



Universidad
Continental

Enfermería Básica

**Guías de
Laboratorio**



Visión

Ser una de las 10 mejores universidades privadas del Perú al año 2020, reconocidos por nuestra excelencia académica y vocación de servicio, líderes en formación integral, con perspectiva global; promoviendo la competitividad del país.

Misión

Somos una universidad privada, innovadora y comprometida con el desarrollo del Perú, que se dedica a formar personas competentes, íntegras y emprendedoras, con visión internacional; para que se conviertan en ciudadanos responsables e impulsen el desarrollo de sus comunidades, impartiendo experiencias de aprendizaje vivificantes e inspiradoras; y generando una alta valoración mutua entre todos los grupos de interés.

Universidad Continental

Material publicado con fines de estudio

ASUC00288



Índice

VISIÓN	2
MISIÓN	2
ÍNDICE	4
Primera unidad	
Guía de práctica N°1: Clasificación de datos en enfermería	4
Guía de práctica N°2: Exploración física céfalo caudal	6
Guía de práctica N°3: Procesamiento de información de la valoración en enfermería	8
Guía de práctica N°4: Intervenciones de enfermería para mejorar descanso y sueño	10
Segunda unidad	
Guía de práctica N°5: Intervención de enfermería para reducir, controlar o eliminar el dolor	13
Guía de práctica N°6: Intervención de enfermería para prevenir y tratar las UPP	15
Guía de práctica N°7: Intervención de enfermería en problemas de alimentación enteral	18
Guía de práctica N°8: Intervención de enfermería en problemas de eliminación fecal	21
Tercera unidad	
Guía de práctica N°9: Intervención de enfermería en problemas de eliminación urinaria	24
Guía de práctica N°10: Intervención de enfermería en necesidades de oxigenoterapia	27
Guía de práctica N°11: Intervención de enfermería en necesidades de líquidos y electrolitos	30
Guía de práctica N°12: Preparación de medicamentos por las distintas vías	33
Cuarta unidad	
Guía de práctica N°13: Administración de medicamentos por vía intradérmica	35
Guía de práctica N°14: Técnica de administración de medicamentos por vía subcutánea	37
Guía de práctica N°15: Técnica de administración de medicamentos por vía intramuscular	39
Guía de práctica N°16: Técnica de administración de medicamentos por vía endovenosa	42
Guía de práctica N°17: Técnica de administración de medicamentos por vía endovenosa – venoclisis	45
Guía de práctica N°18: Cuidados de enfermería durante la etapa de la agonía y post mortem	48



Guía de práctica N° 1

Clasificación de datos en enfermería

Sección : Docente:
Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia.

1. Propósito:

Clasifica e interpreta los datos obtenidos del caso clínico

2. Fundamento Teórico

Valoración en Enfermería: La Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

3. Equipos, Materiales y Reactivos

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	1
2	Papel toalla	Descartable	1
3	Papelotes		3
4	Plumones gruesos	De varios colores	6

4. Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Breve lectura individual.

4.2.- Analizar el caso clínico en grupo de 3 estudiantes.

4.3.-Se aplicará la escala de evaluación para su evaluación grupal.

5. Procedimientos:

- Leer el material proporcionado.
- Analizar el caso clínico presentado.
- Elaborar una lista de datos relevantes del caso clínico.
- Clasificar los datos según tipo.
- Socializar resultados.
- Enunciar conclusiones



6. Resultados

- 1.
.....
.....
.....
- 2.
.....
.....
.....
- 3.
.....
.....
.....

7. Conclusiones

- 7.1.....
.....
- 7.2.....
.....
- 7.3.....
.....

8. Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....
.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ª Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería. 5ª Edic. Editorial ElSevier. Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. Tratado de Enfermería. Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000

- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería. Ed. México,

- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 2

Exploración física céfalo caudal

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia.

1.-Propósito:

Realizar la exploración física general y documentar los hallazgos de la exploración física

2.-Fundamento Teórico

Examen Físico: Es un método general para la recolección de datos, se inicia desde el momento en que el profesional de salud tiene su primer contacto con el paciente, utilizando la observación y en menor proporción el interrogatorio. El Examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Lapiceros rojo, azul y negro.		03
2	Regla.	Descartable	01
3	Expediente clínico de hospital Carrión y Essalud.	Con las hojas completas	02
4	Abatalengua		
5	Guantes a granel		

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Tensiómetro	De mercurio con pedestal	01
2	Estetoscopio		01
3	Martillo de percusión		01
4	Linterna	De mano	01
5	Muñeco anatómico		01
6	Otoscopio		01



4.-Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.
- 4.2.-Se agrupan de dos para realizar el procedimiento.

5.-Procedimientos:

- Aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de examen físico.
- Identificar los materiales y equipos a utilizar para el examen físico del cliente.
- Realizar la preparación del equipo, psicológica, ambiente y física del paciente antes de iniciar con el examen físico.
- Aplicar medidas de bioseguridad durante el desarrollo del procedimiento de exploración física.
- Tomar las funciones vitales antes al inicio de la exploración física.
- Controlar el peso y talla.
- Utilizar la técnica de la inspección correctamente durante el desarrollo del examen físico.
- Utilizar la técnica de palpación correctamente durante el desarrollo del examen físico.
- Utilizar la técnica de percusión correctamente durante el desarrollo del examen físico.
- Utilizar la técnica de auscultación correctamente durante el desarrollo del examen físico.
- Nombrar alteraciones más frecuentes durante el desarrollo del examen físico céfalo caudal.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería. 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 3

Procesamiento de información de la valoración en enfermería

Sección : Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia.

1.-Propósito:

Realiza el procesamiento de datos de la etapa de valoración del proceso de atención de enfermería.

2.-Fundamento Teórico

El Proceso Enfermero: Denominado proceso de enfermería (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.² Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	1
2	Papel toalla	Descartable	1
3	Papelotes		3
4	Plumones gruesos	De varios colores	6

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Breve lectura individual.



4.2.- Analizar el caso clínico en grupo de 3 estudiantes.

4.3.-Se aplicará la escala de evaluación para su evaluación grupal.

