

Técnicas y procedimientos para el cuidado de enfermería



**PALACIOS-FONSECA, Cecilia, MsC.
VILLEGAS-CEJA, María Hilda, MsC.**

Coordinadores

ECORFAN®

ECORFAN-México

Técnicas y procedimientos para el cuidado de enfermería

Coordinadores

PALACIOS-FONSECA, Cecilia MsC.
VILLEGAS-CEJA, María Hilda, MsC.

Diseñador de Edición

ESPINOZA-GÓMEZ, Luis, MsC.

Producción Tipográfica

TREJO-RAMOS, Iván, BsC.

Producción WEB

ESCAMILLA-BOUCHAN, Imelda, MsC.

Producción Digital

LUNA-SOTO, Vladimir, MsC.

Editor en Jefe

OLIVES-MALDONADO, Juan Carlos, MsC.

Autores

PALACIOS-FONSECA, Cecilia, MsC.
VILLEGAS-CEJA, María Hilda, MsC.
DÍAZ-CASTREJÓN, José Uriel, MsC.
MONREAL-CASTORENA, María Guadalupe, BsC.
ARIAS-SOTO, Lucero Estefanía, BsC.
RIVERA-PÉREZ, María Elena, MsC.
RUIZ-BUGARIN, Cinthia Lizbeth, BsC.
MORA-SÁNCHEZ, Cesar Rafael, BsC.
SILLAS-GONZÁLEZ, Delia Esperanza, MsC.



© Universidad Autónoma de Nayarit

Ciudad de la Cultura Amado Nervo Boulevard Tepic- Xalisco S/N C.P. 63190 Tepic, Nayarit, México

Proyecto realizado con financiamiento del Fondo para elevar la Calidad de la Educación Superior (FECES) de la Secretaría de Educación Pública y se obtuvieron en el concurso 2014.

ZAVALA-PÉREZ, Ian Coahpetezin, MsC.
GONZÁLEZ-GUERRA, Fabiola, MsC.
LEAL-CORTES, Erendida, BsC.
VEGA-CAMPOS, Iliana Patricia, MsC.
ONTIVEROS-GONZÁLEZ, Lourdes, MsC.
JUÁREZ-CASTAÑEDA, Rosa Ebelia, BsC.
IBARRA-ESCOBAR, Xochitl Erendira, MsC.
MALDONADO-ARELLANO, Dora Luz, BsC.
CORTES-IBARRA, Refugio Guadalupe, BsC.
GARCÍA-RAMOS, Martina, MsC.
RAMÍREZ-ESTRADA, Maribel, BsC.
FABIÁN-BONILLA, Sara del Rosario, BsC.
DUARTE-CEJAS, Ma. Evelia, BsC.
CHÁVEZ-ESTRADA, Nallely Esmeralda, BsC.
MAGAÑA-LEMUS, Lucia, MsC.
OLVERA-AYÓN, Gilberto Rafael, BsC.
VALDIVIA-PÉREZ, Luis Gerardo, MsC.
HERRERA-ARCADIA, Karla Guadalupe, MsC.

Comité Técnico de la Universidad Autónoma de Nayarit

PARRA-GONZÁLEZ, Efraín
NAVARRO-HERNÁNDEZ, María del Refugio
ROMO-GONZÁLEZ, Prisca Icela
ZEA-VERDIN, Aldo Asunción
VÁZQUEZ-SÁNCHEZ, Salvador
PASTRANA-MARTÍNEZ, Alejandra Estefanía

Ninguna parte de este escrito amparado por la Ley de Derechos de Autor ,podrá ser reproducida, transmitida o utilizada en cualquier forma o medio, ya sea gráfico, electrónico o mecánico, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente: Citas en artículos y comentarios bibliográficos ,de compilación de datos periodísticos radiofónicos o electrónicos. Visite nuestro sitio WEB en: www.ecorfan.org

ISBN 978-607-8324-50-7

A los efectos de los artículos 13, 162 163 fracción I, 164 fracción I, 168, 169,209, y otra fracción aplicable III de la Ley del Derecho de Autor.

Presentación

En los últimos años, la Universidad Autónoma de Nayarit ha realizado una serie de esfuerzos para apoyar la producción y divulgación académica, las y los académicos universitarios han sido convocados por diversos medios para generar publicaciones que contribuyan a fortalecer su perfil profesional, a mejorar sus prácticas formativas, y por ende a la formación integral de los estudiantes.

En esta colección “45 años de Vida Universitaria” se integre por un conjunto de materiales educativos que pretenden contribuir a la formación de los estudiantes, en esta primera entrega se presentan 13 materiales, entre guías de aprendizaje, manuales técnicos y libros de texto.

Se agradece la participación de las y los académicos que hicieron posible materializar este esfuerzo, además porque se convirtió en un proyecto con buenas intenciones a una práctica que fomentará el desarrollo académico. A finales de esta administración contar con evidencias del trabajo que se ha desarrollado al interior de las academias da muestra de la actividad conjunta entre académicos y administración, así como de los esfuerzos para que dentro la institución prevalezca un clima de trabajo académico abierto, inclusivo y respetuoso están dando resultados. Es preciso mencionar que los recursos para apoyar este conjunto de publicaciones son provenientes del Fondo para Elevar la Calidad de la Educación Superior (FECES) de la Secretaría de Educación Pública y se obtuvieron en el concurso 2014.

Los materiales se encontrarán en formato digital e impreso, para acceso a toda la comunidad universitaria y todas aquellas personas externas interesadas en la producción académica de nuestra institución. No me resta más que invitar a la comunidad universitaria a continuar con los esfuerzos de producción y divulgación académica y ser punta de lanza en el estado en la generación de publicaciones indexadas.

*LÓPEZ-SALAZAR, Juan, BsC.
Rector Universidad Autónoma de Nayarit*

Prólogo

“Hoy las escuelas latinoamericanas tienen que vérselas con sujetos nuevos, saberes nuevos, condiciones nuevas. Habrá que imaginar una escuela que dibuje otros contornos y otros horizontes, con la voluntad de sostener una institución que ponga en relación con saberes sistemáticos, que ayuden a habilitar otros futuros, que nos conecte con otros pasados y otros mundos, pero también con la apertura para inventar, para apropiarse, para enriquecer un espacio que, si no se renueva, si persiste en su vieja gramática, parece destinado a convertirse en ruinas, o en lugar de pasaje que no deja huellas”

Inés Dussel (2009)

Muchas de las actividades que realizamos a diario son producto de un conjunto de creencias, conocimientos, actitudes, experiencias, entre otros, que hemos interiorizado con anterioridad y que determinan en gran medida nuestra forma de actuar y pensar en el mundo. En este horizonte de posibilidades muchas de las respuestas que damos acertadamente o las variadas estrategias que utilizamos para resolver correctamente un problema son exteriorizadas sin darnos cuenta de la complejidad de procesos que tuvimos que pasar para realizarlas.

Es preciso reconocer la existencia de un bagaje cultural interno que provoca que conozcamos y actuemos de forma literal. Si nuestro conocimiento se representará por un iceberg, la parte externa sería el conocimiento explícito, es decir, el que exteriorizamos y que nos atrevemos a discutir, mientras que la parte sumergida representaría el conocimiento tácito que no conocemos explícitamente y que por tanto no podemos discutir.

Resulta complejo pensar en el conocimiento tácito, ya que no somos conscientes de él y por ello podemos utilizarlo a nuestra voluntad. Esta situación se presenta de manera individual como en conjunto; diferentes colectivos y organizaciones poseen conocimiento del cual no son conscientes y entonces no pueden disponerlo como un activo que contribuya a mejorar su actividad cotidiana.

Bajo esta perspectiva, el conocimiento que una organización posee hace referencia al conjunto de expectativas, creencias, información, habilidades y saber hacer que tiene y que le permiten situarse ante los posibles sucesos de su entorno, para que mediante un aprendizaje dialógico se dé una respuesta efectiva, y al mismo tiempo se reconfigure su saber sistémico que servirá de marco de actuación para los aprendizajes futuros (Gordó, 2010).

El caso de las Instituciones de Educación Superior, no es la excepción. Al ser organizaciones complejas en su estructura y densas en su actividad colectiva e individual, la necesidad de contar con mecanismos de sistematización de su productividad se convierte en un eje central del quehacer cotidiano. Esta situación se agudiza para las universidades públicas estatales, donde los recursos económicos para la generación y desarrollo de proyectos son escasos y la generación de resultados tangibles se convierte en la única forma de medir el impacto de las acciones. La gran ventaja de las universidades es su capital humano, las y los docentes que conforman el colectivo académico, desde la experiencia práctica desarrollada, su habilitación y producción, representan el principal motor que hace que la institución se mueva y crezca.

El centro de las acciones de la gestión debe ser el generar mecanismos que fomenten procesos de sistematización, producción y divulgación de los trabajos de los académicos universitarios. El Programa de Producción y Divulgación Académica Universitaria (PPDA-UAN) se constituyó con el objetivo de sistematizar, producir y divulgar materiales académicos que fortalezcan la docencia universitaria e impacten en la formación integral de los estudiantes, dentro de este programa de han tejido diferentes líneas de trabajo:

- a) Producción de la colección “La Función de la Universidad ante los retos de la Sociedad del Conocimiento”.
- b) Producción de la colección de materiales educativos “45 años de vida universitaria”.
- c) Producción de memoria colectiva “Experiencia del trabajo colegiado en la Universidad Autónoma de Nayarit: una mirada desde sus academias”.
- d) Sistematización y producción de experiencias institucionales.
- e) Producción de trabajos individuales para la docencia universitaria.

Algunas de estas, tienen actualmente resultados tangibles y en proceso de divulgación tanto al interior como al exterior de la institución. En esta ocasión se hace mención especial de la colección “45 años de vida universitaria” la cual tiene como propósito principal la producción de materiales educativos producidos al interior de las academias.

Lo anterior surge de un esfuerzo por reconocer cómo el trabajo colegiado desarrollado en los últimos años en la Universidad se ha conformado como una actividad de suma importancia para el desarrollo académico de los programas. Gran cantidad de las acciones de concreción del plan de estudios recaen en la actividad de las academias, en este sentido, los docentes como parte de su actividad formativa han diseñado, acordado y aplicado materiales educativos, entre ellos se encuentran: guías de aprendizaje, ensayos individuales y colectivos, manuales de práctica y libros de texto.

Por lo tanto, sistematizar el esfuerzo de las academias y generar procesos de apoyo para que dichos materiales se conformen y divulguen, constituye el esfuerzo central de la colección. Gracias a la participación de las y los docentes universitarios, en esta primera edición de la colección se publicarán 13 materiales educativos, entre guía de aprendizaje, manuales de práctica y libros de texto. Estos materiales serán publicados en formato impreso y digital, tendrán acceso público para toda la comunidad universitaria y generarán procesos de divulgación que fortalezcan la actividad docente y la formación de los estudiantes universitarios.

*PEÑA-GONZÁLEZ, Jorge Ignacio, MsC.
Director de la Colección “45 años de Vida Universitaria”*

Agradecimientos

En la presente obra se le agradece en primera instancia a la Universidad Autónoma de Nayarit, por el gran apoyo que se otorgó para que esta publicación fuera posible mediante la dedicación e interés de un gran equipo de trabajo de alto rendimiento como es la Academia de Práctica Clínica y Comunitaria perteneciente a la Unidad Académica de Enfermería.

Agradecemos de igual manera a la Unidad Académica de Enfermería por dar la apertura del trabajo colegiado, confiar en las habilidades cognitivas y humanas de todos los integrantes del equipo de trabajo y proporcionar todos los apoyos necesarios para que la presente obra fuese posible desde su planeación hasta la puesta en marcha con la visión de mejorar el proceso enseñanza-aprendizaje y fomentar en el estudiante la excelencia profesional y principalmente la conciencia del cuidado humano de enfermería.

Finalmente, se le da un profundo agradecimiento a todos los que participaron en la elaboración de éste libro, ya que gracias al enorme compromiso, responsabilidad, creatividad y esfuerzo de sus colaboradores integrantes de la Academia de Práctica Clínica y Comunitaria, se inició el proyecto como un sueño y que hoy en día es una realidad.

“Encontrar nuestro lugar en el mundo es conocer el entorno que nos rodea, el territorio lo determinan las personas que lo conforman”

Prefacio

El presente libro trata de proporcionar a los estudiantes y profesionales un conocimiento preciso sobre técnicas y procedimientos para otorgar el cuidado de enfermería. Esta obra nace en el seno de la Academia de Práctica Clínica y Comunitaria de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit; con el objetivo, de precisar los procedimientos en las técnicas que se ponen en práctica en la intervención de enfermería en cada situación específica, así como contar con una guía que permita evaluar la competencia del estudiante a través de listas de comprobación.

Es importante considerar que el profesional de enfermería durante su etapa de formación profesional, se desenvuelve en diferentes ambientes, tanto hospitalarios como comunitarios y es donde se pone en práctica todo el bagaje de conocimientos adquiridos a lo largo de su trayectoria académica, los profesores de las Unidades de Aprendizaje de Práctica Clínica y Comunitaria y Práctica Profesional, preocupados por la formación asistencial de sus estudiantes y por la calidad con que se otorga el cuidado de enfermería al individuo, familia y comunidad, han compilado en esta obra los procedimientos y técnicas más usuales en los tres niveles de atención, así mismo han creado listas de comprobación para llevar a cabo la evaluación de los procedimientos realizados, considerando el saber, saber hacer y saber ser de los estudiantes; el conocimiento y experiencia de los profesores se hace presente en esta obra y estoy segura que será de gran utilidad para los profesionales de la enfermería.

*ESPERICUETA-MEDINA, Maritza, MsC.
Agosto de 2015*

Contenido	Pág
Introducción	1
Objetivos	1
Administración de hemoderivados	2
Administración de medicamentos en el agente adulto vía oral	6
Administración de medicamentos vía intravenosa	9
Administración de medicamentos vía parenteral	12
Administración y dosificación de medicamentos en agentes pediátricos vía oral	14
Medicamentos vía intramuscular	16
Medicamentos por vía intravenosa	20
Instilaciones	22
Administración y dosificación de medicamentos en agentes pediátricos vía tópica	26
Admisión del agente para hospitalización	28
Aspiración de secreciones	30
Baño al agente encamado	33
Calzado de guantes estériles técnica abierta	37
Calzado de guantes estériles técnica cerrada	39
Control de líquidos	41
Control de líquidos en agente pediátrico	43
Cuidados de enfermería post-mortem (Amortajamiento)	45
Cuidados de sonda vesical a permanencia	48
Cuidados neurológicos	50
Cuidados pre-operatorios	52

Cuidados post-operatorios	55
Diálisis peritoneal	57
Disposición de productos biológicos en refrigerador (Red de frio)	61
Egreso del agente hospitalario	64
Electrocardiograma (ECG)	66
Enemas	69
Entrevista	72
Exploración clínica de mamas	76
Lavado bronquial	79
Lavado de manos mecánico	83
Lavado de manos quirúrgico	85
Manejo de heridas	88
Manejo del autoclave	91
Maniobras de Leopold	95
Medición de fondo uterino	97
Monitorización cardiaca	99
Nebulizaciones	102
Ostomías	104
Oxigenoterapia	107
Papanicolaou	110
Presión venosa central (PVC)	113
Quimioterapia	117
Reanimación cardiopulmonar	121
RPBI Manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos	125

Somatometría	128
Tamiz auditivo	131
Tamiz neonatal	133
Técnica de alimentación en el recién nacido (Alimentación forzada)	135
Técnica para vestir bata estéril	138
Tendido de cama con agente	140
Tendido de cama sin agente	144
Vendajes	147
Venoclisis al agente pediátrico	150
Visita domiciliaria	153
Conclusiones	156
Apéndices	157
Referencias	158
Glosario	159
Apéndice A. Consejo Editor Universidad Autónoma de Nayarit	162
Apéndice B. Consejo Editor ECORFAN	163

Introducción

La práctica de enfermería dentro de los diversos contextos de cuidado (clínico o comunitario), constituye un elemento fundamental en la formación profesional del estudiante de Licenciatura en Enfermería; donde se aplican los conocimientos adquiridos en la teoría, tomando conciencia de la responsabilidad del cuidado. Cabe señalar, que en la práctica clínica se prepara al estudiante para su inserción al mercado laboral en materia de salud y así poder otorgar una atención de calidad mediante procedimientos fundamentados y actualizados a partir del aprendizaje de roles como el de promotor, gestor y protector de la salud de los individuos, familias y comunidades con bases científicas, técnicas, éticas y humanistas. El estudiante de enfermería, durante su desarrollo académico se integra a la práctica clínica para aplicar y comprender las situaciones de cuidado donde los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en las unidades de aprendizaje disciplinares del área de la salud y de la misma práctica clínica, le permitan identificar y desarrollar sus competencias en cualquier situación que se suscitan en las experiencias de cuidado. Las técnicas y procedimientos en el cuidado de enfermería, constituyen en la atención moderna de la salud, un eje fundamental que integra el sistema de formación específica de enfermería, cuyo objetivo es el cuidado al agente (paciente) y su entorno para que alcancen los resultados de salud esperados. Es así, que el proceso del cuidado de enfermería, pretende dar solución a problemas de salud mediante las técnicas y procedimientos las cuales representan la dinámica mediante la cual se establece la interacción enfermera-paciente para mejorar o mantener su estado de salud. El presente Libro sobre Técnicas y Procedimientos para el Cuidado de Enfermería, queda estructurado para desarrollar cualquier habilidad y destreza desde primer, segundo y tercer nivel de atención por el grado de complejidad de cada uno de ellos y la importancia que describe los elementos teóricos y prácticos, los cuales se ponen a disposición del estudiante y docente para que se consulte y se aplique como guía de supervisión, desarrollando en las diferentes instituciones de salud para el logro de competencias; en él, se establece la actuación a la que se habrá que sumar la creatividad profesional y la consideración de cada individuo como un ser único, para que el resultado de su aplicación sea óptimo, en la obtención del conocimiento, habilidades, actitudes y valores en el receptor del aprendizaje.

Objetivos

Objetivo general. Contar con una guía de consulta que permita al estudiante y al docente de práctica clínica, comprobar el conocimiento así como la evaluación a partir de técnicas y procedimientos que se realicen al agente de autocuidado durante su estancia hospitalaria e incidir en la mejora de su condición de salud.

Objetivos específicos:

- Establecer procedimientos y sus controles para mejorar el proceso enseñanza-aprendizaje y fomentar en el estudiante la excelencia profesional.
- Dirigir en el estudiante las acciones para el cumplimiento de competencias establecidas fomentando en él la conciencia del cuidado de enfermería.
- Fortalecer el aprendizaje del estudiante mediante lineamientos y estándares legales e interinstitucionales actualizados.

Administración de hemoderivados

Sub-competencia: Administra hemoderivados para brindar cuidado terapéutico.

Concepto: Una transfusión consiste en la administración intravenosa (IV) de sangre total o hemoderivados con fines terapéuticos.

Objetivo: Restituir el volumen sanguíneo. Restaurar o aumentar el transporte de oxígeno en la sangre.

Principios:

- El tipo sanguíneo en el sistema ABO se determina por la presencia o ausencia de ciertos antígenos en la superficie de los hematíes.
- En agentes que por su patología pueden sufrir sobrecarga de líquidos o si existe anemia habrá que extremar los controles.

Material y equipo:

- Unidad de sangre prescrita.
- Equipo de transfusión.
- Soporte de suero.
- Equipo de venopunción calibre 18.
- Torundas con alcohol.
- Tela adhesiva.

Tabla 1 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Identifique la unidad de sangre con el agente.	Evita errores en la administración así como posibles incompatibilidades.
Compruebe la compatibilidad ABO entre la sangre que hemos de transfundir y el agente	Garantiza que la sangre que contiene la bolsa posee la identificación correcta del grupo sanguíneo.
Compruebe que la sangre no ha estado a temperatura ambiental más de 30 min. antes de iniciar la transfusión	Los componentes sanguíneos se deterioran a medida que se calientan y aumenta el riesgo de crecimiento bacteriano.
Invierta y agite suavemente la bolsa de la sangre. Exponga el puerto de la bolsa de sangre tirando suavemente de las solapas.	Permite mezclar los componentes sanguíneos evitando su sedimentación.
Retire el protector del equipo de transfusión y conecte la punta del equipo de transfusión a la bolsa de la sangre.	Introduzca la punta del equipo suavemente evitando la rotura de la bolsa.
Cierre la pinza superior e invierta la bolsa y cuélguela en el soporte de suero	Evita pérdidas accidentales de sangre.
Llene el filtro del equipo de transfusión presionando sobre él con los dedos pulgar e índice.	Crea un vacío en su interior que favorece la entrada del líquido y reduce la posibilidad de que entre aire en el sistema de goteo.
Abra la pinza y purgue el resto del equipo de transfusión. Cierre de nuevo la pinza.	Evita la entrada de aire en el circuito sanguíneo.
Proceda a la canalización de una vía venosa si	La vía venosa ha de ser de gran calibre, ya que la sangre

previamente no cuenta con ninguna. Retire el protector de la zona distal del equipo de transfusión y conéctelo al catéter	es viscosa y densa, lo cual provocaría obstrucciones si el catéter fuera de un calibre pequeño.
Abra la pinza del equipo e inicie la transfusión lentamente.	El volumen administrado durante los primeros 15 min. ha de ser reducido, esto permite detectar reacciones en la transfusión de forma rápida.
Compruebe los signos vitales del agente a los 15 min. del comienzo y proceda a aumentar la velocidad de la transfusión si ésta no presenta problemas.	Demuestra que no existen signos de reacción y que el agente tolera la transfusión.
Valore al agente cada 30 min.	Según el estado de salud se precisarán controles con mayor frecuencia.
Agite suavemente la bolsa de sangre de forma periódica mientras dure la transfusión.	Evita que se sedimenten los hematíes en el fondo de la bolsa.
Retire todo el sistema una vez finalizada la transfusión y tome nuevamente los signos vitales.	Demuestra que no existen signos de reacción y que el agente tolera la transfusión.
Administre la solución prescrita si el agente precisa continuar con tratamiento.	Es conveniente lavar la vía con solución salina y cambiar el equipo de transfusión por uno de perfusión.

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza actividades de enfermería enfocadas a la administración de hemoderivados para proporcionar cuidado terapéutico siguiendo los pasos del procedimiento con apego a principios científicos y a valores de responsabilidad, respeto, honestidad, justicia y altruismo.

Elemento de competencia: Administración de hemoderivados.

Criterio de desempeño: El estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de hemoderivados.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Identifique la unidad de sangre con el agente		
Compruebe la compatibilidad ABO entre la sangre que habrá de transfundir y el agente		
Compruebe que la sangre no ha estado a temperatura ambiental más de 30 min. antes de iniciar la transfusión.		
Invierta y agite suavemente la bolsa de la sangre.		
Retire el protector y conecte el equipo.		
Cierre la pinza superior e invierta la bolsa y cuélguela en el soporte de suero.		
Llene el filtro del equipo de transfusión presionando sobre él con los dedos pulgar e índice.		
Abra la pinza y purgue el resto del equipo de transfusión. Cierre de nuevo la pinza.		
Abra la pinza del equipo e inicie la transfusión lentamente.		
Compruebe los signos vitales del agente a los 15 min.		
Valore al agente cada 30 min.		
Agite suavemente la bolsa de sangre de forma periódica mientras dure la transfusión.		
Retire todo el sistema una vez finalizada la transfusión y tome nuevamente los signos vitales.		
Administre la solución prescrita si el agente precisa continuar con tratamiento.		
Saberes formativos.	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		

Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Administración de medicamentos al agente adulto vía oral

Sub-Competencia: El estudiante realiza de manera eficiente y eficaz la administración de medicamentos por vía oral, utilizando los 5 correctos para colaborar en la recuperación y/o mantenimiento de la salud del agente.

Concepto: Procedimiento que permite el paso de medicamentos a la circulación sistémica a través de la boca.

Objetivos:

- Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción del tracto digestivo.
- Para diagnosticar un padecimiento; o sea la diversidad de un medicamento nos puede dar un diagnóstico, ejemplo: el *BARIO* es un medio de contraste en el estómago que sirve para observar la presencia de alguna ulceración.
- Hay otros que sirven para investigar cual es la causa del padecimiento.
- Para tratar algún padecimiento. A través de medicamentos se cura, se diagnostica o se evitan padecimientos.

Principio.

Una adecuada administración de medicamentos por la vía oral permitirá al paciente mantener y/o restablecer su estado de salud.

Equipo y material.

Charola con:

- Vasos graduados de cristal.
- Gotero.
- Mortero.
- Medicamento indicado.
- Jeringa.
- Jarra con agua.
- Pluma.
- Hoja de registro.

Tabla 2 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos	Evita infecciones cruzadas
Preparar el equipo	Ahorra tiempo y energía
Preparar el medicamento. Leer el nombre del medicamento y tomarlo del botiquín. Ratificar el nombre del medicamento con la prescripción. Si es líquido, agite el frasco. Si es tableta o cápsula, colóquela en un vaso graduado sin tocar el medicamento	Evita contaminación de medicamento
Ratificar nuevamente el nombre del medicamento al regresar al botiquín Colocar el vaso en el carro o charola de medicamentos con la prescripción correspondiente. Trasladar el equipo a la unidad del agente. Identificar al agente	La correcta identificación evita errores en la medicación y en el usuario
Explicar al agente que va a tomar sus medicamentos y proceder con la preparación física del agente. Darle la posición adecuada	Una explicación amplia disminuye los temores y ansiedad al usuario permitiéndole mayor cooperación durante este procedimiento
Ministrar el medicamento y permanecer al lado del agente cerciorándose de que lo degluta si es vía oral. Si es sublingual, el medicamento se coloca debajo de la lengua hasta que se disuelve Dejar cómodo y limpio al agente y retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso	Existen medicamentos que se colocan debajo de la lengua debido a su rápida absorción
Hacer anotaciones en la hoja de enfermería: Fecha y hora. Nombre del medicamento. Dosis y vía de administración. Reacciones del agente	Proporciona información escrita al equipo multidisciplinario sobre el procedimiento realizado

Lista de comprobación.

Sub-competencia: El estudiante realiza de manera eficiente y eficaz la administración de medicamentos por vía oral, utilizando la regla de oro y los 5 correctos para colaborar en la recuperación y/o mantenimiento de la salud del agente.

Elemento de competencia: Administración de medicamentos vía oral.

Criterio de desempeño: El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía oral.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Realiza lavado de manos		
Preparar el equipo y material en el cuarto de trabajo		
Utiliza los 5 correctos y la regla de oro		
Traslada el equipo a la unidad del agente		
Identifica al agente		
Explica al agente que va a tomar sus medicamentos		
Prepara física del agente. Da la posición adecuada		
Ministra el medicamento y permanecer al lado del agente cerciorándose de que lo degluta		
Deja cómodo y limpio al agente		
Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso		
Hace anotaciones en la hoja de enfermería: Fecha y hora. Nombre del medicamento. Dosis y vía de administración		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Administración de medicamentos vía intravenosa

Sub-competencia: El estudiante realiza de manera eficiente y eficaz la administración de medicamentos por vía Intravenosa, utilizando la regla de oro y los 5 correctos para colaborar en la recuperación y/o mantenimiento de la salud del agente.

Concepto: Es la técnica que se realiza para ministrar al agente un medicamento a través de la vena.

Objetivos: Lograr que el fármaco se distribuya al torrente sanguíneo, en un tiempo relativamente corto.

Equipo y material.

Charola con:

- Jeringas hipodérmicas desechables.
- Medicamento indicado.
- Ligadura.
- Bolsa de papel para deshechos.
- Agujas hipodérmicas No.20-21 de bisel corto.
- Recipiente con torundas alcoholadas.
- Prescripción médica.

Tabla 3 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos	Garantiza la eliminación de microorganismos
Preparar el equipo	Ahorra tiempo y energía
Preparar el medicamento. Extraer con la jeringa el medicamento, y hacer la dilución correspondiente colocarlo en la charola con la prescripción (con la aguja protegida)	La preparación de la dosis indicada de acuerdo a la presentación del medicamento asegura la efectividad del tratamiento y previene complicaciones al usuario. El uso de la aguja adecuada asegura la correcta absorción del medicamento, la burbuja de aire impide que quede solución en el tejido subcutáneo cuando se extrae la aguja. El empleo de la técnica aséptica en la manipulación del equipo evita la contaminación de éste
Trasladar el equipo a la unidad del agente Identificar al agente	La identificación correcta evita errores
Explicar al agente el procedimiento Aislar al agente	Disminuye los temores y la ansiedad del usuario
Preparación física del agente. Dar posición de acuerdo con el sitio de aplicación. Descubrir la región	La selección de la región y el sitio asegura una vía de administración correcta y libre de riesgos
Fijar la ligadura de 5 a 7 cm por arriba del sitio de la elección	Una buena selección de una vena, más el uso de torniquete y el cierre del puño contribuye a expandir el volumen de las venas asegurando su efectiva canalización
Hacer la asepsia de la región siguiendo la dirección de la circulación	La limpieza garantiza la introducción aséptica del medicamento y evita infecciones

Purgar la jeringa Fijar la vena e introducir la aguja con el bisel hacia arriba y canalizarla siguiendo el trayecto de la vena	La certeza de una canalización adecuada nos asegura que el medicamento va por vía sanguínea
Aspirar para cerciorarse de que está canalizada la vena y soltar la ligadura	Al abrir el puño y soltar el torniquete la presión del volumen de sangre disminuye, esto hace que el medicamento pase fácilmente al torrente sanguíneo
Introducir el medicamento lentamente y observar las reacciones del agente	La introducción lenta del medicamento disminuye los efectos y evita complicaciones
Al terminar de inyectar el medicamento estirar la piel y extraer la aguja rápidamente, colocar una torunda y presionar ligeramente en el sitio de aplicación	La presión adecuada ayuda a la formación de coágulos en el orificio de la vena
Colocar la jeringa con su aguja y protección de plástico en la bolsa de desechos	La limpieza y protección evita deterioro del equipo
Dejar cómodo y limpio al agente. Retirar el equipo y darle cuidados posteriores a su uso	Garantiza la prevención de infecciones cruzadas
Hacer anotaciones en la hoja de enfermería	Un registro adecuado minimiza errores y facilita el control medicamentoso del agente

Lista de comprobación.

Sub competencia: El estudiante realiza de manera eficiente y eficaz la administración de medicamentos por vía Intravenosa, utilizando la regla de oro y los 5 correctos para colaborar en la recuperación y/o mantenimiento de la salud del agente.

Elemento de competencia: Administración de medicamentos vía intravenosa.

