



## Manual de procedimientos

*Nombre del Alumno: anayeli Pérez Ordoñez*

*Nombre del tema: Unidad IV Valoración de la Salud*

*Parcial I*

*Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería*

*Nombre del profesor: Selene Ramírez Reyes*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre III*

*Pichucalco, Chiapas; a 31 de julio 2023*

## INTRODUCCIÓN

A continuación dentro de este manual de procedimientos se encuentran e identifican algunas de las técnicas básicas y necesarias que se debe de conocer como estudiante de enfermería para al momento de llevar a cabo las practicas se realice cada una de ellas con un poco más de facilidad así como también reconocer cada uno de los pasos a seguir y la importancia de respetar cada punto para lograr el bienestar del paciente.

En el manual se encuentran los 5 momentos del lavado de manos, así como también algunas de las vías de administración de medicamentos con su respectiva definición de cada una de ellas con la finalidad de lograr una mejor comprensión.

## INDICE

# LAVADO DE MANOS



## LAVADO DE MANOS

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.

Lavarse las manos es la más eficaz de las acciones sencillas que pueden realizarse para reducir la propagación de enfermedades infecciosas. Los retos son enormes pero también son muchos los beneficios: salvar vidas, mejorar la seguridad del paciente y lograr una atención más limpia para millones de seres humanos y sus familias.

- Este proceso durara de 40 a 60 segundos

### ✓ OBJETIVOS:

Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

### MATERIAL Y EQUIPO PARA EL PROCEDIMIENTO:

- ✓ Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj. La piel debajo de los anillos está más altamente colonizada que la piel de los dedos sin anillos.
- ✓ Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte.

### PROCEDIMIENTO:

1. Mojar las manos con agua.
2. Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la superficie de la mano.
3. Frotar las palmas de las manos entre sí.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, con los dedos entrelazados, y viceversa,
5. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación y viceversa.
8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Enjuagarse las manos.
10. Secarlas con una toalla desechable.
11. Usar la toalla para cerrar el grifo o llave de agua.



Figura 1. Técnica del lavado de manos

## ✓ LOS 5 MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS



- ✓ Antes del contacto con el paciente.
- ✓ Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- ✓ Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes.
- ✓ Después del contacto con el paciente.
- ✓ Después del contacto con el entorno del paciente.

ADMINISTRACION:

# VÍA ORAL



## **VÍA ORAL**

La administración de un medicamento por ingestión, puede ser la vía más común para la administración del medicamento. Es el procedimiento por el cual se administran por la boca medicamentos, ya sea para acción local o sistemática.

Muchos medicamentos se pueden administrar por vía oral como líquidos, capsulas, tabletas o comprimidos masticables.

### **✓ OBJETIVOS**

Aliviar síntomas de una enfermedad y, auxiliar el organismo en la eliminación y destrucción de microorganismos patógenos y ayuda a sobreponerse a la enfermedad.

### **MATERIAL Y EQUIPO PARA EL PROCEDIMIENTO**

A la hora de preparar los medicamentos recuerda siempre:

- Comprobar la fecha de caducidad en el envase, para ello recuerda mantener cada medicamento en su envase original.
- Verificar que las dosis sean las correctas.
- Tener claro cómo y cuándo tienes que darle a tu familiar la medicación. (En ayunas, o durante algunas de las comidas del día; desayuno, comida, cena o antes de ir a dormir).
- Fármacos en sus distintas presentaciones (tabletas, grageas, capsulas, gránulos, jarabe, etc.
- Agua/líquido adecuado según el tipo de fármaco.