5.-Procedimientos:

- Leer el material proporcionado.
- Analizar el caso clínico presentado.
- Elaborar una lista de datos relevantes del caso clínico.
- Clasificar los datos según tipo.
- Socializar resultados.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000

- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,

- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 4

Intervenciones de enfermería para mejorar descanso y sueño

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Realiza técnicas para mejorar el sueño y descanso en la persona hospitalizada.

2.-Fundamento Teórico

Descanso: El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas.

El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

El significado y la necesidad de descanso varían según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, las enfermeras necesitan conocer las condiciones que fomentan el mismo. Narrow(1997) señala 6 características que la mayoría asociamos al descanso.

Sueño: También se define el sueño como un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, que se acompañan de modificaciones en los sistemas nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. El sueño es un fenómeno cíclico que se denomina ciclo de vigilia –sueño, un ritmo circadiano.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Aceite de bebé	Con manecillas	01
3	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
4	Guantes a granel Colchoneta	Libreta de bolsillo	01
5	Toalla de cuerpo		01
6	Incienso		01
7	Colonia corporal		01



3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Multimedia con parlantes	De mercurio con pedestal	01
2	Cd con música de relajación		01

4.-Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.
- 4.2.-Se agrupan de dos para realizar el procedimiento.

5.-Procedimientos:

- Aplica los principios científicos generales de enfermería antes de iniciar cualquier procedimiento.
- Identifica los materiales y equipos a utilizar para el procedimiento.
- Realiza la preparación del equipo, psicológica, ambiente y física del paciente antes de iniciar con el procedimiento.
- Examinar muy de cerca la espalda, especialmente las prominencias óseas de hombros, escápula buscar enrojecimiento o abrasiones.
- Aplicar la loción.
- Aplicar lentamente el masaje en la espalda para estimular la circulación.
- Comprimir, estrujar y levantar el músculo para ayudará al paciente a relajarse.
- Terminar el masaje con movimientos largos y firmes.
- Limpiar el exceso de loción.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....
7.2.....
7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005



- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 5

Intervenciones de enfermería para reducir, controlar o eliminar el dolor

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

1.-Propósito:

Realiza técnicas para controlar, reducir o eliminar el dolor de la persona hospitalizada.

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

2.-Fundamento Teórico:

El Dolor: El diagnóstico enfermero que recoge mejor toda la valoración del dolor en los pacientes paliativos es el de Dolor Crónico (00133) que se define como "Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Aceite de bebé	Con manecillas	01
3	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
4	Guantes a granel Colchoneta	Libreta de bolsillo	01
5	Escalas de dolor		01

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Multimedia con parlantes	De mercurio con pedestal	01
2	Cd con música de relajación		01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-Se agrupan de dos para realizar el procedimiento.



5.-Procedimientos:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, frecuencia, calidad e intensidad.
- Observar claves no verbales de molestias.
- Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de experiencia de dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Animar al paciente y la familia a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia, incluso con técnicas no farmacológicas.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo de dolor cuando corresponda.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N°6

Intervenciones de enfermería para prevenir y tratar las UPP

Sección :	Docente:
Fecha :/...../.....	Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Ejecuta técnicas para prevenir y tratar úlceras por presión.

2.-Fundamento Teórico:

Úlceras por Presión: La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.

MECANISMOS La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

Presión: Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 -32 mm. de Hg., si esta aumenta (>32mm. de Hg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y, si no se alivia, la necrosis de los mismos.

Fricción: Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

Cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular): Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Humedad: Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

**3.- Materiales:****3.1. Materiales**

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Guantes a granel	Látex	Un par
4	Marcarilla	Simple descartable	01
5	Guantes quirúrgicos	Estériles talla 7	01
6	Hilo seda negra 3-0	Para sutura con aguja	02
7	Campo descartable	plástico	01
8	Xilocaina b2%	Frasco líquido	01
9	Jeringa descartable	De 3cc con aguja N°25.	01
10	gasa	Mediana	01 paq.

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Brazo simulador para suturas	Brazo anatómico	01
2	Equipo de sutura	Estuche con pinzas de curación y sutura	01

4.-Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.
- 4.2.-El procedimiento es individual.
- 4.3.-El docente realizará el procedimiento y el estudiante deberá re-demostrar.
- 4.4.-Se evaluará a través de una escala de calificación.

5.-Procedimientos:

- Aliviar la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones.
- Brindar soporte nutricional.
- Manejar el dolor.
- Tener en cuenta los factores psico-sociales que pueden influir en la percepción del dolor.
- Valoración Psico-Social.
- Diseñar cuidados para paciente y familia en la prevención y cuidado de las UPP.
- Facilitar el acceso a los recursos sociales para planificar sus necesidades.
- Soporte Emocional
- Desarrollar un programa de educación.
- Limpieza de las UPP.
- Desbridamiento

Sutura:

- Se lava las manos prepara equipo y materiales y se calza los guantes quirúrgicos.
- Valorar el tipo de herida y su gravedad.
- Seca la herida haciendo toques con una gasa, de adentro hacia afuera, use la gasa una sola vez.
- Lava la herida con abundante agua y jabón durante 5 min., siguiendo las normas de asepsia.
- Evalúa la necesidad de suturar la herida.
- Administra el anestésico (Vía subcutánea).
- Realiza la sutura simple aplicando la técnica correcta.