Criterio de desempeño. El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía intramuscular.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Realiza lavado de manos		
Prepara el equipo y material en el cuarto de trabajo		
Utiliza los 5 correctos y la regla de oro		
Traslada el equipo a la unidad del agente		
Identifica al agente		
Prepara física del agente. Da la posición adecuada		
Ministra el medicamento y permanecer al lado del agente cerciorándose de que no se presenten efectos secundarios o alergias		
Deja cómodo y limpio al agente		
Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso		
Hace anotaciones en la hoja de enfermería: Fecha y hora. Nombre del medicamento. Dosis y vía de administración		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Administración de medicamentos vía parenteral

Sub competencia: El estudiante realiza de manera eficiente y eficaz la administración de medicamentos por vía parenteral utilizando la regla de oro y los 5 correctos para colaborar en la recuperación y/o mantenimiento de la salud del agente.

Concepto: Es la introducción de medicamentos o productos biológicos al sitio de acción mediante punción en diferentes tejidos corporales.

Objetivo: Lograr que el fármaco se distribuya al sitio de acción en un tiempo corto o relativamente corto.

Equipo y material:

- Charola.
- Agujas hipodérmicas de acuerdo a la vía de administración.
- Jeringas adecuadas al volumen.
- Torundas alcoholadas.

Tabla 4 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos	Evita infecciones cruzadas
Preparar el equipo	Ahorra tiempo y energía
Utilizar los cinco correctos y la regla de oro	Previene errores
Preparar el medicamento de acuerdo con la prescripción médica. Extraer con la jeringa el medicamento o bien mezclar el soluto y la solución, previa asepsia de la ampolleta o el frasco ampula. Cambiar la aguja de extracción por la que se va a utilizar, protegiéndola ya sea con el recipiente del medicamento o con su propio protector	Evita contaminación de medicamento La punción es un acto quirúrgico que requiere técnica aséptica
Colocar la jeringa en la charola y trasladar el equipo a la unidad del agente. Identificar correctamente al agente	La correcta identificación evita errores del usuario
Explicar el procedimiento y preparar físicamente al agente dando la posición de acuerdo con el sitio de aplicación	Una explicación amplia disminuye los temores y ansiedad al usuario permitiéndole mayor cooperación durante este procedimiento
Delimitar la región a puncionar. Limpiar la región con torunda alcoholada	La delimitación del área aumenta la seguridad en la punción y evita lesiones tisulares
Extraer del aire de la jeringa	La rotura de una barrera natural de unidad incrementa el riesgo de bacteriemia
Puncionar en el sitio correspondiente formando un ángulo de 90° perpendicular a la superficie de la piel del cuadrante superior externo del glúteo e introducir lentamente el medicamento	Cualquier reacción nociva al organismo existe la suspensión inmediata del medicamento
Retirar la aguja hipodérmica fijando la región y haciendo presión inmediata sobre el sitio de punción con una torunda alcoholada	La presión sobre el sitio puncionado evita la salida de solución o sangre
Hacer anotaciones en la hoja de enfermería	Un registro adecuado minimiza errores y facilita el control medicamentoso del agente

Lista de comprobación.

Sub competencia: El estudiante realiza de manera eficiente y eficaz la administración de medicamentos por vía parenteral utilizando la regla de oro y los 5 correctos para colaborar en la recuperación y/o mantenimiento de la salud del agente.

Elemento de competencia: administración de medicamentos vía parenteral.

Criterio de desempeño: El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía parenteral.

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Realiza lavado de manos		
Prepara el equipo y material en el cuarto de trabajo		
Utiliza los 5 correctos y la regla de oro		
Traslada el equipo a la unidad del agente		
Identifica al agente		
Explica al agente que va a tomar sus medicamentos		
Preparación física del agente. Da la posición adecuada		
Ministra el medicamento y permanecer al lado del agente cerciorándose de que no se presenten efectos secundarios o alergias		
Deja cómodo y limpio al agente		
Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso		
Hace anotaciones en la hoja de enfermería: Fecha y hora. Nombre del medicamento. Dosis y vía de administración		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Administración y dosificación de medicamentos en agentes pediátricos vía oral

Sub competencia: Administrar medicamentos para prevenir, tratar o curar una enfermedad.

Concepto:

Material y equipo:

- Hoja de enfermería y hoja de indicaciones médicas.
- Charola.
- Mortero.
- Cucharitas.
- Pañuelos desechables.
- Mesa Pasteur o de trabajo.
- Vasos para medicamentos.
- Jarra o recipiente para agua.
- Bandeja riñón o recipiente con agua jabonosa protegidos en el fondo por una compresa.
- Medicamentos prescritos.

Principio. Proporcionar la farmacología de una manera administrativa al alcance del usuario.

Tabla 5 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos con agua y jabón	Evita infecciones cruzadas
Aplicar la regla de oro	Previene los errores durante la preparación de la medicación
Coloque el medicamento en la charola junto con la hoja de enfermería. Lleve el equipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Prepárelo física y psicológicamente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Administre el medicamento y cerciórese de que el niño lo degluta. Si los niños son pequeños o tienen dificultad para deglutir triture los comprimidos, dilúyalos minístrelos con gotero o jeringa. Si hay contraindicaciones farmacológicas no triture el medicamento	Los comprimidos de gran tamaño pueden ser difíciles de tragar. La mezcla del comprimido triturado con comida blanda facilita considerablemente la deglución
Dejar cómodo y limpio al agente. Retirar el equipo y darle cuidados posteriores a su uso	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Hacer anotaciones en la hoja de enfermería	Un registro adecuado minimiza errores y facilita el control medicamentoso del agente

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Administración de medicamentos vía oral al agente pediátrico.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía oral al agente pediátrico.

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Lavarse las manos con agua y jabón		
Aplicar la regla de oro		
Coloque el medicamento en la charola junto con la hoja de enfermería. Lleve el quipo a la unidad del agente		
Prepárelo física y psicológicamente		
Administre el medicamento y cerciórese de que el niño lo degluta. Si los niños son pequeños o tienen dificultad para deglutir triture los comprimidos, dilúyalos con leche o agua y minístrelos con gotero o jeringa		
Recoja todo el equipo y material junto con las hojas de registro		
Registre medicamento, vía y hora en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Medicamentos por vía intramuscular

Sub competencia: Administra medicación por vía intramuscular con seguridad y de manera inmediata para mejorar el estado de salud del agente.

Concepto: Es la administración de medicamentos introducidos por vía parenteral, depositados en el músculo para que de manera fisiológica se absorban por medio de sus capilares sanguíneos.

Objetivo: Proporcionar la farmacología de una manera mediata al agente.

Principio: la correcta administración de fármacos al agente minimiza errores y potencializa la recuperación de su estado de salud.

Material y equipo:
 Mesa Pasteur o de trabajo.
 Torundas con solución antiséptica.
 Frascos o ampollitas de medicamentos.
 Charola.
 Jeringas y agujas hipodérmicas en número suficiente.
 Recipiente de R.P.B.I.

Tabla 6 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos antes de preparar el medicamento y antes de atender al agente	Reduce la transmisión de microorganismos
Aplicar regla de oro	Previene los errores durante la preparación de la medicación
Colocar en la charola el frasco o ampollita, junto con la jeringa, aguja y hoja de enfermería. Lleve el quipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Prepare física y psicológicamente al agente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Diluya el medicamento y tome con la jeringa la cantidad que se va a aplicar	Asegura que la medicación es estéril y que la dosis es exacta
Coloque al agente en decúbito ventral o posición de Sims	La posición disminuye el estiramiento muscular y minimiza las molestias durante la inyección
Desinfecte el área en forma circular	La acción mecánica del algodón elimina las secreciones que contienen microorganismos
Con los dedos pulgar e índice forme un pliegue con el músculo e introduzca la aguja en un sólo golpe. Suelte el pliegue suavemente	La inyección en las zonas de punción adecuada evita la lesión de nervios, huesos y vasos sanguíneos
La posición de la aguja debe formar un ángulo de 90 grados en relación al cuerpo del agente	Asegura que la medicación alcanza la masa muscular
Aspire cuidadosamente, si hay salida de sangre retire un poco la aguja o introdúzcala un poco más, si persiste el sangrado retire la aguja y puncione en otro sitio	La aspiración de sangre hacia el interior de la jeringa indica que la aguja se encuentra en una vena
Introduzca el medicamento en forma lenta	La inyección lenta disminuye el dolor y el traumatismo de los tejidos

Al retirar la aguja haga presión con el algodón en el sitio de la punción	La presión de los tejidos circundantes en la zona de punción minimiza las molestias durante la retirada de la aguja
Deposite la jeringa y la aguja en el recipiente de R.P.B.I.	Evita la lesión al cliente y del personal sanitario
Deje cómodo al agente	Proporciona comodidad e higiene al agente
Si se presenta alguna reacción, dé aviso de inmediato al médico	La observación de la enfermera determina la eficacia de la acción farmacológica
Haga las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería	El registro de horario evita errores futuros en la administración de los fármacos
Recoja el material utilizado	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Administración de medicamentos vía intramuscular al agente pediátrico.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía intramuscular al agente pediátrico.

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Lavarse las manos antes de preparar el medicamento y antes de atender al agente		
Aplicar regla de oro		
Colocar en la charola el frasco o ampolleta, junto con la jeringa, aguja y hoja de enfermería		
Prepare física y psicológicamente al agente		
Diluya el medicamento y tome con la jeringa la cantidad que se va a aplicar		
Coloque al agente en decúbito ventral o posición de Sims		
Desinfecte el área en forma circular		
Con los dedos pulgar e índice forme un pliegue con el músculo e introduzca la aguja en un sólo golpe. Suelte el pliegue suavemente		
La posición de la aguja debe formar un ángulo de 90 grados en relación al cuerpo del agente		
Aspire cuidadosamente, si hay salida de sangre retire un poco la aguja o introdúzcala un poco más, si persiste el sangrado retire la aguja y puncione en otro sitio		
Introduzca el medicamento en forma lenta		
Al retirar la aguja haga presión con el algodón en el sitio de la punción		
Deposite la jeringa y la aguja en el recipiente de R.P.B.I.		
Deje cómodo al agente		
Si se presenta alguna reacción, de aviso de inmediato al médico		
Haga las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería		
Recoja el material utilizado		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		

Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Medicamentos por vía intravenosa

Sub competencia: realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Administración de medicamentos líquidos directamente en una vena a través de una aguja o catéter permitiendo su absorción directamente en el torrente sanguíneo.

Objetivo: Proporcionar de una manera inmediata la farmacología en el agente.

Principios: Una correcta administración de la medicación intravenosa favorecerá el mantenimiento y/o recuperación de la salud del agente.

Material y equipo:

- Mesa Pasteur o de trabajo.
- Torundas con solución antiséptica.
- Frascos o ampollas de medicamentos.
- Charola.
- Jeringas y agujas hipodérmicas en número suficiente.
- Recipiente de R.P.B.I.

Tabla 7 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos antes de preparar el medicamento y antes de atender al agente	Reduce la transmisión de microorganismos
Aplicar la regla de oro	Previene los errores durante la preparación de la medicación
Colocar en la charola el frasco o ampollita, junto con la jeringa, aguja y hoja de enfermería. Lleve el quipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Prepare física y psicológicamente al agente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Diluya el medicamento y tome con la jeringa la cantidad que se va a aplicar	Permite una distribución homogénea de la medicación
Cierre la llave del equipo para evitar el paso de líquidos	Evita que el medicamento suba a la cámara del equipo
Cerciórese de sacar el aire de la jeringa	Evita flebitis
Aplique el medicamento en el dispositivo en Y aseándolo cuidadosamente con solución antiséptica	Reduce la transmisión de microorganismos
Recoja el material utilizado	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Haga las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería	El registro horario evita errores futuros en la administración de los fármacos

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Administración de medicamentos vía intravenosa al agente.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía intravenosa.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Se lava las manos antes de preparar el medicamento y antes de atender al agente		
Aplica la regla de oro		
Colocar en la charola el frasco o ampollita, junto con la jeringa, aguja y hoja de enfermería		
Prepara física y psicológicamente al agente		
Diluye el medicamento y tome con la jeringa la cantidad que se va a aplicar		
Cierra la llave del equipo para evitar el paso de líquidos		
Saca el aire de la jeringa		
Aplica el medicamento en el dispositivo en Y aseándolo cuidadosamente con solución antiséptica		
Recoge el material utilizado		
Hace las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Instilaciones

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Es la aplicación de un medicamento, gota a gota en ojos, oídos y nariz.

Objetivo: la administración de medicamentos por medio de instilaciones permite que éste entre en contacto directo con el área afectada potencializando su efecto curativo.

Principio: Proporciona la farmacología de una manera local específica.

Equipo y material:

- Charola.
- Soluciones, colirios o ungüentos prescritos.
- Toallas de papel.
- Gasas o torundas secas.
- Hoja de enfermería.

Tabla 8 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Instilaciones oculares	
Lávase las manos con agua y jabón	Reduce la transmisión de microorganismos
De preparación física y psicológica al agente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Coloque al agente en decúbito dorsal, con la cabeza inclinada hacia atrás	La posición facilita el acceso al ojo para instilar el medicamento y minimiza el drenaje de la medicación a través del conducto lagrimal
Movilice el párpado inferior hacia abajo	Esta técnica expone el saco conjuntival inferior
Aplique el medicamento en el ángulo interno del ojo	Normalmente el saco conjuntival acepta 1 o 2 gotas
Si el agente se encuentra en condiciones de cooperar pídale que abra y cierre los ojos sin apretarlos	Contribuye a la distribución del medicamento
Saque el excedente con una gasa	El algodón o la gasa absorben la medicación que fluye fuera del ojo
Deje al agente en la misma posición por unos minutos	Permite la correcta absorción del medicamento
Deje la agente cómoda	Proporciona comodidad e higiene al agente
Acomode el equipo utilizado	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Haga las anotaciones respectivas en la hoja de enfermería	El registro horario evita errores futuros en la administración de los fármacos
Instilaciones nasinas	
Aplique las gotas en la nariz lentamente manteniendo el gotero a 1 cm. de distancia	Evita la contaminación del gotero
Deje al agente en la misma posición por unos minutos	Previene la pérdida prematura de la medicación a través de las nasinas

Saque el exceso del medicamento con una gasa seca	El algodón o la gasa absorben la medicación que fluye fuera del ojo
Instilaciones Ópticas	
Coloque a agente en decúbito dorsal, con la cabeza hacia un lado	La posición facilita el acceso al oído
Limpie el oído externo con una torunda húmeda y deséchela	En caso de existir cerumen o secreciones se puede bloquear la distribución de la medicación
Eleve suavemente el pabellón auricular y aplique las gotas lentamente	La alineación del canal auditivo favorece el acceso directo a las estructuras auditivas externas más profundas
Saque el exceso del medicamento con una gasa seca	El algodón o la gasa absorben la medicación que fluye fuera del ojo

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico

Elemento de competencia: Administración de medicamentos vía oftálmica, ótica y nasal al agente pediátrico

Criterio de desempeño: El estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía oftálmica, tópica y nasal al agente pediátrico.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Lávese las manos con agua y jabón		
De preparación física y psicológica al agente		
Coloque al agente en decúbito dorsal, con la cabeza inclinada hacia atrás		
Movilice el párpado inferior hacia abajo		
Aplique el medicamento en el ángulo interno del ojo		
Si el agente se encuentra en condiciones de cooperar pídale que abra y cierre los ojos sin apretarlos		
Saque el excedente con una gasa		
Deje al agente en la misma posición por unos minutos		
Deje la agente cómoda		
Acomode el equipo utilizado		
Haga las anotaciones respectivas en la hoja de enfermería		
Nariz:		
Aplique las gotas en la narina lentamente manteniendo el gotero a 1 cm. de distancia		
Deje al agente en la misma posición por unos minutos		
Saque el exceso del medicamento con una gasa seca		
Oído:		
Coloque a agente en decúbito dorsal, con la cabeza hacia un lado		
Limpie el oído externo con una torunda húmeda y deséchela		
Eleve suavemente el pabellón auricular y aplique las gotas lentamente		
Saque el exceso del medicamento con una gasa seca		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		

Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Administración y dosificación de medicamentos en agentes pediátricos vía tópica

Sub competencia:

Concepto: Es una sustancia químicamente elaborada, para aplicarla sobre la piel y en la forma indicada por el médico.

Objetivo:

Principio: Proporciona la farmacología de una manera local específica de contacto.

Equipo y material:

- Charola.
- Hoja de enfermería y de indicaciones médicas.
- Medicamentos.
- Guantes desechables.

Tabla 9 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lleve el equipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Lávese las manos con agua y jabón	Reduce la transmisión de microorganismos
Aplicar regla de oro	Minimiza errores
Corra la cortina o cierre la puerta de la habitación	Proporciona privacidad al agente y favorece la comodidad del agente
Dé preparación física y psicológica al agente de acuerdo a su edad	Favorece su participación en sus cuidados y minimiza la ansiedad
Colóquese los guantes	Reduce la transmisión de la infección
Aplice el medicamento con los dedos	Favorece la distribución uniforme de la medicación
Deje al agente cómodo	Proporciona comodidad e higiene
Lávese las manos	Reduce la transmisión de microorganismos
Haga las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería	El registro horario evita errores futuros en la administración de los fármacos

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza actividades de enfermería al ingreso del agente y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: administración de medicamentos vía tópica.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de administración de medicamentos vía tópica.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Lleva el equipo a la unidad del agente		
Se lava las manos con agua y jabón		
Aplica regla de oro		
Corre la cortina o cierra la puerta de la habitación		
Da preparación física y psicológica al agente de acuerdo a su edad		
Coloca los guantes		
Aplica el medicamento con los dedos		
Deja al agente cómodo		
Se lava las manos		
Hace las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Admisión del agente para hospitalización

Sub-Competencia: Realiza actividades de enfermería al ingreso del agente, y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Es la realización de una serie de actividades que ocurren cuando el agente ingresa al hospital.

Objetivo: Hacer sentir al agente y su familia bienvenidos y facilitar su adaptación al hospital valorando su estado de salud al ingreso.

Principios:

- La admisión es la oportunidad adecuada para que la enfermera evalúe el estado físico del enfermo.
- La revisión de los sistemas corporales establece una base sólida para juzgar hallazgos futuros.
- Se ha definido al estrés como un estado dinámico dentro del organismo que ocurre como reacción a la demanda para la adaptación.

Material y equipo:

- Estetoscopio y esfigmomanómetro.
- Reloj con segundero.
- Báscula.
- Termómetro.
- Bata hospitalaria.
- Expediente de admisión.

Tabla 10 Procedimiento

Descripción del procedimiento	Fundamento
Recibir al agente y verificar que cuente con sus auxiliares de diagnóstico, solicitud de orden de hospitalización, solicitar expediente, y orientar acerca del procedimiento a realizar	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor. La percepción está determinada por las experiencias y tiene para el agente un significado, un interés y valor individual
Proporcione bata al usuario entregando a la familia sus pertenencias y brinde orientación al agente sobre las normas hospitalarias	La orientación establece relaciones interpersonales positivas entre el agente, familia y el personal hospitalario
Obtener los signos vitales y somatometría	El desequilibrio físico o psicológico provoca alteraciones en los signos vitales y mediciones
Colocar brazalete, tarjeta de identificación en la cama y etiquetas en el equipo personal del enfermo	La identificación adecuada puede ayudar a prevenir errores
Entrevistar al agente y realizar anotaciones en el expediente sobre antecedentes de alergias y datos significativos	Permiten detectar antecedentes del usuario y futuras complicaciones
Trasladar al agente a su habitación, le informa sobre los servicios del hospital, coloca identificación en la cabecera de la cama y deja cómodo al agente	Las indicaciones deben iniciarse de una manera adecuada para disminuir las molestias y ansiedad del usuario
Notificar al médico del ingreso del usuario tan pronto sea posible	El desarrollo oportuno de las actividades durante el ingreso del agente asegura un alto grado de atención a la salud

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza actividades de enfermería al ingreso del agente y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Admisión del agente hospitalizado.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de admisión al agente hospitalizado.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Recibe al agente y verifica que cuente con la documentación completa		
Proporciona bata al usuario entregando a la familia sus pertenencias y brinda orientación al agente sobre las normas hospitalarias		
Obtiene los signos vitales y somatometría		
Coloca brazaletes, y rotula tarjeta de identificación.		
Entrevista al agente y realiza anotaciones en el registro de enfermería		
Traslada al agente a su habitación, le informa sobre los servicios del hospital, le coloca la identificación en la cabecera de la cama y deja cómodo al agente de cuidado		
Notifica al médico del ingreso del usuario tan pronto sea posible		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Aspiración de secreciones

Sub-competencia: Realiza acciones de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico, enfocado a restaurar el requisito de aporte suficiente de aire, mediante la aspiración de secreciones.

Concepto: Es la eliminación de las secreciones de las vías aéreas, ejerciendo una presión negativa por la sonda de aspiración o una vía artificial, utilizando técnica estéril.

Objetivo: Mantener las vías respiratorias permeables para facilitar el intercambio de gases y favorecer la perfusión tisular, mejorar la ventilación pulmonar, minimizar la hipoxia inducida por la aspiración y mitigar la ansiedad del agente.

Principios:

- El centro respiratorio situado en el tallo cerebral ajusta la frecuencia y la profundidad de la ventilación pulmonar para satisfacer las necesidades del organismo.
- El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los movimientos de la pared torácica y del diafragma, en condiciones normales se realizan sin esfuerzo.
- El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica intermitente de los cambios de la presión en la cavidad intra pulmonar.
- Para mantener niveles adecuados de oxígeno y bióxido de carbono en los alvéolos y en la sangre debe existir una irrigación y una difusión funcional así como una ventilación suficiente.

Material y equipo:

- Catéter de aspiración de la medida apropiada.
- Dos guantes estériles y uno no estéril.
- Solución salina normal o agua estéril.
- Aspirador portátil o de pared.
- Mascarilla o protector.
- Lubricante soluble en agua.
- Riñón estéril.
- Toallas o papel limpios.
- Tubo de conexión.

Tabla 11 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Comprobación del funcionamiento del aspirador y colocar el cubre bocas, lavado de manos	Reduce el riesgo de propagación de microorganismos y comprueba la permeabilidad del catéter, la velocidad de la succión y lubrica el catéter
Explicar al agente el procedimiento el por qué se realizará y síntomas que pudiera sentir durante el procedimiento	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor
Ayudar al agente a adoptar una postura cómoda	Reduce la estimulación del reflejo de

(semi-Fowler o sentado derecho con el cuello en hiperextensión)	atragantamiento, favorece la comodidad del agente y el drenaje de las secreciones y evita la aspiración y las posturas forzadas de la enfermera. La hiperextensión facilita la inserción del catéter en la tráquea
Conectar la sonda de aspiración al sistema. Colocación de guantes estériles	Reduce el riesgo de propagación de microorganismos y comprueba la velocidad de succión
Aspiración orofaríngea/nasofaríngea: introducir la sonda gentilmente por la boca o la nariz	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor. Así mismo, reduce la estimulación del reflejo vagal y la auscultación permite detectar la zona afectada como acumulo de secreciones
Aspiración por traqueotomía: introducir la sonda de aspiración en el menor tiempo posible y como máximo un centímetro más de la longitud de la cánula	Reduce la transmisión de microorganismos
Iniciar la aspiración de forma intermitente con pequeños movimientos oscilatorios, de rotación, mientras se retira la sonda	Reduce la estimulación del reflejo vagal y la auscultación permite detectar la zona afectada como acumulo de secreciones
Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas y los signos de mejora de la ventilación	La auscultación pulmonar permite conocer la efectividad del procedimiento al escuchar la profundidad y características de los ruidos pulmonares
Repetir las veces que sea necesario	Proporciona confort y seguridad al agente
Dejar al agente en posición cómoda	Proporciona confort y seguridad al agente
Limpieza del recipiente colector de secreciones y tubo de aspiración	Coadyuva a proporcionar una atención de calidad
Realizar lavado de manos	Evita la diseminación de microorganismos e infecciones cruzadas
Registrar en la hoja de enfermería la técnica realizada, aspecto, características de las secreciones, etc.	Permiten un control adecuado de la evolución del estado de salud del agente

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza acciones de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico mediante sistemas de enfermería, tales como la aspiración de secreciones.

Elemento de competencia: Aspiración de secreciones.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de aspiración de secreciones.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Comprueba del funcionamiento del aspirador y se coloca el cubre bocas, lavado de manos		
Explica al agente el procedimiento		
Ayuda al agente a adoptar una postura cómoda		
Conecta la sonda de aspiración al sistema. Colocación de guantes estériles		
Aspira orofaríngea/nasofaríngea		
Aspira por traqueotomía:		
Inicia la aspiración de forma intermitente con pequeños movimientos oscilatorios		
Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas y los signos de mejora de la ventilación		
Repetir las veces que sea necesario		
Dejar al agente en posición cómoda		
Limpieza del recipiente colector de secreciones y tubo de aspiración		
Realiza lavado de manos		
Registra en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Baño al agente encamado

Sub-Competencia: Realiza baños higiénicos para proteger la integridad cutánea del agente y lo protege de agentes patógenos.

Concepto: es la limpieza completa que se le hace al agente mientras permanece en cama.

Objetivo:

- Promover la higiene y comodidad del agente.
- Estimular la circulación.
- Prevenir úlceras por decúbito y contracturas.
- Aplicar y enseñar medidas de higiene a agentes de cuidado del dependiente.

Principios:

- Mantener la individualidad del agente.
- Mantener sus funciones fisiológicas en equilibrio.
- Protegerlo de causas externas a su enfermedad.

Material y equipo:

- Bolsas de plástico tamaño jumbo.
- Sábanas.
- Toalla de baño.
- Franela o esponja de baño.
- Jabón.
- Palangana con Agua templada.
- Guantes.
- Bata para el personal de enfermería.
- Bata para el agente.
- Cubre boca.
- Loción (opcional).
- Talco (opcional).
- Cómodo u orinal (según sea el caso).
- Artículos de aseo (cepillo para el cabello).

Tabla 12 Procedimiento

Descripción del procedimiento	Fundamento
Previo a la realización de la técnica, se utilizan medidas de precaución universales (uso de bata, cubrebocas y guantes)	La agencia de cuidado, debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del agente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías
Llevar todo el material y equipo necesario al cuarto del agente, cerrando puertas y ventanas	Tener listo el material y equipo evita la exposición del agente a las corrientes bruscas de aire, las cuales favorecen la aparición de problemas respiratorios
Preparar psicológicamente al agente, explicando el procedimiento y físicamente, iniciando por ofrecerle el cómodo u orinal	La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre el agente y la agencia de enfermería, favoreciendo la cooperación del mismo. Para la preparación física se ofrecerá el cómodo u orinal para que el agente evacue u orine antes de realizar el baño de esponja
Se retira la ropa de cama y la bata, se mueve en bloque al agente, dejándolo cubierto con una sábana. Por debajo de este se introduce una bolsa o plástico y enseguida se cubre la bolsa con una sábana, dejando al agente en posición decúbito dorsal	De acuerdo a la mecánica corporal es necesario que se movilice en bloque para prevenir lesiones o fatiga en el agente. La bolsa de plástico permite proteger el colchón, la sábana que la recubre protege al agente del contacto con el plástico, el cual le puede generar calor y laceración en la piel, posteriormente se deja de cubito dorsal para iniciar el baño
Comprobar que el agua de la palangana se encuentre templada	El agua templada tiende a relajar los músculos y aumentar la circulación por dilatación de los vasos sanguíneos. El calor excesivo puede causar quemaduras o desviación de la sangre de los centros vitales del cerebro, lo cual provoca síncope. El agua fría puede provocar vasoconstricción
Usar jabón para favorecer la limpieza a menos que el agente sea alérgico, no lo acepte o tenga muy reseca la piel. Enjuague cuidadosamente para eliminar todo el jabón	El jabón disminuye la tensión superficial y hace más eficaz el lavado, aunque puede irritar tejidos delicados como los del ojo: cuando se deje en contacto con la piel por un tiempo largo, se seca y puede causar prurito
Doblar la franela de mano alrededor de ella mientras se haya extendida con la palma hacia arriba. La franela se dobla a cada lado y el extremo libre hacia la palma, para quedar asegurada debajo de la porción colocada al principio	Los extremos de la franela que cuelgan son molestos y al quedar doblada se mantiene caliente por más tiempo
Frotar firmemente sin rudeza, para limpiar la piel del agente. Las áreas contaminadas se lavan hasta el final. La secuencia que se sugiere para el baño es: cabello, cara, brazos, manos, axilas, tórax y abdomen, piernas y pies, espalda, perineo y región anal	Los frotamientos firmes, sin rudeza estimulan los músculos y ayudan a la circulación. Al seguir la secuencia sugerida se reduce la diseminación de microorganismos

Sumergir las partes accesibles del cuerpo, como las manos y pies en la palangana de agua tibia	La inmersión ayuda a disolver contaminantes, eliminar restos, ablandar las uñas y refrescar al agente
Movilizar las articulaciones del cuerpo del agente, a menos que haya contraindicaciones	Los ejercicios activos y pasivos evitan las contracturas y mejoran la circulación
Secar la piel por completo, teniendo especial cuidado con los pliegues. Poner loción si lo desea	El secado cuidadoso ayuda a evitar las úlceras de decúbito y limitan la proliferación de hongos. No se debe afectar la piel por erosiones accidentales que pueden permitir que la flora normal de la piel penetre al cuerpo donde es patógena. La loción ayuda a evitar la sequedad y agrietamiento de la piel y contribuye a mantenerla íntegra
Se puede acompañar el baño por afeitado del agente, limpieza de uñas, limpieza de la boca, aplicación de shampoo al cabello y atención al catéter vesical	El baño debe promover un sentimiento de bienestar e incluir todos los procedimientos que el agente pueda tolerar y desee
Al finalizar el baño se retiran las bolsas y sábanas mojadas para realizar el tendido de cama y dejarlo limpio y cómodo con su bata	La sensación de limpieza y frescura contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable y favorecer la salud
Se recoge material y equipo utilizado y se le da tratamiento correspondiente	El dejar limpia el área contribuye a un entorno agradable

Lista de comprobación.

Sub-Competencia: Realiza baños higiénicos para proteger la integridad cutánea del agente y lo protege de agentes patógenos.

Elemento de competencia: técnica de baño al agente encamado.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para realizar la técnica de baño al agente encamado.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Utiliza medidas de precaución universales		
Se identifica con el agente y le explica el procedimiento		
Implementa medidas de seguridad para prevenir caídas		
Dispone de todo el equipo necesario antes de realizar al procedimiento		
Toma las medidas necesarias para evitar corrientes de aire		
Durante el baño proporciona masaje (si procede)		
Seca correctamente las partes del agente		
Recoge material y equipo de la habitación del agente dejándolo en condiciones de limpieza adecuadas para usarlo nuevamente cuando se requiera		
Realiza anotaciones en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Calzado de guantes estériles técnica abierta

Sub-Competencia: Realiza colocación de guantes estériles en procedimientos que requieren una técnica estéril para la prevención de infecciones intrahospitalarias.

