



CÁTEDRA
DE EDUCACIÓN
MÉDICA
FUNDACIÓN LILLY-UCH

GUIONES PARA LA
PRÁCTICA CLÍNICA



HABILIDADES Y
PROCEDIMIENTOS
IV

número 7



CÁTEDRA
DE EDUCACIÓN
MÉDICA
FUNDACIÓN LILLY-UCH

Director de la colección:

Jesús Millán Núñez-Cortés
Catedrático-Jefe de Servicio de Medicina Interna

Autores: Grupo impulsor del Aula de Habilidades y Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

Díaz-Chirón Sánchez, Laura
Fernández Tormos, Esther
Fuentetaja Sanz, Fernando
García Martín, Luis Alberto
Gutierrez García, Aida
Martín Ventura, Sonia
Martínez de Bujo Ganzabal, Laura
Martínez López, Adrián
Padrón Romero, Maite
Requena Mora, Jose Maria
Sánchez da Silva, Marta
Troyano Prieto, Victor
Vila Zárata, Cristina

Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Facultad de Medicina de la Universidad Complutense

DEPÓSITO LEGAL: M-3500-2012
ISBN: 978-84-694-2399-8

INDICE

SONDAJE NASOGÁSTRICO (SNG)	5
Fernando Fuentetaja Sanz	
SONDAJEVESICAL MASCULINO	7
Laura Martínez de Bujo Ganzabal	
SONDAJEVESICAL FEMENINO	14
Laura Martínez de Bujo Ganzabal	
TACTO RECTAL	20
Adrián Martínez López	

SONDAJE NASOGÁSTRICO (SNG)

Fernando Fuentetaja Sanz

OBJETIVO: Colocación de un catéter hasta el estómago del paciente introduciéndolo por vía nasal con el objetivo de vaciar su contenido o introducir fármacos o nutrición.

MATERIAL:

1. GUANTES
2. FONENDOSCOPIO
3. JERINGA DE 50cc
4. AGUA
5. PALANGANA O BATEA
6. LUBRICANTE
7. ESPARADRAPO

METODO: (puntos clave y su explicación)

- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
 - La colaboración del paciente en esta técnica es muy importante ya que más adelante pediremos que trague para que la sonda no se quede acodada en la boca.
- Mantener al paciente en posición de Semi-Fowler o semisentado.
 - Aproximadamente 45°
- Medir la sonda nasogástrica
 - Mediremos la longitud de sonda nasogástrica que vamos a introducir hasta el estómago del paciente tomando como referencia la distancia desde la nariz a la oreja y desde esta a la punta del esternón.
- Introducir la sonda previamente lubricada pidiendo al paciente enérgicamente que trague.
 - En este punto ayudará a la colocación de la sonda la colaboración del paciente pidiéndole enérgicamente que trague y proporcionándole una batea o palangana ya que en este punto se suele provocar el reflejo nauseoso y el vómito.
 - En caso de sondajes dificultosos podemos pedir al paciente que lleve el mentón al pecho para dar prioridad a la vía digestiva sobre la aérea.

- Comprobar la sonda con el fonendo introduciendo aire con la jeringa de 50cc.
- No es necesario introducir los 50cc de aire ya que con una pequeña cantidad ya se pueden auscultar los burbujeos típicos de la colocación de la sonda nasogástrica en el estómago.
- En caso de que la auscultación sea negativa debemos comprobar que la sonda nasogástrica haya quedado enredada en la boca (lo más frecuente), si no es así hay que valorar que pueda estar en la vía aérea lo que nos obligará a retirarla para volverlo a intentar.
- **IMPORTANTE:** nunca introducir nada por la sonda nasogástrica hasta que no este comprobada la colocación correcta de la sonda nasogástrica.
- Fijar la sonda con el esparadrapo a la nariz del paciente.
- Es un punto igual de importante que los demás y la técnica queda incompleta si la sonda nasogástrica no esta fijada.

SONDAJE VESICAL MASCULINO

Laura Martínez de Bujo Ganzabal

OBJETIVO FUNDAMENTAL/INDICACIONES GENERALES:

El cateterismo o sondaje vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria. Los fines del cateterismo vesical pueden ser tanto diagnósticos como terapéuticos:

Fines diagnósticos:

- Exploración uretral o vesical.
- Obtención de muestras de orina.
- Medición del residuo postmiccional.
- Control de la diuresis.

