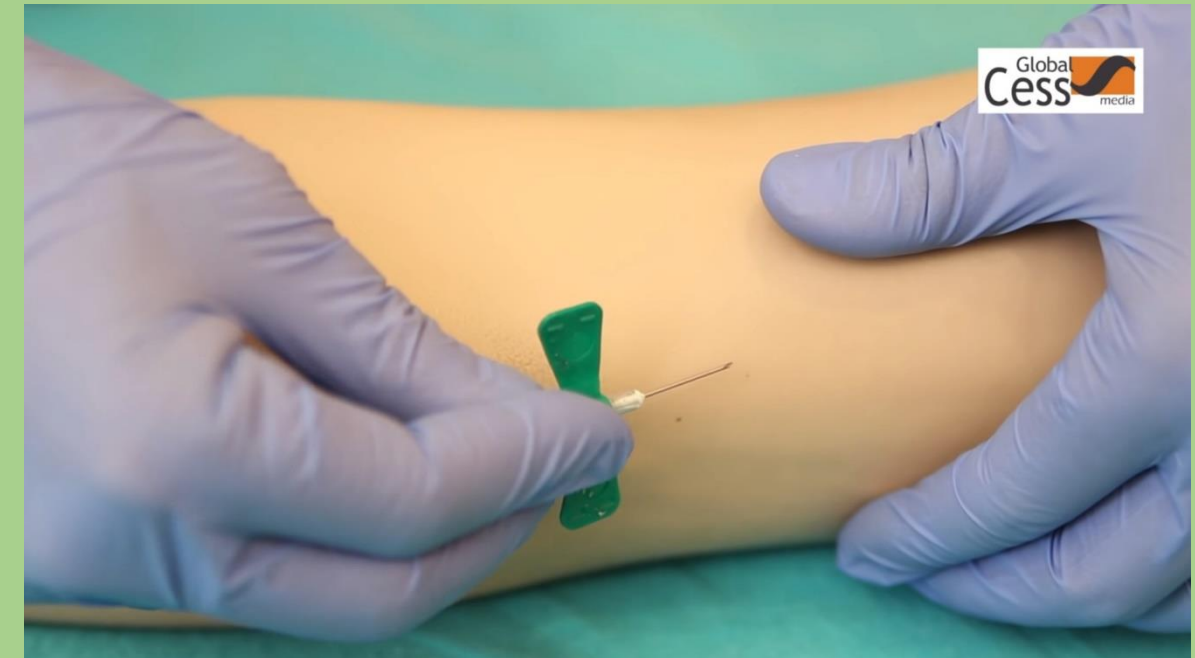
- Administrar con seguridad los fármacos a través de la vía subcutánea.
- Prever posibles complicaciones derivadas de la administración de fármacos por vía subcutánea.
- Administrar un fármaco en el tejido subcutáneo.
- Obtener una absorción más lenta de la medicación comparado con otras vías.