Concepto: Son las maniobras que se realizan para cubrir las manos con guantes estériles.

Objetivo: Disminuir la transmisión de microorganismos de las manos, del profesional de enfermería al agente de cuidado durante los procedimientos invasivos que necesitan de técnica estéril.

Principios: Los guantes sometidos a esterilización quedan libres de microorganismos patógenos y no patógenos.

Material y equipo:

Un par de guantes estériles o quirúrgicos.

Tabla 13 Procedimiento

Descripción del procedimiento	Fundamento
Lavado de manos	La limpieza inhibe el crecimiento microbiano. El lavado elimina las sustancias emulsionadas
Tomar el paquete y abrir la cartera que contiene los guantes. Con la mano dominante tomar por el doble del puño el guante de la mano contraria	Los guantes estériles quedan libres de microorganismos patógenos incluyendo esporas
Introducir la mano no dominante y con la mano contraria jalar del borde del doblés del puño	La piel integra es la primera línea de barrera de defensa contra agentes nocivos. Las manos limpias y secas facilitan la introducción al guante. La fricción es la fuerza que se opone al movimiento entre dos superficies de contacto.
Tomar el guante de la mano dominante e introducir los dedos de la mano contraria ya enguantada por debajo del puño. Introducir la mano dominante, evitando tocar la parte externa de ambos guantes	Una piel sana e intacta previene la pérdida de agua, regula la temperatura; es impermeable a la mayor parte de los microorganismos, resistente a varios agentes químicos y al frío, calor y radiación. Las células del estrato córneo están muertas y constantemente se mudan para ser reemplazadas por células que se mueven desde el estrato más bajo
Ajustar ambos guantes y eliminar el talco excedente con una gasa estéril	Los microorganismos pueden transmitirse indirectamente desde su origen a través de fómites (objetos contaminados). El espesor del epidermis varía de 0.1 mm. (En la mayor parte del cuerpo) hasta 1.0 mm. (en las plantas de los pies) La fricción y la presión producen engrosamiento de la epidermis

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza la colocación de guantes estériles asegurando técnica séptica y calidad de atención del agente.

Elemento de competencia: Colocación de guantes estériles técnica abierta.

Criterio de desempeño: El estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento colocación de guantes estériles.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Se lava las manos de acuerdo a la técnica		
Toma el paquete y lo abre evitando contaminación		
Introduce la mano no dominante y con la mano contraria jala el borde del dobles del puño		
Toma el guante de la mano dominante e introduce los dedos de la mano contraria ya enguantada por debajo del puño. Introduce la mano dominante, evitando tocar la parte externa de ambos guantes		
Se ajusta ambos guantes y elimina el talco excedente		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Calzado de guantes estériles técnica cerrada

Sub-Competencia: Realizar correctamente la colocación de los guantes estériles con técnica cerrada.

Concepto: Es la forma de cubrir las manos con guantes de hule, para formar una barrera entre las bacterias residuales de la piel y la herida quirúrgica.

Objetivo: Tener un alto margen de seguridad y esterilidad en las maniobras quirúrgicas una vez que se ha colocado una bata estéril.

Principios: El lavado quirúrgico no destruye las bacterias en su totalidad respetando la cadena de esterilización se favorece la cicatrización de los tejidos.

Material y equipo:

Un par de guantes estériles.

Tabla 14 Procedimiento

Descripción del procedimiento	Fundamento
Colocar la bata quirúrgica sin sacar las manos de las mangas	Las manos permanecen limpias, el manguito de la bata estéril tocara la superficie del guante estéril
Abrir la cartera de guantes tomando como punto de referencia el dedo pulgar y tomar el guante correspondiente por el puño y extenderlo por la palma sobre la cara anterior del antebrazo	Coloca el guante en la posición adecuada para su aplicación en la mano envuelta, manteniendo el guante estéril. Lo estéril toca lo estéril
Con la ayuda de la otra mano y sin sacarla de la manga de la bata, introducir los dedos en el guante y en un sólo movimiento jalar conjuntamente los puños de la manga y no del guante	
Introducir la mano y ajustar el guante en su sitio y con la mano calzada, tomar el otro guante y seguir los mismos pasos	

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realizar correctamente la colocación de los guantes estériles con técnica cerrada.

Elemento de competencia: Calzado de guantes (Técnica cerrada).

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Calzado de guantes (Técnica cerrada).

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Coloca la bata quirúrgica sin sacar las manos de las mangas.		
Abrir la cartera de guantes tomando como punto de referencia el dedo pulgar y tomar el guante correspondiente por el puño y extenderlo por la palma sobre la cara anterior del antebrazo.		
Con la ayuda de la otra mano y sin sacarla de la manga de la bata, introducir los dedos en el guante y en un sólo movimiento jalar conjuntamente los puños de la manga y no del guante.		
Introducir la mano y ajustar el guante en su sitio y con la mano calzada, tomar el otro guante y seguir los mismos pasos.		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Control de líquidos

Sub competencia: Efectúa la cuantificación exacta de líquidos que ingresan y egresan del agente, registrando con certeza en el formato correspondiente.

Concepto: Es la medición exacta de los líquidos que ingresan y egresan del organismo.

Objetivo: Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos del agente para prevenir complicaciones.

Principios:

Equipo y material:

- Hoja de balance de líquidos.
- Lápiz, bolígrafo de color correspondiente al turno.
- Recipientes graduados para entradas y salidas.
- Guantes desechables.

Tabla 15 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Colocar la hoja de balance en la habitación del agente o en el expediente	Permite llevar a cabo registros de manera oportuna
Medir el ingreso de líquido del agente registrando el tipo y la hora en la casilla correspondiente	Reportar de forma exacta y oportuna la cantidad de líquidos que ingresan al organismo
Medir los egresos de líquidos del agente vertiendo su contenido en los recipientes graduados, registrando el tipo y la hora en la casilla correspondiente	Reportar de forma exacta y oportuna la cantidad de líquidos que egresan del organismo
Proceder a vaciar la bolsa de drenaje (orina, gástricas) al final de cada turno. Sumar la medición de entradas y salidas al final del turno anotando los resultados en el espacio correspondiente de la hoja de control	Proporciona un balance parcial del día
Calcular la diferencia entre las entradas y las salidas totales. Comparar el resultado con el balance de los días anteriores	Ayuda a detectar cambios en el equilibrio de los mismos

Lista de comprobación.

Sub competencia: Efectúa la cuantificación exacta de líquidos que ingresan y egresan del agente, registrando con certeza en el formato correspondiente.

Elemento de competencia: control de líquidos.

Criterio de desempeño. El estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de control de líquidos.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Realiza lavado de manos		
Prepara el equipo en el cuarto de trabajo		
Explica el procedimiento al agente y/o familiar		
Interroga al agente sobre ingesta, cuantifica correctamente líquidos parenterales administrados y remanentes		
Utiliza guantes y cubrebocas en la medición correcta de sistemas de drenaje y realiza reposición de los mismos si se requiere		
Efectúa anotaciones en hojas de registros clínicos y tratamientos de enfermería de ingresos y egresos realizando balance y notifica al médico, signos y síntomas de alarma		
Cumple las consideraciones especiales		
Retira material y equipo dando cuidados posteriores a su uso		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Control de líquidos en agente pediátrico

Sub-Competencia: Realiza el control de líquidos en el agente pediátrico para valorar la ingesta y excreta de líquidos.

Concepto: Es el procedimiento que se realiza para cuantificar los ingresos y egresos de líquidos administrados al agente.

Objetivo:

- Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos del agente para prevenir complicaciones.
- Apoyar en el diagnóstico de desequilibrio hidroelectrolítico
- Participar en el restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico del agente

Principios: Evaluar y valorar la ingesta y excretas de líquidos en un agente pediátrico.

Material y equipo:

- Guantes desechables.
- Recipiente graduado.
- Formato de registro de control de líquidos para 24hrs.

Tabla 16 Procedimiento

Descripción del procedimiento	Fundamento
Conocer volumen, concentración y composición de líquidos y electrolitos en el ser humano	El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión, y equilibrada por la excreción, correspondiendo al 60% del peso corporal
Identificar manifestaciones clínicas por desequilibrio hidroelectrolítico	Las causas más frecuentes por las que un agente presenta un desequilibrio hidroelectrolítico son: primarias (ingestión insuficiente de líquidos), estados patológicos o episodios traumáticos inesperados (quemaduras)
Verificar en el expediente su indicación y notificarlo al equipo de salud, agente y familiares	La comunicación entre el equipo de salud, respecto al control hidroelectrolítico, favorece su conservación o recuperación
Medir los líquidos que ingresan al organismo	La medición exacta de la ingesta debe abarcar todos los líquidos ingeridos, incluyendo el agua de los alimentos, líquidos parenterales, alimentación por sonda
Medir los líquidos que egresan de cualquier parte del organismo	Las pérdidas normales son las derivadas del volumen de orina, el agua contenida en heces y las pérdidas insensibles como el sudor
Hacer el balance correspondiente por turno y en 24hrs sin dejar de anotar horario de inicio y final de éste	Los registros exactos de ingestión y excreción, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el agente
Notificar al médico o tomar decisiones ante cualquier complicación que presente el agente	Las pérdidas excesivas y continuas como sucede en caso de vómito o diarrea grave requieren de la administración de líquidos y/o administración de medicamentos en forma segura y eficiente
Control de signos y somatometría	La elevación de temperatura corporal aumenta la cantidad de desechos metabólicos
Vigilar estado de conciencia	Los agentes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución del volumen de líquido intravascular

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza el control de líquidos en el agente pediátrico para valorar la ingesta y excreta de líquidos.

Elemento de competencia: Control de líquidos en agente pediátrico.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de control de líquidos en agente pediátrico.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Conoce volumen, concentración y composición de líquidos y electrolitos en el ser humano		
Identifica manifestaciones clínicas por desequilibrio hidroelectrolítico		
Verifica en el expediente su indicación y notificarlo al equipo de salud, agente y familiares		
Medir los líquidos que ingresan al organismo		
Mide los líquidos que egresan de cualquier parte del organismo		
Hace el balance correspondiente por turno y en 24hrs sin dejar de anotar horario de inicio y final de este		
Notifica al médico o tomar decisiones ante cualquier complicación que presente el agente.		
Control de signos y somatometría		
Vigila estado de conciencia.		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Cuidados de enfermería post-mortem (Amortajamiento)

Sub competencia: Realizar aquellos cuidados que se efectúan después de la muerte, una vez que el médico ha firmado el certificado de defunción o fallecimiento del agente.

Concepto: Son los cuidados que se proporcionan al cuerpo tras la muerte.

Objetivo: Asegurar los cuidados necesarios para mantener la integridad del cadáver, así como la atención a la familia en el proceso de duelo.

Principios: Con la muerte los cambios celulares y respiratorios generan alteraciones en los tejidos del cuerpo. Estos cambios influyen sobre la manera en que la enfermera cuidará del cuerpo tras la muerte. Es importante que la enfermera prepare el cuerpo lo más rápido posible para que este tenga un aspecto natural.

Material y equipo:

- Guantes.
- Cubrebocas.
- Vendas elásticas.
- Etiquetas de identificación.
- Bata.
- Algodón.
- Sábanas limpias o bolsa de cadáver.
- Pinzas.

Tabla 17 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos y calzarse cubrebocas, bata y guantes	Las secreciones corporales pueden albergar microorganismos infecciosos
Retirar la ropa de la cama y del agente, así como apósitos sondas, catéteres, oxígeno y otros	Todo material que ha estado en contacto con el agente debe considerarse como potencialmente infeccioso
Poner el cuerpo en posición de decúbito supino, alineado y con las piernas estiradas, moviendo el cuerpo con suavidad. Cíérrele los ojos con naturalidad aplicando presión suave con la yema de los dedos	La alineación normal impide la deformación de la cara y cuerpo. Se logra el aspecto de sueño normal si los ojos están cerrados con naturalidad
Colocar prótesis dental y cerrarla; si la boca no permanece cerrada, sujetarla con una venda colocada bajo el mentón, anudándola en la cabeza	La rigidez cadavérica se presenta progresivamente en músculos de la nuca, cara, cuello, extremidades y el resto del cuerpo de manera progresiva
Taponar con algodón, con la ayuda de unas pinzas, orificios naturales: boca, fosas nasales, oídos y sellar incisiones	La obstrucción de cavidades corporales y heridas con material de algodón, tiende a absorber líquidos y secreciones y evita su salida
Ponerle los brazos cruzados sobre el pecho, atar las muñecas y tobillos con vendas y colocar la identificación del fallecido en los tobillos sujeta con tela adhesiva	La identificación correcta en cuanto a nombre del cadáver, número de cama, fecha y hora del deceso

Colocar el cadáver sobre la sabana, poniendo previamente un pañal debajo de la zona glútea	Para que todas las secreciones que se liberen se encuentren en el pañal y evitar ensuciar al agente
Realizar el amortajamiento: Centrar el cadáver sobre la sabana Tomando el extremo distal de la sabana, envolver el cuerpo (tórax, abdomen y extremidades inferiores) Envolver los pies con el extremo inferior y fijar con tela adhesiva Pasar el extremo proximal en igual forma que el distal y fijar con tela adhesiva Cubrir la cabeza y el cuello con el extremo superior de la sabana Colocar sobre la mortaja a nivel del tórax y miembros inferiores las etiquetas de identificación Cubrir el cadáver con una sábana	La sistematización de los pasos con base en el conocimiento científico, aptitudes y capacidades, ayuda a la realización de todo procedimiento con un mínimo de errores
Reúna la ropa y objetos de valor del finado. Rotúlelos y déselos al familiar más cercano	La pérdida de artículos personales puede agravar la angustia y pena de la familia
Colocar etiqueta de identificación del cadáver según las directrices de la institución	Las etiquetas aseguran la correcta identificación del cuerpo
Realizar anotaciones en los registros de enfermería: fecha, hora, maniobras realizadas, medicamentos, etc	Asegura que el fallecimiento del usuario sea registrado de forma precisa y legal. Los registros de enfermería reducen el riesgo de responsabilidad legal

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realizar aquellos cuidados que se efectúan después de la muerte, una vez que el médico ha firmado el certificado de defunción o fallecimiento del agente.

Elemento de competencia: Cuidados de enfermería post-mortem (amortajamiento).

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Cuidados de enfermería post-mortem (amortajamiento).

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Se lava las manos y calza cubrebocas, bata y guantes		
Retira la ropa de la cama y del agente, así como apósitos sondas, catéteres, oxígeno y otros		
Pone el cuerpo en posición de decúbito supino, alineado y con las piernas estiradas, moviendo el cuerpo con suavidad. Ciérrele los ojos con naturalidad aplicando presión suave con la yema de los dedos		
Coloca prótesis dental y cierra; si la boca no permanece cerrada, sujetarla con una venda colocada bajo el mentón, anudándola en la cabeza		
Tapona con algodón, con la ayuda de unas pinzas, orificios naturales: boca, fosas nasales, oídos y sellar incisiones		
Ponerlos brazos cruzados sobre el pecho, atar las muñecas y tobillos con vendas y colocar la identificación del fallecido en los tobillos sujeta con tela adhesiva		
Coloca el cadáver sobre la sabana, poniendo previamente un pañal debajo de la zona glútea		
Realiza el amortajamiento		
Reúne la ropa y objetos de valor del finado. Rotúelos y déselos al familiar más cercano		
Coloca etiqueta de identificación del cadáver según las directrices de la institución		
Realiza anotaciones en los registros de enfermería: fecha, hora, maniobras realizadas, medicamentos, etc		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Cuidados de sonda vesical a permanencia

Sub competencia: Realiza de manera gentil y eficaz el aseo de la zona perineal, meato urinario y sonda vesical.

Concepto: Es la limpieza adecuada de la zona perineal, meato y sonda vesical, para prevenir infecciones nosocomiales.

Objetivos: Prevenir infecciones del aparato genitourinario.

Principios: Los cuidados de enfermería proporcionados disminuyen el riesgo de adquirir infecciones del tracto génito-urinario.

Equipo y material:

- Guantes.
- Gasas estériles.
- Jabón o solución antiséptica.
- Cubrebocas.
- Solución fisiológica.
- Bolsa de desechos.

Tabla 18 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Colocar el cubrebocas, lavado de manos	Reduce el riesgo de propagación de microorganismos
Explicar al agente el procedimiento y los síntomas que pudiera sentir	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor
Ayudar al agente a adoptar una postura adecuada para el procedimiento y proteger ropa de cama	Favorece la higiene y previene diseminación de microorganismos
Los cuidados de la sonda pueden hacerse dos veces al día o tan a menudo como sea necesario para conservar la zona limpia	Las vías urinarias constituyen un medio favorable para los microorganismos que pueden desencadenar problemas urinarios
Para llevar a cabo el procedimiento sostenga la sonda tensa pero evite tirarla o sacudirla	La presión sobre la zona uretrovesical puede estimular el sistema nervioso de la vejiga y causar espasmos y dolor
Para varones levante el pene y retraiga el prepucio de 1 a 2.5 cm limpie el meato urinario y la sonda con gasa y jabón desde el punto de inserción hacia afuera. Repita el procedimiento cada vez con una nueva gasa hasta quitar todas las secreciones y costras. Al terminar, no deje soluciones limpiadoras bajo el prepucio. Asegúrese de tirar el prepucio para que quede en su lugar al terminar	Las mucosas de la zona genital deben conservarse limpias, sin exudados y secreciones posiblemente infecciosas. Al dejar soluciones limpiadoras bajo el prepucio se puede causar irritación. Si el prepucio no se pone de nuevo en posición natural puede haber inflamación y estenosis
Para mujeres, separe la vulva poniendo el pulgar e índice entre los labios menores. El meato uretral se limpia con gasa de delante hacia atrás usando una nueva gasa para cada movimiento de frotamiento. Evite contaminar con secreciones anales. El catéter también se limpia del meato hacia fuera hasta remover todas las secreciones	El periné de la mujer debe conservarse limpio de secreciones, heces y flujo menstrual. El derrame que se acumula en el meato pronto se ve colonizado por bacterias. Es esencial limpiar de adelante hacia atrás
Para varones fije con cinta la sonda al pubis o al muslo derecho, y para mujeres fije con cinta la sonda (del extremo distal donde se insufla el globo) al muslo y deje al agente en un medio cómodo. Asegúrese de mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel del agente	Evitar la salida accidental de la sonda. El mantener la bolsa por debajo del nivel permite el flujo a gravedad y evita infecciones por el retorno de la orina

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza de manera gentil y eficaz el aseo de la zona perineal, meato urinario y sonda vesical.

Elemento de competencia: cuidados de sonda vesical a permanencia.

Criterio de desempeño: El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de cuidado de sonda vesical a permanencia.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Realiza lavado de manos		
Prepara el equipo en el cuarto de trabajo		
Explica el procedimiento al agente		
Prepara psicológicamente		
Prepara físicamente al agente		
Desarrollo el procedimiento y respetando la asepsia y los fundamentos básicos de enfermería.		
Realiza la fijación adecuada de la sonda		
Cumple las medidas de control y seguridad (Consideraciones especiales de acuerdo a normas y reglamentos)		
Deja cómodo y limpio al agente		
Da cuidados posteriores al equipo (limpieza).		
Registra las anotaciones correspondientes en las hojas de registro de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Cuidados neurológicos

Sub-Competencia: Realizar la valoración neurológica, con la finalidad de medir los cambios en las respuestas motoras, verbales y oculares del agente con lesión neurológica reciente.

Concepto: Es la evaluación del estado neurológico del agente para obtener datos objetivos y subjetivos, por medio de una serie de pruebas y técnicas de valoración.

Objetivo: Detectar alteraciones del sistema nervioso y valorar el nivel de conciencia, el tamaño y la reacción de las pupilas y los movimientos de las extremidades.

Principios:

- El estado de inconsciencia puede deberse a muchas causas. La causa más común de coma es alguna masa extraña que afecte directamente al tallo cerebral. Esta masa puede ser consecuencia de edema, tumor cerebral, o de un coágulo de sangre.
- La compresión de los centros vitales del cerebro produce aceleración del pulso, aumento de la presión diferencial arterial y respiración variable. A esos síntomas suele relacionarse la hipoxia. La compresión del hipotálamo puede producir aumento o disminución de la temperatura corporal.

Material y equipo:

- Hoja de valoración de Glasgow.
- Linterna pequeña.

Tabla 19 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Valore el nivel de conciencia: Converse con el agente hágale preguntas sencillas sobre datos personales o referentes al entorno y tiempo en el que vive. Si el nivel de conciencia esta disminuido, utilice la escala de Glasgow para la medición objetiva.	Si el nivel de conciencia está deteriorado, hay una depresión del sistema de alerta del tronco encefálico
Valore las pupilas: Compare el tamaño de las pupilas con las escalas estandarizadas y puntúelo de 1 al 8 en mm de diámetro	La valoración debe realizarse bilateralmente y las pupilas han de ser igualmente. Cualquier cambio pupilar puede indicar una alteración del III par craneal y posible lesión del tronco encefálico
Reacción al estímulo luminoso: sugiera al agente, si es posible, que fije la mirada en un objeto y levante si es necesario uno de los párpados cada vez manteniendo el otro bajado. Enfoque la luz de la linterna a un lado del agente y diríjala desplazándola directamente al ojo iluminado. Observe cualquier movimiento o desviación anormal	La valoración debe realizarse bilateralmente y los movimientos han de ser iguales. Dicha valoración puede ayudar a determinar la zona de la lesión
Valore los movimientos de las extremidades: Compruebe ante un estímulo verbal, si aprieta las manos fuertemente y levanta brazos y piernas pudiendo mantenerlos elevados. Aprieta las manos levemente y no levanta brazos ni piernas	

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realizar la valoración neurológica, con la finalidad de medir los cambios en las respuestas motoras, verbales y oculares del agente con lesión neurológica reciente.

Elemento de competencia: Cuidados neurológicos.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Cuidados neurológicos.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Valora el nivel de conciencia (uso de escala de Glasgow)		
Valora las pupilas (utiliza escalas estandarizadas)		
Reacción al estímulo luminoso		
Valora los movimientos de las extremidades		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Cuidados pre-operatorios

Sub-Competencia: Realizar cuidados de enfermería en el lapso que transcurre desde la decisión para efectuar la intervención quirúrgica al agente, hasta que es llevado a la sala de operaciones.

Concepto: La preparación del agente para la cirugía implica actividades y procedimientos que ayudan a reducir la ansiedad, asegurar la seguridad del cliente y reducir los riesgos de complicaciones.

Objetivo: Conocer el tipo y la naturaleza de cualquier intervención quirúrgica previa, las alteraciones anatómicas y fisiológicas.

Principios:

- Cualquier forma de cirugía constituye un acontecimiento estresante ya sea un procedimiento de cirugía mayor o menor.
- Estos cambios influyen sobre la manera en que la enfermera utiliza varias actividades para ayudar al agente quirúrgico a prepararse adecuadamente, frente a los factores de estrés fisiológico y psicológico que impone la cirugía.

Material y equipo:

- Estetoscopio.
- Lista de comprobación preoperatorio.
- Soluciones intravenosas y equipo (si esta ordenado).
- Medicaciones (si esta ordenado).
- Termómetro.
- Formulario de consentimiento informado.
- Equipo de enema y solución prescrita (si esta ordenado).
- Equipo de sonda permanente (si esta ordenado).
- Expediente clínico completo.

Tabla 20 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Recepción del agente y autorización para su intervención quirúrgica	Toda intervención quirúrgica requiere autorización legal (consentimiento informado)
Instruir al cliente sobre la necesidad y el fundamento de no ingerir nada por boca de 4 a 8 hrs. antes de la intervención	Es preciso vaciar el tracto para reducir el riesgo de vómito y aspiración
Informar al cliente que se retire joyas, maquillaje (incluido el pintauñas), ropa interior y prótesis dentales	Las joyas pueden salirse de lugar y causar lesión durante la colocación del cliente y la intubación, los anillos pueden reducir la circulación de los dedos, la valoración de la piel y de la oxigenación pueden verse impedida por el maquillaje y el pintauñas
Participación en el examen clínica	Una valoración correcta y previa a la

	intervención quirúrgica incrementa la reparación tisular de la herida, y disminuye o evita las complicaciones transoperatorias y posoperatorias
Participación en la preparación física del agente	Cada agente tiene una situación individual y, por lo tanto, la corrección de los estados fisiológicos anormales depende de su estado clínico
Apoyo emocional y espiritual	El temor a lo desconocido, a la muerte e incapacidad y a un pronóstico fatal, altera el equilibrio psico-fisiológico
Control y registro de signos vitales	Los signos vitales determinan el estado de salud y enfermedad
Preparación física del agente	La limpieza y depilación o rasurado de la zona a intervenir en el periodo preoperatorio, la sanitización y antisepsia son procesos que controlan el crecimiento y desarrollo de gérmenes patógenos
Administración de medicamentos pre anestésicos 30 o 45 minutos antes de la intervención quirúrgica	El efecto máximo de la medicación pre anestésica entre su administración y la inducción anestésica se obtiene entre 45 o 60 minutos
Llevar al agente al personal de enfermería circulante con el expediente clínico completo	El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realizar cuidados de enfermería en el lapso que transcurre desde la decisión para efectuar la intervención quirúrgica al agente, hasta que es llevado a la sala de operaciones.

Elemento de competencia: Cuidado preoperatorio.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Cuidado preoperatorio.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Recepción del agente y autorización para su intervención quirúrgica		
Instruye al agente sobre la necesidad y el fundamento de no ingerir nada por boca de 4 a 8 hrs. antes de la intervención		
Informa al agente que se retire joyas, maquillaje (incluido el pintauñas), ropa interior y prótesis dentales		
Participación en el examen clínico		
Participación en la preparación física del agente		
Apoyo emocional y espiritual		
Control y registro de signos vitales		
Preparación física del agente		
Administración de medicamentos pre anestésicos 30 o 45 minutos antes de la intervención quirúrgica		
Llevar al agente al personal de enfermería circulante con el expediente clínico completo		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Cuidados postoperatorios

Sub-Competencia: Realizar cuidados de enfermería en el lapso que transcurre desde que finaliza la intervención quirúrgica hasta que el agente es dado de alta.

Concepto: Son los cuidados que se otorgan al agente en el lapso que transcurre desde que finaliza la intervención quirúrgica hasta que el agente es dado de alta, ya sea recuperado totalmente o para continuar la recuperación en su domicilio.

Objetivo: Obtener una pronta cicatrización de la herida quirúrgica y por tanto, lograr una recuperación general óptima.

Principios: Favorecer a la pronta recuperación del agente; evitando posibles complicaciones posoperatorios.

Material y equipo:

- Historia clínica completa.
- Bolsas recolectoras para drenajes.
- Medicaciones (si procede).
- Termómetro.
- Soluciones (si procede).

Tabla 21 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Preparar la unidad de recuperación	La unidad de recuperación con recursos físicos y humanos suficientes y adecuados en la institución minimiza tiempos
Recibir al agente con el expediente clínico correspondiente	La relación interpersonal del equipo quirúrgico incide en la atención del agente.
Colocar y proteger al agente en la posición indicada	El tipo de anestesia recibido e intervención quirúrgica realizada, determinan el tipo de posición en el agente
Conectar y mantener en funcionamiento los aparatos de drenajes, succión, etc	La instalación de varios aparatos en el agente responde al tipo de intervención quirúrgica y a la satisfacción de necesidades fisiológicas del mismo
Control y registro de los signos vitales	Los efectos de anestesia y pérdida de líquidos son factores a considerar durante la valoración de los signos
Participar en la administración de los líquidos parentales y la terapéutica de restitución	Los requerimientos basales y la restitución de pérdidas anormales hidroelectrolíticas están basados en el estado clínico del agente
Tranquilizar al agente	La tranquilidad del agente depende de la ausencia de dolor, de complicaciones pos anestésicas, así como de una posición confortable y aseo personal
Detección de manifestaciones clínicas	La vigilancia constante e información oportuna de los signos vitales permiten la detección oportuna de evidencia de hemorragia y complicaciones
Registrar procedimientos realizados, estado del agente y problemas presentados	El registro de acciones contribuye a la evaluación del agente y a la comunicación efectiva para el resto del personal sanitario

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realizar cuidados de enfermería en el lapso que transcurre desde que finaliza la intervención quirúrgica hasta que el agente es dado de alta.

Elemento de competencia: Cuidados posoperatorios.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Cuidados posoperatorios.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Prepara la unidad de recuperación		
Recibe al agente con el expediente clínico correspondiente		
Coloca y proteger al agente en la posición indicada		
Conecta y mantiene en funcionamiento los aparatos de drenajes, succión, etc		
Control y registro de los signos vitales		
Participa en la administración de los líquidos parentales y la terapéutica de restitución		
Tranquiliza al agente		
Detección de manifestaciones clínicas		
Registrar procedimientos realizados, estado del agente y problemas presentados		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Diálisis peritoneal

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería a agentes con insuficiencia renal para tratamiento de diálisis peritoneal.

Concepto: Procedimiento que infunde una solución hipertónica en la cavidad peritoneal. La solución se deja durante un periodo de tiempo en el peritoneo a continuación se drena, la intención de esta operación es la de eliminar desperdicios metabólicos o corregir desequilibrios químicos.

Objetivo: Eliminar a través de la membrana peritoneal el exceso de agua, electrolitos y toxinas de la sangre cuando los riñones no funcionan adecuadamente.

Principios: Vigilar y registrar con precisión el ingreso y egreso de los líquidos observando si hay signos de complicaciones como cambios en el nivel de conciencia, alucinaciones, taquicardia y dolor abdominal.

Material y equipo:

- Cubrebocas.
- Bata.
- Envase on-off estéril con adaptador de plástico o titanio y tapón para el catéter.
- Tubo de conexión.
- Hoja de registro de diálisis peritoneal.
- Guantes estériles.
- Solución hipertónica de diálisis peritoneal prescrita a 37°C.
- Solución de isodine.
- Bolsa de drenaje estéril.

