

Guía de Laboratorio

# **Enfermería en el Cuidado del Adulto 1**

Margarita Lujan Zuasnabar



Guía de Laboratorio

*Enfermería en el Cuidado del Adulto 1*

Código: 24UC00387

Material publicado con fines de estudio.

Huancayo, 2024

Todos los derechos reservados.

La *Guía de Laboratorio*, recurso educativo editado por la Oficina de Gestión Curricular, puede ser impresa para fines de estudio.

# Contenido

## **Presentación**

## **Primera Unidad**

### **Gestión del cuidado de enfermería al adulto con enfermedades respiratorias y digestivas**

#### **Semana 1:** Sesión 2

Prácticas básicas para mejorar la situación de salud del adulto en el cuidado terapéutico.

#### **Semana 2:** Sesión 2

Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al adulto con patologías respiratorias

#### **Semana 3:** Sesión 2

Cuidados de Enfermería en procedimientos utilizados en adultos con patologías digestivas

#### **Semana 4:** Sesión 2

Cuidados de Enfermería en procedimientos utilizados en adultos con patologías de las glándulas anexas al aparato digestivo

## **Segunda Unidad**

### **Gestión del cuidado de enfermería al adulto con enfermedades musculoesqueléticas y tegumentarias**

#### **Semana 5:** Sesión 2

Cuidados de Enfermería en procedimientos realizados en adultos con patologías musculoesqueléticas

#### **Semana 6:** Sesión 2

Cuidados de Enfermería en procedimientos realizados al paciente con lesiones musculoesqueléticas

#### **Semana 7:** Sesión 2

Cuidados de Enfermería en procedimientos realizados en adultos con patologías tegumentarias

**Semana 8:** Sesión 2

Evaluación parcial de los temas tratados en 1 y 2 unidad

### **Tercera Unidad**

#### **Gestión del cuidado de enfermería al adulto con enfermedades genitourinarias y del aparato reproductor**

**Semana 9:** Sesión 2

Cuidados de enfermería al adulto en procedimientos realizados al paciente con patologías genitourinarias de las vías bajas

**Semana 10:** Sesión 2

Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al paciente con patologías genitourinarias de las vías altas

**Semana 11:** Sesión 2

Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al paciente con patologías del aparato reproductor del hombre

**Semana 12:** Sesión 2

Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al paciente con patologías del aparato reproductor de la mujer

### **Cuarta Unidad**

#### **gestión del cuidado de enfermería al adulto con enfermedades infecciosas no trasmisibles y enfermedades oncológicas**

**Semana 13:** Sesión 2

Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al paciente con patologías infecciosas

**Semana 14:** Sesión 2

Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al paciente con patologías no transmisibles

**Semana 15:** Sesión 2

Cuidados paliativos a pacientes oncológicos oncológicas

**Semana 16:** Sesión 2

Evaluación practica final de todos los temas tratados en práctica.

Referencias

## Presentación

La guía práctica es un material didáctico de carácter instructivo y orientador que permite al estudiante facilitar su aprendizaje autónomo, con el apoyo y la orientación del docente, que permitan alcanzar los resultados de aprendizaje al brindar pautas orientadas al contenido de la asignatura Enfermería en el Cuidado del Adulto 1.

En el campo de la enfermería, la ejecución de procedimientos básicos de manera precisa y eficiente es fundamental para garantizar la atención adecuada y el bienestar de los pacientes. Esta guía ha sido diseñada con el objetivo de proporcionar a los estudiantes de enfermería una herramienta práctica y completa que les permita llevar a cabo estas tareas de manera segura y efectiva.

La enfermería básica abarca un conjunto de procedimientos esenciales que forman la base de la atención de enfermería en una variedad de entornos de atención médica. Desde la toma de signos vitales hasta la administración de medicamentos, entre otros, cada procedimiento tiene un papel crucial en el cuidado integral del paciente.

Esta guía no solo servirá como un recurso de referencia para recordar los pasos específicos de cada procedimiento, sino también como una herramienta educativa para identificar los cuidados de enfermería y promover la uniformidad en la práctica clínica, lo que garantiza la calidad y seguridad en la atención al paciente.