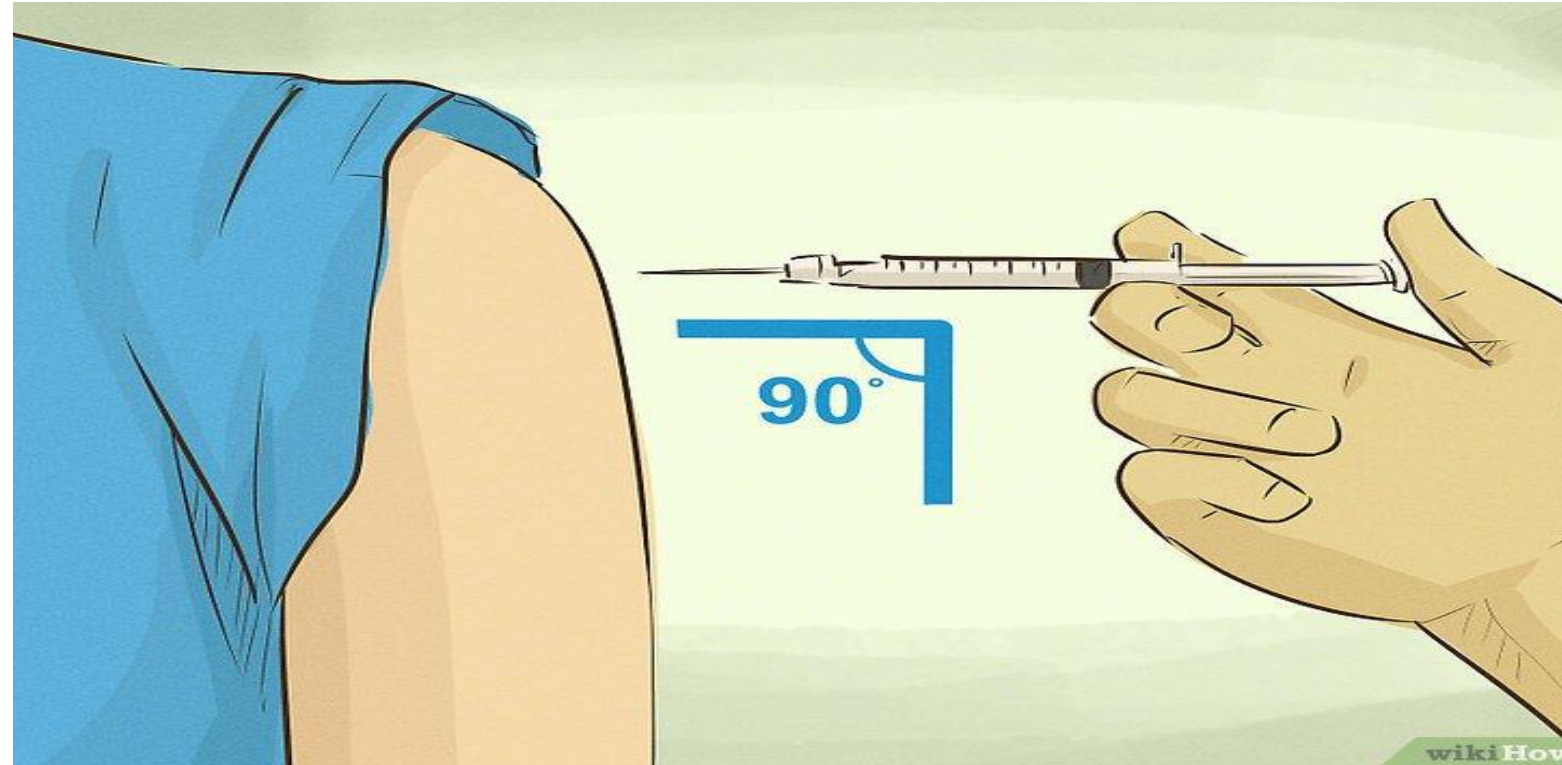
Material y equipo:

- Medicación prescrita.
- Batea
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de calibre 24-27 G, longitud 16-22mm. y bisel medio.
- Jeringa graduada de 0.3ml (30UI), de 0.5-1ml (50UI) o de 1ml (100UI).
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica.
- Contenedor para objetos cortopunzantes.

Pasos para la elaboración del procedimiento:

- Primero se debe tener en cuenta que el calibre de la aguja Pellizco correcto Pellizco incorrecto corresponda a 5-8mm.
- El ángulo de inyección recomendado para las inyecciones subcutáneas son 90°.
- Teniendo en cuenta que esto depende de la cantidad de tejido subcutáneo y el tamaño de la aguja.
 - Es vital minimizar cualquier riesgo de que el músculo siendo penetrado durante la inyección. Esto puede evitarse en gran medida al "pinzar la piel" lejos de la capa muscular. Existen dos formas de aplicar una inyección subcutánea: Pinzando la piel o sin pinzar la piel. Si se decide pinzar la piel, debe hacerse con la técnica correcta





Administración de medicamentos vía intramuscular

La inyección intramuscular es una técnica utilizada para administrar una medicación profundamente en el interior de los músculos.

Objetivo:

permite que el medicamento sea absorbido rápidamente por el torrente sanguíneo por la vascularidad que posee dicho tejido

Material y equipo:

- Medicación prescrita.
- Batea
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de calibre 20 a 22 G. y longitud 25 a
- Jeringa
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica.
- Contenedor para material corto-punzante.