Fines terapéuticos:

- Alivio de la retención urinaria (aguda o crónica).
- Tratamiento crónico de pacientes con fracaso en el vaciado vesical espontáneo (obstrucción infravesical o atonía vesical) cuando no hayan tenido éxito o no sean candidatos a ningún otro procedimiento alternativo.
- Tratamiento de algunos pacientes con vejiga neurogénica.
- Administración de terapias endovesicales.
- Postoperatorio de algunas cirugías (uretra, próstata, vejiga).
- Fistulas vesicales y rotura vesical extraperitoneal.
- Hematuria de origen vesicoprostático en pacientes que requieran lavados vesicales continuos.
- Tratamiento intraoperatorio y postoperatorio de intervenciones quirúrgicas prolongadas o en pacientes de riesgo previsible de retención de orina.
- Para posibilitar la curación más rápida de escaras de decúbito en pacientes incontinentes.

CONTRAINDICACIONES GENERALES:

- Prostatitis aguda.
- Uretritis aguda, flemones y abscesos periuretrales.
- Estenosis o rigidez uretral (valorar individualmente).
- Sospecha de rotura uretral traumática.

- Alergia conocida a los anestésicos locales o al látex.

MATERIAL BÁSICO NECESARIO:

Antes de llevar a cabo cualquier técnica hay que tener preparado el material que se va a emplear, que en este caso consiste en:

Para la fase de higiene de los genitales:

- Guantes desechables.
- Cuña.
- Gasas.
- Toalla.
- Esponja.
- Dos jarras con agua tibia (una con agua y jabón y otra solo con agua).

Para la fase de sondaje:

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuados (al menos dos unidades, por si el primer intento de sondaje resulta fallido).
- Sistema colector (si el sondaje es temporal o permanente).
- Guantes estériles.
- Paños de campo estériles.
- Lubricante urológico anestésico en unidosis (o si no, sin usar).
- Pinzas de Kocher.
- Gasas estériles.
- Povidona yodada.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua bidestilada.
- Esparadrapo hipoalergénico.

TÉCNICA IA HABITUAL EN EL VARÓN:

Higiene de los genitales masculinos

Una vez preparado el material, los pasos a seguir son:

- Informar al paciente del procedimiento que va a realizar y disponer las medidas necesarias para asegurar la intimidad. Comprobar si el paciente ha estado sondado anteriormente, si tiene antecedentes de patologías urológicas o si está con tratamiento anticoagulante. Evaluar alergias al látex, yodo, etc.
- Lavarse las manos y enfundarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino y pedirle que flexione las rodillas apoyándose en los talones. A continuación, pedirle que eleve

la pelvis y coloque la cuña.

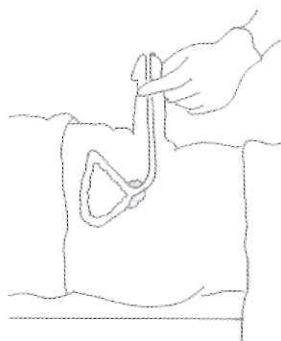
- Comprobar que el agua está tibia y verter un poco a chorro sobre la región genital, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano.
- Enjabonar con una esponja los pliegues inguinales, el vello pubiano, el pene, el escroto y, en último lugar, el ano.
- Aclarar con abundante agua vertida a chorro.
- Mojar unas gasas en agua jabonosa.
- Con la mano no dominante, sostener el pene y retraer el prepucio.
- Con una de las gasas que están preparadas, limpiar el glande y el surco balanoprepucial con la mano dominante. Para ello, realizar con la gasa un movimiento en espiral, comenzando por el meato y acabando en el surco. Utilizar una gasa para cada movimiento y desecharla.
- Aclarar vertiendo agua con el prepucio retraído. Secar el glande con unas gasas (siguiendo los movimientos ya descritos y empleando una gasa para cada pasada) y el resto de los genitales con una toalla.