Tabla 22 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Explique el procedimiento al agente. Antes de comenzar verifique el peso del enfermo en la misma báscula que utilizará todos los días	Es indispensable la cooperación del agente durante la diálisis puesto que la movilidad estará muy restringida y se necesitan cambios de posición frecuentes. La pérdida de líquido y la disminución del edema pueden reflejarse en la pérdida de peso
Lávese las manos y póngase mascarilla	Reduce la transmisión de microorganismos
Coloque al cliente en posición semi fowler o de fowler elevada	La instalación de líquido en la cavidad peritoneal disminuye el desplazamiento del diafragma. la posición de semifowler o de fowler elevada favorece una óptima expansión pulmonar
Añada medicaciones de forma aséptica inmediatamente antes de comenzar la instalación de la solución de diálisis. Desinfecte los viales multidosis y los puertos de inyección de las bolsas de plástico. Etiquete y registre todos los fármacos añadidos	Reduce la acumulación de fibrina alrededor de la punta del catéter reduce el riesgo de peritonitis. Se añade insulina normal para controlar la glucosa sérica

Una o dos bolsas de solución de diálisis calentada a la sonda de entrada y cuélguelas en un soporte de suero. Las bolsas deben pincharse exactamente igual que las bolsas de solución IV	La solución de diálisis se calienta con calor seco mediante la utilización de una compresa calefactora, una incubadora o un dispositivo de microondas. La utilización de dos bolsas favorece el intercambio rápido y preciso
Póngase guantes estériles Desinfecte el tapón y el extremo de la sonda; retire el tapón y desinfecte el adaptador. Conecte el tubo, manteniendo la asepsia	Evita la propagación de microorganismos
Abra la pinza de la primera bolsa de solución de diálisis y pince la vía del cliente. Infunda la solución durante el tiempo prescrito	Permite la instalación de solución de diálisis en la cavidad peritoneal
Pince el tubo de entrada durante el reposo previsto	Impide que el aire entre en la cavidad peritoneal. Durante el tiempo de reposo se permite que la membrana peritoneal realice el intercambio de líquido, electrolitos y toxinas con la sangre
Retire la primera bolsa de solución de diálisis del soporte IV coloque la tercera bolsa, precalentada, en el soporte	Favorece un procedimiento organizado. Cuando se solicitan múltiples intercambios, la enfermera debe tener dos bolsas con solución de diálisis en el soporte IV
Retire la pinza del tubo de salida y drene (generalmente durante 20 minutos)	Permite el drenaje de la solución de diálisis y de los desechos de la cavidad peritoneal durante los primeros dos o tres intercambios, es normal que la solución permanezca retenida en el abdomen; el exceso debería drenarse con los intercambios siguientes
Pince el tubo de salida	Evita el drenaje inoportuno durante el intercambio subsiguiente
Vacié y mida el líquido de la bolsa de drenaje Repita los pasos hasta que todos los cambios se hayan completado	Proporciona la valoración del equilibrio hídrico de la solución de diálisis. Si el volumen de líquido infundido es mayor que la cantidad drenada, el balance es positivo
Durante los primeros intercambios, monitorice las constantes vitales del cliente cada 15 minutos	Favorece la documentación precisa de los efectos hemodinámicas de la DPI
Inspeccione la zona de inserción de la sonda; si vuelve a colocar un vendaje, ponga un vendaje oclusivo transparente	La presencia de un vendaje seco e intacto reduce el riesgo de infección
Lávese las manos y deseche el material contaminado siguiendo las normas del centro	Reduce la transmisión de microorganismos y de patógenos de transmisión sanguínea
Calcule el balance de las soluciones de diálisis	Determina una eliminación de líquido adecuada
Registre los resultados en la hoja de balance	Documento legal que nos permite valorar el estado del agente

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería a agentes con insuficiencia renal para antes mencionado tratamiento.

Elemento de competencia: Diálisis peritoneal.

Criterio de desempeño. El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de cuidado de sonda vesical a permanencia.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Explique el procedimiento al agente. Antes de comenzar verifique el peso del enfermo en la misma báscula que utilizará todos los días		
Lávese las manos y póngase mascarilla		
Coloque al cliente en posición semi fowler o de fowler elevada		
Añada medicaciones de forma aséptica inmediatamente antes de comenzar la instalación de la solución de diálisis. Desinfecte los viales multidosis y los puertos de inyección de las bolsas de plástico. Etiquete y registre todos los fármacos añadidos		
Una o dos bolsas de solución de diálisis calentada a la sonda de entrada y cuélguelas en un soporte de suero. Las bolsas deben pincharse exactamente igual que las bolsas de solución IV		
Póngase guantes estériles Desinfecte el tapón y el extremo de la sonda; retire el tapón y desinfecte el adaptador. Conecte el tubo, manteniendo la asepsia		
Abra la pinza de la primera bolsa de solución de diálisis y pince la vía del agente. Infunda la solución durante el tiempo prescrito		
Pince el tubo de entrada durante el reposo previsto		
Retire la primera bolsa de solución de diálisis del soporte IV coloque la tercera bolsa, precalentada, en el soporte		
Retire la pinza del tubo de salida y drene (generalmente durante 20 minutos)		
Pince el tubo de salida.		
Vacíe y mida el líquido de la bolsa de drenaje Repita los pasos hasta que todos los cambios se hayan completado		
Durante los primeros intercambios, monitorice las constantes vitales del agente cada 15 minutos		
Inspeccione la zona de inserción de la sonda; si vuelve a colocar un vendaje, ponga un vendaje oclusivo transparente		
Lávese las manos y deseche el material contaminado siguiendo las normas del centro		
Calcule el balance de las soluciones de diálisis		
Registre los resultados en la hoja de balance		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		

Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Disposición de productos biológicos en refrigerador (Red de frío)

Sub-Competencia: Realiza actividades de enfermería en la logística de la cadena de red frío, relacionada con la vacunación, supervisa el sistema de registro, y la actividad asistencial y educativa relacionada con normas generales de administración de vacunas.

Concepto: La OPS lo define “sistema logístico que comprende los recursos humanos, materiales, necesarios para llevar a cabo el almacenamiento, conservación, transporte de las vacunas en condiciones óptimas de temperatura, desde el lugar de fabricación, hasta el sitio donde las personas son vacunadas.

Objetivo: Aplicar las normas generales y operacionales para la conservación de vacunas (temperatura y transporte).

Principios:

- La conservación y almacenamiento de productos biológicos para isoimmunización.
- Vigilancia y mantenimiento de la temperatura del frigorífico para conservación de vacunas
- Determinación de las dosis y equipos requeridos para el manejo, transporte, rutas y tiempos.

Material y equipo:

- Equipos Frigoríficos: cámara fría con pre- cámara, refrigeradores, y termos.
- Equipo de medición: termograficador, termómetros de vástago, termómetro lineal, equipo de calibración, termómetro de interiores y exteriores.
- Equipo complementario: congeladores, paquetes refrigerantes, charolas, anaqueles perforados para cámaras frías y canastillas.
- Papelería: gráficas para el registro de temperatura para el termograficador y el registro manual, formato de mantenimiento preventivo, formato de movimiento de biológico y diagnóstico de los equipos de la cadena de frío.

Tabla 23 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Registro y control de temperatura, para el control diario de temperatura se cuenta con una gran variedad de termómetros. Estos tienen diversas presentaciones, pero lo importante es que deben contar con una escala de medición que cubra el intervalo de temperatura deseado, esto es, de 2°C a 8°C	Constituyen un instrumento importante para el monitoreo y control de temperatura de las vacunas dentro de los equipos de refrigeración (cámara fría, refrigerador) o de conservación (termos) al realizarse el mantenimiento preventivo se deberá verificar que los termómetros (para cámara fría, refrigerador y termo) estén calibrados
En los refrigeradores, las vacunas desempacadas se colocan en charolas perforadas, excepcionalmente se colocan en sus empaques originales, generalmente cuando la presentación es unidosis, con jeringa pre llenada	Las charolas perforadas favorecen la libre circulación de aire frío dentro del gabinete y evita dañar las etiquetas de los frascos; de esta manera los frascos se mantienen secos y limpios

<p>Se colocarán al frente de cada charola los frascos de vacuna con fecha de caducidad más próxima y/o con más tiempo de almacenamiento.</p> <p>Las charolas se deben colocar sobre las parrillas o estantes con que cuenta el gabinete del refrigerador, de acuerdo con la vacuna de que se trate</p>	<p>Las charolas permiten mantener los biológicos en forma ordenada y clasificada, facilitando su identificación; deben contar con membretes de identificación</p>
<p>En el primer estante se colocan las vacunas: Sabin, triple viral (SRP), doble viral (SR), además, la vacuna bacteriana BCG y la vacuna contra varicela</p>	<p>Las vacunas de gérmenes vivos, en general son poco resistentes al calor. Por ello, se conviene situarlas en los estantes más fríos.</p> <p>En el primer estante se mantiene una temperatura de 2° a 8°C en los refrigeradores, se colocan las vacunas virales.</p> <p>La bacteriana separada y etiquetada en canastilla ya que no se debe de congelar al salir del refrigerador ya no se regresa para evitar cruces epidemiológicos, por ser bacteriana, se desechan al término de la jornada. Los frascos se desechan al terminar la jornada</p>
<p>En segundo estante: DPT, pentavalente acelular (DPaT+VIP+Hib), toxoide tetánico diftérico (Td para el adulto y DT infantil), antineumocócica conjugada heptavalente, antineumocócica 23 serotipos, anti influenza, anti hepatitis A, anti hepatitis B, Anti rotavirus y contra el VPH, así como la antirrábica humana</p>	<p>Las vacunas en presentación líquidas inyectables contienen conservantes que impiden la proliferación de bacterias contaminantes. Se mantiene una temperatura de 2° a 8°C en los refrigeradores.</p> <p>Las vacunas inactivadas se sitúan en los estantes menos fríos, porque se pueden congelar y pierden su poder inmunizantes por congelación</p>
<p>Todos los diluyentes perfectamente identificados deben almacenarse en la charola junto a su respectivo biológico. En caso de requerirse ese espacio, pueden colocarse en el último nivel o seguir las instrucciones del laboratorio productor; sin embargo, es indispensable que los diluyentes se mantengan fríos por lo menos media hora antes de reconstituir la vacuna</p>	<p>La identificación adecuada puede ayudar a prevenir errores.</p> <p>La termo sensibilidad vacunal es muy variada, por lo tanto el diluyente debe mantenerse frío</p>
<p>En los estantes inferiores nunca se deben colocar vacunas, ya que estas zonas son los denominados "puntos críticos" para almacenamiento de vacunas</p>	<p>La temperatura interna de un refrigerador no es uniforme en todo el espacio frigorífico, por lo general hay zonas menos frías. Estas zonas son los "puntos críticos" y representan serio peligro para las vacunas, ya que pueden registrar temperaturas altas o con grandes variaciones</p>
<p>Graficar la temperatura, registro mínimo de dos veces al día, a través de un formato, uniendo los puntos de cada registro y anotar observaciones con el funcionamiento de las unidades frigoríficas y de conservación</p>	<p>La nota del registro favorece la conservación y evalúa el mantenimiento de la temperatura y la conservación del biológico.</p> <p>Las observaciones dan seguimiento a la eficacia del mantenimiento y seguridad del biológico</p>

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza actividades de enfermería en la logística de la cadena de red frío, relacionada con la vacunación.

Elemento de competencia: Disposición de productos biológicos (refrigerador).

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de cadena de red frío.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Registra y controla la temperatura entre 2°C a 8°C		
Coloca las vacunas desempacadas en charolas perforadas dependiendo de la presentación		
Coloca al frente de cada charola los frascos de vacuna con fecha de caducidad más próxima y/o con más tiempo de almacenamiento		
Organiza las vacunas para su fácil identificación		
Almacena los diluyentes perfectamente identificados junto a su respectivo biológico		
No coloca vacunas, en los estantes bajos		
Grafica la temperatura mínimo dos veces al día		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Egreso del agente hospitalario

Sub competencia: Realiza actividades para proporcionar cuidado terapéutico al egreso del agente.

Concepto: Es un proceso multidisciplinario, coordinado y centralizado que asegura que el agente reciba un plan de cuidados continuos después de abandonar el hospital.

Objetivo: Informar al agente y familia sobre información y detalles de procedimientos que aseguren los cuidados continuos tras el alta.

Principios: El grado de independencia del agente y su capacidad para mantener la funcionalidad pueden mantenerse en el marco de un entorno seguro.

Material y equipo:

- Hoja de registro de enfermería.
- Bolígrafo color.
- Expediente clínico.
- Silla de ruedas (opcional).

Tabla 24 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Verifique la orden de alta dada por el médico, relacionadas con prescripciones y cambios de tratamiento	El alta hospitalaria es indicada solamente por el médico
Registrar los datos relativo al alta de agente en el expediente clínico	Llevar un registro adecuado permite mantener actualizado al censo de agentes que egresan de la unidad medica
Elaborar un plan de alta e informar a agentes y familiares	Favorece la cooperación y minimiza la ansiedad de los agentes y familiares
Ofrezca su ayuda cuando el agente se vista y empaquete sus pertenencias, revise todos los armarios y cajones en busca de objetos personales	Evita la pérdida de artículos personales
Avisar a los departamentos correspondientes (archivo, trabajo social)	La comunicación oportuna y efectiva permite agilizar los trámites del egreso
Oriente al agente referente sobre surtimiento de recetas médicas en la farmacia, próximas citas y cuidados domiciliarios	La revisión de información proporciona interacción para determinar el éxito de la continuidad de los cuidados al egreso
Obtenga una silla de ruedas para los agentes incapaces de caminar	Proporciona un traslado seguro
Ayude al agente en silla de ruedas o camilla, reporte su egreso en el departamento correspondiente y acompañelo hasta la entrada de la institución	Evita lesiones a la enfermera y al agente. La política de la institución requiere que se acompañe al agente para que su salida se efectúe sin problemas

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico al egreso del agente.

Elemento de competencia: Egreso del agente hospitalizado.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de egreso del agente hospitalizado.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Verifique la orden de alta dada por el médico.		
Registrar los datos relativos al alta		
Elaborar un plan de alta e informar a agentes y familiares		
Ofrezca su ayuda cuando el agente se vista y empaquete sus pertenencias		
Avisar a los departamentos correspondientes		
Oriente al cliente referente sobre surtimiento de recetas, próximas citas y cuidados domiciliarios.		
Obtenga una silla de ruedas para los agentes incapaces de caminar.		
Ayude al agente en silla de ruedas o camilla		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Electrocardiograma (ECG)

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería específicas al agente en el diagnóstico cardiaco.

Concepto: El electrocardiograma (ECG/EKG) es el método diagnóstico que permite a través de la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón por medio de un electrocardiógrafo en forma de cinta continua al agente de cuidado.

Objetivo: Es la graficación electrofisiología cardíaca del agente, teniendo relevancia en el diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas, duración del ciclo cardíaco y la predisposición a una muerte súbita cardíaca.

Principios:

- El electrocardiograma es parte de la valoración de enfermería del estado hemodinámico del agente.
- La recogida y cotejamientos de sospechas de alteraciones cardiacas establecen base sólida de información sobre el agente.

Material y equipo:

- Cama o mesa de exploración.
- Gel conductor.
- Electrocardiógrafo.
- Bata Hospitalaria.

Tabla 25 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Recibir al agente y comunicarle que se le realizara un ECG, explicándole que los electrodos no conducen electricidad haciendo inofensivo el procedimiento	Favorece la relaciones interpersonales agencia de cuidado y agente así como la disminución de ansiedad
Se debe colocar bata al agente y retirar cualquier objeto personal metálico	El confort en el agente y factibilidad de exploración garantizan la fluidez de la valoración así como la aplicación de los principios de enfermería
Se debe de colocar al agente sobre la cama o mesa de exploración horizontal, en decúbito supino	La posición ideal del agente asegura la veracidad del diagnostico
Remarcarle al agente la importancia de que durante el ECG se mantenga totalmente quieto	La orientación del agente asegura la tranquilidad del mismo y la disminución de variables influyentes en el diagnostico
Proceder a colocar los electrodos periféricos en cada miembro del agente, colocándose en la aparte interna de cada uno; en los brazos en la muñeca y en las piernas en la región predial, entre el agente y el electrodo se coloca gel conductor. RA En el brazo derecho (right arm), evitando prominencias óseas.	La identificación de cada región en el agente así como colocación de los electrodos garantiza la calidad de diagnostico

<p>LA En el mismo sitio que se colocó RA, pero en el brazo izquierdo (left arm)</p> <p>RL En la pierna derecha (right leg), evitando prominencias óseas.</p> <p>LL En el mismo sitio que se colocó RL, pero en la pierna izquierda (left leg)</p>	
<p>Posterior a la colocación de los electrodos periféricos en el agente, se colocan los electrodos torácicos, entre el electrodo y el agente colocar gel conductor.</p> <p>V1 En el cuarto espacio intercostal (entre las costillas 4 & 5) a la derecha del esternón.</p> <p>V2 En el cuarto espacio intercostal (entre las costillas 4 & 5) a la izquierda del esternón.</p> <p>V3 Entre V2 y V4.</p> <p>V4 En el quinto espacio intercostal (entre las costillas 5 & 6), en la línea medio-clavicular (la línea imaginaria que baja desde el punto medio de la clavícula).</p> <p>V5 En la misma línea horizontal que V4, pero verticalmente en la línea axilar anterior (línea imaginaria que baja desde el punto medio entre el centro de la clavícula y su extremo lateral, que es el extremo más próximo al brazo).</p> <p>V6 En la misma línea horizontal que V4 y V5, pero verticalmente en la línea medioaxilar (línea imaginaria que baja desde el centro de la axila del agente)</p>	<p>La identificación de cada región donde será colocado cada electrodo promueve la eficacia del diagnóstico</p>
<p>Verificar que el electrodo no cuente con tensión así como evitar que este doblado o torcido</p>	<p>El seguimiento de las recomendaciones del electrocardiógrafo disminuye el porcentaje de interferencia</p>
<p>Esperar a que el equipo de electrocardiografía realice el diagnóstico</p>	<p>La calidad de diagnóstico está determinado por la capacidad del electrocardiógrafo</p>
<p>Posterior al diagnóstico, pedirle al agente que se vista</p>	<p>La comodidad del entorno así como de vestido disminuye la ansiedad</p>

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza actividades de enfermería específicas al agente en el diagnóstico cardiaco.

Elemento de competencia: Electrocardiograma.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para realizar el estudio de electrocardiograma.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Recibe al agente y comunica el procedimiento de ECG.		
Coloca bata al agente y retira objetos personales metálicos		
Coloca al agente sobre la cama o mesa de exploración horizontal, en decúbito supino		
Aclara dudas y disminuye la ansiedad del agente		
Identifica la región a colocar cada electrodo		
Hace uso del gel o pasta conductora previo a cada colocación de cada electrodo		
Disminuye los indicios de interferencia en el diagnóstico		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Enemas

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería específicas al agente para la eliminación de desechos intestinales por medio de enemas.

Concepto: Es el procedimiento que permite la estimulación del peristaltismo y la evacuación del recto.

Objetivo: Estimular el peristaltismo y eliminar las heces. Limpiar y evacuar el colón y el recto.

Principios:

- El conocer la capacidad de retención del agente facilita el objetivo del enema.
- Los ancianos con problemas cardiacos crónicos son especialmente propensos a presentar arritmias y palpitations relacionadas con la estimulación vagal causada por el enema.
- La presencia de hemorroides, lesión, ulceración o heridas puede dificultar y desencadenar problemas durante la introducción de la sonda rectal.

Material y equipo:

- Bolsa con línea irrigadora.
- Sonda rectal de tamaño adecuado.
- Lubricante hidrosoluble.
- Cómodo.
- Cubrebocas.
- Solución prescrita a temperatura corporal.
- Protector plástico para la cama.
- Biconector.
- Guantes.

Tabla 26 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Informe al agente del procedimiento a realizar	Favorece la cooperación y disminuye la ansiedad
Lavarse las manos y colocación de guantes y cubrebocas	Reduce la transferencia de microorganismos
Prepare la solución prescrita, purgue el equipo y la sonda rectal y pince el sistema	El aire instalado en el recto produce una distensión abdominal
Póngase los guantes y coloque al agente en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada hacia delante. Coloque un protector de plástico bajo los glúteos	Permite que el flujo de la solución se dirija al colon sigmoideo y descendente. La flexión de la pierna derecha favorece una buena exposición anal
Deje al descubierto los glúteos y cubra las piernas con una sábana	Mantiene la intimidad y evita enfriamiento de los glúteos
Separa los glúteos con su mano no dominante	Expone la abertura anal

Con la mano dominante inserte la sonda suavemente en el recto en dirección al ombligo. En los adultos inserte la sonda de 7 a 10 cm	El canal anal mide de 2 a 5 cm. en el adulto. La inserción de la sonda debe sobrepasar el esfínter anal
Eleve el recipiente con la solución unos 30 cm. por encima del recto y abra la pinza integrada	Cuanto más alto se sitúa el recipiente más rápido caerá el flujo y mayor será la presión sobre el recto
Administre el líquido lentamente observando si presenta sensación de plenitud. Pince durante 30 segundos y comience de nuevo	La administración lenta del enema disminuye la posibilidad de un espasmo intestinal y de una expulsión prematura de la solución
Al terminar de instalar la totalidad de la solución o cuando el agente no pueda retener más, cierre la pinza evitando la entrada de aire en el recto y retire la sonda suavemente	La urgencia para defecar suele indicar que se ha administrado suficiente líquido
Pida al agente que permanezca en decúbito supino reteniendo la solución durante 5 o 10 minutos. Transcurridos este tiempo siente al agente en el inodoro o cómodo	Esta posición facilita la retención del enema y favorece la defecación. Este tiempo se considera suficiente para la limpieza del colón
Valore las características del material evacuado. Ayude al agente en la limpieza de la zona perianal y seque completamente la zona	Una valoración de las heces fecales, permite el diagnóstico de patologías presentes, la limpieza ayuda a evitar las úlceras por presión
Cambie la ropa de cama si es necesario	El medio limpio realza el sentimiento de bienestar y aliento

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza actividades de enfermería específicas al agente para la eliminación de desechos intestinales por medio de enemas.

Elemento de competencia: Enemas.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de enemas.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Informa al agente del procedimiento a realizar		
Se lava las manos y coloca guantes y cubrebocas		
Prepara material y equipo		
Coloca al agente en posición adecuada y coloca un protector de plástico		
Deja al descubierto los glúteos y cubre las piernas con una sábana		
Separa los glúteos con su mano no dominante		
Inserta la sonda suavemente en el recto en dirección al ombligo		
Eleva el recipiente con la solución por encima del recto		
Administra el líquido lentamente observando si presenta sensación de plenitud. Pinza durante 30 segundos y comience de nuevo		
Al terminar de instalar la totalidad de la solución o cuando el agente no pueda retener más, cierra la pinza evitando la entrada de aire en el recto y retira la sonda suavemente		
Pide al agente que permanezca en decúbito supino reteniendo la solución durante 5 o 10 minutos. Transcurridos este tiempo sienta al agente en el inodoro o cómodo		
Valora las características del material evacuado. Ayuda al agente en la limpieza de la zona perianal y seca completamente la zona		
Cambia la ropa de cama si es necesario		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Entrevista

Sub-Competencia: Desarrolla habilidades de intercomunicación y establece una relación de confianza, para la formulación de preguntas, e implementa escucha activa y observación para conocer los hechos.

Concepto: Es el procedimiento que consiste en la recolección de datos de un agente determinado para estructurar la historia ordenada de su salud o enfermedad.

Objetivos:

- Establecer una interrelación interpersonal con el agente y los familiares
- Obtener información indispensable e insustituible para la elaboración de un diagnóstico.

Principios:

- El interrogatorio es base primordial e insustituible para la elaboración del diagnóstico
- El proceso de comunicación y la relación interpersonal influye directamente en la valoración del estado de salud del individuo.
- El uso de términos médicos disminuye la efectividad de la comunicación.

Material y equipo:

Formato de registro clínico.

Bolígrafo.

Tabla 27 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
<p>Iniciación: (fase aclaratoria) Iniciar la entrevista con la presentación e identificación del profesional. Explicar al agente el motivo de la entrevista, estableciendo un clima de confianza y respeto</p>	<p>Identificarse con el agente es la primera pauta para establecer un vínculo de formalidad. Brindar una explicación acerca de los objetivos a alcanzar permite la comprensión del individuo acerca de los fines</p>
<p>Cuerpo: Recoger información (mediante preguntas abiertas y cerradas) sobre aspectos generales, para progresivamente centrarnos en el problema principal. Procurar mantener el contacto ocular. Actuar sin prisa</p>	<p>La implementación de un diálogo abierto es útil para la obtención de información verídica</p>
<p>Cierre: Comentar al agente que la entrevista va a finalizar y ofrecerle la oportunidad de preguntar algo más si lo desea</p>	<p>Anticipar al individuo del cierre procura conseguir datos olvidados durante el cuerpo de la entrevista</p>

Normas	
Valorar la importancia que tiene cada uno de los apartados de la historia de enfermería	Existen padecimientos relacionados con la edad, raza, sexo, edo. Civil u ocupación. La investigación de tradiciones, costumbres, normas y leyes que rodean al agente permiten determinar y jerarquizar necesidades emocionales y espirituales El edo. Civil significa un determinado tipo de vida que influye en la génesis de trastornos orgánicos, funcionales y fisiológicos
Dirigirse amablemente al agente y realizar las preguntas	El tipo de respuestas (sugestivas, múltiples, abiertas o cerradas) formuladas al individuo o familia, influyen en el logro de los objetivos trazados. Una distancia de 60 a 90 cm hacia el agente y su interlocutor durante la entrevista, hace que se sienta cómodo y en confianza
Delimitar el tiempo de interrogatorio según el caso	El interrogatorio es base primordial e insustituible para la elaboración del diagnóstico
Seleccionar el lugar para la realización del interrogatorio	Se ocupa un lugar libre de estímulos e incrementar un ambiente terapéutico Un ambiente terapéutico requiere esfuerzos humanos
Lograr la aceptación y colaboración del individuo y familia	La etapa de inicio en el interrogatorio es importante para el proceso de relación interpersonal agente-personal de enfermería. La etapa de desarrollo o trabajo constituye el núcleo de interacción durante el examen clínico la preparación de la etapa final determina la terminación brusca del examen El proceso de comunicación y la relación interpersonal influye directamente en la valoración del estado de salud del individuo. La falta de uso de un lenguaje que el agente pueda comprender es una forma de discriminación
Mantener una actitud profesional en la relación con el individuo y familia.	Una relación de ayuda es aquella en la que una persona facilita el desarrollo o crecimiento de la otra. La adquisición de conocimientos y capacidades permiten la comprensión de:
Preguntar sobre el estado de las principales funciones vitales, de las manifestaciones clínicas predominantes	El conocimiento integral del individuo aumenta la capacidad del personal de enfermería en la toma de decisiones (datos de identificación, perfil del agente, en cuanto a ambiente físico, hábitos higiénicos, dinámica social, problema actual o padecimiento y medidas terapéuticas utilizadas). La detección oportuna, correcta de necesidades y manifestaciones clínicas permiten la revisión del agente hacia aquellos profesionales de salud indicados, (manifestaciones de temor, ansiedad, rechazo o aceptación de alimentos, reclamo constate de atención, falta de interés, alegría, agresión, entre otros)

Preguntar sobre actividades de la vida diaria (alimentación, reposo, sueño, eliminación urinaria e intestinal, actividad, uso de prótesis)	El conocimiento sobre actividades de la vida diaria permite valorar su estilo de vida y factores de riesgo de problemas potenciales o reales de salud La valoración en relación con actividades de la vida diaria, ayuda a comprender el tipo de apoyo requerido por el agente
Preguntar si recibe apoyo de tipo social (familia o de personas de su entorno)	El conocimiento de familiares o amistades que ofrecen apoyo al agente permite al personal de salud considerarlos para su atención tanto en el hospital como en su domicilio.
Escuchar con interés, confianza y paciencia	La toma de decisiones requiere conocimientos, experiencias, y práctica. La preocupación, ansiedad y temor son emociones que influyen en la comunicación. La capacidad de escuchar en la interacción durante el examen clínico es aspecto importante para la afectividad y éxito del proceso de comunicación. La descripción socioemocional forma parte del conocimiento integral del agente en cuanto a comportamiento habitual y actual
Intervenir con la finalidad de dirigir, aclarar o complementar a través de un lenguaje sencillo y claro	El uso de términos médicos disminuye la efectividad de la comunicación. La ansiedad afecta la percepción, forma de pensar y funciones vital del individuo
Continuar el interrogatorio durante la exploración física	La relación de compenetración es una relación de entendimiento entre dos personas. Una pregunta neutra, es aquella que el agente contesta sin que sea presionado u obligado por la enfermera

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Desarrolla habilidades de intercomunicación y establece una relación de confianza, para la formulación de preguntas, e implementa escucha activa y observación para conocer los hechos.

Elemento de competencia: Entrevista.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de entrevista al agente.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Valora la importancia que tiene cada uno de los apartados de la historia de enfermería		
Se dirige amablemente al agente y realizar las preguntas		
Delimita el tiempo de interrogatorio según el caso		
Selecciona el lugar para la realización del interrogatorio		
Logra la aceptación y colaboración del individuo y familia		
Mantiene una actitud profesional en la relación con el individuo y familia.		
Pregunta sobre el estado de las principales funciones vitales, de las manifestaciones clínicas predominantes		
Pregunta sobre actividades de la vida diaria (alimentación, reposo, sueño, eliminación urinaria e intestinal, actividad, uso de prótesis)		
Pregunta si recibe apoyo de tipo social (familia o de personas de su entorno)		
Escucha con interés, confianza y paciencia		
Interviene con la finalidad de dirigir, aclarar o complementar a través de un lenguaje sencillo y claro		
Continúa el interrogatorio durante la exploración física		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Exploración clínica de mamas

Sub competencia: Realiza la técnica de exploración de mamas al agente de cuidado con respeto, veracidad, confidencialidad, privacidad y ética profesional.

Concepto: Examen clínico con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras utilizando la inspección y palpación para detectar cualquier anomalía en las mamas.

Objetivo: Detectar anormalidades en las mamas que puedan ser indicativos de presencia de cáncer de mama.

Principios:

- El examen clínico de mamas debe ser realizado por profesional capacitado en condiciones que garanticen el respeto a la privacidad de la mujer.
- El examen clínico de mamas deberá de incluir la identificación de los factores de riesgo en la historia clínica, así como necesidades especiales de consejería en mujeres de alto riesgo.
- El examen clínico deberá ser registrado adecuadamente para su seguimiento.

Material y equipo:

- Bata hospitalaria.
- Lámpara de pie.
- Mesa de exploración.
- Hoja de registro (expediente, cartilla).