Pasos para la elaboración del procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Usar técnica estéril para la preparación de inyecciones intramusculares.
- Desinfectar tapón del vial.
- Utilizar una aguja para la preparación y otra para la administración.
- Cargar la dosis prescrita en la jeringa y desechar la aguja utilizada sin taparla en contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Conectar la aguja de calibre adecuado para la administración del fármaco.
- Determinar con el paciente la zona para administrar la medicación: dorsoglútea, ventroglútea, vasto lateral externo o deltoides.
- Palpar la zona de punción para descartar hematomas, induración o signos de infección.
- La desinfección de la piel pre-inyección no se recomienda en pacientes jóvenes y saludables con piel visiblemente limpia.
- Limpiar la piel con solución antiséptica en personas mayores, inmuno-comprometidas o si la inyección se realiza cerca de lesiones infectadas o colonizadas, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia de aproximadamente 5 cm.
- Aplicar presión manual en la zona de inyección diez segundos antes de insertar la aguja.
- Introducir la aguja hasta la profundidad deseada formando un ángulo de 90° en un movimiento rápido y seguro.
- Realizar aspiración en la inyección en la región dorso glútea debido a la proximidad de la arteria glútea. No es necesario en otras zonas.
- Inyectar el fármaco lentamente, unos 10 segundos por ml para permitir que el líquido sea absorbido por el músculo.
- Retirar rápidamente la aguja con el mismo ángulo que se insertó.
- Presione la zona masajeando suavemente (excepto si se ha administrado una sustancia irritante).
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.



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.

Objetivo:

- Producir efectos más rápidos que por otras vías.
- Introducir dosis precisas de medicamento al torrente circulatorio para una acción rápida.
- Administrar sustancias no absorbibles en depósitos tisulares o en el aparato gastrointestinal, o que se pueden inactivar antes de la absorción.
- Eliminar el proceso de absorción y descomposición del fármaco al depositarlo directamente en la sangre.

Material y equipo:

- Jeringuillas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento prescrito
- Solución salina 100cc.
- Torundas de algodón secas.
- Alcohol en atomizador
- Canasta de papel
- Torniquete.
- Guantes.

Pasos para la elaboración del procedimiento:

- Lavado de manos y tener todos los materiales listos.
- Explicación del procedimiento al paciente.
 - Preparación del medicamento.
 - Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.
 - 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 la salud en el adulto

La valoración del estado de salud de una persona o individuo es un elemento fundamental de los cuidados de enfermería y abarca dos aspectos: historia clínica de enfermería sobre el estado de salud y exploración física. Existen tres tipos de exploración física: evaluación completa, evaluación de un sistema o aparato del organismo y la de un segmento o región corporal.

Objetivo:

Integrar los conocimientos de las esferas clínicas, psicológicas, mentales y sociales, lo que faculta el obtener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra el paciente, facilita el diagnóstico no solo de entidades patológicas habituales, sino también el integrar a los síndromes geriátricos, lo que facilita la distribución de tareas en un equipo multidisciplinario de atención al anciano y da una visión clara de los objetivos del manejo con la intención de otorgar mejor calidad de vida. Se presentan algunos test de los más utilizados, que ayudan a lograr la valoración de la persona adulta mayor.

Pasos para la elaboración del procedimiento:

- Inspección (observar el cuerpo).
- Palpación (sentir el cuerpo con los dedos o las manos).
- Auscultación (escuchar los sonidos).
- Percusión (producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo)

Material y equipo:

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.





Tipos de baño en el paciente

Baño en cama

19

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.

Material y equipo:

- Vaso con agua.
- Palangana con agua caliente.
- Esponjas desechables.
- Jabón líquido.
- Champú.
- Bastoncillos para los oídos.
- Toalla de baño.
- Guantes y bata desechable.
- Crema hidratante y/o hidrocoloide.
- Complementos de aseo personal.
- Ropa limpia para paciente y cama.
- Bolsa de recogida de ropa usada.
- Bolsa de recogida de material desechable.

Pasos para la elaboración del procedimiento:

- Lavar la cabeza, en el siguiente orden:
- Colocar un ahulado con sábana móvil debajo de los hombros y la cabeza.
- Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona).
- Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador. Retirar la palangana.
- Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana móvil. Colocar al usuario(a) en posición cómoda.
- Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- Colocarse guantes.
- Con el paño húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.
- Con el paño húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.
- Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.
- Si la condición del usuario lo permite, ofrecer paño, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltear al usuario para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el usuario está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño.
- Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.
- Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.
- Lave y secar la pierna y el muslo iniciando del tobillo hasta la ingle, con movimientos rotatorios. Hacer lo mismo con la otra pierna
- Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavarlos dando énfasis a los espacios interdigitales, secar, cortar uñas y aplicar talco o crema.
- Hacer el aseo de genitales. Si el usuario coopera, permitir que se realice el aseo él mismo; de lo contrario, realizarle el aseo perineal.
- Hacer cama según técnica de cama (ver procedimiento, cama ocupada).
- Dejar al usuario cómodo.
- Dar cuidado posterior el equipo.
- Realizar nota de enfermería especificando: hecha, hora, condición de la piel y hallazgos encontrados, colaboración del usuario, nombre de la enfermera y número de licencia Riesgos relacionados con el procedimiento.