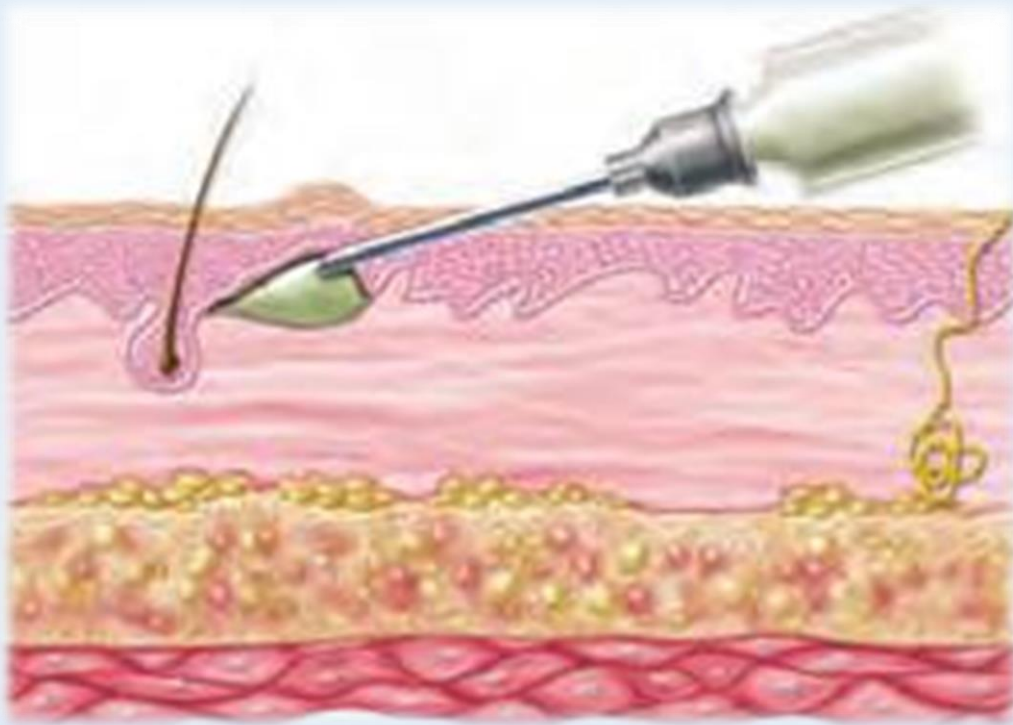
### **PROCEDIMIENTO:**

1. Verificar la prescripción del médico y ausencia de alergias.
2. Informe al paciente sobre el procedimiento a realizar y los motivos de la administración
3. Realice higiene de las manos con jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica.
4. Prepare la medicación de cada paciente por separado
5. Coloque al paciente en posición de fowler o semisentado
6. Compruebe si el medicamento se ingiere con líquidos o es para masticar.
7. Administre la medicación proporcionándole agua siempre u otro líquido (si está indicado) en cantidad suficiente, para que la medicación llegue al estómago y evitar la irritación esofágica.
8. Valore la tolerancia y los posibles efectos adversos y comuníquelos al médico si los hubiera.



ADMINISTRACION:

# VÍA INTRADÉRMICA



## **VÍA INTRADÉRMICA**

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.

Normalmente las inyecciones intradérmicas se utilizan para pruebas cutáneas (p. ej., pruebas de tuberculina y pruebas de alergia). Debido a que estos medicamentos son potentes, se inyectan en la dermis, donde el suministro de sangre es reducido y la absorción del medicamento se produce lentamente.

### ✓ **OBJETIVOS**

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 Y EQUIPO PARA EL PROCEDIMIENTO**