Sondaje INTERMITENTE en el varón

Una vez preparado el material y realizada la higiene de los genitales, los pasos a seguir son los siguientes:

- Quitarse los guantes no estériles y lavarse las manos.
- Ponerse los guantes estériles y crear un campo estéril colocando el paño por encima de la zona pubiana.
- Sujetar el pene con firmeza mediante los dedos pulgar e índice de su mano no dominante. (Esta maniobra evita la erección). Con la ayuda de una gasa, deslice el prepucio hacia abajo.
- Desinfectar la zona realizando con una gasa impregnada en povidona yodada un movimiento espiral, comenzando por el meato y acabando en el surco balanoprepucial. Utilizar una gasa nueva para cada pasada.
- Pedir que viertan el lubricante en una gasa y que abran el envoltorio de la sonda. En casos de sondaje intermitente, se deben utilizar sondas específicas que no disponen de globo. Lubricar la sonda desde la punta hasta una distancia de 12,5 a 17,5 cm. También se puede aplicar directamente la cánula unidosis del lubricante urológico anestésico dentro del meato urinario (en tal caso, déjelo actuar durante 2 minutos).
- Con la mano no dominante sujetar el pene en posición perpendicular; formando un ángulo de 90° respecto al cuerpo. Realizar una ligera tracción del pene manteniéndolo en esta posición. (Esta maniobra endereza el canal urinario, facilitando la inserción de la sonda).
- Pedir al paciente que respire lenta y profundamente. (Con esta medida se favorece la relajación del esfínter interno de la uretra).

- Con la mano dominante, introducir con suavidad la sonda en el meato urinario hasta que fluya la orina (aproximadamente entre 17 y 22 cm).
- La aparición de orina indica que la punta de la sonda se encuentra en la uretra o en la vejiga).
- Cuando observe la presencia de la orina, introduzca un poco más la sonda (unos 5 cm). (Con ello se asegura la ubicación de la punta de la sonda en la vejiga y el posterior inflado del globo de retención en dicha cavidad y no en la uretra).
- Bajar el pene hasta un ángulo de 45° y colocar el extremo de la sonda hacia la cuña. Sujetar la sonda a unos 2 cm del meato. (Evita la salida accidental de la sonda por una contracción vesical).
- La recogida de la orina se realizará en una bolsa de orina.
- Finalizado el drenaje, retirar la sonda lentamente hasta su total extracción.
- Volver a colocar el prepucio sobre el glande.
- Retirar la cuña y, si es necesario, proceder a la higiene y secado de la zona perineal.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- No forzar en caso de obstáculo, ya que se puede producir una doble vía.

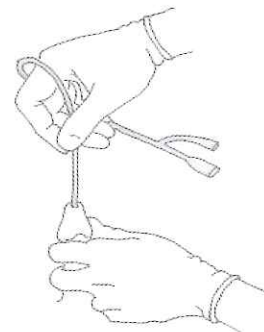


Sondaje intermitente en el varón:
sujeción del pene

Sondaje TEMPORAL Y PERMANENTE en el varón

Las diferencias consisten en:

- Comprobar el globo de la sonda.
- Conectar la sonda a la bolsa de diuresis
- Cuando se observe la presencia de la orina, introducir un poco más la sonda (unos 5 cm). (Con ello se asegura la ubicación de la punta de la sonda en la vejiga y el posterior inflado del globo de retención en dicha cavidad y no en la uretra).
- Bajar el pene hasta un ángulo de 45° y conectar el embudo colector de la sonda al sistema de drenaje.
- Situar la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. (Esta posición evita el reflujo de orina hacia la cavidad urinaria).
- Inflar el balón de retención con la jeringa.
- Deslizar suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una resistencia. Mantenerla en esta posición. (El inflado del balón ancla la punta de la sonda en la unión de la vejiga con la uretra).
- Si el paciente está encamado, fijar la sonda en la parte interna del muslo con una tira de esparadrapo hipoalergénico. Comprobar que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda. (Evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental de la sonda).