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.

Baño asistido

20

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

Objetivo:

- 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.

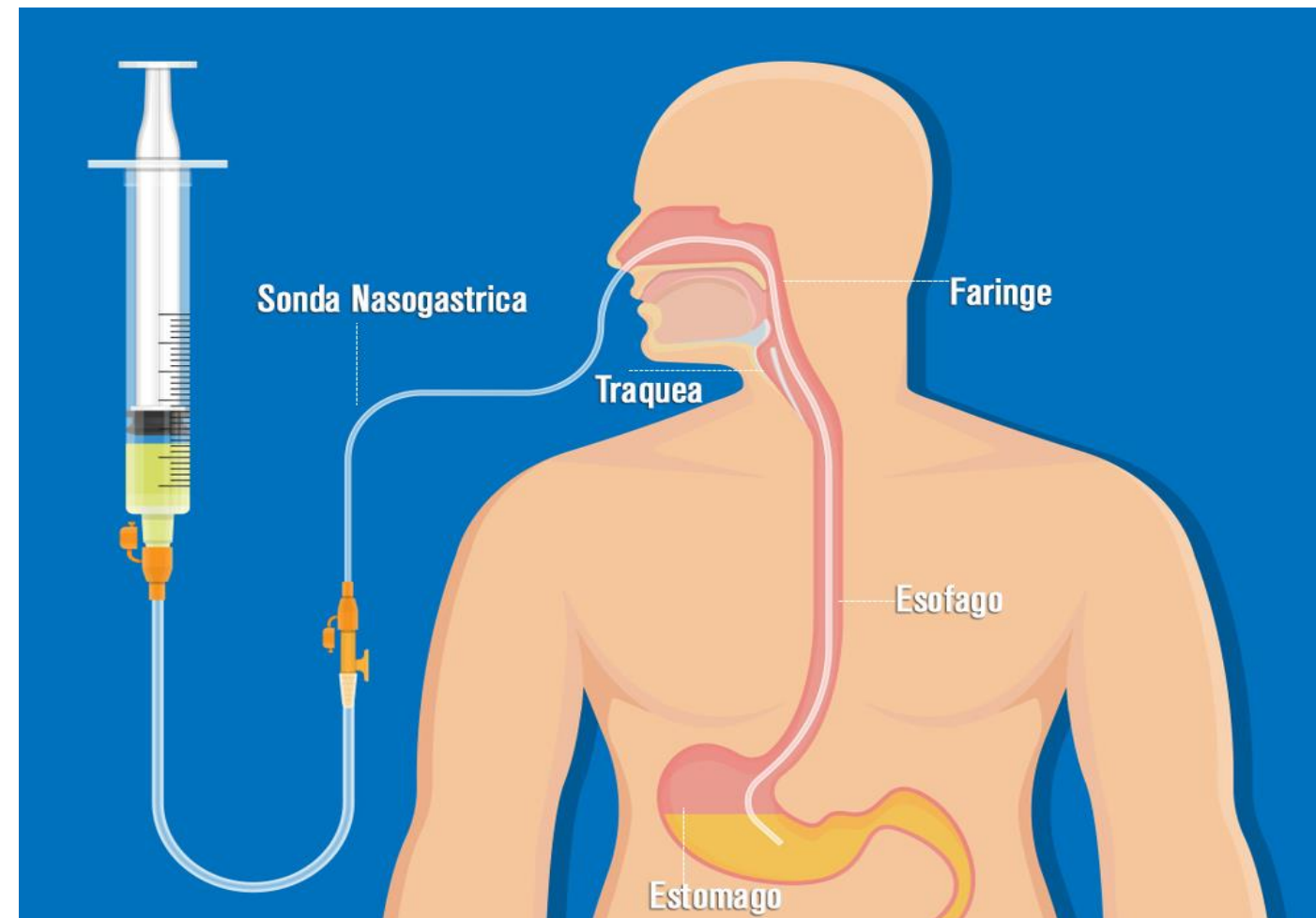
Material y equipo:

- Jabón-shampoo, crema o solución hidratante, peine, equipo para higiene bucal, riñonera, palangana.
- Biombo, ropa de cama, cesta de ropa sucia, 2 toallas, pijama.
- Equipo de protección personal, guantes.
- Bolsa para ropa sucia.