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

### **PROCEDIMIENTO**

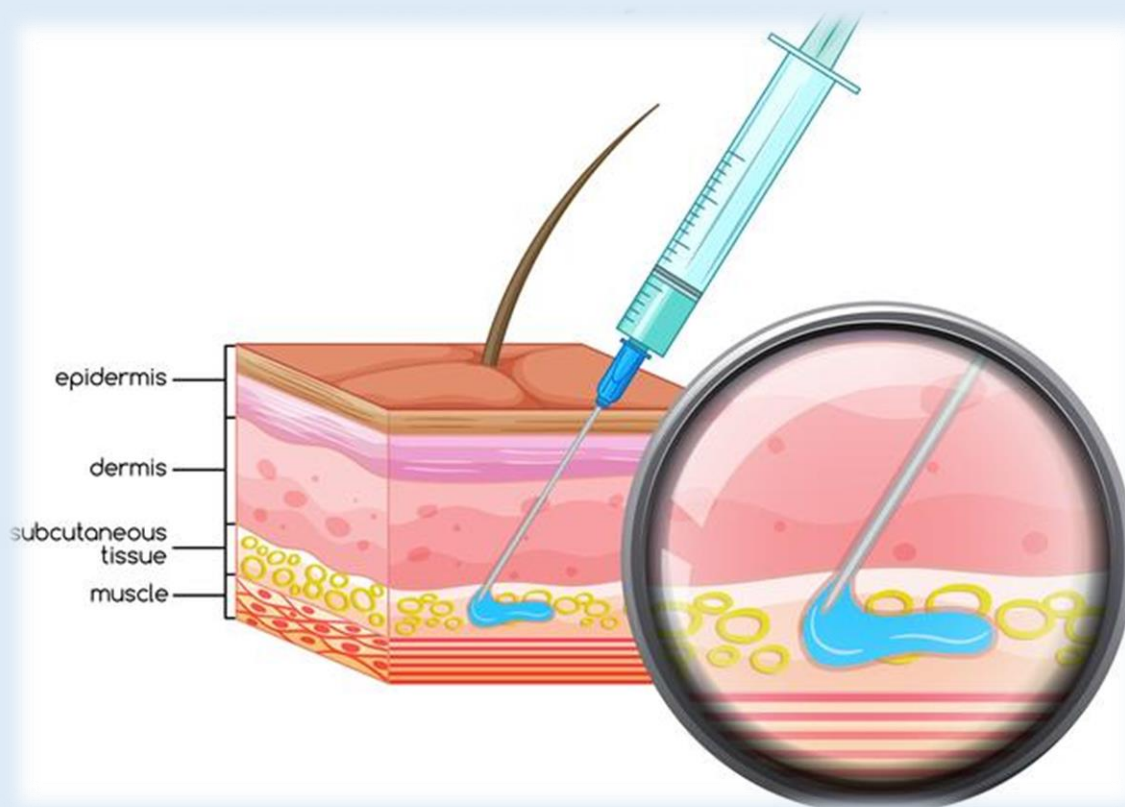
- ✓ Explique el procedimiento al paciente, el propósito, el lugar de la inyección y cómo debe cooperar.
- ✓ Lávese las manos y póngase guantes desechables.
- ✓ Coloque al paciente y seleccione el área ventral del antebrazo, parte superior del tórax o parte superior de la espalda debajo de las escápulas.
- ✓ 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.
  - ✓ 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 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.



ADMINISTRACION:

# VÍA SUBCUTÁNEA



## VÍA SUBCUTÁNEA

La vía 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.

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. El medicamento se inyecta en la hipodermis donde es lento el flujo sanguíneo y, por lo tanto, más lento, y más estable será la tasa de absorción en comparación con la de la vía intramuscular

### ✓ OBJETIVOS

- Administrar un fármaco en el tejido subcutáneo
- Obtener una absorción más lenta de la medicación comparado con otras vías

## MATERIAL Y EQUIPO PARA EL PROCEDIMIENTO

- Bandeja
- Jeringa esteril de 1ml
- Aguja de calibre 25 x0.7 o del tamaño adecuado a la masa muscular
- Fármaco
- Torundas de algodón con solución antiséptica
- Guantes

## PROCEDIMIENTO

Existen 2 técnicas de aplicar una inyección subcutánea:

- Pinzando la piel
- Sin pinzar la piel

Pellizco  
correcto



Pellizco  
incorrecto

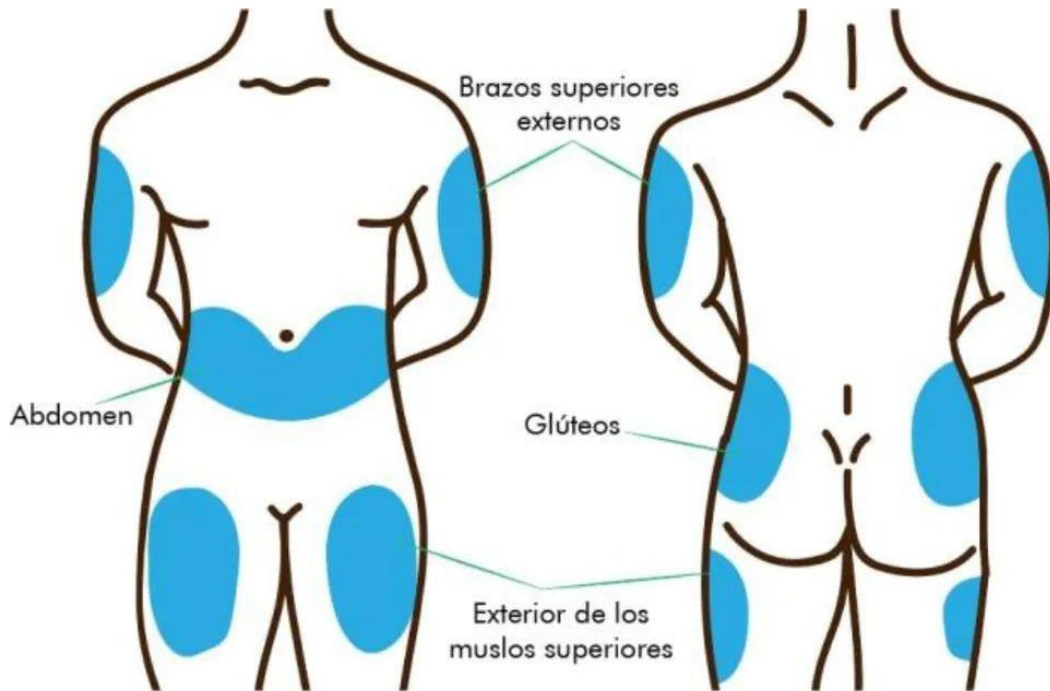


- ✓ Lavado de manos
- ✓ Identificar al paciente
- ✓ Verificar la indicación medica
- ✓ Preparar la medicación de la ampolla o frasco
- ✓ Cambiar aguja de recarga
- ✓ Explicar al paciente al tratamiento a realizar
- ✓ Colocar al paciente en una posición cómoda



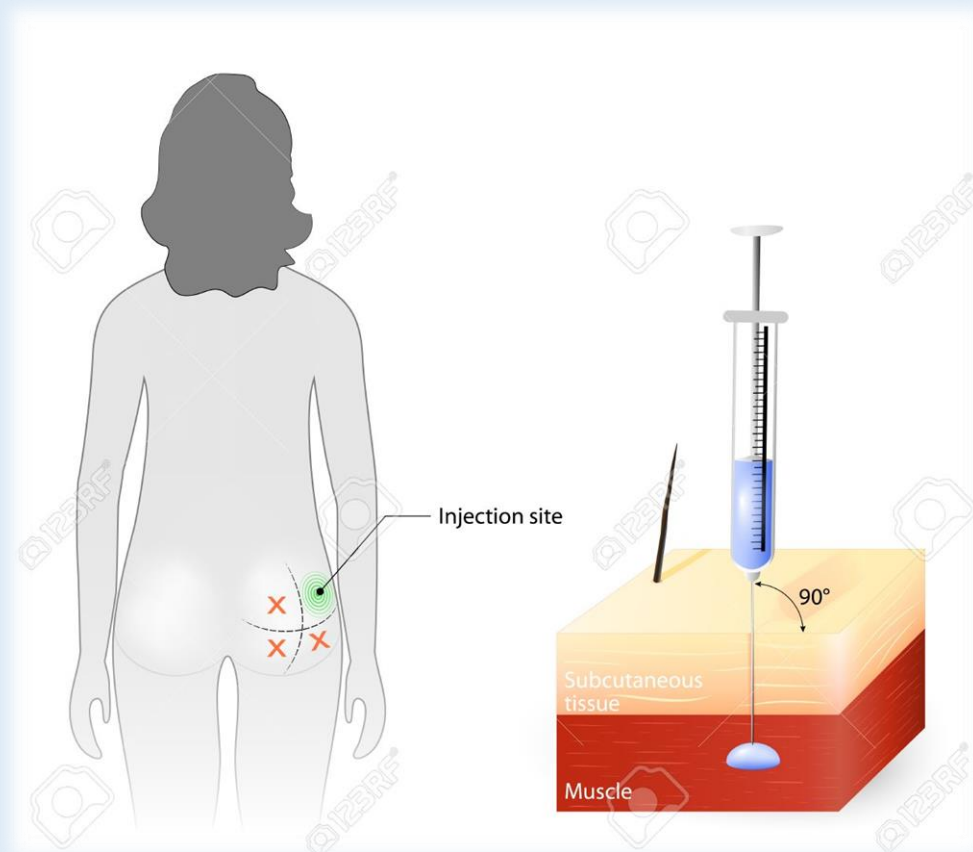
- ✓ Introducir la aguja en el musculo en ángulo de 45° o 90° sostener la jeringa entre los dedos pulgar e índice
- ✓ Desechar todo el material usado
- ✓ Registrar toda la información de la práctica y efectos relevantes en planilla correspondiente

## ZONAS



ADMINISTRACION:

# VÍA INTRA- MUSCULAR





## VÍA INTRAMUSCULAR

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 vascularidad que posee dicho tejido. Las inyecciones intramusculares se usan comúnmente para administrar vacunas, hormonas, vitamina D, antibióticos y medicamentos antipsicóticos a largo plazo. Debido a su gran masa, los músculos de los glúteos son blancos frecuentes de inyecciones intramusculares en adultos y niños y pueden recibir grandes volúmenes de medicación inyectada.