- Retira los puntos correctamente.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición,2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000

- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,

- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 7

Intervención de enfermería en problemas de alimentación enteral

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Ejecuta técnica correcta de:

- Colocación de sonda nasogástrica.
- Alimentación por sonda nasogástrica.
- Cuidados de sonda nasogástrica a permanencia

2.-Fundamento Teórico:

Alimentación Enteral: La alimentación enteral, o alimentación por sonda, es una forma de administrar nutrientes a través de una sonda si no puede comer ni beber a través de la boca. En algunos casos, es posible que sólo necesite alimentación por sonda por un período corto durante la hospitalización. En otros casos, es posible que le den el alta con la sonda colocada y continúe recibiendo nutrición de este modo. Puede ser temporal o permanente.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Sonda nasogástrica	N°14	01
4	Guantes quirúrgico	N°7	01
5	Guantes a granel	Descartable	01
6	Campo	Descartable	10
7	Jeringa descartable	De 20cc con pivote central.	01
8	Esparadrapo	Antialérgico	01
9	Riñonera		01
10	Bolsa colectora		01
11	Suero fisiológico	Un litro	01
12	Vasos	descartables	02



3.2.-EQUIPOS:

Item	Equipo	Característica	Cantidad
1	Muñeco anatómico	Con simulador de contenido gástrico.	01
2	Estetoscopio		01
3	Riñonera		01
4	Cubeta		01
5	Estetoscopio		01

4.-Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.
- 4.2.-El procedimiento es individual.
- 4.3.-El docente realizará el procedimiento y el estudiante deberá re-demostrar.
- 4.4.-Se evaluará a través de una escala de calificación.

5.-Procedimientos:

- Aplicar los principios científicos durante la ejecución de la colocación de SNG.
- Considerar todos los criterios para valorar al paciente que necesita colocarle una SNG.
- Preparar físicamente y psicológicamente al paciente para colocar la SNG.
- Medir la sonda y tener en cuenta las referencias anatómicas.
- Lubricar la SNG antes de introducirla.
- Comprobar la SNG si se encuentra en estómago.
- Fijar adecuadamente la SNG.
- Deja cómodo al paciente y los materiales utilizados los descarta adecuadamente.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....
7.2.....
7.3.....



8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 8

Intervención de enfermería en problemas de eliminación fecal

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Ejecuta técnica correcta de:

- Colocación de enema.
- Colocación de supositorio rectal.
- Colocación de sonda rectal.
- Limpieza de colostomía.
- Cambio de bolsa de colostomía.
- Cuidados de una colostomía.

2.-Fundamento Teórico

Necesidades de Eliminación Intestinal: En el proceso de la digestión los alimentos ingeridos son mezclados y procesados, se seleccionan y absorben los nutrientes en diferentes porciones del tubo digestivo para ser transportados y utilizados por los tejidos corporales; este proceso finaliza con la eliminación de los desechos. Las principales porciones del tracto digestivo relacionados con esta función de eliminación y excreción son el colon y el recto.

Las alteraciones del proceso normal de excreción gastrointestinal casi siempre tienen graves repercusiones en el organismo. La supresión total de la función intestinal constituye una urgencia médica, puede requerir intervención quirúrgica para su solución. La atención a pacientes con afecciones de la eliminación intestinal constituye una prioridad de enfermería.

Los alimentos pasan por las diferentes porciones del tubo gastrointestinal en propulsiones tipo onda llamados movimientos peristálticos; en la medida que la porción distal de una parte del tubo se distiende se origina un reflejo para impulsar el alimento hacia la porción siguiente, para ello participan 3 reflejos: gástrico, que impulsa el alimento del estómago al intestino delgado; duodenocólico, del intestino delgado al grueso, y rectal, se inicia cuando el recto está lleno y se origina el impulso de vaciamiento.

El peristaltismo ocurre en el intestino grueso en intervalos no frecuentes, estimulado por la ingestión de alimentos y líquidos.

La distensión del recto por las heces fecales estimula las terminaciones nerviosas parasimpáticas que transmiten los impulsos inductores del reflejo rectal, al mismo tiempo, ascienden los impulsos de los nervios parasimpáticos por la vía espinal hasta el centro bulbar, se relaja el esfínter interno del ano y se contrae el colon. De esta manera se siente el impulso para defecar.



Aunque la presencia de productos de desechos en el recto y colon estimula el reflejo rectal, el acto para defecar es controlado a voluntad, por lo que el individuo puede responder o no a dicho estímulo. Si la persona no responde, el impulso para defecar desaparecerá.

Las heces que se eliminan por el orificio anal son los desechos acumulados en los intestinos, que a medida que pasan por el recto toman la forma de dicha estructura tubular. Las heces normales son de consistencia suave, pero sólida y de forma cilíndrica. La cantidad excretada depende en gran parte de los alimentos ingeridos, puede variar de 100 a 200 g/día en personas cuya dieta contiene gran proporción de alimentos refinados; en dietas ricas en fibra puede variar hasta 300-400 g/día.

El número de evacuaciones varía en las personas y se consideran como límites normales una cada 2 o 3 días hasta 3 evacuaciones por día.

Si los desechos son expulsados muy rápido por los intestinos, la consistencia de la materia fecal será suelta y líquida, debido a que el tiempo de permanencia en el intestino no será suficiente para la absorción de agua. Por el contrario, si existe demora en la evacuación se absorberá un volumen excesivo de agua y como consecuencia las heces serán secas y duras.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Guantes a granel	Látex	Un par
4	Marcarilla	Simple descartable	01
5	Guantes quirúrgicos	Estériles talla 7	01
6	Campo descartable	plástico	01
7	gasa	Mediana	01 paq.
8	Bolsa de colostomía		01
9	Riñonera	Mediana	01
10	Supositorio adulto	glicerina	01

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Muñeco anatómico	Brazo anatómico	01
2	Equipo de curación	Estuche con pinzas de curación.	01
3	Equipo de enema		01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Lavar la mano clínicamente.
- Preparación del material y trasladarlo al lado del paciente
- Preservar su intimidad



- Informar al paciente e intentar hacerlo participe de todo el proceso.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el abdomen al descubierto con un salvacamás desechable, para prevenir posibles pérdidas.
- Colocarse los guantes.
- Se despega suavemente el adhesivo de arriba hacia abajo, sujetando siempre la piel circundante al estoma, protegiéndola.
- Desechar la bolsa e introducirla en una bolsa de plástico cerrada.
- Retirar los restos de heces con gasas humedecidas en suero fisiológico.
- Limpiar es estoma y la piel circundante con movimientos circulares, con suero fisiológico.
- Observar el estoma y piel circundante por si hay complicaciones y secar adecuadamente la piel periestomal.
- Recortar el dispositivo al diámetro medido, teniendo en cuenta que entre la bolsa y el estoma debe de existir de 3-5 mm. de piel.
- Cubrir el estoma con gasa por si hubiera expulsión de efluente.
- Si se sabe el diámetro del estoma se recorta la placa ó bolsa por la enumeración, dejándola preparada antes de retirar la bolsa usada.
- Cuando el estoma es de forma irregular se hace una plantilla a su tamaño, aplicarla al dispositivo, recortando la bolsa o placa (tijera curva), para evitar que quede más superficie de piel entre estoma y dispositivo.