Sondaje temporal y
permanente en el varón

Aspectos a tener en cuenta:

- En casos de sondaje intermitente, se deben utilizar sondas específicas que no disponen de globo.
- En caso de que obtenga 500 ml de orina de una vez, pinzar el catéter durante 15 minutos, para evitar la descompresión brusca de la vejiga. Pasado este tiempo, retirar definitivamente la sonda vesical.
- No realizar cambios periódicos de la sonda, mientras no haya desconexiones del circuito y las condiciones de la sonda sean correctas.
- Sustituir la sonda por una de silicona en el caso de que se mantenga la indicación del sondaje pasados 30 días.
- No se debe utilizar lubricante urológico con las sondas de silicona, ya que las degrada (lubrificar con agua estéril).

Retirada del sondaje vesical

- Lavado de manos higiénico.
- Ponerse los guantes de un solo uso.
- Informarle del procedimiento y de que notará escozor cuando se le extraiga la sonda. Explicarle la necesidad de controlar el volumen de las próximas micciones.
- Colocarle en la posición adecuada: decúbito supino.
- Colocar el empapador al paciente.
- Vaciar el contenido de la bolsa de diuresis.
- Retirar el esparadrapo de sujeción.
- Conectar la jeringa para deshinchar el globo y extraer el líquido lentamente.
- Retirar suavemente la sonda sin desconectar la bolsa colectora.
- Desechar la sonda y la bolsa colectora en la bolsa de residuos.

Aspectos a tener en cuenta:

- Valorar la primera micción voluntaria y repetir la valoración cada seis horas durante las próximas 24 horas.
- Registrar: día y hora de la retirada de la sonda, número y características de las micciones espontáneas en las siguientes 24 horas, características de la orina, incidencias.
- Recomendar al paciente abundante ingesta de líquidos, salvo contraindicaciones.

Especificaciones:

- Cuando se introduce la sonda lubricada en el orificio uretral, el alumno sentirá las restricciones causadas por los pliegues de la mucosa de la uretra y del esfínter interno antes de la entrada en la vejiga.
- Cuando la sonda penetre en la vejiga saldrá orina (agua).
- Dispone de un reservorio para almacenar el fluido.

SONDAJE VESICAL FEMENINO

Laura Martínez de Bujo Ganzabal

OBJETIVO FUNDAMENTAL/INDICACIONES GENERALES:

El cateterismo o sondaje vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria.

Los fines del cateterismo vesical pueden ser tanto diagnósticos como terapéuticos:

Fines diagnósticos:

- Exploración uretral o vesical.
- Obtención de muestras de orina.
- Medición del residuo postmiccional.
- Control de la diuresis.

Fines terapéuticos:

- Alivio de la retención urinaria (aguda o crónica).
- Tratamiento crónico de pacientes con fracaso en el vaciado vesical espontáneo (obstrucción infravesical o atonía vesical) cuando no hayan tenido éxito o no sean candidatos a ningún otro procedimiento alternativo.
- Tratamiento de algunos pacientes con vejiga neurógena.
- Administración de terapias endovesicales.
- Postoperatorio de algunas cirugías (uretra, próstata, vejiga).
- Fístulas vesicales y rotura vesical extraperitoneal.
- Hematuria de origen vesicoprostatico en pacientes que requieran lavados vesicales continuos.
- Tratamiento intraoperatorio y postoperatorio de intervenciones quirúrgicas prolongadas o en pacientes de riesgo previsible de retención de orina.
- Para posibilitar la curación más rápida de escaras de decúbito en pacientes incontinentes.

CONTRAINDICACIONES GENERALES:

- Uretritis aguda, flemones y abscesos periuretrales.
- Estenosis o rigidez uretral (valorar individualmente).
- Sospecha de rotura uretral traumática.
- Alergia conocida a los anestésicos locales o al látex.

MATERIAL BÁSICO NECESARIO:

Antes de llevar a cabo cualquier técnica hay que tener preparado el material que se va a emplear; que en este caso consiste en:

Para la fase de higiene de los genitales:

- Guantes desechables.
- Cuña.
- Gasas.
- Toalla.
- Esponja.
- Dos jarras con agua tibia (una con agua y jabón y otra solo con agua).

Para la fase de sondaje:

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuados (al menos dos unidades, por si el primer intento de sondaje resulta fallido).
- Sistema colector (si el sondaje es temporal o permanente).
- Guantes estériles.
- Paños de campo estériles.
- Lubricante urológico anestésico en unidosis (o si no, sin usar).
- Pinzas de Kocher.
- Gasas estériles.
- Povidona yodada.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua bidestilada.
- Esparadrapo hipoalergénico.