Tabla 28 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Recibir al agente de cuidado, entrevistarla para verificar condiciones físicas en las que éste se encuentra	La entrevista permite recabar información relevante como consentimiento de la agente, ciclo menstrual en el que se encuentre, si es gestante o está en periodo de lactancia, etc
Preparar psicológicamente a cerca del procedimiento a realizar y proporcionar bata para su preparación física previo al procedimiento	La preparación psicológica favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor, así como establece relaciones interpersonales positivas entre el agente y el profesional de enfermería
Colocar a la agente sentada con tórax y brazos descubiertos frente al personal de enfermería	Una posición adecuada permite la inspección de los campos de la mama e identificar anomalías en las mismas
Inspección estática	
Indicar a la agente coloque las extremidades colgantes a lo largo del tronco y en una posición de relajación. Observar datos relevantes referentes a: forma, volumen, simetría bultos, hundimientos o cambios de coloración de la piel	La observación de cualquier tipo de anomalía durante esta etapa de la valoración permite detectar en el agente sospecha de una lesión mamaria

Inspección dinámica	
Indicar al agente que levante los brazos y observar signos cutáneos retráctiles	Mediante esta posición se contraen los músculos pectorales lo que permiten observar signos que pudieran ser inadvertidos durante la inspección estática
Indicar a la agente que coloque sus brazos sobre la cadera realizando una inclinación hacia delante y observar signos de lesiones mamarias	A través de ésta posición se puede observar retracción de la piel ocasionada por algún tipo de lesión mamaria
Palpación. Se realiza con la yema de los dedos en forma suave y metódica iniciando en la región axilar mediante presión firme sobre costillas	La palpación permite realizar una búsqueda intencionada de lesiones existentes
Palpación del hueco axilar. Indicar a la agente tome el antebrazo opuesto del profesional de enfermería y palpar la región axilar	La palpación axilar permite detectar ganglios con lesiones o inflamados
Palpación de región clavicular. Indicar al agente haga movimientos rotatorios de la cabeza y proceder a palpar con los dedos índice o pulgar	La palpación de región clavicular permite identificar ganglios afectados que pueden encontrarse en estadios avanzados del cáncer mamario. Al movimiento rotatorio de la cabeza se contrae el músculo homohioideo lo que visualiza una posible tumoración
Exploración mamaria. Dividir mentalmente la mama en cuatro cuadrantes: Colocar a la agente en posición de decúbito dorsal con tórax descubierto, colocar una almohada o toalla en el dorso de la agente	Una posición adecuada proporcionará una mejor exposición de los elementos anatómicos de la mama
Comenzar por explorar los cuadrantes externos que se palpan siguiendo ya sea líneas paralelas, radiadas o circulares y con los brazos de la agente sobre su abdomen	El establecimiento de los cuadrantes mamarios permite una fácil identificación en caso de detectarse alguna anomalía mamaria
Los cuadrantes internos se exploran con la misma técnica pero con el brazo de la agente formando un ángulo recto con el cuerpo	Mediante esta posición se obtiene la contracción de los músculos pectorales lo que permite visualizar cualquier anormalidad en la mama
Explorar el pezón cuidadosamente realizando presión sobre la mama hacia el pezón en forma suave	Se realiza con la finalidad de detectar secreciones anormales a las cuales se solicitará estudios citológicos
Se registra la información obtenida de la exploración. La información deberá contener identificación de la unidad, identificación de la agente, factores de riesgo, datos clínicos, referencia	El registro de los datos deberán ser anotados correctamente para que sea posible dar seguimiento correcto de la agente en caso necesario

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza la técnica de exploración de mamas al agente de cuidado con respeto, veracidad, confidencialidad, privacidad y ética profesional.

Elemento de competencia: Exploración Clínica de Mamas.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de exploración clínica de mamas.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Recibe al agente de cuidado y verifica condiciones en las que éste se encuentra		
Prepara psicológica y físicamente al agente previo al inicio del procedimiento		
Coloca a la agente en posición		
Inicia con la inspección estática		
Continúa con la inspección dinámica		
Procede con la palpación de la mama: Palpa el hueco axilar y Palpa la región clavicular		
Inicia la exploración mamaria por cuadrantes y siguiendo líneas ya sea paralela, radiadas o circulares		
Explora el pezón con una ligera presión		
Registra la información obtenida en los formatos correspondientes		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Lavado bronquial

Sub-Competencia: Realiza la técnica de lavado bronquial al agente de cuidado con respeto, veracidad, confidencialidad, privacidad y ética profesional.

Concepto: Son procedimientos físicos utilizados en el tratamiento de agentes con una incapacidad, enfermedad, o lesión del aparato respiratorio, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar una disfunción.

Objetivo: mantener la vía aérea artificial permeable, por medio de la eliminación de las secreciones bronquiales del agente.

Principios: Consistente en administrar una sustancia líquida en el árbol bronquial principal, para conseguir una fluidificación de las secreciones bronquiales.

Material y equipo:

- Bata.
- Guantes estériles.
- Jeringa.
- Gasas.
- Aspirador.
- Cubrebocas.
- Sonda de aspiración.
- Agua inyectable.
- Campos estériles.

Tabla 29 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Comprobación del funcionamiento del aspirador y colocar el cubre bocas, lavado de manos	Reduce el riesgo de propagación de microorganismos y comprueba la permeabilidad del catéter, la velocidad de la succión y lubrica el catéter
Explicar al agente el procedimiento el por qué se realizará y síntomas que pudiera sentir durante el procedimiento	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor
Ayudar al agente a adoptar una postura cómoda (semi-Fowler o sentado derecho con el cuello en hiperextensión)	Reduce la estimulación del reflejo de atragantamiento, favorece la comodidad del agente y el drenaje de las secreciones y evita la aspiración y las posturas forzadas de la enfermera. La hiperextensión facilita la inserción del catéter en la tráquea
Lavarse las manos y ponerse protección facial si hay posibilidad de salpicadura	Reduce la transmisión de microorganismos
Si está indicado aumentar la oxigenoterapia suplementaria al 100%	Reduce la hipoxia inducida por la aspiración
Abrir el catéter de aspiración utilizando una técnica aséptica. Si se dispone de campos estériles, colocarla sobre el pecho del agente y la mesa de sobrecama. No permitir que el catéter de aspiración toque superficies no estériles	Mantiene la asepsia y reduce la transmisión de microorganismos
Colocar un frasco de solución fisiológica o agua inyectable, abrirlo con cuidado de no contaminarlo y preparar el material, gasas, instalar la sonda de aspiración sin abrirla completamente	Se usa solución salina o agua para limpiar los tubos después de cada aspiración

Colocarse los guantes estériles	Exportar guantes estériles reduce la transmisión de microorganismos y permite a la enfermera mantener la esterilidad del catéter de aspiración
Tomar la sonda de aspiración con la mano dominante y el tubo de conexión con la mano no dominante	Mantienen la esterilidad del catéter
Aspira una pequeña cantidad de agua o solución salina	Asegura el funcionamiento del equipo. Lubrica internamente el catéter y el tubo
Deslizar la mano estéril desde el acceso del control al tubo de catéter enrollado en forma parcial el mismo alrededor de la mano	Facilita el control de catéter evitando la contaminación
Iniciar la aspiración intermitente, retirando el catéter con movimientos circulares y rotatorios, entre los dedos pulgar e índice por no más de 10 segundos	Minimiza la adherencia del catéter en las paredes de las vías respiratorias, el tiempo de aspiración adecuado previene una hipoxia innecesaria
Introducir 10 ml de agua o solución fisiológica por el tubo endotraqueal, y oxigenar al agente, posteriormente Introducir el catéter de manera suave, nuevamente aspire las secreciones tomando en consideración los 10 ml de agua que se ingresaron al agente	El agua o solución ablandan las secreciones del tracto respiratorio
Oxigenar al agente antes de una segunda aspiración, durante cinco ciclos respiratorios	El oxígeno disminuido durante la aspiración debe reponerse antes de iniciar nuevamente el procedimiento. Para mantener la permeabilidad de catéter y del tubo de aspiración
Limpiar y enjuagar el catéter en el frasco con agua estéril, aspirando una pequeña cantidad de agua a través de este, antes de iniciar otra aspiración	Evitar al acúmulo de secreciones, ya que la práctica excesiva de aspiración, desencadena bronco espasmo y tratamiento mecánico de la mucosa traqueal
Repetir el procedimiento en caso necesario, dejando tres minutos de descanso entre una y otra aspiración	Enjuaga el catéter y reduce la probabilidad de transmisión de microorganismos. La limpieza de los tubos de aspiración mejora la administración de presión
Introducir el catéter de manera suave por nariz o boca sin oprimir el control digital o succión	Evita el bloqueo de la entrada de oxígeno y la aspiración de gases en la tráquea y la lesión de la membrana mucosa
Lavar el sistema con agua hasta que los tubos queden completamente limpios de secreciones. Desconectar el catéter y desecharlo. Cubrir el equipo con un campo de protección	Evita lesiones de la piel
Limpiar la cara del agente si ha quedado secreciones sobre la piel	La limpieza de las evita posibles infecciones
Descalzar los guantes y apagar la fuente de succión	Al retirar los guantes se elimina la propagación de microorganismos. El apagar la fuente de succión disminuye la tensión del agente
Auscultar campos pulmonares	La auscultación permite conocer la efectividad del procedimiento
Dejar limpio y cómodo al agente	Proporciona seguridad y confort al agente
Dar cuidados posteriores al equipo	Las condiciones óptimas el equipo, coadyuva para atención de calidad
Realizar las anotaciones correspondientes en las hojas de registros clínicos y tratamiento de enfermería	El registro de las características de las secreciones aspiradas y la respuesta del agente al procedimiento permite un control adecuado de su evolución

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza la técnica de lavado bronquial al agente de cuidado con respeto, veracidad, confidencialidad, privacidad y ética profesional.

Elemento de competencia: Lavado bronquial.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de lavado bronquial.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Comprueba el funcionamiento del aspirador		
Explica al agente el procedimiento		
Ayuda al agente a adoptar una postura cómoda		
Se lava las manos y se coloca cubrebocas		
Aumenta la oxigenoterapia suplementaria al 100%		
Abre el catéter de aspiración utilizando una técnica aséptica		
Prepara material		
Se coloca guantes estériles		
Toma la sonda de aspiración con la mano dominante y el tubo de conexión con la mano no dominante		
Aspira una pequeña cantidad de agua o solución salina		
Desliza la mano estéril desde el acceso del control al tubo de catéter enrollado en forma parcial el mismo alrededor de la mano		
Inicia la aspiración intermitente		
Introduce 10 ml de agua o solución fisiológica por el tubo endotraqueal, y oxigena al agente		
Oxigena al agente antes de una segunda aspiración, durante cinco ciclos respiratorios		
Limpia y enjuaga el catéter en el frasco con agua estéril		
Repite el procedimiento en caso necesario, dejando tres minutos de descanso entre una y otra aspiración		
Introduce el catéter de manera suave por nariz o boca sin oprimir el control digital o succión		
Lava el sistema con agua hasta que los tubos queden completamente limpios de secreciones. Desconecta el catéter y lo desecha		
Limpia la cara del agente si ha quedado secreciones sobre la piel		
Descalza los guantes y apaga la fuente de succión		
Ausulta campos pulmonares		
Deja limpio y cómodo al agente		
Da cuidados posteriores al equipo		
Realiza las anotaciones correspondientes en las hojas de registros		

clínicos y tratamiento de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Lavado de manos mecánico

Sub competencia: Realiza el lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento y tocar al agente, al proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Es la práctica higiénica más eficaz que se utiliza para obtener la limpieza de las manos mediante la acción mecánica con jabón y agua corriente.

Objetivo: Conocer el lavado de manos para disminuir al máximo las infecciones nosocomiales en los agentes.

Principios:

- Descontaminar las manos o prevenir su contaminación.
- Eliminar el máximo posible de microorganismos patógenos de la piel.
- Prevenir o reducir la frecuencia de infecciones cruzadas.
- Reducir la posibilidad de infecciones dérmicas en las manos.

Material y equipo:

- Jabón líquido o de pastilla.
- Toallas desechables

Tabla 30 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Humedecer las manos con agua tibia, de preferencia	La solubilidad de los detergentes y jabones sólo se produce en presencia del agua, el calor acelera la velocidad y efectividad de la reacción química de los detergentes
Aplicar jabón en cantidad adecuada	A mayor número de microorganismos, se requiere mayor concentración de agente destructor, las sustancias tensas activas o surfactantes producen espuma
Usar cepillo de cerdas	El método de limpieza mecánico favorece la remoción de sustancias que ofrezcan resistencia, la agresión microbiana por factores mecánicos o químicos incrementa las lesiones en la piel
Frotar las manos con movimientos de rotación, en espacios interdigitales hasta el tercio inferior del antebrazo	Los espacios ungueales son fuentes de contaminación, la estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea
Enjuagar y colocar en su lugar el jabón y cepillo	El cuidado, limpieza y conservación del material y equipo ofrece seguridad y rendimiento en cada una de las acciones
Mantener las manos por encima del nivel de los codos	La gravedad favorece el arrastre mecánico de microorganismos
Cerrar la llave del agua con toalla desechable	Un área limpia se contamina al contacto con un área sucia
Secar las manos con toalla desechable	El manejo correcto del material desechable limita las fuentes de infección
Aplicar loción o crema si es necesario	El uso constante de los detergentes altera las propiedades de la piel

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento y de tocar al agente. Al proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Lavado de manos.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para realizar el procedimiento de lavado de manos.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Humedece las manos con agua tibia, de preferencia		
Aplica jabón en cantidad adecuada		
Usa cepillo de cerdas		
Frota las manos con movimientos de rotación, en espacios interdigitales hasta el tercio inferior del antebrazo		
Enjuaga y coloca en su lugar el jabón y cepillo		
Mantiene las manos por encima del nivel de los codos		
Cierra la llave del agua con toalla desechable		
Seca las manos con toalla desechable		
Aplica loción o crema si es necesario		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Lavado de manos quirúrgico

Sub-Competencia: Realizar el lavado quirúrgico de manos con el propósito de disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.

Concepto: Es un frote enérgico de todas las superficies de las manos hasta los codos con una solución antimicrobiana, seguido de enjuague al chorro de agua. Buscando eliminar, la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.

Objetivo: Eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de las manos y antebrazos, mediante el lavado mecánico y la desinfección con productos químicos, que se realiza antes de practicar una intervención quirúrgica.

Principios: Es de vital importancia la concientización acerca de los beneficios de realizar un adecuado lavado de manos y la higienización en cada actividad que realizamos con nuestros agentes, por esta razón los coordinadores de áreas deben incentivar a su personal y buscar que se sigan las recomendaciones para manejo de agentes, utilizando los recursos a su alcance como el ejemplo.

Material y equipo:

- Lavabo quirúrgico con jabonera automática.
- Cepillo estéril para lavado quirúrgico.
- Depósito para cepillos estériles.

Tabla 31 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Mantener íntegra y libre de lesiones la piel de las manos y antebrazos; uñas cortas sin esmalte y con espacios subungueales limpios, retirar reloj y joyas de las manos	Los espacios subungueales y joyas son reservorios de bacterias, la integridad cutánea evita la contaminación de las heridas quirúrgicas
Realizar el aseo de las manos	La sanitización es el proceso que reduce los microorganismos patógenos
Tomar el cepillo estéril del depósito correspondiente y verter en el mismo jabón o solución antiséptica	Según el tipo de jabón o solución antiséptica utilizado, el lavado quirúrgico puede realizarse mediante método de tiempo o de recuento de pases de cepillado
Realizar el lavado quirúrgico en tres tiempos, según indicaciones específicas de los agentes destructores. Primer tiempo: con movimientos rotatorios, empezar la limpieza de una extremidad superior por los espacios ungueales, continuando con los dedos y espacios interdigitales de cara interna y externa a partir del dedo meñique, palma y dorso de mano, antebrazo y tercio inferior de brazo, manteniendo en alto las manos, enjuagar el cepillo y la extremidad correspondiente. Realizar los mismos pasos en la extremidad opuesta.	La sanitización de manos en forma sistemática incrementa la eliminación de microorganismos. El método mecánico favorece la remoción de sustancias que ofrezcan resistencia, los espacios ungueales e interdigitales favorecen la acumulación de microorganismos. La sanitización aumenta la seguridad del agente desde el punto de vista microbiológico, disminuyendo el riesgo de infección. La acción de gravedad y del agua corriente, favorece el arrastre mecánico de los microorganismos

<p>Segundo tiempo: repetir el lavado en igual forma, hasta el tercio superior del antebrazo en ambas extremidades.</p> <p>Tercer tiempo: repetir los pasos señalados en la limpieza, hasta el tercio inferior de antebrazo de ambas extremidades</p>	
<p>Enjuagar y dejar caer el cepillo en el lavado, conservado las extremidades hacia arriba a la altura de los hombros y retirarlos del cuerpo hasta pasar a la sala de operaciones</p>	<p>Un área limpia se contamina al contacto con un área sucia</p>
<p>Tomar una toalla estéril del equipo de ropa quirúrgica y secar las extremidades de los dedos hacia el tercio inferior del brazo</p>	<p>Eliminar los residuos de humedad capaz de propiciar la proliferación de microorganismos patógenos y mantener la seguridad de asepsia del campo quirúrgico</p>

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realizar el lavado quirúrgico de manos con el propósito de disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.

Elemento de competencia: Lavado quirúrgico de manos.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Lavado quirúrgico de manos.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Mantiene íntegra y libre de lesiones la piel de las manos y antebrazos; uñas cortas sin esmalte y con espacios subungueales limpios, retirar reloj y joyas de las manos		
Realiza el aseo de las manos		
Toma el cepillo estéril del depósito correspondiente y vierte en el mismo jabón o solución antiséptica		
Realiza el lavado quirúrgico en tres tiempos, según indicaciones específicas de los agentes destructores		
Enjuaga y deja caer el cepillo en el lavado, conservado las extremidades hacia arriba a la altura de los hombros y retirados del cuerpo hasta pasar a la sala de operaciones		
Toma una toalla estéril del equipo de ropa quirúrgica y seca las extremidades de los dedos hacia el tercio inferior del brazo		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Manejo de heridas

Sub competencias: Realiza la limpieza de la herida del agente mediante técnicas asépticas

Concepto: Es la limpieza mediante técnicas asépticas de la herida y región adyacente.

Objetivo: Disminuir la mayor parte de microorganismos que se acumulan evitando contaminación e infección. Fomentar la cicatrización de la herida. Estimular la circulación y evitar el daño cutáneo.

Principios:

- La herida es una solución de continuidad en la integridad de los tejidos corporales.
- La reparación tisular se produce por regeneración, que es la sustitución de tejido destruido con tejido similar o idéntico o por formación de tejido fibroso, lo que produce una cicatriz.
- Las heridas sanan por unión primaria o secundaria. En la curación por unión primaria las superficies tisulares se aproximan estrechamente por suturas. La curación por unión secundaria es cuando la herida es grande y los bordes de la piel no pueden aproximarse con buenos resultados, suele producirse gran cantidad de tejido fibroso.

Material y equipo:

- Guantes, cubrebocas.
- Apósitos.
- Venda elástica.
- Solución antiséptica.
- Cubeta con bolsa para desechos.
- Gasas.
- Parche tegaderm.
- Pinza auxiliar.
- Solución salina o agua estéril.

Tabla 32 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Explicar al agente el procedimiento y el por qué se realizará	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor
Lavarse las manos y ponerse cubrebocas	Reduce la transmisión de microorganismos
Afloje la cinta y quite el apósito externo tocando solo la superficie. Retire el apósito interno con la pinza. Si el apósito se adhiere a la herida, humedezca con solución salina para facilitar la remoción	El apósito de la herida y todo lo que entre en contacto con él se consideran contaminados
Ponga los apósitos que ha quitado en la cubeta con bolsa de desecho	El plástico impide que el líquido escape por los lados de la bolsa y contamine otras superficies
Póngase guantes estériles, utilice un antiséptico para desinfectar la zona alrededor de la herida. Empiece en el centro de la herida y diríjase a la	El uso de desinfectantes en la herida y a su alrededor reduce el número de microorganismos y el peligro de infección

periferia, utilizando gasa estéril en cada movimiento de frotamiento*	
Cubra la herida con un apósito seco y estéril. Fije el apósito con algún tipo de cinta o venda	El apósito seco y estéril inhibe la extensión de los microorganismos al reducir el efecto capilar. Los cambios frecuentes del apósito pueden causar deterioro de la integridad cutánea por la tracción y replicación de la cinta
Deje al usuario en un medio limpio y cómodo	El medio limpio realza el sentimiento de bienestar y aliento

*Nota: Si la herida está infectada o tiene tejido fibroso se procederá a una limpieza enérgica retirando material que retrasa el proceso de reparación

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico mediante el manejo de heridas.

Elemento de competencia: Manejo de heridas.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de manejo de heridas.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Explica al agente el procedimiento		
Se lava las manos y se coloca el cubrebocas		
Afloja la cinta y retira el apósito externo tocando solo la superficie. Retire el apósito interno con la pinza		
Deposito los apósitos que ha quitado en la cubeta con bolsa de desecho		
Calzó guantes estériles, utilice un antiséptico para desinfectar la zona alrededor de la herida. Empiece en el centro de la herida y diríjase a la periferia, utilizando gasa estéril en cada movimiento de frotamiento		
Cubre la herida con un apósito seco y estéril. Fije el apósito con algún tipo de cinta o venda		
Deje al usuario en un medio limpio y cómodo		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Manejo del autoclave

Sub competencia: Realiza el manejo del autoclave para brindar cuidado al instrumental quirúrgico.

Concepto: Es el seguimiento de paso para poner en funcionamiento el autoclave.

Objetivos:

- Ofrecer seguridad en el manejo de material y equipo estériles.
- Disminuir al mínimo la posibilidad de contaminación de éstos.
- Eliminar toda forma de vida bacteriana.
- Proporcionar el material y equipo del procesamiento de esterilización dependiendo de su naturaleza.

Equipo y material:

- Campos.
- Bolsas para esterilizar.
- Cinta testigo.

Tabla 33 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Cambiar graficas de esterilización al iniciar el turno, si es necesario	El control del número de ciclos de la esterilización indica el promedio de productividad por hora del proceso
Comprobar la existencia y aseo del filtro	La obstrucción de líneas de extracción de aire impide el funcionamiento correcto del esterilizador
Llenar de agua el generador de vapor al nivel "LL" o $\frac{3}{4}$ partes	La humedad favorece la conductibilidad térmica
Conectar el esterilizador y abrir la llave que permita funcionar la fuente de calor, para producir calor	El funcionamiento del esterilizador requiere vapor y energía eléctrica y sus parámetros de esterilización son: Tiempo, temperatura y vapor
Colocar el selector en manual. Espera que el manómetro de la cámara externa marque 20 lb de presión (1.4Kg)	Presión es la fuerza ejercida sobre una unidad de superficie. En el proceso de esterilización existe una relación directa y cuantitativa entre la presión y calor del vapor
Colocar y distribuir el equipo según su naturaleza, preparación, volumen y peso e introducirlo a la cámara interna en el carro interior transportador	Colocar el instrumental, paquetes y recipiente, en bandejas o charolas previa selección, o de guantes de posición vertical, facilita la remoción de aire y la libre circulación de vapor
Cerrar herméticamente la puerta, girando las aspas del volante hacia la derecha, hasta quedar perpendiculares al centro	El aire impide el contacto directo del vapor saturado con el objeto esterilizar
Mover la perilla a "esterilización" y esperar que el manómetro de la cámara interna marque 20lb de presión (1.4kg) y el termómetro en 121 °C en modelos estándar	La presión atmosférica, presión y vacío guardan relación con el comportamiento del gas o líquidos de una cámara

Marcar y contar el tiempo de esterilización de acuerdo con la naturaleza del material y equipo	El tiempo de muerte térmica es la determinación del tiempo más corto necesario para destruir un población microbiana, en una temperatura dada
Girar la perilla a “escape” para dar salida al vapor y luego a “secado” para iniciar la fase correspondiente. Girar la perilla “Parar” y apagar	El escape lento de vapor evita la extravasación de líquidos
Abrir la puerta y dejar que escape el vapor residual, evitando que este sea directo a la persona	La humedad favorece la contaminación
Dejar enfriar la carga y transportar en canastilla al área de almacenamiento, alineando el porta cargas en los rieles del esterilizador	Un área de almacenamiento libre de humedad y calor, conserva el material y el equipo estéril durante 30 días

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza el manejo del autoclave para brindar cuidado al instrumental quirúrgico.

Elemento de competencia: Manejo del autoclave.

Criterio de desempeño: El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de manejo del autoclave.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Cambia graficas de esterilización al inicio de turno		
Comprueba la existencia y aseo del filtro		
Llena de agua el generador de vapor al nivel "LL" o ¾ partes		
Conecta el esterilizador y abre la llave que permite funcionar la fuente de calor		
Coloca el selector en manual		
Espera que el manómetro de la cámara externa marque 20 lb de presión (1.4Kg)		
Coloca y distribuye el equipo según su naturaleza, preparación, volumen y peso e introducirlo a la cámara interna en el carro interior transportador		
Cierra herméticamente la puerta, girando las aspas del volante hacia la derecha, hasta quedar perpendiculares al centro		
Mueve la perilla a "esterilización" y esperar que el manómetro de la cámara interna marque 20lb de presión (1.4kg) y el termómetro en 121 °C en modelos estándar		
Marca y cuenta el tiempo de esterilización de acuerdo con la naturaleza del material y equipo		
Gira la perilla a "escape" para dar salida al vapor y luego a "secado" para iniciar la fase correspondiente. Girar la perilla "Parar" y apagar el aparato		
Abre la puerta y dejar que escape el vapor residual, evitando que este sea directo a la persona		
Espera a que se enfríe la carga para transportarla en canastilla al área de almacenamiento		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		

Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Maniobras de Leopold

Sub competencia: Efectúa las maniobras de Leopold en la agente embarazada, con respeto y profesionalismo.

Concepto: Maniobras de palpación abdominal para determinar la presentación, situación y posición del feto. Recomendada a agentes con embarazo de más de 30 semanas.

Objetivos:

- Identificar la posición del feto.
- Conocer la variedad de presentación.
- Conocer el grado de encajamiento.
- Conocer la situación del feto.

Principios: la correcta palpación precisa la posición del feto.

Equipo y material:

- Bata.
- Biombo.
- Sabana.

Tabla 34 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Explicar ampliamente a la agente el procedimiento	La agente se siente segura y se minimizan riesgos
Descubrir al abdomen de la agente	Tener un visión amplia del producto
Primera maniobra De cara a la mujer, palpar el fondo uterino para localizar la cabeza (dura y firme) y las nalgas	Ayuda a identificar la posición de la cabeza del feto
Segunda maniobra Localizar el dorso (derecha o izquierda). Palpar el abdomen lateralmente haciendo presión sobre una mano y, con la otra, identificaremos dorso o miembros fetales. Cambiamos posteriormente la presión de la mano, y con la otra se verifica dorso o miembros. El dorso se notara firme y liso, y las extremidades nudosas o con protrusiones	Ayuda a identificar la posición el dorso y miembros del feto
Tercera maniobra. Por medio del “peloteo” determina el grado de encajamiento y flexión de la presentación fetal. El estudiante solo utiliza una mano	Confirma el encajamiento y flexión de la presentación del feto
Cuarta maniobra. Esta maniobra está destinada a palpar el “segmento fetal presentado a la pelvis menor”. Se realiza con el cambio de posición del estudiante mirando hacia los pies de la agente	Ayuda a determinar el segmento fetal presentado a la pelvis menor
Dejar cómoda a la agente	Proporciona confort

Lista de comprobación.

Sub-competencia. Efectúa las maniobras de Leopold en la agente embarazada, con respeto y profesionalismo.

Elemento de competencia: Maniobras de Leopold.

Criterio de desempeño. El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de maniobras de Leopold.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Prepara material y equipo necesario para la realización del procedimiento		
Explica el procedimiento al agente		
Provee de un ambiente intimidad		
Coloca a la agente de cuidado en una posición cómoda y adecuada		
Realiza procedimiento siguiendo las cuatro maniobras descritas		
Realiza las anotaciones de enfermería necesarias en el expediente de la agente de cuidado		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Medición de fondo uterino

Sub-competencia: Efectúa la medición del fondo uterino en la agente embarazada, con respeto y profesionalismo.

Concepto: Es un método útil para valorar en forma indirecta el crecimiento fetal que se refleja en el crecimiento del útero.

Objetivos:

- Conocer el grado de crecimiento uterino
- Comparar las semanas de gestación con el crecimiento uterino

Principios: la correcta medición del fondo uterino, proporciona información veraz sobre el crecimiento fetal.

Equipo y material:

- Bata.
- Biombo.
- Cinta métrica.
- Sabana.

Tabla 35 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Preparar física y psicológicamente a la agente embarazada	La agente se siente segura y se minimizan riesgos
Colocarse al lado derecho de la agente y localizar el borde superior de la sínfisis púbica	Tener un visión amplia de la medición del fondo uterino
Colocar la cinta métrica por el extremo correspondiente al número 1 en la sínfisis púbica, y fijar con el dedo índice de la mano derecha sobre el borde	Ayuda a determinar la medición correcta del fondo uterino
Sujetar la cinta entre los dedos índice y medio de la mano izquierda, dejándolo deslizar suavemente entre los dedos; dirija la mano por la línea media del abdomen hasta localizar el fondo uterino, haciendo presión suave sobre el borde anular de la misma mano. Fijar la mano en forma perpendicular al fondo uterino y solicitarle a la agente que inspire y espire profundamente. Obtener la medida de la altura uterina en el momento de la espiración	La relajación de los músculos de la respiración en la espiración favorece una medición exacta del fondo uterino
Registrar el resultado de la medición En lo posible, se recomendable que la altura uterina sea medida por la misma persona en todos los controles para evitar errores	Permite llevar un seguimiento de crecimiento de fondo uterino
Dejar limpia y cómoda a la agente	Proporciona confort

Lista de comprobación.

Sub competencia: Efectúa la medición del fondo uterino en la agente embarazada, con respeto y profesionalismo.

Elemento de competencia: Medición de fondo uterino.

Criterio de desempeño: El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de medición de fondo uterino.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Prepara material y equipo		
Explica el procedimiento al agente		
Proporciona un ambiente cómodo y de intimidad		
Coloca a la agente de cuidado dependiente en una posición cómoda y correcta para la realización del procedimiento		
Realiza el procedimiento de acuerdo al procedimiento descrito		
Realiza las anotaciones de enfermería necesarias en el expediente		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Monitorización cardiaca

Sub competencia: Realizar la monitorización cardiaca al agente con la finalidad de obtener un registro continuo de la actividad eléctrica del corazón.

Concepto: Observa y vigila en forma continua la actividad eléctrica del corazón.

Objetivos:

- Observar y prevenir alteraciones graves de los signos vitales y electrocardiográficos de agentes en estado crítico, así como una continua evaluación de los mismos.
- Visualizar el trazado electrocardiográfico de manera continua.

Principios:

- Es un sistema de derivación que transmite las señales del electrocardiograma desde los electrodos del agente hasta el monitor.

Material y equipo:

- Monitor cardíaco.
- Gel conductor.
- Cable con sistema de 3 o 5 electrodos.
- Torundas de algodón con alcohol.