6.-Resultados

1.....

 2.....

 3.....

7.-Conclusiones

7.1.....
 7.2.....
 7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 9

Intervención de enfermería en problemas de eliminación urinaria

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente el termómetro de mercurio ya que si se rompe es sumamente tóxico.

1.-Propósito:

Ejecuta técnica correcta de:

- Colocación de sonda vesical con una vía en varón y mujer.
- Colocación de sonda vesical con dos vías en varón y mujer.
- Describe cuidados de enfermería en sonda vesical a permanencia.

2.-Fundamento Teórico:

Función Urinaria: El sistema urinario humano es un conjunto de órganos encargados de la producción de orina mediante la cual se eliminan los desechos nitrogenados del metabolismo (urea, creatinina y ácido úrico), y de la osmorregulación. Su arquitectura se compone de estructuras que filtran los fluidos corporales (líquido celomático, hemolinfa, sangre). En los invertebrados la unidad básica de filtración es el nefridio, mientras que en los vertebrados es la nefrona o nefrón. El aparato urinario humano se compone, fundamentalmente, de dos partes que son:

- Los órganos secretores: los riñones, que producen la orina y desempeñan otras funciones.
- La vía excretora, que recoge la orina para expulsarla al exterior.

Está formado por un conjunto de conductos que son:

- Los uréteres que conducen la orina desde los riñones a la vejiga urinaria.
- La vejiga urinaria es una bolsa muscular y elástica en la que se acumula la orina antes de ser expulsada al exterior. En el extremo inferior tiene un músculo circular llamado esfínter, que se abre y cierra para controlar la micción (el acto de orinar).
- La uretra es un conducto que transporta la orina desde la vejiga hasta el exterior. En su parte inferior presenta el esfínter uretral, por lo que se puede resistir el deseo de orinar. La salida de la orina al exterior se produce por el reflejo de micción.

Los desechos para poder llegar hasta los riñones (que son los órganos encargados de sustraer los desechos o sustancias innecesarias), es necesario un proceso llamado nutrición, el cual es necesario para adquirir energía. Los nutrientes se van directo a la sangre, la cual realiza el intercambio gaseoso por medio de los pulmones.

Los desechos son llevados por la arteria renal hasta los riñones, los cuales se encargan de crear la orina, con ayuda de las nefronas.



Después de crear la orina, la sangre en buen estado es comprimida en las nefronas en su parte superior, las cuales transportan la sangre en buen estado por medio de la vena renal de nuevo al corazón y pulmones para oxigenarla.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón Tambora	pequeña	10 01
4	Guante a granel		01 par
5	Guantes quirúrgicos	Nº 7	01 par
6	Jeringa	Descartable de 10cc, con aguja Nº21	01
7	Cubeta	Acero quirúrgico	01
8	Agua destilada o suero fisiológico	Frasco de 100cc	01
9	Gasas	Medianas	01 paq.
10	Sonda vesical o Foley	Nº14	01
11	Bolsa colectora de orina		01 01
12	Esparadrapo		01
13	Campo estéril		01
14	Xilocaina el gel	Gel al 2%	01

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Simulador de cateterismo vesical	Sexo masculino	01
2	Simulador de cateterismo vesical	Sexo femenino	01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Aplicar los principios científicos durante la ejecución de la colocación de sonda vesical a permanencia.
- Considerar todos los criterios para valorar al paciente que necesita colocarle una sonda vesical a permanencia.
- Preparar físicamente y psicológicamente al paciente según sexo para colocar la sonda vesical a permanencia.
- Preparar los materiales necesarios para colocar la sonda vesical a permanencia.
- Realizar el lavado perineal correctamente según sexo.
- Se debe calzar adecuadamente los guantes quirúrgicos.
- Tener en cuenta la medida de introducción de la sonda según sexo.



- Lubricar la sonda vesical correctamente sin contaminar.
- Comprobar si la sonda vesical se encuentra en vejiga antes de formar el balón vesical.
- Formar el balón vesical con la jeringa y el suero fisiológico correctamente.
- Fijar adecuadamente la Sonda vesical.
- Unir la sonda con la bolsa colectora de orina y fijar correctamente la bolsa.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic.. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed.. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 10

Intervención de enfermería en necesidad de oxigenoterapia

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Ejecuta técnica correcta de:

- Tipos oxigenoterapia según la necesidad
- Nebulización y enseña los ejercicios respiratorios.
- Fisioterapia respiratoria.

2.-Fundamento Teórico

Oxigenoterapia: El oxígeno es esencial para el funcionamiento celular. Una oxigenación insuficiente conduce a la destrucción celular y a la muerte. Los órganos más susceptibles a la falta de oxígeno son el cerebro, las glándulas suprarrenales, el corazón, los riñones y el hígado. Su objetivos es tratar la hipoxemia, disminuir el esfuerzo respiratorio, disminuir la sobrecarga cardiaca.