TÉCNICA HABITUAL EN LA MUJER:

Higiene de los genitales femeninos

Una vez preparado el material, los pasos a seguir son:

- Informar a la paciente del procedimiento que va a realizar y disponer las medidas necesarias para asegurar la intimidad. Comprobar si el paciente ha estado sondado anteriormente, si tiene antecedentes de patologías urológicas o si está con tratamiento anticoagulante. Evaluar alergias al látex, yodo, etc.
- Lavarse las manos y enfundarse los guantes no estériles.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica y pedirle que flexione las rodillas apoyándose en los talones. A continuación, pedirle que eleve la pelvis y coloque la cuña.

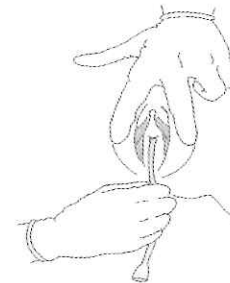
- Comprobar que el agua está tibia y verter un poco a chorro sobre la región genital, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano.
- Enjabonar con una esponja el vello pubiano, la parte externa de los labios mayores y los pliegues inguinales.
- Mojar unas gasas en agua jabonosa. Separar los labios con la mano no dominante y con la otra realizar la limpieza. Siguiendo el sentido pubis-ano, pasar una gasa por el pliegue que existe entre los labios mayores y los menores. A continuación, pasar otra gasa por la cara interna de los labios menores en sentido dentro-fuera. Finalmente, pasar una torunda por el orificio anal y otra por el pliegue interglúteo. Utilizar una gasa para cada pasada y desecharla. (Con todas estas medidas se evita la transmisión de microorganismos al meato urinario).
- Aclarar vertiendo abundante agua a chorro en sentido pubis-ano. Secar las partes internas con gasas (siguiendo los movimientos ya descritos y empleando una gasa para cada pasada) y las externas con una toalla.

Sondaje INTERMITENTE en la mujer

Una vez preparado el material y realizada la higiene de los genitales, los pasos a seguir son los siguientes:

- Inspeccionar los puntos anatómicos de referencia: clítoris, meato urinario y vagina.
- Quitarse los guantes no estériles y lavarse las manos.
- Ponerse los guantes estériles y crear un campo estéril colocando el paño por encima de la zona pubiana.
- Con la mano no dominante separar los labios mayores. Desinfectar los genitales con gasas impregnadas en povidona yodada con su mano dominante siguiendo la dirección del pubis al ano. Desinfectar primero los labios menores y a continuación siga con el meato urinario. Utilizar una gasa nueva para cada pasada. (Tener en cuenta que su mano no dominante ya está contaminada y que su mano dominante ha de permanecer en todo momento estéril).
- Pedir que viertan el lubricante en una gasa y que le abran el envoltorio de la sonda. Lubricar la sonda desde la punta hasta una distancia de 2,5 a 5 cm.
- Pedir a la paciente que respire lenta y profundamente. (Con esta medida se favorece la relajación del esfínter externo de la uretra).
- Separar los labios mayores con la mano no dominante. Con la mano dominante introducir con suavidad la sonda en el meato urinario hasta

- que drene la orina en la cuña. (Mantener los labios mayores separados mientras se está introduciendo la sonda evita la contaminación del meato urinario). Si por error introduce la sonda en la vagina de la paciente, déjela en ese lugar. Coger una nueva sonda estéril e insertarla en la uretra. Luego, retirar la sonda que está en el lugar equivocado.
- Retirar la mano de los labios mayores y sujetar la sonda a unos 2 cm del meato. (Evita la salida accidental de la sonda por una contracción vesical).
- Finalizado el drenaje, retirar la sonda lentamente hasta su total extracción.
- Retirar la cuña y, si es necesario, proceder a la higiene y secado de la zona perineal.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.