### ✓ OBJETIVOS

El objetivo de la inyección intramuscular es liberar el fármaco en el núcleo carnoso de un músculo con una circulación eficiente de sangre que permita su rápida absorción.

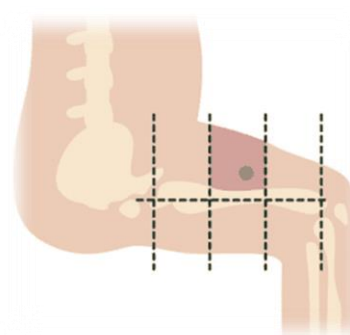
## MATERIAL Y EQUIPO PARA EL PROCEDIMIENTO

- 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.

## PREPARACIÓN

### Muslo:

- El muslo es un buen lugar para aplicarse una inyección uno mismo o a niños de menos de 3 años.
- Mire el muslo, e imagine dividirlo en 3 partes iguales.
- Aplique la inyección en la mitad del muslo.



### Cadera:

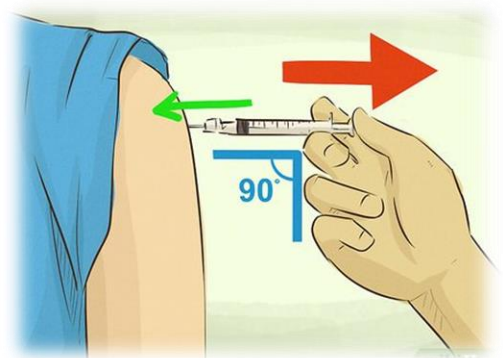
- La cadera es un buen lugar para dar una inyección en adultos y niños mayores de 7 meses.



- Haga que la persona se recueste de lado. Ponga la parte de abajo de su mano en el lugar en el que el muslo se encuentra con la nalga. Su pulgar debe apuntar a la ingle de la persona y los dedos a la cabeza de la persona.
- Empuje a su primer dedo (índice) lejos de los otros dedos, formando una V. Usted puede sentir el borde de un hueso en la punta de su dedo índice.
- Ponga la inyección en el medio de la V, entre su primer y segundo dedo.

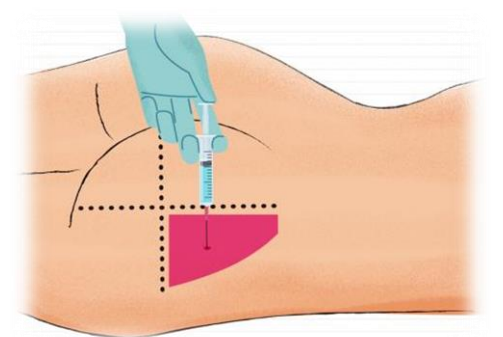
### Parte superior del brazo:

- Se puede utilizar el músculo del brazo superior si se puede sentir el músculo allí. Si la persona es muy delgada o el músculo es muy pequeño, no use ese sitio.
- Descubra la parte superior del brazo. Este músculo forma un triángulo al revés que comienza en el hueso que va a través de la parte superior del brazo.
- El vértice del triángulo está en el nivel de la axila.
- Aplique la inyección en el medio del triángulo del músculo. Esto debería ser de 1 a 2 pulgadas (2.5 a 5 centímetros) por debajo de ese hueso.



### Nalgas:

- NO use este sitio para un niño menor de 3 años, porque todavía no hay suficiente músculo allí. Mida este sitio cuidadosamente, porque una inyección dada en el lugar equivocado podría golpear un nervio o un vaso sanguíneo.
- Descubra una nalga. Imagínese una línea desde la parte inferior de la nalga hasta la parte superior del hueso de la cadera. Estas dos líneas forman una caja dividida en 4 partes.
- Ponga la inyección en la parte superior externa de las nalgas, debajo del hueso curvado.