Indicaciones

- Trastornos relacionados con la disminución de presión arterial de oxígeno (PO₂), como la embolia y edema pulmonar.
- La disminución de gasto cardiaco, provoca menor aporte de oxígeno a los tejidos, como ejemplo de éstos están el infarto agudo del miocardio, hipotensión e insuficiencia cardiaca congestiva, paro cardiaco, intoxicaciones por gases perjudiciales y algunos tipos de anemia. También cuando la cantidad y la calidad de la hemoglobina es insuficiente, por ejemplo: La anemia drepanocítica, choque hemorrágico y anemia hemolítica.
- El aumento de la demanda de oxígeno también provoca hipoxemia, los estados que cursan con esta situación son las septicemias, hipertiroidismo y fiebre constante.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Campo	Descartable	01
4	Mascarilla simple de oxígeno		01
5	Mascarilla con bolsa de reservorio		01
6	Jeringa	Descartable de 10cc.	01
7	Cubeta	Acero quirúrgico	01



8	Agua destilada	100cc	01
9	Guantes a granel	látex	Un par
10	Cánula nasal		01
11	Tubo de Venturi		01

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Muñeco anatómico	Simulador de nalgas,	01
2	Equipo de oxigenoterapia	Manómetro, humidificador, fluxómetro.	01
3	Ambú	adulto	01
4	Pulsioxímetro		01
5	Equipo de nebulización	adulto	01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Aplicar los principios científicos durante la administración de oxigenoterapia por cánula nasal.
- Considerar todos los criterios para valorar al paciente que necesita colocarle oxigenoterapia por cánula nasal.
- Preparar físicamente y psicológicamente al paciente antes de administrar el oxígeno.
- Preparar los materiales necesarios para colocar oxigenoterapia por cánula nasal.
- Mencionar las partes del equipo de oxigenoterapia.
- Medir con el pulsioxímetro antes de colocar el oxígeno.
- Coloca la cánula nasal correctamente.
- Gradúa correctamente los litros de oxígeno necesario en el fluxómetro.
- Menciona los cuidados que se tiene durante la administración de oxigenoterapia.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....



7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, , 5ta. Edic. Editorial ElSevier. Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 11

Intervención de enfermería en necesidades de líquidos y electrolitos

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Halla aplicando la fórmula de balance hídrico lo siguiente:

- Pérdida insensible
- Agua de oxidación.
- Pérdida por diaforesis
- Pérdida por polipnea
- Pérdida por hipertermia
- Pérdida por exposición operatoria.
- Balance hídrico por turno.
- Balance hídrico en 24 horas.

2.-Fundamento Teórico

Balance Hídrico: El balance hídrico (BH) se define como un estado de equilibrio del sistema biológico en el cual la entrada de agua al organismo se iguala al total de salida. Para entender los principios básicos del BH debemos entender que el agua dentro del cuerpo se mantiene en dos compartimentos mayores que se designan como intracelular y extracelular. LIQUIDO INTRACELULAR (LIC) Representa aproximadamente entre el 30 - 40% del peso corporal, se encuentra principalmente en el músculo esquelético, contiene Potasio-Magnesio-Sulfato y Fosfato. LIQUIDO EXTRACELULAR (LEC) Representa aproximadamente el 15% del peso corporal del ser humano contiene, Cloro-Sodio-Bicarbonato. También incluye líquido intravascular (plasma) y líquido intersticial (linfa). El agua corporal varía según varios factores como por ejemplo: edad, masa corporal, sexo, enfermedades, peso, dieta, etc.



3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Plumón		
4	Calculadora	Simple	01
5	Formatos de balance hídrico		01
6	Papelotes		03

4.-Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Breve lectura individual del caso clínico.
- 4.2.- Aplicar las fórmulas establecidas para cada ejercicio.

5.-Procedimientos:

- Leer el material proporcionado.
- Analizar el caso clínico presentado.
- Elaborar una lista de datos relevantes del caso clínico.
- Clasificar los datos según tipo.
- Aplicar fórmulas de balance hídrico.
- Socializar resultados.
- Con los resultados inferir que problemas o necesidades de salud tiene el paciente.
- Proponer posibles intervenciones de enfermería para corregir la situación.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....
7.2.....
7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....



9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier. Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000
- LUVERNE WOLFL Lewis. "Fundamentos de Enfermería". Ed. México,
- URETA Y COLABORADORES. Técnicas y procedimientos básicos de Enfermería .Huancayo 2000



Guía de práctica N° 12

Preparación de medicamentos por las distintas vías

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

- Selecciona y dosifica correctamente los fármacos de acuerdo a su presentación y vía de administración.
- Prepara los medicamentos de acuerdo a la vía.

2.-Fundamento Teórico:

Preparación de medicamentos por vía parenteral: El término parenteral hace referencia a la vía de administración de los fármacos. Esto es, atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección. La vía parenteral es diariamente empleada en atención primaria en multitud de situaciones. A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos: • Preparar el material necesario. • Preparar el medicamento. • Elegir el lugar de inyección. • Administrar el medicamento. La preparación del material y la del medicamento, salvo pequeñas particularidades, suelen ser comunes a los cuatro tipos de vías parenterales. La elección del lugar de inyección y la administración del medicamento ya sí que son específicas de cada vía parenteral.

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón Tambora	pequeña	10 01
4	Alcohol	Un frasco pequeño	01
5			
6	Jeringa	Descartable de 3cc, 5cc.	02
7	Cubeta	Acero quirúrgico	01
8	Agua destilada o suero fisiológico	Ampolla de 5cc	02
9	Guantes a granel	látex	Un par

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.



5.-Procedimientos:

- Se debe calzar los guantes a granel.
- Durante la preparación de medicamento se debe tener en cuenta los 5 correctos.
- Lee tres veces la etiqueta: Cuando lo toma, En el momento de verter o cargar el medicamento, al regresar el medicamento a su lugar.
- Al preparar el medicamento en ampolla coge la ampolla y golpea suavemente su parte superior con un dedo, así todo el contenido pasará a la parte inferior del recipiente.
- Colocar una gasa pequeña alrededor del cuello de la ampolla con el fin de evitar un posible corte.
- Sujetar la ampolla con la mano no dominante. Con los dedos pulgar e índice de la otra mano, rompe el cuello de la ampolla en dirección opuesta a él.
- Coger la jeringa que previamente había preparado con la aguja de carga e inserta ésta en el centro de la boca de la ampolla.
- No permitir que la punta o el cuerpo de la aguja toquen el borde de la ampolla.
- Inclinar ligeramente la ampolla y aspira el medicamento con la jeringa.
- Una vez cargada toda la medicación, saca la aguja de la ampolla. Sostiene la jeringa con la aguja apuntando hacia arriba para que el líquido se asiente en el fondo de la primera.
- Golpear la jeringa con un dedo para favorecer que asciendan las burbujas de aire que se puedan haber aspirado. Tira levemente del émbolo para que si queda algo de líquido en la aguja éste caiga al cuerpo de la jeringuilla.
- Empujar suavemente el émbolo hacia arriba para expulsar el aire, procurando que no se pierda nada del líquido.
- Colocar la medicación cargada en la cubeta de medicamentos para ser administrada.