Sondaje intermitente en la mujer

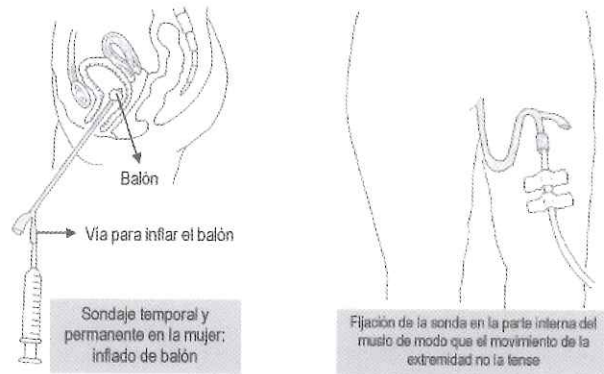
Sondaje TEMPORAL Y PERMANENTE en la mujer

Las diferencias son las siguientes:

- Comprobar el globo de la sonda.
- Conectar la sonda a la bolsa de diuresis.
- Cuando se observe la presencia de la orina, introducir un poco más la sonda (de 2 a 2,5 cm). (Con ello se asegura la ubicación de la punta de la sonda en la vejiga y el posterior inflado del globo de retención en dicha cavidad y no en la uretra).
- Conectar el embudo colector de la sonda al sistema de drenaje.
- Situar la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. (Esta posición evita el reflujo de orina hacia la cavidad urinaria).

Infle el balón de retención con la jeringa.

- Deslizar suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una resistencia. Mantener en esta posición. (El inflado del balón ancla la punta de la sonda en la unión de la vejiga con la uretra).
- Si la paciente está encamada, fijar la sonda en la parte interna del muslo con una tira de esparadrapo hipoalérgico. Comprobar que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda. (Evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental de la sonda).
- Proceder a la higiene y secado de la zona perineal si es necesario.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.



Aspectos a tener en cuenta:

- En casos de sondaje intermitente, se deben utilizar sondas específicas que no disponen de globo.
- En caso de que obtenga 500 ml de orina de una vez, pinzar el catéter durante 15 minutos, para evitar la descompresión brusca de la vejiga. Pasado este tiempo, retirar definitivamente la sonda vesical.
- No realizar cambios periódicos de la sonda, mientras no haya desconexiones del circuito y las condiciones de la sonda sean correctas.
- Sustituir la sonda por una de silicona en el caso de que se mantenga la indicación del sondaje pasados 30 días.
- No se debe utilizar lubricante urológico con las sondas de silicona, ya que las degrada (lubrificar con agua estéril).

RETIRADA del sondaje vesical

- Lavado de manos higiénico.
- Ponerse los guantes de un solo uso.
- Informarle del procedimiento y de que notará escozor cuando se le extraiga la sonda. Explicarle la necesidad de controlar el volumen de las próximas micciones.
- Colocarle en la posición adecuada: posición ginecológica.
- Colocar el empapador al paciente.
- Vaciar el contenido de la bolsa de diuresis.
- Retirar el esparadrapo de sujeción.
- Conectar la jeringa para deshinchar el globo y extraer el líquido lentamente.
- Retirar suavemente la sonda sin desconectar la bolsa colectora.
- Desechar la sonda y la bolsa colectora en la bolsa de residuos.

Aspectos a tener en cuenta:

- Valorar la primera micción voluntaria y repetir la valoración cada seis horas durante las próximas 24 horas.
- Registrar: día y hora de la retirada de la sonda, número y características de las micciones espontáneas en las siguientes 24 horas, características de la orina, incidencias.
- Recomendar al paciente abundante ingesta de líquidos, salvo contraindicaciones.

Especificaciones:

- Cuando se introduce la sonda lubricada en el orificio uretral, el alumno sentirá las restricciones causadas por los pliegues de la mucosa de la uretra y del esfínter interno antes de la entrada en la vejiga.
- Cuando la sonda penetre en la vejiga saldrá orina (agua).
- Dispone de un reservorio para almacenar el fluido.

TACTO RECTAL

Adrián Martínez López

OBJETIVO FUNDAMENTAL:

- Explorar el canal anal, la ampolla rectal, las estructuras extrarrectales adyacentes accesibles a la palpación y el contenido de heces en la ampolla rectal.