A lo largo de esta guía, exploraremos los procedimientos más comunes en enfermería aplicados en la atención del adulto con diferentes patologías, proporcionando instrucciones detalladas, consejos prácticos y precauciones importantes a tener en cuenta.

Mg. Margarita Luján Zuasnabar

# Primera **Unidad**

**Gestión del cuidado de  
enfermería al adulto con  
enfermedades respiratorias y  
digestivas**

## Semana 1: Sesión 2

### Prácticas básicas para mejorar la situación de salud del adulto en el cuidado terapéutico

Sección: ..... Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:  
..... Unidad: 1

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes practican la forma de lavado de manos, técnicas de colocación de EPP y control de SV (30 minutos) Se sortea luego el procedimiento que demostraran.

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de demostrar el lavado de manos, usos de las EPP y el control de signos vitales.

#### II. Fundamentos teóricos

El lavado de manos y el uso de Epps son procedimientos que ayudan a prevenir enfermedades y su propagación; así como el control de signos vitales que es un procedimiento importante para detectar alteraciones en la atención del adulto hospitalizado.

#### III. Equipos / Materiales

Tabla 1

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	tensiómetro	aneroide	1
2	estetoscopio		1
3	termómetro	digital	1

##### 3.1 Equipos

Tabla 2

Ítem	Material	Cantidad
1	Jabón Líquido	1

<b>2</b>	Papel Toalla	1
<b>3</b>	Guantes	1
<b>4</b>	Mandilón descartable	1
<b>5</b>	Cofia	1
<b>6</b>	Mascarilla	1

### **3.2 Materiales**

## **IV. Indicaciones y procedimientos**

### **Lavado de manos clínico**

Duración total del procedimiento: 40 a 60 segundos

- Retírarse los anillos, pulseras y reloj; Mójese las manos con agua, aplíquese suficiente cantidad de jabón antiséptico, en cantidad suficiente para cubrir toda la superficie de las manos
- Frótese las palmas de las manos entre sí.
- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazándose los dedos y viceversa
- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose las manos.
- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándole con la mano derecha y viceversa.
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
- Enjuáguese la mano con abundante agua a chorro
- Séquese las manos cuidadosamente con papel toalla
- Utilice un papel toalla para cerrar el grifo y deséchelo
- Ahora sus manos son seguras

### **Procedimiento: Técnica de colocación de EPP:**

- Después de realizarse el lavado de manos las manos; siguiendo los pasos adecuados con la técnica aséptica correcta y teniendo listo los EPP.
- Empiezan colocándose la bata, luego la mascarilla (gafas protectoras opcional), cofia y por último los guantes.
- Para retirar se empieza por los guantes, higienizar manos, retirar la bata, higienizar las manos retirar el gorro, y mascarilla finalmente lavado de manos

### **Procedimientos: Control de Signos Vitales**

- Identifica los materiales y equipos a utilizar para la toma de signos vitales.
- Se lava las manos
- Realiza la preparación del equipo, psicológica, ambiente y física del paciente antes de iniciar con el procedimiento.
- Verifica que se cumplan los requisitos para la toma de S.V
- Limpia la axila del paciente, verifica que el termómetro este operativo y limpia del bulbo al tallo.
- Coloca el termómetro en la axila y espera el tiempo de acuerdo al termómetro usado. Colocando el brazo sobre el pecho
- Con el otro brazo en posición de semipronación sobre una superficie de apoyo controla el pulso y respiración.
- Luego controla la presión arterial y saturación de oxígeno.
- Anota en la libreta los datos obtenidos y compara los valores del paciente con los valores normales e identifica si hay alteraciones.
- Agradece al paciente, elimina los desechos y se lava las manos.