6.-Resultados

1.....
.....

2.....
.....

3.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000



Guía de práctica N° 13

Administración de medicamentos por vía intradérmica

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Utiliza técnica de administración de medicamentos por vía intradérmica.

2.-Fundamento Teórico

Administración de medicamentos por vía intradérmica: Es la introducción de una solución en la capa superficial de la piel, cuya característica es la formación de un botón pálido en forma de piel de naranja, con el objetivo de introducir sustancias para ayudar al diagnóstico, pruebas de sensibilidad y/o como medida preventiva ejemplo: PPD, BCG.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón Tambora	pequeña	10 01
4	Alcohol	Un frasco pequeño	01
5			
6	Jeringa	Descartable de 1cc, con aguja N°26.	02
7	Cubeta	Acero quirúrgico	01
8	Agua destilada o suero fisiológico	Ampolla de 5cc	02
9	Guantes a granel	látex	Un par

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Brazo anatómico	Simulador brazo solo	01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.



4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Se debe calzar guantes a granel.
- Preparar el medicamento utilizando técnica.
- Seleccionar el sitio de inyección: Tercio medio del antebrazo, región escapular cuidando que en el área no exista lesión o datos de infección o cambios de coloración de la piel.
- Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico.
- Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
- Colocar el brazo del paciente en una superficie (para que sirva de apoyo y facilite la técnica) con el dedo índice y pulgar, estirar en forma suave la piel para mantenerla tensa y facilite la introducción de la aguja.
- Introduce la aguja casi paralela al antebrazo en un ángulo de 15° con el bisel hacia arriba. No aspirar.
- Inyecta lentamente el medicamento y observa la formación de una pequeña pápula. Con esta reacción en la piel se comprueba que el medicamento fue aplicado en la dermis.
- Extraer la aguja con cuidado. No dar masaje, ya que puede dispersar el medicamento.
- Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000



Guía de práctica N° 14

Técnica de administración de medicamentos por vía subcutánea

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente el termómetro de mercurio ya que si se rompe es sumamente tóxico.

1.-Propósito:

Utiliza técnica de administración de medicamentos por vía subcutánea.

2.-Fundamento Teórico

Administración de medicamentos por vía subcutánea: Una inyección subcutánea (SC) significa que se aplica en el tejido adiposo, justo bajo la piel.

Una inyección subcutánea es la mejor manera de administrarse ciertos medicamentos, como: Insulina, anticoagulantes y fármacos para la fecundidad.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón		10
	Tambora	pequeña	01
4	Alcohol	Un frasco pequeño	01
5			
6	Jeringa	Descartable de 1cc, con aguja N°25.	02
7	Cubeta	Acero quirúrgico	01
8	Agua destilada o suero fisiológico	Ampolla de 5cc	02
9	Guantes a granel	látex	Un par

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Brazo anatómico	Simulador brazo solo	01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación



del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Se debe calzar guantes a granel.
- Preparar el medicamento utilizando técnica.
- Seleccionar el sitio de inyección: Parte externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido subcutáneo del abdomen y región escapular, cuidando que en el área no exista lesión, equimosis, datos de infección o cambios de coloración de la piel.
- Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico.
- Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
- Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice. Esta maniobra asegura la introducción del medicamento al tejido subcutáneo.
- Introducir la aguja en un ángulo de 45°.Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento.
- En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo retira la aguja y volver a realizar el procedimiento.
- Retirar la aguja y presionar en el sitio de inyección.
- Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....
.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000



Guía de práctica N° 15

Técnica de administración de medicamentos por vía intramuscular

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Utiliza técnica de administración de medicamentos por vía intramuscular.

2.-Fundamento Teórico

Administración de medicamentos por vía intramuscular: La inyección intramuscular (IM) es una forma de administración rápida en la que el medicamento se inyecta dentro del músculo. Es utilizada con el fin de que la sustancia administrada sea absorbida de forma eficaz. Es utilizada frecuentemente en hospitales en el área de urgencias para tratar padecimientos tales como cefaleas y dolores musculares por contusiones que no requieren internamiento. El volumen de la medicación administrada a través de esta vía es pequeño y puede variar dependiendo del tipo de medicamento y la zona muscular en la que se vaya a aplicar, por ejemplo: si se aplica en un músculo pequeño como el deltoides, deberá ser un volumen igual o menor a 2 ml, en cambio si se aplica en el glúteo con inyecciones aceitosas, irritantes o muy dolorosas, el volumen puede ser de 2 ml. hasta 5 ml.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón Tambora	pequeña	10 01
4	Alcohol	Un frasco pequeño	01
5			
6	Jeringa	Descartable de 3cc, 5cc con aguja N°21 larga.	02
7	Cubeta	Acero quirúrgico	01
8	Agua destilada o suero fisiológico	Ampolla de 5cc	02
9	Guantes a granel	látex	Un par

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Nalgas anatómicas.	Simulador de nalgas, músculo glúteo.	01



4.-Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.
- 4.2.-El procedimiento es individual.
- 4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Se debe calzar guantes a granel.
- Preparar el medicamento utilizando técnica.
- Seleccionar el sitio de inyección la zona que generalmente se utiliza y primera en elección es el cuadrante superior externo de ambos glúteos, en el brazo la región del deltoides, cuidando que en el área no exista lesión equimosis datos de infección o cambios de coloración de la piel.
- Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico.
- Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
- Estirar la piel con el dedo índice y pulgar.
- Introducir la aguja en un ángulo de 90° en forma directa con un solo movimiento rápido y seguro. De esta forma ayuda a reducir el dolor de la punción.
- En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo retira la aguja y volver a realizar el procedimiento.
- Retirar la aguja con rapidez (con un solo movimiento) reduce la molestia de la extracción de la misma. Presionar en el sitio de la inyección y realizar masajes
- Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....
7.2.....
7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....