Tabla 36 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Limpie con una gasa impregnada en alcohol o agua jabonosa las zonas donde va aplicar los electrodos	Disminuye la grasa de la piel y facilita la conducción eléctrica
Seque completamente antes de aplicar los electrodos	Facilita la adhesión de los electrodos a la piel
Conecte los electrodos de papel a los cables o latiguillos	Esta maniobra ejercida sobre la piel del agente puede resultarle molesta
Retire el papel posterior de los electrodos y adhiéralos sobre la piel del agente según se indica	Cada cable o latiguillo esta rotulado con un código que permite obtener cada una de las derivaciones según la Posición correspondiente
Coloque los electrodos; según: Sistema 3 de electrodos: RA: bajo la clavícula derecha. LA: bajo la clavícula izquierda. LL: en el borde costal inferior izquierdo	Las diferentes posiciones de los claves proporcionan puntos de observación diversos, por lo que los mismos fenómenos pueden presentar aspectos diferentes en las distintas derivaciones
Sistema de 5 electrodos: RA: bajo la clavícula derecha. LA: bajo la clavícula izquierda. RL: en el borde costal inferior derecho. LL: en el borde costal inferior izquierdo. C: sobre el cuarto espacio intercostal derecho, junto al borde esternal.	

Selecciones en el monitor la derivación elegida	Con el desplazamiento de este electrodo a través del tórax se obtendrán las derivaciones precordiales
Observe la calidad del trazado a través del monitor y ajuste, si es necesario, su tamaño	En la pantalla del monitor pueden visualizarse diversos datos, fundamentalmente el trazado de la onda ECG para control visual de la frecuencia, el ritmo y la forma del latido cardiaco

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realizar la monitorización cardiaca al agente con la finalidad de obtener un registro continuo de la actividad eléctrica del corazón.

Elemento de competencia: Monitorización cardiaca.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Monitorización cardiaca.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Limpie con una gasa impregnada en alcohol o agua jabonosa las zonas donde va aplicar los electrodos		
Seque completamente antes de aplicar los electrodos		
Conecte los electrodos de papel a los cables o latiguillos		
Retire el papel posterior de los electrodos y adhiéralos sobre la piel del agente según se indica		
Coloque los electrodos		
Selecciones en el monitor la derivación elegida		
Observe la calidad del trazado a través del monitor y ajuste, si es necesario, su tamaño		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Nebulizaciones

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico, enfocado a restaurar el requisito de aporte suficiente de aire, mediante la administración correcta de nebulizaciones.

Concepto: La nebulización permite la administración terapéutica en fino de partículas de agua o medicamento mediante la presión de O² o aire en forma de vapor por vía respiratoria.

Objetivo: Conseguir que la mejor limpieza en el tracto respiratorio. Humidificar las secreciones pulmonares acumuladas.

Principios: El conocimiento del fármaco proporciona seguridad en la administración y produce un efecto determinado dependiendo de factores como el peso corporal, la edad y el sexo.

Material y equipo:

- Fuente de oxígeno.
- Agujas.
- Equipo nebulizador.
- Fármaco prescrito.
- Jeringa.
- Solución fisiológica.

Tabla 37 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos	Evita infecciones cruzadas
Prepara el fármaco que va administrar en la dosis indicada	La preparación de la dosis indicada de acuerdo a la presentación del medicamento asegura la efectividad del tratamiento y previene complicaciones al usuario
Abra la tapa del recipiente nebulizador y vierta la dosis del fármaco, añadiendo la solución fisiológica	El empleo de la técnica aséptica en la manipulación del equipo evita la contaminación de éste
Cierre la tapa del recipiente nebulizador y adapte la mascarilla a la cara del agente con el máximo ajuste	Una correcta colocación de la mascarilla permite la optimización del medicamento nebulizado
Enseñe al agente a mantener el nebulizador en posición vertical	Impide que se invierta el contenido del nebulizador
Conecte la mascarilla a la fuente de oxígeno o gas presurizado y regule el flujo deseado	Genera presión sobre el líquido a administrar y lo convierte en aerosol
Compruebe la salida de un vaho a través de los orificios laterales de la mascarilla	La salida de vaho verifica el funcionamiento del sistema
Pida al agente que mantenga la mascarilla hasta el final de la nebulización	Una instrucción adecuada al agente permite la máxima cooperación hacia el tratamiento
Controle la tolerancia del agente y el normo funcionamiento del sistema	
Cierre el flujo de oxígeno o gas presurizado y retire el sistema de nebulización una vez finalizado para proceder a darle el manejo posterior al equipo	La limpieza y protección evita deterioro del equipo
Hacer anotaciones en la hoja de enfermería	Un registro adecuado minimiza errores y facilita el control medicamentoso del agente

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico, enfocado a restaurar el requisito de aporte suficiente de aire, mediante la administración correcta de nebulizaciones.

Elemento de competencia: Nebulizaciones.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de nebulizaciones.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Prepara el fármaco que va administrar en la jeringa seleccionada		
Abra la tapa del recipiente nebulizador y vierta la dosis del fármaco, añadiendo la solución fisiológica		
Cierra la tapa del recipiente nebulizador		
Enseña al agente a mantener el nebulizador en posición vertical		
Conecta la mascarilla a la fuente de oxígeno o gas presurizado y regula el flujo deseado		
Pide al agente que mantenga la mascarilla hasta el final de la nebulización		
Controla la tolerancia del agente y el normo funcionamiento del sistema		
Cierra el flujo de oxígeno o gas presurizado, retira el sistema de nebulización y da manejo adecuado al equipo		
Hace anotaciones en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Ostomías

Sub competencia: Brinda cuidado terapéutico mediante el cuidado y manejo adecuado de las Ostomías para compensar el requisito de eliminación.

Concepto: Es la desviación de productos de desecho a través de un orificio artificial en la superficie abdominal. Son los cuidados del orificio del colon a través de la pared abdominal.

Objetivo: Crear la regularidad en el vaciado del colon de gas moco y heces alentando al individuo en la participación temprana de los cuidados de la colostomía.

Principios:

- El estado de la piel periestomal permite planificar la frecuencia de los cuidados, el cambio del dispositivo y el material a utilizar.
- La ubicación de la ostomía determina las características y cantidad de las deposiciones. Advierte sobre posibles complicaciones como sangrado, oclusión, etc.
- La alteración drástica del aspecto físico es una experiencia atemorizante para el agente.

Material y equipo:

- Bolsa de colostomía.
- Cubrebocas.
- Agua o solución fisiológica.
- Gasas.
- Guantes.
- Tijeras.

Tabla 38 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Informe al agente la técnica que va a realizar y coloque al agente en posición adecuada	Favorece la cooperación y minimiza riesgos, ansiedad y dolor
Retire cuidadosamente el dispositivo de arriba abajo, sujetando la piel con la mano no dominante	Disminuye la sensación de dolor
Realice la higiene del estoma y la piel periestomal con agua y jabón sin realizar presión	Previene infecciones en el área del estoma. El uso de agua y jabón para la curación reduce al mínimo irritaciones dermatológicas
Seque la zona sin frotar suavemente hasta que quede bien seca	Evita que la piel se irrite por la humedad y favorece la fijación del adhesivo
Observe el tamaño y color del estoma y el estado de la piel periestomal	El color ha de ser sonrosado y tiene que estar húmedo, los primeros días presenta un color rojo oscuro y esta edematoso
Mida el diámetro del estoma con la ayuda de la guía de medidas	Nos orienta sobre la medida en que se habrá de recortar el dispositivo
Recorte el dispositivo a la medida	El orificio tendrá 3mm más que el diámetro del estoma

Aplique pasta de barrera si la superficie de la piel fuera irregular. Retire el papel protector y centre el orificio realizado en el dispositivo en el estoma	Evita que se produzcan fugas por los pliegues de la piel
Incorpore un filtro de carbón activado a la bolsa si fuera preciso	Evita que se acumulen gases en la bolsa y filtra los malos olores
Cierre correctamente la pinza de la bolsa si esta fuera abierta	Evita la presencia de fugas de la bolsa recolectora
Deje al agente cómodo y proporcione el máximo bienestar	El estado de comodidad favorece el sentimiento de bienestar en el agente
Realice anotaciones de características observadas en la hoja de enfermería	Un registro adecuado minimiza errores y facilita el control del agente

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico mediante el manejo de las ostomías para compensar el requisito de eliminación.

Elemento de competencia: Ostomías.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento Ostomías.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Informa al agente la técnica que va a realizar y coloque al agente en posición adecuada		
Retira cuidadosamente el dispositivo de arriba abajo, sujetando la piel con la mano no dominante		
Realiza la higiene del estoma y la piel periostomal con agua y jabón sin realizar presión		
Seca la zona sin frotar suavemente hasta que quede bien seca		
Observa el tamaño y color del estoma y el estado de la piel periostomal		
Mide el diámetro del estoma con la ayuda de la guía de medidas		
Recorta el dispositivo a la medida		
Aplica pasta de barrera si la superficie de la piel fuera irregular		
Retira el papel protector y centre el orificio realizado en el dispositivo en el estoma		
Incorpora un filtro de carbón activado a la bolsa si fuera preciso		
Cierra correctamente la pinza de la bolsa si esta fuera abierta		
Deja al agente cómodo y proporcione el máximo bienestar		
Realiza anotaciones de características observadas en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Oxigenoterapia

Sub competencia: Administra oxígeno para restaurar el requisito de aporte suficiente de aire en el agente

Concepto: Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado.

Objetivos: Incrementar la oxigenación del agente en caso de hipoxemia.

Principios:

- La oxigenación es una necesidad básica para realizar los procesos metabólicos.
- El Bióxido de carbono es un estimulante respiratorio que, en combinación con el oxígeno, favorece la hiperventilación pulmonar en los agentes con depresión respiratoria.
- La administración de oxígeno por cualquier método requiere mantener la vías aéreas libres de secreciones.

Material y equipo:

- Cánula nasal o mascarilla de oxígeno.
- Humidificador, si está indicado.
- Fuente de oxígeno.
- Avisos apropiados en la habitación.
- Tubos de oxígeno.
- Agua estéril para humidificación.
- Medidor de flujo de oxígeno.

Tabla 39 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Inspecciona el cuarto del agente en cuanto a dispositivos eléctricos	El conocimiento sobre las prácticas y precauciones en el empleo del equipo de oxígeno incrementa la seguridad personal
Inspeccionar al agente buscando síntomas y signos asociados con hipoxia y presencia de secreciones en las vías respiratorias	La hipoxia puede ocasionar arritmias cardíacas y muerte, si no se trata. La presencia de secreciones en las vías respiratorias disminuye la efectividad de la administración de oxígeno
Explicar al agente y su familia sobre el procedimiento y tener listo el equipo	Disminuye el temor y facilita su colaboración, ahorra tiempo y energía
Lavarse las manos	Reduce la transmisión de microorganismos
Conectar la cánula nasal al tubo de oxígeno, y conectarlo todo a la fuente humidificada de oxígeno ajustada al índice de flujo prescrito	Evita la sequedad de la mucosa nasal y oral y las secreciones de las vías respiratorias
Colocar los extremos de la cánula en los orificios nasales del agente y ajustar la banda elástica o las hebillas de plástico hasta que la cánula quede ajustada cómodamente	Dirige el flujo de oxígeno hacia el trato respiratorio superior del agente, y es más probable que se mantenga en su lugar si se ajusta cómodamente
Mantener suficiente sobrante en el tubo de oxígeno y fijarlo a la ropa del agente	Permite que le agente mueva la cabeza sin descolocar la cánula y reduce la presión en las fosas nasales

Revisar la cánula cada 8 horas y mantener el recipiente de humidificación siempre lleno	Asegura la permeabilidad de la cánula y el flujo de oxígeno. Evita la inhalación de oxígeno no humidificado
Observar los orificios nasales y la superficie superior de ambas orejas por si hay presión en la piel	La oxigenoterapia puede ocasionar sequedad nasal. La presión de los tubos o la banda elástica de la cánula en las orejas pueden ocasionar irritación de la piel
Revisar el índice de flujo de oxígeno y las indicaciones médicas cada 8 horas	Asegura la administración del índice de flujo de oxígeno prescrito y la permeabilidad de la cánula
Utilizar oximetría de pulso una vez estabilizado el agente	Permite la vigilancia continua de la saturación de oxígeno arterial
Inspeccionar al agente para ver si hay alivio de los síntomas relacionados con la hipoxia	Nos da la seguridad de que la hipoxia se ha corregido o reducido
Realizar registros en la hoja de enfermería	Permite una información oportuna sobre la evolución del agente

Lista de comprobación.

Sub-competencia: realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico mediante la administración de oxígenos para restaurar el estado de salud.

Elemento de competencia: Oxigenoterapia.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de oxigenoterapia.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Inspecciona el cuarto del agente en cuanto a dispositivos eléctricos		
Inspecciona al agente buscando síntomas y signos asociados con hipoxia y presencia de secreciones en las vías respiratorias		
Explica al agente y su familia sobre el procedimiento y tener listo el equipo		
Se lava las manos		
Conecta la cánula nasal al tubo de oxígeno, y conecta todo a la fuente humidificada de oxígeno ajustada al índice de flujo prescrito		
Coloca los extremos de la cánula en los orificios nasales del agente y ajustar la banda elástica o las hebillas de plástico hasta que la cánula quede ajustada cómodamente		
Mantiene suficiente sobrante en el tubo de oxígeno y lo fija a la ropa del agente		
Revisa la cánula cada 8 horas y mantiene el recipiente de humidificación siempre lleno		
Observa los orificios nasales y la superficie superior de ambas orejas por si hay presión en la piel		
Revisa el índice de flujo de oxígeno y las órdenes médicas cada 8 horas		
Utiliza oximetría de pulso una vez estabilizado el agente		
Inspecciona al agente para ver si hay alivio de los síntomas relacionados con la hipoxia		
Realiza registros en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Papanicolaou

Sub Competencia: El estudiante adquiere la habilidad, en la toma de exudado vaginal, observación en la anatomía y posibles alteraciones del cuello uterino, en la exploración citológica.

Concepto: Procedimiento que se efectúa en la toma una pequeña muestra de exudado del cuello del útero (endo-cervix, exocervix) para ser analizada en el laboratorio, con el fin de detectar la presencia de células anormales o cancerosas.

Objetivo: Investigar la presencia de microorganismos y de células neoplásicas.

Principios: una correcta toma de citología vaginal permite determinar la presencia de anormalidades en las células del útero.

Material y equipo:

- Mesa de exploración.
- Guantes estériles.
- Citobrush.
- Lápiz punta diamante.
- Espejo vaginal (chico, mediano o grande según sea el caso).
- Hoja de citología.
- Espátula de Ayre.
- Laminilla.
- Cubrebocas.
- Lámpara de chicote.

Tabla 40 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Practicar el interrogatorio directo, conforme a la hoja de citología	Los datos obtenidos son antecedentes para el resultado de la citología en caso de ser positiva
Verificar si se encuentra en las condiciones adecuadas para llevar a cabo la técnica; no ir menstruando, no haber aplicado medicamento o ducha vaginal, no haber tenido relación sexual un día antes	Permitirá que el resultado sea eficaz y exacto, sin irregularidades. El cáncer cervicouterino se origina en la zona de conjunción del cérvix. El lavado vaginal o las relaciones sexuales dentro de las 12 horas previas a la toma de la muestra del exudado vaginal modifica el estudio solicitado.
Disponer de material y equipo estéril para el procedimiento	La revisión periódica y técnicas adecuadas de preparación del material y equipo estéril disminuye la posibilidad de contaminación. Los exudados o desechos orgánico son considerado como infecciosos potenciales
Indicar a la agente el procedimiento a realizar, solicitar que retire su ropa interior y proporcionar bata para cubrir su cuerpo	El informar a la agente el procedimiento proporciona confianza y empatía durante el procedimiento

Indicarle a la agente que orine antes del procedimiento y colocarla en posición ginecológica o litotomía	La presión intravesical estimula los centros superiores donde se hace, consiente la micción. El apoyo emocional ante esta situación de cambio evita un procedimiento que desoriente al individuo
Calzarse los guantes e introducir el espejo vaginal bivalvo correspondiente de manera que pueda localizarse y visualizarse la mucosa y el cérvix	Los traumatismos directos en la uretra pueden ser ocasionados por introducción inapropiada de espejo, en unto a tamaño y dirección. No se recomienda lubricantes en el espejo modifica el pH del exudado
Obtención de la muestra del hocico de tencan del cérvix o del fondo del saco de Douglas con un hisopo o una espátula de Ayre según el tipo de estudio, con un giro de 360° de acuerdo a las manecillas del reloj	La muestra obtenida en el cérvix reporta el 90% para detección de lesiones cervical. El cáncer cervicouterino es el más frecuente de las lesiones neoplasias en la mujer. En el frotis vaginal existen células escamosas superficiales, intermedias y parabasales
Rotular la laminilla, con el nombre de la agente y su RFC, con el lápiz punta de diamante en la parte proximal que se encuentra difuminado	La identificación de la muestra evitara errores con los resultados emitidos del estudio, al agente correcto
Realizar el frotis sobre la laminilla, trazando una línea media imaginaria de forma vertical; en la parte derecha se coloca con un solo barrido de la parte proximal a la distal la muestra obtenida del exocervix, y del lado izquierdo de la parte distal a lo proximal, el exudado obtenido del endocervix	El epitelio vaginal, por influencia endocrina, experimenta una regeneración a partir de cada capa basal. La fricción puede alterar la producción de moco en la mucosa. La espátula de Ayre facilita la obtención de exudado de la circunferencia completa del orificio cervical. La muestra obtenida y colocada en la laminilla en capas finas facilita su estudio
Colocación de la laminilla con la muestra en un recipiente con alcohol 96°	El uso del alcohol de 96° facilita la fijación, evitando su secado y destrucción celular
Retirar el espejo vaginal; cubrir y ayudar a la agente a bajarse de la mesa para que se vista	La sensación y de malestar físico o psicológico puede indicar lesión o peligro de lesión del organismo Fricción es la fuerza que se opone al movimiento entre dos superficies en contacto
Enviar la muestra al laboratorio clínico, previamente rotulado y con la solicitud correspondiente	El uso de alcohol en la muestra evitara el secado y destrucción celular para su análisis. La tinción de Papanicolaou, corroborara microscópicamente la existencia de neoplasias
Valorar los resultados obtenidos en el exudado vaginal	El gonococo, bacilo de koch, monilia, tricomona y hongos son elementos que forman parte de la flora patógena en el exudado vaginal. El aspecto se caracteriza por el tamaño y grado de estratificación del epitelio, numero de núcleos picnóticos, coloración citoplasmática y comportamiento de membranas celular. La respuestas oncológica atípica celular (Papanicolaou) se clasifican: I ausencia de células atípicas o normales. II Citología atípica, pero si signos inflamatorios de neoplasias. III Citología que sugiere neoplasia. IV Presencia de células probamente malignas. V Presencias de células neoplásicas maligna. En la práctica, el estudio citológico es reportado como inflamatorio, benigno, atípico, sospechoso o positivo

Lista de comprobación.

Sub competencia: El estudiante adquiere la habilidad, en la toma de exudado vaginal, observación en la anatomía y posibles alteraciones del cuello uterino, en la exploración citológica.

Elemento de competencia: Citología vaginal.

Criterio de desempeño. El alumno es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de citología vaginal.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Realiza interrogatorio directo conforme a la hoja de citología y rotula la lámina con los datos del agente		
Prepara el equipo y material		
Prepara físicamente al agente. Da la posición adecuada		
Realiza lavado de manos y se calza guantes estériles		
Realiza toma de muestra citológica de acuerdo a lo que estipula el procedimiento		
Realiza frotris de la muestra de manera correcta y da tratamiento posterior		
Deja cómoda y limpia a la agente		
Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso		
Envía muestras para su procesamiento		
Valora e interpreta resultados del exudado		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Presión venosa central (PVC)

Sub-competencia: Proporciona cuidado terapéutico a través de la medición de la PVC para el diagnóstico oportuno de alteraciones fisiológicas.

Concepto: Es la medición en centímetros de agua de la presión en vena cava o aurícula derecha usando un catéter introducido en la vena subclavia.

Objetivo: Evaluar la eficacia del mecanismo de bombeo del corazón, obteniendo una cifra exacta de PVC para conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos en el organismo.

Principios:

- La insuficiencia del hemicardio derecho se caracteriza por acumulación de sangre en el sistema venoso general. Esto causa aumento de las presiones en la aurícula derecha y venas periféricas, con aparición de edema en tejidos periféricos y congestión de órganos abdominales.
- Ocurre insuficiencia cardiaca cuando el corazón no bombea sangre suficiente para cubrir las necesidades metabólicas de los tejidos.

Material y equipo:

Llave de tres vías.

Bolsa con solución fisiológica.

Soporte de escala de medición.

Manómetro.

Equipo de PVC.

Tabla 41 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Verifique el plan de atención al agente, las órdenes del médico y el cardes	La deshidratación disminuye el volumen de líquidos y puede ser más difícil la medición exacta
Establezca la línea basal, tomando los signos vitales del individuo y verificando su estado de hidratación	Las constantes vitales nos determinan el estado general del agente
Perfore con espiga la bolsa de solución IV mediante el equipo de administración IV; use técnica estéril	Mantiene el campo estéril
Purgue la tubería con solución, asegurándose que no haya burbujas de aire en la tubería	Nos asegura que no presente trombosis por el aire que queda en la tubería
Cierre con pinzas la tubería. Si está usando una escala de manómetros reutilizable, fije una válvula de tres pasos a un extremo de la tubería de administración intravenosa	
Conecte la tubería a la escala del manómetro y ajuste la válvula de paso, en su sitio debajo del manómetro si está usando un manómetro desechable de una pieza y válvula de paso, fije la unidad a un soporte de administración IV con unas pinzas en forma de C. fije el soporte de administración IV a la cama del enfermo o a un soporte que se ajuste por debajo del colchón	Un soporte de administración IV que se apoye sobre el piso es inestable y puede afectar las lecturas de la presión venosa central

Ajuste el conector “macho” del equipo de administración IV al conector hembra de la válvula de paso, conectando el conjunto de administración IV a la válvula de paso	La correcta conexión evita filtraciones de aire y salida de solución
Girando la válvula de paso de manera que el manómetro y la solución IV estén comunicados entre sí, abra las pinzas de la tubería de administración IV y llene el manómetro con solución IV entre 18 y 20 centímetros	El llenado excesivo del manómetro puede exponer al agente a contaminación por rebosamiento
Cierre las pinzas y gire la válvula de paso de modo que la solución IV queda abierta al individuo	Esto permitirá practicar un resumen preciso de los datos de la presión venosa central
Con solución IV, purgue el resto de la tubería de administración IV que se extiende desde la válvula de paso, y conecte la tubería al catéter de presión venosa central	
Coloque al agente en cama en posición plana, sin almohada, si puede tolerar dicha posición. En caso contrario, coloque al enfermo en posición cómoda. Registre la posición, de manera que se use la misma cada vez que se realiza una lectura de PVC	Permite que las lecturas de la presión venosa sean más exactas y se minimiza la distorsión de los resultados
Localice la aurícula derecha del individuo, marque esta localización en la piel	El nivel de la aurícula derecha refleja el volumen sanguíneo y la función cardiaca del enfermo
Ajuste el nivel del manómetro de manera que el cero de la escala este al mismo nivel que la aurícula derecha del sujeto, 5 cm. en el nivel del manómetro con respecto a la escotadura esternal	
Gire la válvula de paso a posición abierta con respecto a la solución IV del manómetro; llene el manómetro con solución adicional, si se necesita	Normalmente esta presión debe estar entre 5 y 10 cm. No obstante recuerde que no hay valores ni tendencias absolutas (el ascenso y descenso de las lecturas de PVC)
Gire la válvula de paso a la posición de manómetro agente y observe como el valor de la solución en el manómetro se reduce al valor de la presión existente en la aurícula derecha	Son más importantes que una lectura de nivel de presión. Por ejemplo, si la PVC va de 5 a 10 cm. en 30 minutos, hay algo malo, aunque 10 cm. es una lectura normal
Observe el menisco a nivel de su ojo y observe el ascenso y descenso de la columna líquida como respuesta a la respiración del individuo. Tome lecturas al final del ciclo respiratorio o espiración	Las fluctuaciones respiratorias reflejan cambios en la presiones intratorácicas Durante el ciclo respiratorio, e indican que el manómetro está funcionando de modo apropiado
Cierre la válvula de paso al manómetro y ajuste la velocidad de infusión con pinzas	Evita que el sistema se llene de aire
Regrese al sujeto a la posición deseada	Una posición cómoda favorece el sentimiento de bienestar en el agente
Registre las mediciones de presión venosa central en la hoja de enfermería	El registro de enfermería permite llevar un control del estado general de agente

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza actividades de enfermería para proporcionar cuidado terapéutico mediante medición de la PVC para la valoración y diagnóstico del estado de salud.

Elemento de competencia: medición de la PVC.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para la medición de la presión venosa central.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Verifica el plan de atención al agente		
Establece la línea basal, tomando los signos vitales del individuo y verificando su estado de hidratación		
Purga la tubería con solución, asegurándose que no haya burbujas de aire en la tubería		
Cierra con pinzas la tubería. Si está usando una escala de manómetros reutilizable, fije una válvula de tres pasos a un extremo de la tubería de administración intravenosa		
Conecta la tubería a la escala del manómetro y ajuste la válvula de paso, en su sitio debajo del manómetro si está usando un manómetro desechable de una pieza y válvula de paso, fije la unidad a un soporte de administración IV con unas pinzas en forma de C. fije el soporte de administración IV		
Ajusta el conector “macho” del equipo de administración IV al conector hembra de la válvula de paso, conectando el conjunto de administración IV a la válvula de paso		
Gira la válvula de paso de manera que el manómetro y la solución IV estén comunicados entre sí, abra las pinzas de la tubería de administración IV y llene el manómetro con solución IV entre 18 y 20 centímetros		
Cierra las pinzas y gire la válvula de paso de modo que la solución IV queda abierta al individuo		
Con solución IV, purga el resto de la tubería de administración IV que se extiende desde la válvula de paso, y conecte la tubería al catéter de presión venosa central		
Coloca al agente en cama en posición plana		
Localiza la aurícula derecha del individuo, marque esta localización en la piel		
Ajusta el nivel del manómetro de manera que el cero de la escala este al mismo nivel que la aurícula derecha del sujeto, 5 cm. en el nivel del manómetro con respecto a la escotadura esternal		
Gira la válvula de paso a posición abierta con respecto a la solución IV del manómetro		

Gira la válvula de paso a la posición de manómetro agente y observe como el valor de la solución en el manómetro se reduce al valor de la presión existente en la aurícula derecha		
Observa el menisco a nivel de su ojo y observe el acenso y descenso de la columna líquida como respuesta a la respiración del individuo		
Toma lecturas al final del ciclo respiratorio o expiración		
Cierra la válvula de paso al manómetro y ajuste la velocidad de infusión con pinzas		
Regresa al sujeto a la posición deseada y registre las mediciones de presión venosa central		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Quimioterapia

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería en el tratamiento de quimioterapia del agente, y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Es un tratamiento que consiste en la administración de fármacos citotóxicos capaces de destruir e inhibir el crecimiento y la reproducción de las células malignas en agentes con enfermedad oncológica. A su vez destruyen células de desarrollo normal que se multiplican rápidamente.

Objetivo: Inhibir el crecimiento de tumores sólidos (cáncer) y las neoplasias hematológicas (linfomas y leucemias).

Principios:

- Proporcionar una toxicidad superior con una gama de toxicidades aceptables para el huésped.
- Facilitar una mayor cobertura de líneas celulares resistentes.
- Evitar o demorar la aparición de una población tumoral resistentes.

Material y equipo:

- Estetoscopio y baumanómetro.
- Equipo de venoclisis: catéter de punción, normogotero, torundas, cinta adhesiva, etc.
- Lentes, mascarilla, gorro, Cubrebocas.
- Guantes quirúrgicos.
- Bata de material de baja permeabilidad cerrada en el frente, manga larga, puños elásticos.

Tabla 42 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Recibir al agente que acude a quimioterapia y registra en los formatos correspondientes su asistencia, lo prepara física y psicológicamente	Favorece la cooperación, confianza y minimiza riesgos y ansiedad. La percepción está determinada por las experiencias y tiene para el agente un significado, un interés y valor individual
Proporcionar un lugar cómodo y confortable al agente que acude a quimioterapia, le toma signos vitales y lo interroga sobre posibles alergias	Favorece la tranquilidad, conocer el estado fisiológico del agente y evitar reacciones adversas al tratamiento de quimioterapia
Realizar la revisión del esquema de protocolo farmacológico del agente, verificando que se cuente con todo el medicamento para el tratamiento especificado	La revisión e identificación adecuada del tratamiento farmacológico ayuda a prevenir errores en el suministro del mismo
Conocer y aplicar las medidas de seguridad de manejo de hipostáticos y citoquímicos (uso de guantes, lentes, bata, gorro, cubrebocas) rotulando la preparación, así como aplicando la regla de oro de los medicamentos al momento de preparar y ministrar el medicamento	Aplicar las medidas de seguridad en el manejo y aplicación de los medicamentos para quimioterapia ayuda a prevenir lesiones en el personal de enfermería y el agente

Preparar el material para venopunción periférica y/o central	La organización de material ayuda a realizar la técnica de manera adecuada y oportuna
Valorar los sitios de acceso intravenoso todos los días en busca de evidencia de infección Cambiar accesos intravenosos periféricos a corto plazo en días alternos. Limpiar la piel con yodopovidona antes de la punción arterial o venosa. Cambiar las soluciones y los equipos para venoclisis cada 72-96 h	La septicemia estafilocócica intrahospitalaria tiene una relación estrecha con los catéteres intravenosos. La incidencia de infección aumenta cuando el catéter tiene más de 72 h de instalado. La yodopovidona es eficaz contra muchos microorganismos patógenos grampositivos y gramnegativos. Una vez introducidos en el sistema, los microorganismos pueden crecer en el equipo de venoclisis a pesar del reemplazo del recipiente y la velocidad alta
Manejar la bomba de infusión para la solución base e infusiones de quimioterapia	El manejo de boba de infusión favorece a un buen suministro de la dosis de quimioterapia en el tiempo prescrito sin que exista errores en el suministro del medicamento y también se logra proporcionar un adecuado monitoreo
Vigilar el estado físico del agente y a mitad de sesión toma signos vitales	La vigilancia continua del agente durante el tratamiento de quimioterapia ayuda a detectar efectos adversos al tratamiento
Al finalizar, realiza lavado de la vena del agente	El lavado de la vena al finalizar el tratamiento de quimioterapia evita que los fármacos se queden en un solo lugar en el torrente sanguíneo y dañen la vena
Retirar la venoclisis instalada para el tratamiento siguiendo la norma de RPBI	Aplicar la norma de RPBI ayuda a prevenir accidentes hospitalarios y riesgos de enfermedad por punción
Realizar vendaje de la región donde se instalo el catéter periférico y realiza promoción de la salud	Aplicar el vendaje proporciona protección en la zona de punción, así como evitar la pérdida de sangre
Brindar orientación al agente y familiar después de la sesión	El proporcionar orientación educativa sobre los cuidados durante el tratamiento de quimioterapia ayuda a que el agente y familia adquiera conductas de autocuidado

Lista de comprobación.