### **Actividades complementarias**

- Retroalimentación del tema
- Lectura sobre lavado de manos, video de colocación de EPPs, control de Signos vitales
- Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud/ ministerio de salud, Dirección General de Prestaciones de salud, Dirección de calidad en salud- Lima –Ministerio de Salud RM N° 255- 2016 Perú

## Semana 2: Sesión 2

### Cuidados de enfermería en procedimientos realizados al adulto con patologías respiratorias

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:  
..... Unidad: 1

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Los grupos de estudiantes deben seguir las explicaciones del docente sobre la administración de oxígeno, los cuidados a pacientes con traqueotomía, manejo de drenaje torácico, apoyo en toracocentesis, manejo de AGA y obtención de muestras respiratorias. Posteriormente se sortearán los procedimientos para su presentación

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de demostrar la administración terapéutica del oxígeno, brindar cuidados específicos a los pacientes con traqueotomía, y obtener muestras de vías respiratorias. Además, demostrara el manejo de drenaje torácico, apoyo en toracocentesis y el manejo de AGA

#### II. Fundamentos teóricos

La oxigenoterapia es una herramienta fundamental para el tratamiento de afecciones respiratorias u otras patologías que comprometan la vía aérea. Asimismo, La aplicación de cuidados a pacientes con traqueotomía ayudara a prevenir infecciones y otros problemas respiratorios. Por último, se utilizan procedimientos para facilitar la evacuación de líquido pleural como parte del tratamiento o diagnostico en pacientes que tienen afectada la función pulmonar.

#### III. Equipos / Materiales

##### 3.1 Equipos

Tabla 3

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Balón de oxígeno	Sistema empotrado	1

2	humificador	De plástico	1
3	Manómetro con flujómetro	Metálico	1
4	Equipo de curación	Estéril	1
5	Riñonera		1
6	Sistema cerrado de aspiración de secreciones	Estéril	1
7	manómetro		1
8	Equipo de Drenaje torácico (pleurevac)		1

### 3.2 Materiales

Tabla 4

Ítem	Material	Cantidad
1	Mascara de Venturi	1
2	Agua destilada	1
3	Canula nasal	1
4	Mascarilla facial simple	1
5	Conexiones	1
6	Pulsioxímetro	1
7	Esparadrapo	1
8	Jabón Líquido	1
9	Papel Toalla	1
10	Guantes estériles	1
11	Mandilón descartable	1
12	Cofia	1
13	Mascarilla	1
14	Tubo de Aspiración	1
15	Sondas de Aspiración	1
16	Yodo povidona	1
17	Clorhexidina 2%	1
18	Jeringas de 20 CC.	1
19	Gasas Estériles, apósitos	5
20	Pasadores	1
21	Sujetador de traqueotomía	1
22	Frascos de boca ancha tapa rosca para muestras	1
23	Esparadrapo	1
24	Antiséptico	1
25	Guantes no estériles	1

<b>26</b>	Gasas	1
<b>27</b>	Esparadrapos	1
<b>28</b>	Jeringa de gasometría	1
<b>29</b>	Pinza kocher	1
<b>30</b>	Catéter	1
<b>31</b>	Pleurevac	1

## IV. Indicaciones y procedimientos

### Procedimientos actividades o tarea de la administración de oxígeno

- Realiza lavado de manos clínico antes y después del procedimiento.
- Explica al paciente o familia el procedimiento a realizar.
- Prepara el equipo y material.
- Instala el flujómetro a la fuente de O<sub>2</sub> empotrado o balón.
- Llena el frasco humidificador con agua destilada hasta los 2/3 con el medidor de flujo y conectarlo al flujómetro.
- Comprueba el funcionamiento del humidificador (verifica el burbujeo del O<sub>2</sub>).
- Coloca al paciente en posición semifowler.
- Evalúa y verifica la permeabilidad de las vías aéreas (Elimina las secreciones bucales, nasales y traqueales).
- Conecta el extremo distal del dispositivo de oxígeno al humidificador.
- Ajusta el flujo de O<sub>2</sub> a la dosis indicada y verifica su salida por los vástagos.
- Coloca los vástagos en las narinas y la conexión por encima de las orejas y debajo del mentón luego ajusta el pasador (fija con esparadrapo en ambos lados de la cara en pacientes neonatales y lactantes).
- Ajusta la concentración de O<sub>2</sub> de acuerdo a Sat de O<sub>2</sub> y/o gasometría.
- Selecciona el apropiado pulverizador de la máscara de Vénturi: Verde hasta 35%, blanco hasta el 50%.
- Coloca la mascarilla sobre la nariz, boca y mentón del paciente, luego ajustar las bandas elásticas alrededor de la cabeza.
- Adapta la tira metálica al contorno de la nariz del paciente (con ello se evite la fuga de oxígeno hacia los ojos o mejillas).
- Controla regularmente que la mascarilla este en posición correcta.