9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000



Guía de práctica N° 16

Técnica de administración de medicamentos por vía endovenosa

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Utiliza técnica de administración de medicamentos por vía endovenosa.

2.-Fundamento Teórico

Administración de medicamentos por vía endovenosa: La inyección endovenosa las más utilizadas son: la vena cefálica media y la basilica media en la extremidad superior, venas de la zona distal del antebrazo: cefálica accesoria y ante braquial mediana.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón Tambora	pequeña	10 01
4	Alcohol	Un frasco pequeño	01
5	Jeringa	Descartable de 3cc, 5cc con aguja N°21 larga.	02
6	Cubeta	Acero quirúrgico	01
7	Agua destilada o suero fisiológico	Ampolla de 5cc	02
8	Guantes a granel	látex	Un par

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Brazo anatómico.	Simulador de brazo con soporte de unidad de sangre.	01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación



del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Se debe calzar guantes a granel.
- Preparar el medicamento utilizando técnica.
- Seleccionar la vena que se va a puncionar: El estudiante hace mención que generalmente se punciona en el brazo: Vena cefálica o basílica, en la mano, venas superficiales del dorso y cara lateral.
- Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado para realizar la punción de la vena.
- Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 10 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico.
- Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, apuntando el bisel de la jeringa hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la mano izquierda para evitar que se mueva en el momento de la punción. Retira el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
- Puncionar la vena, introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba, tomado la vena por un lado formando un ángulo de 15° o 30° entre la jeringa y el brazo del paciente, cerciorarse que la aguja se encuentra dentro de la vena.
- Soltar la ligadura .Introduce muy lentamente la solución del medicamento, Observa y pregunta al paciente si siente alguna molestia.
- Terminar de administrar el medicamento, retira la aguja y la jeringa con un movimiento suave y hacer hemostasia por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de la punción con una torunda impregnada de antiséptico, o bien, colocar una tira de cinta adhesiva sobre la torunda para que haga presión (informar al paciente que se la puede quitar después de 5 minutos).
- Observar si existe alguna reacción adversa en el paciente,
- Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....
7.2.....
7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....



9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería". Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería, 5ta. Edic. Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000



Guía de práctica N° 17

Técnica de administración de medicamentos por vía endovenosa - venoclisis

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

Utiliza técnica de administración de medicamentos por vía venoclisis.

2.-Fundamento Teórico

Administración de medicamentos por vía venoclisis: Es la técnica que se realiza para administrar al paciente una solución gota a gota a través de una vena por un tiempo determinado, con el objetivo de administración de líquidos y medicamentos por vía perenteral.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Ítem	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	1
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Torundas de algodón Tambora	pequeña	10 01
4	Alcohol	Un frasco pequeño	01
5	Abocat	Descartable de 18-20.	02
6	Cubeta	Acero quirúrgico	01
7	Cloruro de sodio 9%	1000cc	02
8	Guantes a granel	Látex	Un par
9	Esparadrapo o thegadrem	Antialérgico	01
10	Equipo de venoclisis	Descartable	01
11	Llave de triple vía	Descartable	01
12	Extensión disk	Descartable	01

3.2.-EQUIPOS:

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Brazo anatómico.	Simulador de brazo con soporte de unidad de sangre.	01



4. Indicaciones/instrucciones:

- 4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.
- 4.2.-El procedimiento es individual.
- 4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de la preparación del medicamento.

5.-Procedimientos:

- Se debe calzar guantes a granel.
- Preparar el medicamento utilizando técnica.
- Retirar el tapón metálico del frasco y limpiar con una torunda de algodón con alcohol.
- Sacar el equipo de venoclisis, cerrar la llave reguladora (Carrito).
- Llenar la cámara cuenta gotas hasta la mitad y levantar el frasco invertido y abrir lentamente la llave de seguridad hasta eliminar el aire del tubo de conexión (Purgar el tubo de conexión)
- Elegir la vena que se va a punzar y ligar a 10 cm de la zona de punción, realizar la asepsia de la piel con alcohol puro.
- Fijar la piel e introducir el catéter con el bisel hacia arriba hasta observar la presencia de sangre en la cámara de retroceso, soltar la ligadura.
- Introducir todo el cateter, luego retirar el guiador de metal e insertar el conector luer del equipo de venoclisis y abrir la llave reguladora.
- Fijar el catéter con cintas de esparadrapo o tegaderm, escribir la fecha y hora de colocación del catéter con un plumón indeleble.
- Regular el goteo.
- Desechar el guiador del abocat en un recipiente especial para material punzocortante.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....



9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. "Manual de Fundamentos de Enfermería. Editorial Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería (5ª ed.). Editorial Elsevier. Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería. (5ª ed.). Editorial Elsevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin, Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Editorial Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000



Guía de práctica N° 18

Cuidados de enfermería durante la etapa de la agonía y post mortem

Sección :Docente:

Fecha :/...../..... Duración: 90 minutos

Instrucciones: Señores estudiantes deben tener a la mano los materiales solicitados en forma individual y tener mucho cuidado con la manipulación de los simuladores.

Hacer uso en todo momento de guardapolvo, mascarilla, guantes y cofia, no manipular inadecuadamente los equipos del laboratorio.

1.-Propósito:

- Identifica cuidados de enfermería durante la etapa de la agonía.
- Ejecuta procedimientos de cuidados post mortem.