Sub-competencia: Realiza actividades de enfermería en el tratamiento de quimioterapia del agente, y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Quimioterapia.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento quimioterapia.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Recibe al agente que acude a quimioterapia y registra en los formatos correspondientes su asistencia, lo prepara física y psicológicamente		
Proporciona un lugar cómodo y confortable al agente que acude a quimioterapia, le toma signos vitales y lo interroga sobre posibles alergias		
Realiza la revisión del esquema de protocolo farmacológico del agente, verificando que se cuente con todo el medicamento para el tratamiento especificado		
Conoce y aplica las medidas de seguridad de manejo de hipostáticos y citoquímicos (uso de guantes, lentes, bata, gorro, cubrebocas rotulando la preparación, así como aplicando la regla de oro de los medicamentos al momento de preparar y ministrar el medicamento		
Prepara el material para venopunción periférica y/o central		
Valora los sitios de acceso intravenoso todos los días en busca de evidencia de infección: cambiar accesos intravenosos periféricos a corto plazo en días alternos, limpiar la piel con yodopovidona antes de la punción arterial o venosa, cambiar las soluciones y los equipos para venoclisis cada 72-96 h		
Maneja la bomba de infusión		
Vigila el estado físico del agente y a mitad de sesión toma signos vitales		
Al finalizar, realiza lavado de la vena del agente		
Retira la venoclisis instalada para el tratamiento siguiendo la norma de RPBI		
Realiza vendaje de la región donde se instaló el catéter periférico y realiza promoción de la salud		
Brinda orientación al agente y familiar		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		

Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Reanimación cardiopulmonar

Sub competencia: el estudiante participa en la reanimación cardiopulmonar del agente de cuidado dependiente.

Concepto: Es un procedimiento de urgencia que puede restablecer y mantener la circulación de una persona después de que se detiene latidos cardiacos y respiración.

Objetivo:

- Conseguir que el agente recupere su condición anterior al paro cardiocirculatorio sin deterioro de otros sistemas.
- Restablecer la ventilación y la circulación del agente.

Principios:

- La liberación adecuada de oxígeno depende de la cantidad de oxígeno que entre al pulmón (ventilación), de flujo sanguíneo hacia el pulmón y los tejidos corporales.
- (Perfusión), de la disponibilidad de difusión de los gases respiratorios, de la capacidad de bombeo del corazón y de la capacidad del torrente sanguíneo para transportar oxígeno.

Equipo y material:

- Cánulas endotraqueales de diferentes tamaños.
- Succionador mecánico.
- Equipo de bolsa y mascarilla.
- Mascaras faciales.
- Oxígeno con flujo metro.
- Con hojas de milla rectas y curvas de diferentes números.
- Guía de cobre o estilete.
- Tabla para paro, jeringas y agujas, llave de tres vías.
- Equipo para venoclisis.
- Torniquete.
- Catéter de aspiración (sondas de aspiración).
- Tubos transparentes.
- Bolsa de reanimación.
- Equipo de aspiración.
- Equipo de intubación.
- Medicamentos: Atropina, adrenalina, bicarbonato de sodio, dopamina, dobutamina.
- Catéteres endovenosos.
- Accesorios: tijeras, guantes, gasas, tela adhesiva.
- Torundas alcoholadas.
- Tubos endotraqueales de diferentes calibres.

Tabla 43 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Establezca una vía aérea respiratoria permeable inclinando la cabeza hacia atrás y elevando la barbilla. Inserte un tubo oro faríngeo con técnica invertida Si se sospecha de una lesión Cervical permeabilice la vía fijando la cabeza y sub luxando la mandíbula	Evita la obstrucción de las vías respiratorias por la caída de la lengua hacia atrás
Adapte la mascarilla facial y ventile manualmente, con la bolsa de reanimación, con dos insuflaciones iniciales	El completo ajuste de la mascarilla a la boca-nariz aumenta la eficacia de la ventilación
Oxigene al agente conectando la bolsa de reanimación a la fuente de oxígeno mediante el caudalímetro y la conexión específica. Continúe con el soporte ventilatorio con una frecuencia de 10 a 12 insuflaciones por minuto	Se precisa el máximo caudal de oxígeno para favorecer la oxigenación de tejidos cerebral
Situé el talón de su mano no dominante sobre el borde inferior del esternón del agente, dos dedos por encima del apéndice xifoides. Coloque la otra mano sobre la mano apoyada. Manténgalas paralelas y orientadas en dirección opuesta a tu cuerpo. Solo el talón de su mano deberá tocar el tórax en cada compresión	Muchas fracturas se deben a una mala colocación de las manos
Bloquee sus codos y mantenga los brazos en extensión. Coloque sus hombros en línea recta con sus manos sobre el tórax del agente	
Si no se palpa el pulso del agente, inicie las compresiones torácicas (masaje cardíaco externo)	El pulso deber percibirse recto y directo para evitar el uso de compresiones
Comprima firmemente, deprimiendo el esternón entre 3 y 5 cm. Si se trata de adultos	La compresión directa del corazón entre el esternón y la columna vertebral impulsa la sangre de los ventrículos hacia los grandes vasos. Para ser efectiva esta maniobra debe ser continua, regular y firme, presione superiores pueden provocar fracturas costales y lesiones de órganos
Cuando los reanimadores son dos: realice una ventilación por cada 5 compresiones o una ventilación por cada 3 compresiones. Cuando hay un solo reanimador: realice 2 ventilaciones cada 15 compresiones	La reanimación con dos reanimadores resulta menos agotadora que si la realiza una persona
Ayude en la intubación endotraqueal si es necesario. Antes de iniciar la intubación compruebe que el balón del tubo endotraqueal se hinche correctamente	La intubación endotraqueal proporciona una ventilación / oxigenación adecuada, aísla la vía respiratoria de la digestiva, permite aspirar las secreciones y es una vía alternativa para administrar fármacos
Fije el tubo endotraqueal sin realizar excesiva presión, con un sistema de almohadillas. Después de la intubación retire las mascarillas faciales y conecte el tubo endotraqueal directamente a la bolsa de reanimación	El balón sella el espacio entre el tubo y la pared traqueal. Evite lesiones por presión en la comisura bucal y en la lengua
Compruebe continuamente la ventilación es óptima, observando el ascenso y descenso del tórax	La auscultación permite valorar el estado ventilatorio del agente de cuidado
Si el agente es portador de un tubo endotraqueal, ausculte el tórax y el abdomen, visualice la presencia de condensación de la mezcla de gas respiratorio en el tubo endotraqueal	
Establezca un acceso venoso en la vena antecubital. Utilice un catéter de gran calibre	La colocación de catéteres en la vena antecubital son más seguras y no interfieren con las maniobras de reanimación durante su canalización

Administre por vía IV los fármacos y sueros prescritos	Es conveniente que se asigne una enfermera exclusivamente para la administración de fármacos y el cuidado de la vía
Evalúe la eficiencia de la RCP al cabo del primer minuto de la reanimación y siga evaluando cada 5 minutos. Valore la respiración espontánea. Palpe las arterias carótida /femoral entre cada una de las compresiones. Controle la presión arterial sistólica	La interrupción máxima de la ventilación debe ser de 30 segundos para evitar una hipoxia celular
Finalice las maniobras de reanimación cardiopulmonar según la indicación medica	Las maniobras de reanimación solo serán suspendidas cuando el paciente muestre signos de recuperación ventilatoria-cardiaca o bien cuando el agente haya fallecido
Realiza anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería	Los registros permiten darle continuidad de cuidado al agente, así como llevar un registro del estado general del paciente

Lista de comprobación.

Sub competencia: El alumno participa en actividades que se requieren para la resucitación cardiopulmonar en el agente.

Elemento de competencia: RCP.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de RPC.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Da posición adecuada al agente de cuidado considerando sus características generales de salud		
Coloca adecuadamente mascarilla facial y bolsa de reanimación		
Oxigena y continúa con el soporte ventilatorio al agente		
Si no se palpa el pulso del agente, inicia las compresiones torácicas (masaje cardiaco externo)		
Ayuda en la intubación endotraqueal, comprueba que el balón del tubo endotraqueal se hinche correctamente		
Fija el tubo endotraqueal y conecta el tubo endotraqueal directamente a la bolsa de reanimación		
Compruebe continuamente la ventilación es optima, observando el ascenso y descenso del tórax		
Ausculta el tórax y el abdomen del agente		
Establece un acceso venoso		
Administra por vía IV los fármacos y sueros prescritos		
Evalúa la eficiencia de la RCP al cabo del primer minuto de la reanimación y siga evaluando cada 5 minutos		
Finalice las maniobras de reanimación cardiopulmonar según la indicación médica		
Realiza anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

R.P.B.I Manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos

Sub-Competencia: Maneja de manera adecuada los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (R.P.B.I) siguiendo la NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 para prevenir infecciones nosocomiales y riesgos en la salud.

Concepto: El manejo de los RPBI consiste en la clasificación de residuos para disminuir el riesgo de exposición a los agentes biológicos infecciosos y así reducir el volumen, hacer que su aspecto sea menos desagradable e impedir la reutilización de algunos materiales.

Objetivo:

- Cumplir la legislación en materia de salud y medio ambiente
- Eliminar, reducir y controlar los riesgos al personal involucrado en el manejo de estos y a la población en general.
- Reducir al mínimo el impacto negativo al medio ambiente

Principios:

- Mantener clasificados Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos
- Utilizar medidas de seguridad
- Realizar lavado de manos
- Aplicar precauciones universales
- Respetar el llenado de la capacidad de los contenedores al 80%
- La clasificación se hará de acuerdo a sus características

Material y equipo:

- Bolsas de polietileno para RPBI.
- Contenedores rígidos para RPBI.
- Recipientes herméticos para RPBI.
- Recipientes rígidos de polipropileno.

Tabla 44 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Una vez que los residuos han sido separados según sus características, deben ser envasados de la siguiente manera	La clasificación está realizada según la NOM-087-ECOL-SSA1-2002
Envasar residuos con estado físico líquidos (ejemplo: sangre y componentes de esta) en recipientes herméticos rojos	El recipiente hermético rojo permite que no haya derrames de líquidos debido a su estructura según la NOM-087-ECOL-SSA1-2002
Colocar los residuos con estado físico sólido (ejemplo: cultivos y cepas de agentes infecciosos) y residuos no anatómicos (ejemplo: contaminados con sangre o sus derivados) en bolsas de polietileno rojas	El envasado en la bolsa roja permite la identificar los residuos que se encuentran en estado sólido y que contienen residuos sólidos de cultivos y cepas de agentes infecciosos y residuos no anatómicos (ejemplo: contaminados con sangre o sus derivados), según la NOM-087-ECOL-SSA1-2002

Colocar en bolsas de polietileno amarillas los residuos patológicos sólidos (tejidos)	La bolsa amarilla permite la identificar los residuos patológicos sólidos, de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002
Colocar en recipientes herméticos amarillos los residuos patológicos líquidos	El recipiente hermético amarillo permite que no haya derrames de líquidos debido a su estructura según la NOM-087-ECOL-SSA1-2002
Colocar los objetos punzocortantes en recipientes rígidos de polipropileno rojos	Los recipientes rígidos de polipropileno rojo, permiten identificar los objetos punzocortantes que contendrán, permite la prevención de picaduras de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002
Clasificar la basura común en bolsas verdes o de cualquier otro color excepto rojas o amarillas	Esta bolsa según la norma permite distinguir que no es basura considerada como biológica infecciosa y se le da otro tratamiento diferente a los RPBI
Llenar como máximo al 80% de su capacidad, asegurando los dispositivos de cierre y no deberán ser abiertos o vaciados	Esto permite sellar adecuadamente cada bolsa o recipiente para posteriormente darle el tratamiento específico Deberá avisar cuando ya esté lleno a la 80% para ser remplazado por otro
Efectuar el lavado de manos	El lavado de manos es importante para la prevención de infecciones

Lista de comprobación.

Sub competencia: Maneja de manera adecuada los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (R.P.B.I) siguiendo la NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 para prevenir infecciones nosocomiales y riesgos en la salud.

Elemento de competencia: manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para realizar el manejo de RPBI.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Utiliza medidas de seguridad		
Clasifica los RPBI de acuerdo a sus características		
Aplica el principio del envasado de RPBI solo al 80% como máximo		
Recoge material y equipo dejando el área en condiciones de limpieza adecuadas sin riesgos		
Realiza lavado de manos después del procedimiento		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Somatometría

Sub competencia: Realiza actividades que se requieren para la medición de peso y talla (somatometría) en el agente.

Concepto: La somatometría es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano.

Objetivos:

- Valorar el crecimiento del individuo, su estado de salud-enfermedad.
- Ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería.

Principios:

- En la somatometría la medición del peso y talla son de importancia en la valoración de la salud del agente.
- Peso: es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal.
- Talla: es la distancia existente entre la planta de los pies del agente la parte más elevada del cráneo.

Material y equipo:

- Báscula con estadiómetro.
- Toallas desechables.
- Hoja de registro.

Tabla 45 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Colocar una toalla de papel en la plataforma y ajustar o calibrar la báscula	El modo de transmisión de la dermatofitosis se realiza por contacto directo o indirecto con lesiones cutáneas de personas infectadas, pisos u objetos contaminados El cambio de toallas desechables por cada agente previene infecciones o dermatofitosis Una báscula, correctamente calibrada, evita errores que traen consecuencias para la salud del agente
Ayudar al agente a quitarse ropa y calzado	El exceso de ropa altera el resultado del peso corporal del agente El registro del peso en estado de ayuno o 3 hrs después de haber ingerido alimentos evita errores en la medición
Ayudar al agente a subir sobre la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado; es decir, con los talones a y las escapulas, en contacto con el estadiómetro y la cabeza recta	La pérdida de equilibrio postural del agente favorece los accidentes
Mover las barras de la báscula (kg) hasta	La pérdida de aumento de peso en un agente que

encontrar el peso	no está acorde con su edad y talla, implica trastornos en su estado de salud
Colocar la rama horizontal del estadiómetro hasta tocar el vértice de la cabeza, de tal manera que las dos ramas del estadiómetro formen un ángulo recto	La rama en ángulo recto, al tocar la parte más elevada del cráneo, proporciona los datos exactos de la talla
Hacer la lectura de la talla y bajar las ramas del estadiómetro	Una lectura correcta contribuye a la elaboración de un buen diagnóstico o la aplicación de un tratamiento específico
Ayudar al agente a bajarse, vestirse y ponerse los zapatos	La relación de ayuda permite la empatía agente-enfermera
Hacer anotaciones en la hoja de registro	Los registros exactos permiten un diagnóstico de enfermería y una terapéutica acertada

Lista de comprobación.

Sub competencia: El alumno participa en actividades que se requieren para la medición de peso y talla (somatometría) en el agente.

Elemento de competencia: Somatometría.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de somatometría.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Colocar una toalla de papel en la plataforma y ajustar o calibrar la balanza		
Ayudar al agente a quitarse ropa y calzado		
Ayudar al agente a subir sobre la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado; es decir, con los talones a y las escapulas, en contacto con el estadiómetro y la cabeza recta		
Mover las barras de la báscula (kg) hasta encontrar el peso		
Colocar la rama horizontal del estadiómetro hasta tocar el vértice de la cabeza, de tal manera que las dos ramas del estadiómetro formen un ángulo recto		
Hacer la lectura de la talla y bajar las ramas del estadiómetro		
Ayudar al agente a bajarse, vestirse y ponerse los zapatos		
Hacer anotaciones en la hoja de registro		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Tamiz auditivo

Sub competencia: Realiza el tamiz auditivo a todo recién nacido, y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Es el estudio específico para detectar de forma temprana alteraciones en la audición del recién nacido.

Objetivo: Asegurar la capacitación del estudiante de enfermería durante sus prácticas hospitalarias en cada hospital, en el manejo del equipo para realizar el tamiz auditivo. Garantizando la atención integral de los neonatos con diagnóstico de hipoacusia y sordera para disminuir la prevalencia de la discapacidad auditiva en población infantil y contribuir a su plena integración e inclusión social.

Principios:

- Todo enfermero (a) debe maximizar la competencia lingüística y desarrollo del lenguaje en niños con deficiencias auditivas detectables.
- Los profesionales de enfermería deberán contar con el conocimiento para la detección oportuna el diagnóstico temprano y el tratamiento de hipoacusia.
- Garantizar que todo recién nacido atendido en los hospitales sea tamizado por parte de los profesionales de la salud en la detección oportuna de hipoacusia y sordera

Material y equipo:

- Equipo portátil para tamiz auditivo.
- Cartilla de vacunación.

Tabla 46 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Preparación psicológica y explicación del procedimiento a los padres	El brindar preparación psicológica a los padres acerca del estudio a realizar al recién nacido les da seguridad y confianza
Lavado de manos	Es indispensable para eliminar algunos microorganismos y suciedad. Antes de realizar cualquier procedimiento
Se realiza una exploración auditiva con un equipo computarizado (equipo de emisiones otoacústicas EOA o equipos de potenciales evocados auditivos automatizados PEAA)	Este equipo permite determinar algún problema en la audición del bebé
Se coloca un micrófono que utiliza puntas desechables de diversos tamaños, según las condiciones del canal auditivo externo	El micrófono sirve tanto para ejercer el estímulo como para recibir la respuesta que se imprime posteriormente para su reporte
se realiza entre 10 a 20 minutos	No ocasiona molestias para el bebé, incluso puede realizarse mientras duerme
El estímulo se ejerce a través de micrófonos situados en el conducto auditivo externo del agente	El equipo utilizado evalúa la respuesta de la vía auditiva frente a un estímulo auditivo conocido y normalizado
Una vez que se tiene el diagnóstico preciso del grado y tipo de lesión auditiva, por parte del personal de enfermería, el médico especialista (audiólogo) determinará el tratamiento	Ya que si se trata de plantas cocleares según corresponda, además de sesiones de terapia auditivo verbal y/o del lenguaje

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza el tamiz auditivo a todo recién nacido, y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Tamiz auditivo.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para realizar el procedimiento de el tamiz auditivo al recién nacido.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Brinda apoyo psicológico a los padres del recién nacido		
Recibe al agente y verificar que cuente con la edad requerida para la realización del tamiz auditivo		
Entrevista a los padres en relación al recién nacido		
Procede a realizar el procedimiento al recién nacido		
Realiza anotaciones en el registro de enfermería		
Entrega al agente a sus padres después del procedimiento y les informa sobre los resultados		
Notifica al médico el resultado obtenido tan pronto sea posible		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Tamiz neonatal

Sub competencia: realiza el tamiz neonatal a todo recién nacido, y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: tamiz neonatal es un estudio con fines preventivos para detectar de forma temprana alteraciones congénitas del recién nacido.

Objetivo: asegurar la capacitación del estudiante de enfermería durante sus prácticas hospitalarias, para descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.

Principios:

- Maximizar la competencia lingüística y desarrollo del lenguaje en niños con deficiencias congénita detectables.
- los profesionales de enfermería deberán contar con el conocimiento para la detección oportuna el diagnóstico temprano y el tratamiento de hipotiroidismo congénito.
- Garantizar que todo recién nacido atendido en los hospitales sea tamizado por parte de los profesionales de la salud en la detección oportuna de una enfermedad o deficiencia congénita.

Material y equipo:

- Papel cromatográfico.
- Tijeras estériles.
- Desinfectante: Isopropanol o alcohol 70°.
- Aguja metálica n° 25g.
- Gasas estériles.

Tabla 47 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Preparación psicológica y explicación del procedimiento a los padres	El brindar preparación psicológica a los padres acerca del estudio a realizar al recién nacido les da seguridad y confianza
Lavado de manos	Es indispensable para eliminar algunos microorganismos y suciedad. Antes de realizar cualquier procedimiento
Hacer masaje en sentido descendente en la pierna en la que se realizará la punción	Para garantizar mayor grosor de la gota de sangre
Calentar el talón con agua o gasa tibia	Para que la muestra sea confiable y segura
Limpieza del talón con una gasa estéril impregnada en isopropanol o en alcohol de 70° y dejar secar antes de proceder a la punción (no utilizar alcohol yodado)	Para eliminar microorganismos que nos puedan alterar la muestra
Realizar la punción en la zona lateral interna o externa del talón, nunca en la zona central	Para asegurar la muestra
Realizar la impregnación del papel cromatográfico	Garantizar la confiabilidad de los resultados

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza el tamiz neonatal a todo recién nacido, y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Tamiz neonatal.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para realizar el procedimiento de el tamiz neonatal al recién nacido.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Brinda apoyo psicológico a los padres del recién nacido		
Recibe al agente y verificar que cuente con la edad requerida para la realización del tamiz neonatal		
Entrevista a los padres en relación al recién nacido		
Procede a realizar el procedimiento al recién nacido		
Realiza anotaciones en el registro de enfermería		
Entrega al agente a sus padres después del procedimiento y les informa sobre los resultados		
Notifica al médico el resultado obtenido		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Técnica de alimentación en el recién nacido (Alimentación forzada)

Sub Competencia: Realiza la alimentación forzada al recién nacido a través de una sonda al tubo digestivo con la finalidad de proporcionar todas las necesidades nutricionales que no pueda obtener de forma natural.

Concepto: Conjunto de maniobras y procedimientos para proporcionar alimentos a través de una sonda, hasta el estómago para evitar la pérdida de energía al succionar.

Objetivo: Mantener el estado nutricional del agente.

Principios:

- Proporcionar una vía de alimentación asistida y aplicada en el agente pediátrico.

Material y equipo:

- Alimentación prescrita.
- Gasas.
- Sonda 5 a 10 (dependiendo de la edad y tamaño del agente).
- Tela micropore.
- Jeringa de 20ml.
- Guantes.
- Vaso con 50ml de solución salina.

Tabla 48 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lávese las manos	Disminuye la transmisión de microorganismos
Trasladar el equipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Verter la formula en la taza graduada y mantenerla a temperatura ambiente	Una formula fría puede producir cólicos gástricos y molestias, debido a que el líquido no se calienta en la boca y el esófago
Calzarse los guantes	Disminuye la transmisión de microorganismos
Colocar la sonda nasogástrica correspondiente al peso y talla del recién nacido	Para proteger la integridad de las mucosas
Verificar la permeabilidad de la sonda y comprobar la retención gástrica en el contenido del estómago	La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estómago
Fijar la sonda con cinta micropore	La fijación de la sonda impide su retiro del estomago
Colocar al agente en posición semi-fowler	La posición semi-fowler facilita la deglución de la alimentación
Llene la jeringa con la cantidad de leche indicada y proceda a pasarla por la sonda muy lentamente	El paso de la leche se realiza por gravedad según la capacidad del estómago
Se cierra la sonda y se fija si esa es la indicación, de lo contrario se retira con movimientos rápidos, gentiles y seguros	Reduce los riesgos de transmisión de microorganismos

Poner al recién nacido en posición semi fowler y por medio de pequeñas palmaditas en la espalda asegurándose que repita	Se elimina el aire que contenga el estómago y previene la regurgitación del alimento
Dar cuidados posteriores al equipo	Mantiene al equipo utilizado en buenas condiciones
Registrar en la hoja de enfermería, tipo y cantidad de fórmula, horario y tiempo en que se administró la misma	Documenta que se administra la cantidad indicada, en el horario establecido

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza la alimentación forzada al recién nacido a través de una sonda al tubo digestivo con la finalidad de proporcionar todas las necesidades nutricionales que no pueda obtener de forma natural.

Elemento de competencia: Técnica de alimentación en la etapa de desarrollo del recién nacido (alimentación forzada).

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Técnica de alimentación en la etapa de desarrollo del recién nacido (alimentación forzada).

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Lávese las manos		
Trasladar el equipo a la unidad del agente		
Verter la fórmula en la taza graduada y mantenerla a temperatura ambiente		
Calzarse los guantes		
Colocar la sonda nasogástrica correspondiente al peso y talla del recién nacido		
Verificar la permeabilidad de la sonda y comprobar la retención gástrica en el contenido del estómago		
Fijar la sonda con cinta micropore		
Colocar al agente en posición semi-fowler		
Llene la jeringa con la cantidad de leche indicada y proceda a pasarla por la sonda muy lentamente		
Se cierra la sonda y se fija si esa es la indicación, de lo contrario se retira con movimientos rápidos, gentiles y seguros		
Poner al recién nacido en posición semi fowler y por medio de pequeñas palmaditas en la espalda asegurándose que repita		
Dar cuidados posteriores al equipo		
Registrar en la hoja de enfermería, tipo y cantidad de fórmula, horario y tiempo en que se administró la misma		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Técnica para vestir bata estéril

Sub competencia: Realizar la correcta colocación de la bata quirúrgica, previamente realizado el lavado quirúrgico de manos.

Concepto: Maniobras para colocar en forma aséptica la bata quirúrgica al personal de enfermería instrumentista, cirujano o ambos.

Objetivo: Conservar un máximo de seguridad desde el punto de vista aséptico durante la cirugía.

Principios:

- Es uso de la bata esmeril evita infecciones en la herida del agente.
- La técnica de colocación de la bata está determinada por la técnico de colocación de guantes y esta puede ser abierta o cerrada.

Material y equipo:

- Bata estéril

Tabla 49 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Tomar la bata con una mano, deslizarla y mantenerla retirada del cuerpo y sujetarla por la parte superior	Asegurando que haya suficiente espacio para prevenir la contaminación con un equipo no estéril
Localizar sisas e introducir dentro de las mangas ambas manos hacia adelante	El exterior de la bata sigue estando estéril. La aplicación cuidadosa evita la contaminación. La bata cubre las manos preparándolas para la colocación cerrada de los guantes
El personal de enfermería circulante ajustara la bata, tirando de esta a la altura de las sisas, anudara las cintas del cuello, teniendo cuidado de no tocar la cara externa de la bata. El instrumentista se calza los guantes con técnica cerrada	La bata debe cubrir por completo las ropas subyacentes

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realizar la correcta colocación de la bata quirúrgica, previamente realizado el lavado quirúrgico de manos.

Elemento de competencia: Técnica para vestirse bata estéril.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de Técnica para vestirse bata estéril.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Toma la bata con una mano, la desliza y mantiene retirada del cuerpo y sujetarla por la parte superior		
Localizar sisas e introducir dentro de las mangas ambas manos hacia adelante		
El personal de enfermería circulante ajusta la bata, tirando de esta a la altura de las sisas, anudara las cintas del cuello, teniendo cuidado de no tocar la cara externa de la bata. El instrumentista se calza los guantes con técnica cerrada		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Tendido de cama con agente

Sub competencia: Realiza tendido de cama, y proporciona un ambiente limpio, seguro y agradable al agente hospitalizado.

Concepto: Procedimiento que se realiza para preparar la cama clínica en diferentes situaciones.

Objetivo: Aplicar los conocimientos teóricos, de asepsia y mecánica corporal, para brindar comodidad y seguridad al agente hospitalizado.

Principios:

- Ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.
- Proporcionar bienestar físico.
- Facilitar la movilización del agente.
- Fomentar hábitos higiénicos en el agente.

Material y equipo:

- Cama.
- Cobertor si es necesario.
- Sabana clínica.
- Una o dos fundas para cojín.
- Paño húmedo.
- Colcha o cubrecama.
- Dos sábanas grandes.
- Hule clínico.
- Bolsa de plástico para ropa sucia.

Tabla 50 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Informar al agente sobre el procedimiento	Una relación terapéutica, con actividades educativas durante el procedimiento, estimula conductas para modificar hábitos higiénicos, expresar sentimientos u opiniones y aceptar sugerencias
Acomodar el equipo en orden inverso al que se va usar	El equipo acomodado ordenadamente evita fatiga a la enfermera
Retirar mesa puente (en caso de haber), y poner la silla hacia la piecera, para dejar la almohada y la ropa de cama	La instalación del mobiliario y equipo en orden proporciona bienestar al agente
Aflojar toda la ropa que cubre la cama, por el lado contrario al que se encuentra el buro	Una cama segura proporciona seguridad al agente
Retirar colcha y depositarla en la bolsa para ropa sucia, después el cobertor, tratando de doblarlo en cuatro partes y colocarlo sobre el	La colocación de la ropa de cama en el piso o en otras camas, reduce la seguridad en el ambiente Los movimientos bruscos y el sacudimiento de la

respalde de la silla (en caso de tener), dejar cubierto al agente con la sabana móvil	ropa de cama, favorece la diseminación de microorganismos en el ambiente
Asear la cama con paño húmedo	El aseo de la unidad minimiza riesgo de infecciones en el agente
Colocar al agente en decúbito lateral y recorrerlo hacia el borde distal de la cama	Los agentes infantiles o seniles, así como con problemas de desorientación, confusión o sensibilidad, requieren del uso de barandales para su seguridad. Una equilibrada alineación corporal reduce la tensión muscular, favorece la seguridad y confianza y disminuye la formación de lesiones
Doblar o enrollar la sabana clínica y fija hacia la espalda del agente. Limpiar el hule clínico con paño húmedo	La comodidad del agente en la cama depende de un ambiente libre de patógenos
Colocar la sabana fija en el punto medio superior del colchón dejando un extremo de 25 a 30 cm para fijarlo debajo de este en la parte superior, y la esquina mediante la carterá	La fijación correcta de la ropa de cama evita arrugas y por consiguiente también evita lesiones a la piel del agente
Deslizar el hule clínico, colocar y fijar sobre este la sabana clínica como sobre el tercio medio del colchón y sobre este la sabana clínica procurando fijarla por debajo de los bordes superiores e inferiores del hule, ajustar los extremos de la ropa debajo del colchón	
Pasar al lado contrario de la cama para retirar en forma de rollo la ropa fija sucia; asear la mitad del hule clínico y ajustar la ropa limpia como se indicó en el punto anterior; retirar la ropa fija limpia y fijarla por debajo del colchón	Las partículas o arrugas en la cama provocan inquietud, irritabilidad y alteraciones en el ciclo vigilia-sueño La piel y mucosas son las primeras líneas de defensas contra agentes patógenos
Colocar al agente en posición cómoda, previa colocación de almohada con funda limpia	Las alteraciones de la sensibilidad fácil y térmica exigen el uso de medidas preventivas para disminuir o evitar lesiones dérmicas y neuromusculoesqueléticas
Colocar sabana móvil limpia y retirar la sucia sin destapar al agente	Una superficie limpia se contamina con una sucia
Calocar la colcha en punto medio superior del colchón deslizarla hacia abajo y sobre esta colocar el cobertor y deslizarla hacia abajo, y realizar las carteras en las esquina anteriores	El material de lana o algodón contribuye a proporcionar calor al agente
Introducir el extremo de la ropa móvil por debajo del colchón, dejando holgura por debajo del agente	La ropa justada provoca opresión molestia y daño en parte afectadas
Dejar ordenada la unidad del agente	La educación a familiares sobre el uso de la cama evita o disminuye factores de riesgo de infección

Lista de comprobación.