- Verifica que la cinta no irrite el cuero cabelludo, ni los pabellones auriculares.
- Conecta la mascarilla a la fuente de oxígeno, abre el medidor de flujo hasta 15 litros y espera que la bolsa se llene de aire.
- Regula la cantidad de oxígeno de acuerdo a la necesidad del paciente o indicación médica.
- Coloca la mascarilla sobre la nariz, boca y mentón del paciente, tira los extremos hasta que la mascarilla quede bien ajustada en la cara.
- Adapta la tira metálica al contorno de la nariz del paciente.
- Verifica que exista movimiento de la bolsa concordante con la respiración del paciente y comprobar si existen pérdidas de oxígeno.
- Rotula el dispositivo con la fecha de inicio en un lugar visible.
- Monitoriza funciones vitales, Saturación de O<sub>2</sub> y detecta signos de alarma.
- Cambia los dispositivos de oxígeno cada 72 horas.
- Documenta el procedimiento en el registro de enfermería.

## **V. Indicaciones y procedimientos**

### **5.1 Técnica de aspiración de secreciones.**

- Preparar el material que se va a utilizar
- Verificar el funcionamiento correcto del equipo de aspiración, así como verificar la disponibilidad de los materiales necesarios.
- Poner en marcha la unidad de aspiración y ajustar el regulador de vacío a una presión de 100 mmHg a 120 mmHg.
- Realizar el lavado de manos correctamente antes de realizar el procedimiento.
- Realizar la colocación de EPPs correctamente antes de realizar procedimiento.
- Proceda a realizar la higiene de la cavidad oral con ayuda del personal de apoyo.
- El personal de apoyo procederá a presentar de manera estéril los materiales para la aspiración de secreciones en la mucosa oral, cánula de aspiración y tubo de aspiración.
- Proceda a realizar la aspiración de secreciones en la mucosa oral, introduciendo la cánula hacia la oro faringe, lentamente sin aspirar hasta encontrar una resistencia y proceda a aspirar intermitentemente de forma lenta y

progresiva el extremo de la cánula de aspiración con apoyo del dedo pulgar retirando la sonda fuera de la boca del paciente y repita el procedimiento, en cada aspiración proceda a limpiar la sonda aspirando con agua estéril.

- Proceda a realizar la aspiración de la traqueotomía dependiendo del sistema que tenga en el paciente.
- En el caso que el paciente presente un sistema de aspiración cerrado, introduzca la sonda suavemente sin succión, cuando el paciente presente tos o encuentre una resistencia extraiga la sonda hacia atrás aspirando intermitentemente de forma lenta y progresiva, taponando con el dedo pulgar el extremo del sistema cerrado, este procedimiento no debe durar más de 15 segundos, seguido de la limpieza de la cánula con agua estéril conectado con la jeringa de 20 cc en el tapón para instilar ayudado por el personal de apoyo, este procedimiento se realizara un máximo de 2 veces.
- En el caso que el paciente presente un sistema de aspiración abierto, introduzca la sonda suavemente sin succión, cuando el paciente presente tos o encuentre una resistencia extraiga la sonda hacia atrás aspirando intermitentemente de forma lenta y progresiva, taponando con el dedo pulgar el extremo del sistema cerrado, este procedimiento no debe durar más de 15 segundos, seguido de la limpieza de la cánula con agua estéril, este procedimiento se realizara un máximo de 2 veces.
- No olvidar utilizar una sonda nueva en cada aspiración, así como hiperoxigenar antes y después de realizar el procedimiento.
- Manejar los desechos; eliminar y segregarse de residuos.