## **Para dar una inyección IM:**

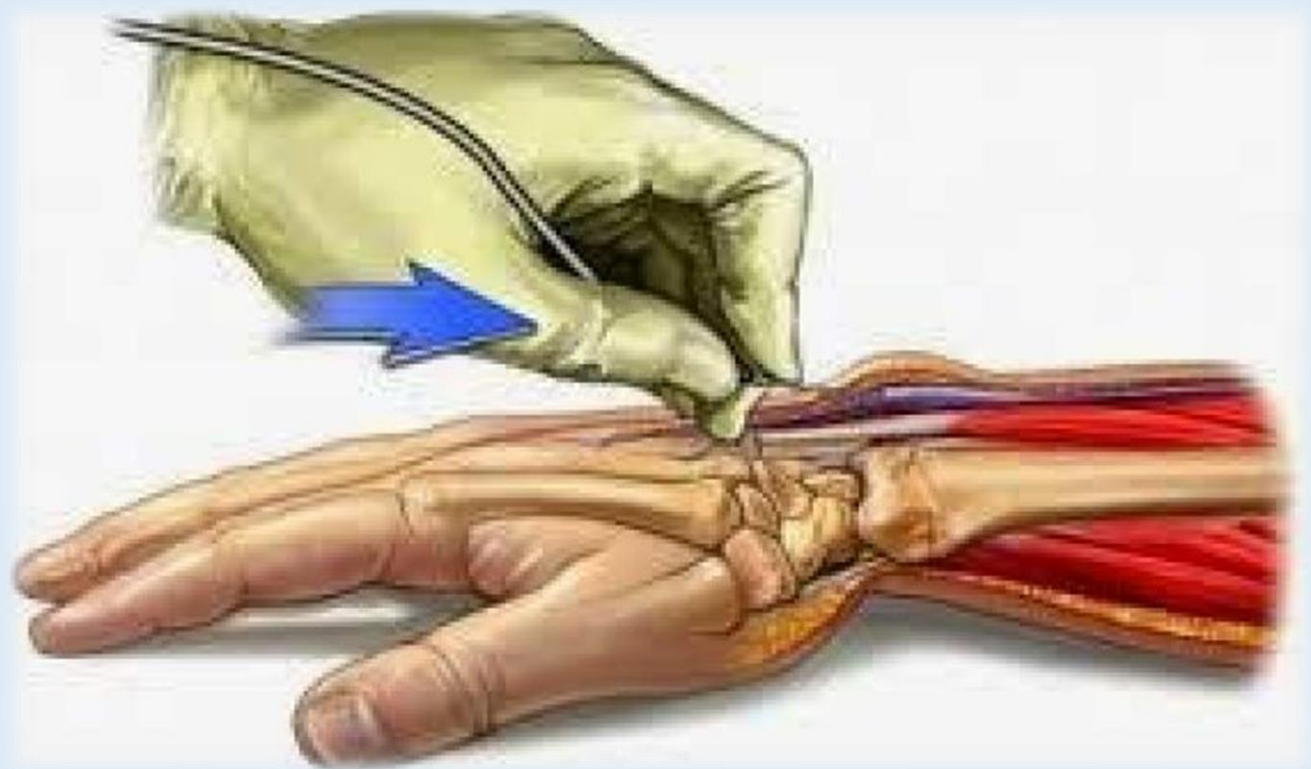
1. Asegúrese de que tiene la cantidad correcta del medicamento adecuado en la jeringa.
2. Lávese bien las manos con agua y jabón. Séquelas.
3. Con cuidado, encuentre el lugar en el que aplicará la inyección.
4. Limpie la piel en ese punto con un algodón con alcohol. Déjelo secar.
5. Tome la tapa de la aguja.
6. Agarre el músculo en el área con los dedos pulgar e índice.
7. Con firmeza, coloque la aguja en el músculo recto hacia arriba y abajo en un ángulo de 90 grados.
8. Empuje el medicamento en el músculo.
9. Retire la aguja en línea recta.
10. Presione el área con la bola de algodón.

## **ASPIRACIÓN**

La aspiración se define como la extracción del émbolo de una jeringa (durante 5-10 segundos) antes de inyectar la medicina. La aspiración se realiza con mayor frecuencia durante una inyección intramuscular (IM) o subcutánea (SC), y está destinada a asegurar que la punta de la aguja esté localizada en el sitio deseado y que no haya perforado accidentalmente un vaso sanguíneo

ADMINISTRACION:

# VÍA INTRAVENOSA



## **VÍA INTRAVENOSA**

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.