INDICACIONES GENERALES:

- Alteraciones del tránsito intestinal.
- Presencia de síntomas proctológicos: tenesmo, rectorragia, prolapso, incontinencia fecal, tumoraciones, etc.
- Presencia de síntomas urológicos miccionales (orina oscura, disuria, oliguria, incontinencia urinaria) o seminales (hemospermia).
- Procesos en los que se sospeche un origen ginecológico o peritoneal, con el fin de valorar el fondo de saco de Douglas.

CONTRAINDICACIONES GENERALES:

- Presencia de cualquier proceso agudo anorrectal (trombosis hemorroidal, fisura anal, etc.).

MATERIAL BÁSICO NECESARIO:

- Guantes desechables.
- Lubricante (en alguna ocasión puede necesitarse también anestésico).
- Fuente de iluminación adecuada o luminosidad suficiente en el momento de la exploración.
- Papel para la higiene del paciente.

TÉCNICA HABITUAL:

- Posición habitual del paciente: Acostado en decúbito lateral. En ocasiones en las que la movilidad del paciente sea reducida, puede realizarse en decúbito supino (la calidad de la exploración será peor).
- Lavarse las manos y ponerse los guantes (puede ser recomendable ponerse dos guantes en la mano dominante para evitar contaminación si se rompe el guante externo).
- Se separan las nalgas del paciente y se enfoca la fuente de luz sobre la zona. Se inspecciona cuidadosamente el ano y la zona perianal, valorando la presencia de abscesos, hematomas, hemorroides, prolapso

rectal, orificios fistulosos, sinus pilonidales...etc.

- Se coloca una cantidad generosa de lubricante en el dedo índice de la mano dominante y se informa al paciente sobre lo que consiste la exploración que se le va a practicar.
- Se pone la yema del dedo en posición plana sobre el ano y se presiona firmemente y despacio, dirigiendo el dedo hacia arriba y levemente hacia atrás. Tras una resistencia inicial, el esfínter anal se relaja y permite la entrada del dedo en el canal anal.
- Se introduce el dedo lentamente hasta la máxima penetración posible y se valoran las diferentes zonas.
- Una vez concluida la exploración, se comunica al paciente que ya ha terminado la exploración y se procede a extraer el dedo del canal anal. Tras extraerlo se inspecciona observando si sale limpio o manchado con heces (se registra su color), moco, pus o sangre (roja o melénica).
- Desechar los guantes, lavarse las manos y facilitar al paciente papel para que pueda realizar la higiene.

POSIBLES HALLAZGOS:

- Canal anal:
 - El tono esfinteriano. Puede ser normal o estar reducido o aumentado.
 - Abombamientos del canal por procesos perianales o isquiorrectales.
- Ampolla rectal:
 - La palpación de la pared rectal permitirá buscar irregularidades o estenosis (en condiciones normales es lisa).
 - El contenido. Si está vacío, si hay heces y de qué características, o si se palpa alguna masa, que deberá ser descrita en todas sus características.
- Estructuras extrarrectales:
 - La próstata. Comprobar su tamaño, su consistencia, el surco prostático, y si es dolorosa o no. Asimismo, comprobar la existencia de nódulos identificables, su tamaño, consistencia, y dolor. La próstata normal es del tamaño de una castaña, firme y elástica, y se percibe el surco que delimita sus dos lóbulos.
 - En la prostatitis aguda la glándula estará aumentada de tamaño y es dolorosa a la presión.
 - En el adenoma la próstata estará aumentada de tamaño, es móvil y no dolorosa.

- En el carcinoma la próstata está indurada (incluso de consistencia leñosa) y no es móvil.
 - El cuello uterino. Palpar la prominencia que el cuello cervical hace en la pared rectal anterior y si su movilización es dolorosa o no.
 - El fondo de saco de Douglas. A ambos lados del recto, se debe comprobar si está vacío u ocupado (posibles metástasis peritoneales, abscesos, hematomas, etc.).
 - El cóxis. Pinzar el cóccix entre el índice (en el recto) y el pulgar (en la piel). Comprobar si hay una movilidad anormal o si hay dolor.
- Una vez concluida la exploración, se comunica al paciente que ya ha terminado la exploración y se procede a extraer el dedo del canal anal. Tras extraerlo se inspecciona observando si sale limpio o manchado con heces (se registra su color), moco, pus o sangre (roja o melénica).