Pasos para la elaboración del procedimiento:

El baño asistido se realiza al paciente se encuentra en reposo o incapacitado por su estado de salud⁴ para hacerlo por sí mismo se realiza el aseo en la cama o en la bañera y con la ayuda del personal de enfermería, evitando las corrientes de aire y con la temperatura adecuada de la habitación contribuye en su bienestar físico y preservar su intimidad.





Succión gástrica

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.
- Prevenir broncoaspiración en usuario(a) con disminución de conciencia.
- Contribuir a establecer el diagnóstico de salud

Material y equipo:

- 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.

Pasos para la elaboración del 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 xifoides. 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 aseptó.
- Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa aseptó 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.



Lavado genital

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal

Objetivo:

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

Material y equipo:

- Palangana con agua templada.
- Esponja y jabón neutro.
- Cuña.
- Toallas.
- Guantes Monouso.

Pasos para la elaboración del procedimiento (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.

Pasos para la elaboración del procedimiento (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.



Enemas

Es la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta de por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos

Objetivo:

- Favorecer la eliminación de gases y materia fecal.
- Favorecer la limpieza del intestino. Desintoxicar el organismo.
- Disminuir la distensión abdominal.
- Complementar tratamientos.
- Suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.

Material y equipo:

- Recipiente con solución indicada.
- Irrigador con su tramo de goma, adaptador, pinza protegida o llave de seguridad.
- Sondas rectales o cánulas.
- Lubricantes.
- Torundas.
- Hule y sábana tirante.
- Portairrigador.
- 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.

Pasos para la elaboración del proceso:

- Verificar la indicación en el expediente de salud
- Informar al usuario, y solicitar el consentimiento del procedimiento.
- Realizar higiene de manos. • Abrir el cubre paquete de la sonda rectal.
- Preparar el equipo de enema (hacer conexión de hule al tanque y a la sonda rectal por medio de la cárpala cerrada).
- Verter en el tanque 500 cc de agua estéril tibia si es un enema y 100 cc si es un micro enema. Agregar los otros componentes indicados (medicamentos, aceite mineral u otro).
- Extraer el aire de la conexión dejando salir unos 5 cc del líquido. Pinzar la sonda
- Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a) durante el procedimiento.
- Ayudar al usuario a adoptar la posición de SIMS izquierdo (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada).
- Cubrir al usuario con la sábana móvil, dejando descubierto la zona anal.
- Colocar ahulado y sábana móvil debajo de los glúteos del usuario(a)
- Lubricar el extremo distal de la sonda rectal.
- Solicitar al usuario(a) que respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal.
- Introducir la sonda rectal aproximadamente 10 centímetros, en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso).
- Despinzar la sonda y pasar suave y lentamente la solución.
- Elevar con la mano libre el tanque por encima de los hombros (aproximadamente 60 cm sobre el nivel de la cama) o colocar en el soporte del gigante.
- Mantener al usuario(a) cubierto con sábana.
- Pinzar la sonda y retirar la sonda rectal al terminar la solución de pasar.
- Higienizar la zona perianal, en caso necesario.
- Colocar el bidé al usuario(a).
- Colocar el equipo en la parte inferior del carro y trasladarlo al cuarto séptico. • Dar cuidado posteriormente al equipo.
- Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Bibliografía

- [Vías de administración | Vías de administración y Formas Farmacéuticas \(unam.mx\)](#)
- [Preparación y administración de fármacos vía oral - Manuales Clínicos \(hospitaluvrocio.es\)](#)
- [Preparación y administración de fármacos vía intradérmica - Manuales Clínicos \(hospitaluvrocio.es\)](#)
- [Preparación y administración de fármacos vía subcutánea - Manuales Clínicos \(hospitaluvrocio.es\)Preparación y administración de fármacos vía intramuscular - Manuales Clínicos \(hospitaluvrocio.es\)](#)
- [Procedimientos de enfermería en la higiene del paciente. \(revistasanitariadeinvestigacion.com\)](#)
- [P18. Aspiración Gástrica | Enfermería \(enfermeria.top\)](#)
- <https://todosobreenfermeria.wordpress.com/2016/07/30/enema-evacuante/#:~:text=Material%20y%20equipo%3A%201%20Recipiente%20con%20solución%20indicada.,8%20Riñonera%20o%20similar%20para%20desechos.%20Más%20elementos>
- [fundamentos e enfermería III antología .pdf](#)