Hace referencia a la administración de medicamentos o líquidos a través de una aguja o sonda insertada dentro de una vena. Esto permite el acceso inmediato del medicamento o líquido al torrente sanguíneo.

### **✓ OBJETIVOS**

- 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.
- Para proporcionar vitaminas y medicamentos solubles en agua.
- Establecer una vía accesible para la administración de medicamentos intravenosos.

### **FORMAS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA**

Existen ciertas formas para la administración de medicamentos por vía intravenosa, las cuales se clasifican de acuerdo al tiempo de perfusión, volumen, y volumen plasmático alcanzado.

1. Administración intravenosa directa: se administran muy lentamente durante al menos 1 minuto.
2. Administración intravenosa en perfusión intermitente: Tiempo de infusión de 15-20 minutos.
3. Administración intravenosa en perfusión continua: Se utiliza cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc. El tiempo de infusión es igual o superior a 4 horas.

### **MATERIALES Y EQUIPO PARA EL PROCEDIMIENTO**

#### **FORMA DIRECTA**

- 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.
3. Preparación del medicamento.
- 4- Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.
9. Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo por al menos 3 minutos. Retirar todos los materiales y lavarse las manos.



TIPOS DE BAÑO EN EL PACIENTE:

# BAÑO EN CAMA



## **BAÑO EN CAMA**

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.

### ✓ **OBJETIVOS**

- ✓ 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.

### **MATERIALES Y EQUIPO DE PREPARACION**

- ✓ Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Presentarse e identificar al usuario(a) y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.
- ✓ Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado sábana movible, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.
- ✓ Ofrecer privacidad al usuario(a) por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.
- ✓ Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes)
- ✓ Aflojar y retirar las piezas de la ropa de cama una a una.
- ✓ Retirar la colcha, sujetándola por el borde superior; doblarla en 4 partes, colocarla en la silla si va a reutilizarla; si no, descartarla en el soporte para ropa sucia.
- ✓ Retirar la cobija de la misma forma.
- ✓ Aflojar la sábana superior y dejarla cubriendo al usuario(a).
- ✓ Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.
- ✓ Establecer comunicación terapéutica.
- ✓ Si el usuario se encuentra defecado, hacer la higiene genital; ofrecer el bidé u orinal antes de iniciar el baño. Retirar los guantes.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler o fowler.
- ✓ Ofrecer un vaso con agua, riñón, cepillo de dientes y pasta dental, si el usuario se encuentra en condiciones de realizar su higiene bucal; de lo contrario, esto será realizado por el personal de enfermería (el cepillo de dientes y la pasta dental pueden remplazarse por espátulas forradas con gasa, agua y aceite mineral)
- ✓ Retirar la almohada y colocar al usuario(a) en posición supina; si presenta dificultad respiratoria, dejarlo en posición semifowler.
- ✓ Doblar la sábana superior hasta la cintura del usuario(a); retirar la camisa o bata y cubrirlo de nuevo con la sábana superior.
- ✓ Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas.



- ✓ Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego secar.

### **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 pañito 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 pañito húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región submamaria 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 pañito, 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.

# SUCCIÓN GÁSTRICA



## 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

## MATERIALES Y EQUIPO PARA SU 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 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.

# LAVADO DE GENITALES



## LAVADO DE GENITALES

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.
- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar.

### VARIACIÓN PARA EL 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.

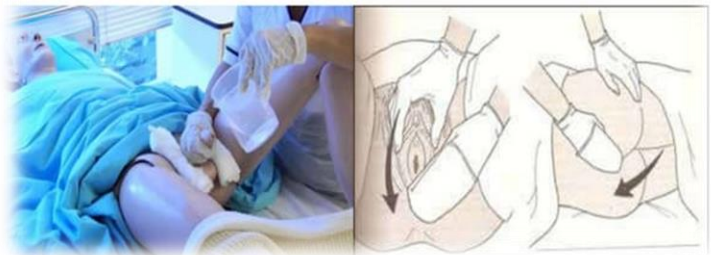
- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.

- 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 perineal



## HACER EL ASEO GENITAL EN EL HOMBRE DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 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.



## CONCLUSION

Es fundamental el estar conociendo de aquellas técnicas, pasos que se desarrollan o que en algún momento como alumnos pondremos en prácticas durante nuestra formación, al realizar este manual de procedimientos me pareció interesante e importante el conocer aquellas vías de administración siendo muy complejas pero que mediante el estudio y la práctica se puede lograr realizar con facilidad cada una de ellas.