Sub competencia: Proporciona al agente un ambiente limpio, seguro, realizando la técnica correcta del tendido de cama al agente hospitalizado.

Elemento de competencia: tendido de cama con agente.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de admisión al agente hospitalizado.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Informar al agente sobre el procedimiento		
Acomodar el equipo en orden inverso al que se va usar		
Retirar mesa puente (en caso de haber), y poner la silla hacia la piecera, para dejar la almohada y la ropa de cama		
Aflojar toda la ropa que cubre la cama, por el lado contrario al que se encuentra el buro		
Retirar colcha y depositarla en la bolsa para ropa sucia, después el cobertor, tratando de doblarlo en cuatro partes y colocarlo sobre el respalde de la silla (en caso de tener), dejar cubierto al agente con la sabana móvil		
Asear la cama con paño húmedo		
Colocar al agente en decúbito lateral y recorrerlo hacia el borde distal de la cama		
Doblar o enrollar la sabana clínica y fija hacia la espalda del agente. Limpiar el hule clínico con paño húmedo		
Colocar la sabana fija en el punto medio superior del colchón dejando un extremo de 25 a 30 cm para fijarlo debajo de este en la parte superior, y la esquina mediante la cartera		
Deslizar el hule clínico, colocar y fijar sobre este la sabana clínica como sobre el tercio medio del colchón y sobre este la sabana clínica procurando fijarla por debajo de los bordes superiores e inferiores del hule, ajustar los extremos de la ropa debajo del colchón		
Pasar al lado contrario de la cama para retirar en forma de rollo la ropa fija sucia; asear la mitad del hule clínico y ajustar la ropa limpia como se indicó en el punto anterior; retirar la ropa fija limpia y fijarla por debajo del colchón		
Colocar al agente en posición cómoda, previa colocación de almohada con funda limpia		
Colocar sabana móvil limpia y retirar la sucia sin destapar al agente		
Colocar la colcha en punto medio superior del colchón deslizarla hacia abajo y sobre esta colocar el cobertor y deslizarla hacia abajo, y realizar las carteras en las esquina anteriores		
Introducir el extremo de la ropa móvil por debajo del colchón, dejando holgura por debajo del agente		
Dejar ordenada la unidad clínica		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		

Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Tendido de cama sin agente

Sub competencia: Realiza tendido de cama, cuando no está ocupada por un agente.

Concepto: Procedimiento que se realiza para preparar la cama clínica en espera de ingreso de un agente.

Objetivo: Tener una cama limpia, ordenada y disponible antes del ingreso de un agente.

Principios:

- Aplicar los conocimientos teóricos y de asepsia antes del ingreso del agente al ambiente hospitalario.
- Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del agente a un medio ambiente extraño.

Material y equipo:

- Cama.
- Cobertor si es necesario.
- Sabana clínica.
- Una o dos fundas para cojín.
- Colcha o cubrecama.
- Dos sábanas grandes.
- Hule clínico.

Tabla 51 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Acomodar el equipo en orden inverso al que se va usar	El equipo acomodado ordenadamente evita fatiga a la enfermera
Colocar una sábana a partir del punto medio superior del colchón y fijarla en la esquina superior proximal de este, mediante una cartera. Deslizarla y fijarla en el extremo inferior del colchón, con cartera	La fijación correcta de la ropa de cama evita arrugas
Poner el hule clínico sobre el tercio medio del colchón y sobre este, la sabana clínica procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule	
Introducir los extremos laterales de las piezas colocadas (sabana fija, hule, sabana clínica) por debajo del colchón	
Pasar al lado contrario de la cama y repetir los pasos anteriores para fijar la ropa	
Colocar la sabana móvil sobre el colchón a partir del borde medio superior, y sobre esta el cobertor de 15 a 25 cm hacia abajo	La sabana móvil permite al paciente cubrirse proporcionándole privacidad y comodidad
Doblar el extremo correspondiente de la sabana	

sobre el borde superior del cobertor. A este dobles se le denomina cortesía	
Colocar la colcha en punto medio superior del colchón, deslizarla hacia abajo y hacer las carteras en las esquina inferiores	La realización de las carteras en la ropa de cama, permite que éstas se fijen adecuadamente a la cama del agente
Vestir la almohada y colocarla en la cabecera, procurando cubrir con la parte superior de la colcha	El correcto tendido de cama proporciona comodidad y confort al agente hospitalizado
Introducir los extremos laterales sobrantes de la ropa por debajo del colchón	

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza tendido de cama, en espera de ingreso de un agente al área hospitalaria.

Elemento de competencia: tendido de cama.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de admisión al agente hospitalizado.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Acomoda el equipo en orden inverso al que se va usar		
Coloca una sábana a partir del punto medio superior del colchón y fijarla en la esquina superior proximal de este, mediante una cartera. Deslizarla y fijarla en el extremo inferior del colchón, con cartera		
Pone el hule clínico sobre el tercio medio del colchón y sobre este, la sabana clínica procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule		
Introduce los extremos laterales de las piezas colocadas (sabana fija, hule, sabana clínica) por debajo del colchón		
Pasa al lado contrario de la cama y repite los pasos anteriores para fijar la ropa		
Coloca la sabana móvil sobre el colchón a partir del borde medio superior, y sobre esta el cobertor de 15 a 25 cm hacia abajo		
Dobla el extremo correspondiente de la sabana sobre el borde superior del cobertor. A este dobles se le denomina cortesía		
Coloca la colcha en punto medio superior del colchón, la desliza hacia abajo y hace las carteras en las esquina inferiores		
Viste la almohada y la coloca en la cabecera, procurando cubrir con la parte superior de la colcha		
Introduce los extremos laterales sobrantes de la ropa por debajo del colchón		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Vendajes

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería en la aplicación de vendajes del agente, y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo.

Objetivo: Inmovilizar, brindar soporte, compresión del miembro afectado para su pronta recuperación.

Principios:

- **Compresión:** para detener hemorragias, fomentar la absorción de líquidos tisulares.
- **Contención:** para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en casos de luxación, esguince o fractura, sujetar material de curación y proporcionar calor y protección.
- **Corrección:** para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir deformidades. Para lograr tales propósitos es necesario tener conocimientos relacionados con los tipos de vendas según su material y forma para uso clínico, así como las normas generales de aplicación y retiro de un vendaje según su método y región en que se aplique.

Material y equipo:

- **Venda elástica.** Dependiendo de la zona y tipo de vendaje es el tamaño de la venda a seleccionar, en existencia 5, 10 15, 30 cm.

Tabla 52 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Explicar el procedimiento al agente, si es posible	Favorece la cooperación, confianza y minimiza la ansiedad
Usar material y vendas de tamaño acorde con la región por vendar	Una venda adecuada en longitud, ancho y forma a utilizar en determinada región, permite su adaptación correcta El uso de vendas limpias previene la contaminación
Identificar la región que se va a vendar y sostenerla sobre un lugar seguro, quedando frente a la persona que realiza la acción	Una posición correcta es la que requiere mínimas fuerzas musculares para equilibrar el peso que producen las diferentes partes del cuerpo
Aplicar el vendaje en zonas limpias y secas	Los gérmenes proliferan en las zonas tibias, húmedas y sucias La presión sobre los tejidos puede afectar la circulación sanguínea La humedad de la piel y la fricción de dos superficies lesionan las células epiteliales Levantar la parte lesionada reduce el problema de hemorragia

Los vendajes se aplican con el cuerpo en buena alineación (posición anatómica) para evitar tensión muscular y fatiga	El cuerpo se mantiene en posición anatómica natural, con ligera flexión de las articulaciones para evitar estiramiento muscular Un músculo contraído aumenta de volumen, y al presionarlo se dificulta el retorno venoso La inmovilización prolongada puede causar rigidez y limitación del grado de movilidad de una articulación
Proteger con material suave las prominencias óseas o pliegues naturales antes de vendar	El aparato musculoesquelético es un medio de locomoción. La humedad y la fricción producen traumatismo mecánico en el epitelio La fricción y maceración prolongadas incrementan la posibilidad de lesión en piel y mucosas (herida por abrasión, infección, entre otras) Los pliegues naturales contienen numerosas glándulas sudoríparas, cuya actividad puede estar influenciada por agentes físicos, químicos o psicológicos
Mantener el cuerpo de la venda hacia arriba de la superficie a vendar	La colocación del cuerpo de la venda hacia arriba facilita su manejo durante la aplicación del vendaje
Aplicar compresión uniforme y moderada de la parte distal a la proximal izquierda a derecha	El retorno sanguíneo venoso se efectúa de la periferia al centro La presión excesiva o indebida sobre las superficies corporales puede causar dolor por irritación de las fibras nerviosas sensitivas o alterar la circulación y, en consecuencia la nutrición de las células en esta zona La falta de riego sanguíneo produce necrosis en el tejido
Evitar vueltas innecesarias o desenrollar demasiado la venda	Una longitud exagerada de la venda dificulta la aplicación correcta del vendaje
Dejar descubierta la porción distal de las extremidades vendadas para observar posibles alteraciones circulatorias	Las células del organismo requieren del aporte continuo y suficiente de oxígeno y nutrientes esenciales para funcionar adecuadamente Los requerimientos celulares de oxígeno varían en relación directa con la velocidad de la actividad metabólica celular El calor y la temperatura de la piel dependen de la sangre contenida en el plexo venoso La oclusión mecánica por dispositivos opresivos originan una disminución sanguínea que produce alteraciones en la coloración y temperatura de la piel, aparición de edema, dolor, de hormiguero o adormecimiento e insensibilidad
Terminar y fijar el vendaje con el medio disponible	La fijación adecuada evita que el vendaje pierda su compresión correcta y su movilización
Favorecer la posición y el ejercicio postural	Las manipulaciones sistemáticas de los tejidos corporales con propósitos terapéuticos evitan la presencia de complicaciones circulatorias, musculares y mentales. El ejercicio favorece el restablecimiento o conservación del tono muscular y movilidad de las articulaciones, así como la estimulación de la circulación sanguínea y la adaptación a la actividad. El masaje favorece el metabolismo tisular, incrementa el riego sanguíneo periférico y elimina el exceso de líquido

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza actividades de enfermería en la aplicación de vendajes del agente, y proporciona cuidado terapéutico.

Elemento de competencia: Vendajes.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de aplicación de vendajes.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Explicar el procedimiento al agente, si es posible		
Usar material y vendas de tamaño acorde con la región por vendar		
Identificar la región que se va a vendar y sostenerla sobre un lugar seguro		
Aplicar el vendaje en zonas limpias y secas		
Los vendajes se aplican con el cuerpo en buena alineación (posición anatómica) para evitar tensión muscular y fatiga		
Proteger con material suave las prominencias óseas o pliegues naturales antes de vendar		
Mantener el cuerpo de la venda hacia arriba de la superficie a vendar		
Aplicar compresión uniforme y moderada de la parte distal a la proximal izquierda a derecha		
Evitar vueltas innecesarias o desenrollar demasiado la venda		
Dejar descubierta la porción distal de las extremidades vendadas para observar posibles alteraciones circulatorias		
Terminar y fijar el vendaje con el medio disponible		
Favorecer la posición y el ejercicio postural		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Venoclisis al agente pediátrico

Sub competencia: Realiza canalización de una vía periférica del agente para brindar cuidado terapéutico.

Concepto: Es la canalización de un vaso sanguíneo periférico a través de un catéter para poder introducir líquidos o medicamentos.

Objetivo: Mantener una vía periférica permeable para la administración de tratamiento médico.

Principio: Proporcionar una vía parenteral inmediata para la aplicación de cualquier medicamento prescrito.

Material y equipo:

- Soluciones indicadas.
- Catéter mediano y largo para venopunción.
- Tela adhesiva.
- Equipo de venoclisis.
- Equipo de volumen medidos (metriset).
- Tijeras.
- Micropore de una y media pulgada.
- Alcohol yodado al 70%.
- Venda de 5 cm.

Tabla 53 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavado de manos	Reduce la transmisión de microorganismos
Trasladar el equipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Cortar las telas adhesivas en número y tamaño, de acuerdo a la edad del niño	Tener el material preparado simplifica las acciones a realizar
Dar preparación física y psicológica al agente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Sujetar al niño si es necesario	La inmovilización disminuye los errores en la punción
Abrir el equipo de venoclisis, adicionar catéter seleccionado y purgar el equipo	El purgar el equipo evita insertar burbujas de aire en la vena
Colocar torniquete de acuerdo a la edad del agente	La aplicación de un torniquete impide el flujo sanguíneo, lo que origina congestión venosa y facilita la venopunción
Realizar asepsia con la torunda alcoholada al sitio seleccionado a puncionar	Reduce la transmisión de microorganismos
Cubrir con una gasa el extremo del miembro seleccionado, el ejecutor inmovilizara, sobre la gasa, con lo cual limitara el campo operatorio manteniendo su asepsia	Proporciona un campo estéril alrededor de la zona de venopunción

Visualizando el vaso sanguíneo se procede a la venopunción con un Angulo entre 20 y 30°, con el bisel hacia arriba	El ángulo de inserción disminuye el riesgo de puncionar la pared posterior de la vena
Comprobar la canalización del vaso sanguíneo (mediante el reflujo sanguíneo). Y retirar torniquete	Asegura que la vena esta canalizada de forma segura
Conectar la línea de solución y vigilar la permeabilidad del catéter	Permite mantener la permeabilidad del catéter
Fijar la aguja con las tiras pequeñas de tela adhesiva en forma de corbata y adheridas a piel	La fijación adecuada evita el desplazamiento accidental del catéter
Regular goteo	El cierre de la cámara de goteo a la velocidad prescrita evita la sobrecarga de líquidos
Cerciorarse de que el frasco está debidamente rotulado	Evita errores en aplicación de las soluciones
Deje cómodo al niño	Proporciona comodidad e higiene al agente
Reportar en la hoja de enfermería la fecha y hora en que se inició el goteo, tipo y cantidad de soluciones y medicamentos agregados	Documenta que se administra el flujo prescrito

Nota: Es importante purgar el equipo para evitar la introducción del aire en el mismo; Así como detectar oportunamente datos de flebitis; rubor, calor, dolor o extravasación.

Lista de comprobación.

Sub competencia: Realiza la técnica de venoclisis al agente pediátrico para proporcionar cuidado terapéutico con respeto, veracidad, confidencialidad, privacidad y ética profesional.

Elemento de competencia: venoclisis a agentes pediátricos.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de admisión al agente hospitalizado.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Lavado de manos		
Trasladar el equipo a la unidad del agente		
Cortar las telas adhesivas en número y tamaño, de acuerdo a la edad del niño		
Dar preparación física y psicológica al agente		
Sujetar al niño si es necesario		
Abrir el equipo de venoclisis, adicionar catéter seleccionado y purgar el equipo		
Colocar torniquete de acuerdo a la edad del agente		
Realizar asepsia con la torunda jabonosa al sitio seleccionado a puncionar (con movimientos circulatorios)		
Visualizando el vaso sanguíneo se procede a la venopunción con un Angulo entre 20 y 30°, con el bisel hacia arriba		
Comprobar la canalización del vaso sanguíneo (mediante el reflujo sanguíneo). Y retirar torniquete		
Conectar la línea de solución y vigilar la permeabilidad del catéter		
Fijar la aguja con las tiras pequeñas de tela adhesiva en forma de corbata y adheridas a piel		
Regular goteo		
Cerciorarse de que el frasco está debidamente rotulado		
Deje cómodo al niño		
Reportar en la hoja de enfermería la fecha y hora en que se inició el goteo, tipo y cantidad de soluciones y medicamentos agregados		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Visita domiciliaria

Sub-Competencia: realiza acciones en la comunidad dirigidas al agente, familia y comunidad sano o enfermo priorizando necesidades y proporcionando educación para la salud.

Concepto: Es un servicio proporcionado por el establecimiento de salud a través del contacto de la enfermera con el grupo familiar, a fin de identificar problemas de salud y colaborar en su solución mediante asistencia de enfermería.

Objetivos:

- Identificar factores de riesgo en la familia y comunidad.
- Proporcionar educación para la salud a la familia, sobre los métodos, técnicas y recursos necesarios para el mejoramiento y protección de la salud.
- Contribuir en la atención integral de enfermería en el hogar, junto con otras personas del equipo de salud.

Principios:

- Establece una relación entre institución y comunidad para la atención de necesidades y problemas y para la promoción de la salud y el bienestar.

Material y equipo:

- Guía de visita domiciliaria.
- Pluma y lápiz.
- Cinta métrica.
- Expediente comunitario.
- Bascula.
- Estetoscopio y esfigmomanómetro.

Tabla 54 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Planeación; el personal de enfermería considera las prioridades de la comunidad para atender los problemas de salud	La planeación permite establecer prioridades de manera objetiva, considerando todos los recursos con los que cuenta la comunidad ya sea físicos, económicos, humanos y recursos como tal de la comunidad
Contar con conocimientos referentes a investigación, etapas de crecimiento y desarrollo, guías de visita domiciliaria.	El contar con conocimientos teóricos sobre la visita domiciliaria, permiten al profesional de enfermería valorar de manera holística e integral

<p>Establecer el propósito de la visita domiciliaria y utilizar técnicas comunitarias como la entrevista</p>	<p>a la familia y/o la comunidad</p>
<p>Ejecución: obtiene información complementaria del agente de necesidades que surgen durante la observación y entrevista. La enfermera (o) se identifica de manera amable, profesional y con valores. Explica el objetivo de la visita al agente, familia o comunidad. Mantiene un margen de respeto por la ideología político-religiosa de la persona o familia. Adapta la enseñanza de acuerdo a las necesidades de salud, a nivel cultural y académico de la familia. Dirige la entrevista hacia el objetivo planeado mediante preguntas claras y precisas, permitiendo que la familia aclare dudas según las necesidades. Limita el tiempo planeado Ejecuta las tecnologías de enfermería necesarias para cada caso, utilizando los recursos disponibles. Proporcionar servicio de salud de enfermería o médico. Informar sobre la próxima visita Registrar datos obtenidos durante la visita y actividades realizadas. Despedirse de manera afectuosa del agente, familia o comunidad</p>	<p>La adecuada presentación facilita la interacción con la persona, familia y comunidad, estableciendo vínculos de confianza que permiten la apertura de atención de salud en el hogar. Aplicando los principios fundamentales de enfermería, así como los valores éticos. La enseñanza que se proporciona es de acuerdo a las necesidades detectadas de manera individual, familiar o comunitaria. Las entrevistas planeadas y dirigidas por medio de una guía permiten obtener datos más precisos de las necesidades del agente</p>

Lista de comprobación.

Sub competencia: realiza acciones en la comunidad dirigidas al agente, familia y comunidad sano o enfermo priorizando necesidades y proporcionando educación para la salud.

Elemento de competencia: visita domiciliaria.

Criterio de desempeño: el estudiante es competente cuando cumple con el 100% de las evidencias requeridas para el procedimiento de visita domiciliaria.

Escenario:

Nombre del estudiante: _____

Institución: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Saberes teóricos	Lo tiene	No lo tiene
Concepto de la técnica		
Objetivos de la técnica		
Momentos de la técnica		
Saberes prácticos	Realiza	No realiza
Planea rigurosamente las visitas domiciliarias, estableciendo el objetivo		
Hace uso de una guía comunitaria para la entrevista		
Se identifica y despide con la persona, familia y comunidad con profesionalismo y respeto		
Aplica los principios fundamentales de enfermería		
Entrevista al agente, familia o comunidad y realiza registros de enfermería		
Realiza acciones específicas según las demandas de salud (toma de signos vitales, somatometría)		
Proporciona educación para la salud por medio del sistema de enfermería apoyo-educación		
Identifica y detecta las demandas de autocuidado del agente familia o comunidad		
Saberes formativos	Presente	Ausente
Respeto a la individualidad del agente		
Protege al agente de causas externas a su padecimiento		
Responsabilidad en la realización del procedimiento		
Saberes metodológicos	Si	No
Utiliza la Teoría de Dorothea E. Orem		
Brinda orientación/apoyo educativo		
Total:		
Porcentaje:		
Calificación final:		

Nombre y firma del (a) docente

Nombre y firma del estudiante

Conclusiones

Este libro se realizó con el deseo de compartir conocimiento en cuanto a una serie de los procedimientos más importantes que lleva a cabo el estudiante durante la práctica clínica y comunitaria en la Licenciatura en Enfermería como parte importante para el logro de sus competencias en su trayectoria académica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica actual para llevar a cabo un compendio de procedimientos donde se retoma toda la experiencia de un gran equipo de trabajo con un alto sentido de compromiso y esfuerzo, así como múltiples inquietudes para la evaluación de las competencias adquiridas en la práctica del alumno en las diferentes instituciones de salud las cuales servirán de base para el reforzamiento de debilidades y necesidades y de ésta manera fomentar el desarrollo cognitivo, práctico y ético del alumno. De igual manera, sirve como herramienta de trabajo para el docente al cual se le facilitara el trabajo diario para la aplicación de la práctica en el ámbito laboral.

Apéndices

Tabla 55 Abreviaturas y su interpretación

Abreviatura	Interpretación	Abreviatura	Interpretación
<	Menor que	km	kilómetro
>	Mayor que	μl	Microlitro
NA	No aplica	ml	mililitro (= cc)
μm	Micra	l	Litro
mm	Milímetro	μg	Microgramo
cm	Centímetro	mg	Miligramo
m	Metro	g	Gramo

Fuente: María Guadalupe Monreal Castorena

Tabla 56 Equivalencias

Longitud	
1 μm	0,001 mm = 0,000001 m
1 mm	0,001 m = 1 000 μm = 0, 0394 in
1 cm	0,01 m = 10 mm = 0,394 in
1 m	1 000 000 μm = 1 000 mm = 100 cm = 0,001 km = 39,4 in = 3,28 ft = 1,093 yd
Peso	
1 μg	0,001 mg = 0,000001 g
1 mg	0,001 g = 1 000 μg
1 g	1 000 000 μg = 1 000 mg = 0,001 kg = 0,0353 oz
1 kg	1 000 g = 2,205 lb
1 mt	1 000 kg = 1 000 000 g = 0,9842 t (Reino Unido) = 1,102 t (EE.UU.)
1 oz	28,349 g
Volumen	
1 μl	0,001 ml = 0,000001 l
1 ml	0,001 l = 1 000 μl = 1 cm ³
1 l	1 000 000 μl = 1 000 ml

Fuente: María Guadalupe Monreal Castorena

Referencias

1. Reyes G.E. Fundamentos de enfermería, ciencia, metodología y tecnología. 4a ed. México, DF: Manual moderno; 2009.
2. Gómez F., Salas C. Manual de enfermería en cuidados intensivos. 2a ed. Editorial Monsa prayma; 2008.
3. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002: Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. México: Secretaría de Salud; 2013, [consultada en enero 2015].
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Manual de Exploración Clínica de las Mamas: Programa de Prevención y Control del Cáncer de Mama. 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2007.
5. Smeltzer S. Bare B. Hinkle J. Cheever K. Enfermería Médico Quirúrgica. 12a ed. Vol. 1-2. España: Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. Fuller J. Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos. 5a ed. editorial panamericana; 2013.
7. Atkinson L. Kohn M. Técnicas de quirófano de Berry y Kohn. 10a edición. Editorial Interamericana; 2005.
8. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Manual de Vacunación 2008-2009. ISBN 978-607-460-012-4. 1ª ed. México, D.F: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia; 2008 [consultado 27 octubre 2014] disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/vacunas/ManualVacunacion2008-2009.pdf>
9. Pérez D., Fernández E. Auxiliar de enfermería, técnicas básicas de enfermería en el medio hospitalario. 6a edición. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill; 2013.
10. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4a ed. España: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.

Glosario

Administración: Son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica en las cuales la enfermera debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y actitudes para aplicar un fármaco al paciente, por alguna de sus vías de administración, con un fin determinado.

Admisión hospitalaria: Es el área encargada de la gestión de pacientes, desde su ingreso hasta su egreso del hospital.

Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.

Aspiración: Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. Extracción de un líquido de una cavidad por medios mecánicos, con un instrumento llamado aspirador.

Autoclave: Aparato para esterilizar mediante presión por vapor, por lo general a 121 °C por un tiempo específico.

Biológicos: Término general aplicado a compuestos medicinales que se preparan de microorganismos vivos y sus productos. Incluye sueros, vacunas, antígenos y antitoxinas.

Bronquial: Pertenece a bronquios o bronquiolos.

Canalizar: es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al Sistema vascular del paciente.

Cardiopulmonar: Pertenece al corazón y los pulmones.

Control: Regular o conservar.

Dosificación: Determinación de la cantidad, la frecuencia y el número de dosis de un medicamento o radiación para un paciente.

Electrocardiograma: ECG. Registro de la actividad eléctrica del corazón; muestra ciertas ondas llamadas, P, Q, R, S, y T. Algunas veces se ve una onda U.

Encamado: Postrado en cama, casi siempre por enfermedad o invalidez.

Entrevista: Intercambio de ideas en pláticas de conversación con un propósito determinado. No llega a ser tan formal como una exposición verbal o discurso; sin embargo, es de mayor seriedad que un diálogo

Exploración: Examen de un órgano o parte por diversos medios.

Fórmula: Regla para la prescripción de ingredientes y proporciones para la preparación de un compuesto.

Hemoderivado: Todo aquel tejido que se deriva o separa a partir de la sangre.

Herida: Rotura de la continuidad de la piel.

Hospitalización: Es el ingreso que se le da a un paciente para permanecer hospitalizado en una unidad médica de Segundo o tercer nivel de atención.

Intramuscular: IM. Dentro de un músculo.

Intravenosa: IV Inyección en la vena de un fármaco estéril.

Maniobra: En obstetricia, manipulación del feto para ayudar en el parto.

Medicamento: Medicina o remedio.

Monitorear: Controlar utilizando un aparato electro médico.

Neurológico: Perteneciente a la neurología.

Ostomía: Abertura artificial quirúrgica que sirve como sitio de salida para las conexiones que ha hecho el cirujano del intestino hacia el exterior.

Oxigenoterapia: Administración de oxígeno para el tratamiento de trastornos dependientes de su deficiencia. Se utiliza para combatir la anoxia arterial aguda que puede resultar de neumonía, edema pulmonar u obstrucciones respiratorias.

Papanicolaou: Estudio para detección temprana de células cancerosas. Consiste en obtener material de áreas del cuerpo de las que se desprenden células o en las que se reúnen células desprendidas, en especial el cuello uterino y la vagina.

Pediátrico: (Gr. *País*, niño + *iatreia*, tratamiento). Concerniente tratamiento de los niños.

Peritoneal (cavidad): Espacio potencial entre las capas del peritoneo parietal y visceral.

Postmortem: Después de la muerte.

Punción: Agujero o herida hecha con un instrumento puntiagudo.

Quimioterapia: (*Therapeia*, tratamiento). En terapéutica, aplicación de reactivos químicos que tienen un efecto específico y tóxico en microorganismos que causan enfermedades.

RPBI: Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos

Secreción: proceso por el que una célula o un ser vivo vierte al exterior sustancias de cualquier clase

Somatometría: Grupo de técnicas que permiten realizar mediciones exactas de las dimensiones de un cuerpo.

Sonda: Tubo de longitud variable, flexible, de diferentes materiales que se usa con distintas finalidades.

Tamiz: Procedimiento que se realiza a partir de una muestra de sangre tomada del talón o del cordón umbilical, con la finalidad de detectar alteraciones metabólicas

Técnica: Procedimiento o método sistemático mediante la cual una labor implicada o científica se concluye.

Tópica: Perteneciente a un área definida; local.

Uterino: Porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

Vendaje: Acto de cubrir envolviendo con una pieza de gasa u otro material

Apéndice A. Consejo Editor Universidad Autónoma de Nayarit*Presidente*

López – Salazar, Juan. BsC
Rector

Vocales

Flores - Soto, Cecilio Oswaldo. PhD
Secretario General

Bugarín- Montoya, Rubén. PhD
Secretario de Investigación y Posgrado

Peña- González, Jorge Ignacio. MsC
Secretario de Docencia

Sánchez- Valdés, Arturo. BsC
Secretario de Servicios Académicos

Chávez- González, José Ricardo. BsC
Secretario de Educación Media Superior

González- Sandoval, Edgar Raymundo. BsC
Secretario de Vinculación y Extensión

Luna – López, Marcela. BsC
Secretaría de Finanzas y Administración

Apéndice B. Consejo Editor ECORFAN

Berenjeii -Bidisha, PhD.
Amity University, India

Peralta Ferriz- Cecilia, PhD.
Washington University, E.U.A

Yan Tsai- Jeng, PhD.
Tamkang University, Taiwan

Miranda Torrado- Fernando, PhD.
Universidad de Santiago de Compostela, España

Palacio- Juan, PhD.
University of St. Gallen, Suiza

David Feldman- German, PhD.
Johann Wolfgang Goethe Universität, Alemania

Guzmán Sala- Andrés, PhD.
Université de Perpignan, Francia

Vargas Hernández- José, PhD.
Keele University, Inglaterra

Aziz-Poswal , Bilal.PhD.
University of the Punjab, Pakistan

Hira- Anil , PhD.
Simon Fraser University, Canada

Villasante – Sebastian, PhD.
Royal Swedish Academy of Sciences, Suecia

Navarro Frómeta -Enrique, PhD.
Instituto Azerbaidzhan de Petróleo y Química Azizbekov, Rusia

Beltrán Morales -Luis Felipe, PhD.
Universidad de Concepción, Chile

Araujo Burgos -Tania, PhD.
Universita Degli Studi Di Napoli Federico II, Italia

Pires Ferreira Marão- José , PhD.
Federal University of Maranhão, Brasil

Raúl Chaparro- Germán , PhD.
Universidad Central, Colombia

Gandica de Roa- Elizabeth, PhD.
Universidad Católica del Uruguay, Montevideo

Quintanilla Cóndor- Cerapio, PhD.
Universidad Nacional de Huancavelica, Peru

García Espinosa- Cecilia, PhD.
Universidad Península de Santa Elena, Ecuador

Alvarez Echeverría -Francisco, PhD.
University José Matías Delgado, El Salvador.

Guzmán Hurtado- Juan, PhD.
Universidad Real y Pontifica de San Francisco Xavier, Bolivia

Tutor Sánchez -Joaquín PhD.
Universidad de la Habana, Cuba.

Núñez Selles- Alberto, PhD.
Universidad Evangelica Nacional, Republica Dominicana

Escobedo Bonilla- Cesar Marcial, PhD.
Universidad de Gante, Belgica

Armado Matute- Arnaldo José, PhD.
Universidad de Carabobo, Venezuela