2.-Fundamento Teórico:

Cuidado de Enfermería al Paciente Agónico: El umbral hacia la muerte es un proceso inevitable, el cual la mayoría por no decir que todos, tememos llegar a experimentar; ya sea nuestra propia muerte o la de nuestros seres queridos, a la que tratamos evadir innecesariamente. Los expertos en Tanatología, han expuesto varias teorías sobre mecanismos de comportamiento ante esta situación que se presenta, se puede reaccionar con rebeldía, ira, frustración, aislamiento y depresión; manifestados por el propio paciente o bien por sus familiares, que de acuerdo al estilo de vida, credo, edad, momento del suceso y circunstancias en que ocurre, son los patrones de comportamiento y la forma de afrontar este proceso. Es indispensable que el personal de enfermería esté preparado para atender las necesidades fisiológicas y psicológicas del paciente. Para ello es necesario contar con la participación de equipo, conjuntamente con el personal de psicología, trabajo social y familiares del paciente, para otorgar una atención holística que ayude al paciente a llegar a la etapa final con la aceptación de trascender y renacer a otra vida, su objetivo es procurar que el paso del paciente hacia el proceso de la muerte sea con la máxima dignidad y bienestar posible.

Cuidados Postmortem: La atención postmortem es el conjunto de intervenciones de enfermería que se proporcionan al cadáver y a sus familiares su objetivo es preparar al cadáver para su inhumación o cremación y participar en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posibles.

3.- Materiales:

3.1. Materiales

Item	Material	Característica	Cantidad
1	Papel toalla	Descartable	01
2	Jabón líquido	Antibacterial, líquido	01
3	Guantes a granel	Látex	Un par
4	Marcarilla	Simple descartable	01
5	Sábanas		02
6	Esparadrapo		01
7	Algodón	Torundas grandes y medianas	20



8	Riñonera		01
9	Fichas		02
10	Expediente clínico		01

3.2. EQUIPOS:

Item	Equipo	Característica	Cantidad
1	Muñeco anatómico		01
2	Cama hospitalaria		01

4.-Indicaciones/instrucciones:

4.1.-Cada estudiante debe lavarse la mano antes de empezar el procedimiento.

4.2.-El procedimiento es individual.

4.3.- Debe aplicar los principios científicos durante la ejecución de procedimiento de atención al paciente durante la etapa de la agonía y post mortem.

5.-Procedimientos:**Paciente Moribundo:**

1. Proporcionarle privacidad al paciente y evitar que la vivencia de esta situación repercuta en otros pacientes.
2. Proporcionar asistencia religiosa o espiritual, si el enfermo o la familia lo desean.
3. Mantener la vigilancia continua y estrecha del paciente.
4. Cumplir con el tratamiento instituido y con las órdenes médicas a la brevedad posible.
5. Establecer un plan de atención integral e individualizada para el paciente, proporcionándole bienestar y confort.
6. Humedecer los ojos y la boca del paciente cuantas veces sea necesario.
7. Facilitar la compañía de sus familiares, induciéndolos directamente en el proceso asistencial.
8. Ayudar a los familiares a afrontar el proceso de la muerte cuando ésta sea inevitable. El deceso debe ser informado a los familiares por el médico tratante.
9. Si el paciente fuera posible donante de órganos, avisar al equipo de coordinación de trasplantes.
10. Informar del deceso a los servicios de trabajo social, informes, admisión de pacientes y dietología, entre otros (según las normas del hospital).
11. Realizar las anotaciones correspondientes en el expediente clínico: Causa del deceso, condiciones, medicamentos administrados, maniobras de resucitación, hora del fallecimiento, entre otros.

Cuidados Post Mortem:

- Aísle la cama del fallecido con un parabán.
- Coloque el cadáver en decúbito supino, con los brazos extendidos a ambos lados del cuerpo, y la cabeza sobre la almohada.
- Eleve la cabeza del fallecido ligeramente para evitar la hipostasis post mortem, es decir, la lividez del rostro, que podría cambiar su color.
- Acomode el cuerpo inmediatamente después de la muerte, antes de que se presente la rigidez cadavérica (rigor mortis) que es el endurecimiento del cuerpo debido a una reacción química dentro de los músculos: el glucógeno se coagula y se produce ácido láctico. Suele ocurrir poco después de la muerte, y progresa desde las mandíbulas hacia las extremidades.
- Coloque la prótesis dental (en caso de que la usara) con suavidad y trate de cerrar la boca. Encaje



una toalla doblada debajo de la barbilla para mantener la mandíbula cerrada.

- Cierre los ojos apretando suavemente los párpados, con las yemas de los dedos. Si no permanecen cerrados, póngales encima torundas de algodón húmedas durante varios minutos y luego trate de cerrarlos otra vez.
- Retire la venoclisis, las cánulas, las sondas, así como cualquier otro equipo empleado.
- etire anillos u otras prendas que tuviera el cadáver.
- Realice el aseo (quitar restos de sangre o supuración que puedan haberse acumulado después de la muerte) y péínelo.
- Ponga apósitos en el área perineal o inserte tapones en el recto y la vagina, para evitar la salida de secreciones u otras sustancias por el relajamiento de los esfínteres. En el caso de que existan secreciones por la boca, la nariz y los oídos, estos se taponarán.
- Cubra las heridas con apósitos (si las tuviera).
- Cubra el cuerpo hasta la barbilla con una sábana limpia.
- Revise y recoja las pertenencias del cadáver, y anótelas. Haga un paquete e identifíquelo para entregárselo al familiar o al Departamento de Admisión (en el caso de que no estuvieran presentes los familiares del fallecido).
- Identifique dos veces al cadáver para evitar errores.
- Si es necesario unir los tobillos y las muñecas, deben protegerse con apósitos para evitar la aparición de livideces y magulladuras.

6.-Resultados

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

7.-Conclusiones

7.1.....

7.2.....

7.3.....

8.-Sugerencias y /o recomendaciones

.....
.....
.....
.....

9.- Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- KOZIER, B. Manual de Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana, VII Edición.2005
- Potter, Patricia A., Fundamentos de enfermería (5ª ed.). Editorial ElSevier, Vol. I.
- Potter, Patricia A Fundamentos de enfermería (5ª ed.). Editorial ElSevier, Vol. II.
- Perry, Anne Griffin. Guía Mosby de Técnicas y procedimientos en enfermería. Editorial El Silver.
- BRUNNER L.S. "Tratado de Enfermería". Edit. Cedro. México, Volumen 1,2,3-2000