#### ➤ **5.2 Cuidados de Enfermería al paciente con traqueotomía.**

- Preparar el material, lavado de manos, colocación de EPPs correctamente antes de realizar procedimiento.
- "Preparar psicológicamente y poner en una posición adecuada al paciente; valorar el estado del estoma y la traqueotomía antes de realizar el procedimiento.
- Proceda a realizar la higiene de la cavidad oral con clorhexidina 2%, cepillo y jeringa de 20cc y su cuidadosa aspiración según técnica descrita, seguido de hidratar los labios con vaselina o cualquier otro lubricante.
- Proceda a realizar la técnica de aspiración de la cánula de traqueotomía, ya sea por sistema abierto o cerrado,

aplicando la técnica descrita, realizar la limpieza de la cánula de traqueotomía, retirando esta del estoma y remojándola en agua oxigenada, seguido de su limpieza.

- Realizar la comprobación de la presión del balón interno con la ayuda de un manómetro o mediante el tacto hasta obtener la textura de la punta de la nariz.
- Realice la limpieza del estoma con clorhexidina, gasas estériles y suero fisiológico, realizando movimientos circulares de adentro hacia afuera del estoma.
- Proteger el estoma del paciente con ayuda de un babero traqueal o gasas estériles y su correcta sujeción al cuello del paciente mediante el sujetador de traqueotomía o pasadores estériles.
- Proceda a la eliminación de los recursos usados y su correcta segregación, seguido del lavado de manos, retiro de EPPs y registrar en la H:C.

### ➤ **5.3 Cuidados de Enfermería al paciente con toracotomía.**

- Preparar el material, lavado de manos antes de realizar el procedimiento y colocación de EPPs correctamente antes de realizar procedimiento.
- Valorar el estado del apósito y la toracotomía antes de realizar el procedimiento.
- Realice el aseo y limpieza de la toracotomía.
- Proceda a retirar las gasas y apósitos sucios de la toracotomía.
- Solicite al personal de apoyo la presentación estéril de guantes, gasas y equipo de curación.
- Proceda a la colocación estéril de guantes quirúrgicos.
- Proceda a hacer uso de la pinza crile para hacer uso de las gasas estériles y solicite al personal de apoyo la instilación de yodo povidona a la gasa.
- Proceda a aplicar la gasa hacia la herida desde los bordes de esta hacia afuera, con una gasa distinta en cada trazo de limpieza.
- Proceda a limpiar el antiséptico con ayuda del suero fisiológico realizando el paso anterior de la misma forma hasta la desaparición de esta, secar el área limpia, colocar apósito en el sitio de inserción y proteja esta con esparadrapo.
- Eliminación de los recursos usados y su correcta segregación, seguido del lavado de manos y retiro de EPPs.

- Durante la realización de este procedimiento se deberá vigilar posibles signos de infección como fiebre, enrojecimiento o exudado purulento.
- Verificar el equipo de drenaje constantemente, así como la cantidad de eliminación y la fluctuación en el drenaje.
- Se deberá medir la cantidad de líquido salido en determinados horarios.

➤ **5.4 Toma de muestra de vías respiratorias.**

- Preparar el material para la toma de muestras.
- Realizar el lavado de manos correctamente antes de realizar el procedimiento.
- Realizar la colocación de EPPs correctamente.
- Para la toma de esputo espontaneo, la enfermera deberá entregar al paciente el frasco estéril de boca ancha con tapa rosca con sus datos respectivos, mencionando que esta debe de ser una expectoración matinal profunda y en su mayoría de mucosidad.
- Para el aspirado traqueal se realizará el procedimiento de aspiración de secreciones ya mencionado, se agregará al sistema de aspiración y tubo de aspiración el espécimen que sirve como un vacío donde queda la muestra estéril y puede utilizarse en tubo endotraqueal, traqueotomía, o sin vías aéreas artificiales.

**5.6 Actividades complementarias**

- ✓ Retroalimentación del tema
- ✓ Lectura sobre aspiración de secreciones, video de aspiración de secreciones en traqueotomía y cuidado de toracotomía.
- ✓ Actividad realice un flujograma del correcto proceso de aspiración de secreciones en traqueotomía.

**Indicaciones y procedimientos para el AGA**

**Preparación al paciente:**

- Antes de realizar la técnica es necesario explicar al paciente claramente la técnica a realizar y aclarar cualquier duda al paciente y/o familiar.
- Colocar al paciente de decúbito supino y ubicar la arteria radial:

- Se estabiliza la muñeca sobre una toalla pequeña o paño enrollado
- Flexión dorsal de la muñeca en 30°
- Realizar el test de Allen
- En la Arteria femoral:
  - se gira la pierna ligeramente hacia fuera
  - se elige un punto próximo al pliegue inguinal, unos 2 cm por debajo del ligamento inguinal
- En la Arteria braquial:
  - Se coloca una toalla enrollada bajo el codo del paciente mientras se hiperextiende el codo
  - Se rota la muñeca del paciente hacia fuera

### **Procedimiento para la punción arterial**

1. Colocar al paciente según la arteria elegida
2. Realizar el lavado de manos
3. Colocarse los guantes
4. Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio
5. Desinfección de la zona de punción con la gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario
6. Realizar la punción con la mano dominante:  
( 45° en la radial, 60° en la braquial, 90° en la femoral)

### **Procedimiento para la extracción de la sangre**

1. Observar la aparición de flujo sanguíneo retrógrado sin necesidad de aspirar
2. Extraer la muestra, evitando la entrada de aire
3. Retirar la aguja y la jeringa
4. Presionar sobre el punto de punción con una gasa firme y constante, entre 5 a 10 minutos
5. Colocar apósito compresivo sobre el lugar de punción y fijarlo con esparadrapo, ejerciendo ligera presión
6. Agitar ligeramente la muestra para evitar la coagulación
7. Desconectar la aguja de la jeringa, desechándola en el contenedor de objetos punzantes.
8. Eliminar las burbujas de aire, colocar el tapón de jeringa y etiquetar
9. Retirar el material utilizado y/o desecharlo
10. Quitarse los guantes y realizar lavado de manos higiénico
11. Procesar la muestra, teniendo en cuenta si el paciente tiene oxigenoterapia el flujo de O<sub>2</sub>.

## Cuidados y precauciones

Para evitar las **complicaciones** se debe tener en cuenta las siguientes **precauciones**:

- Elegir una arteria fácilmente accesible y que comparta con otra la irrigación de un tercero (la arteria radial).
- Realizar la técnica de punción correctamente
- Si el paciente tiene oxigenoterapia y queremos obtener una muestra basal, debemos esperar 30 minutos tras el cese de la administración de oxígeno
- En pacientes anticoagulados aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia.

Los **cuidados** serán:

- Tras la punción, controlar el pulso cada 10 minutos durante media hora para asegurarnos que no hay lesión en la arteria o nervio.
- Si la punción se realiza en la arteria femoral, el riesgo de hemorragia y hematoma es mayor, por lo que el tiempo de compresión será de 10 a 20 minutos.

### Valores normales de la gasometría

Pa O <sub>2</sub> .....	75-100 mmHg
PaCO <sub>2</sub> .....	38-42 mmHg
Ph sangre arterial .....	7,38-7,42
Sat O <sub>2</sub> .....	94 -100%
HCO <sub>3</sub> (bicarbonato).....	22-28 mEq/litro

## Test de ALLEN

Nos ayuda a determinar la permeabilidad de la circulación colateral de las arterias radial y cubital del paciente, antes de realizar la punción arterial.

Procedimiento:

- Colocar la palma de la mano hacia arriba, para observar los cambios de color, pidiendo al paciente que apriete el puño.
- Comprimir simultáneamente las arterias radial y cubital con los dedos índice y medio, obstruyendo el flujo sanguíneo arterial de

la mano, mientras el paciente abre y cierra la mano varias veces

- Observar que la palma de la mano tendrá un color pálido, al no tener flujo arterial
- Liberar la presión de la arteria cubital, y vigilar el tiempo que tarda el color de la palma de la mano en reaparecer:
- Se recupera en 7 segundos, el test es positivo por lo que se asegura la permeabilidad de la circulación colateral
- Si tarda entre 8-14 segundos, el resultado es dudoso
- Si tarda más de 15 segundo el test es negativo
- Este proceso se repite liberando la arteria radial

## Semana 3: Sesión 2

### **Cuidados de enfermería en procedimientos utilizados en adultos con patologías digestivas**

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:

..... Unidad: 1

Nombres y apellidos:.....

#### **Instrucciones**

Seguir las explicaciones del docente; los estudiantes se formarán por grupos y practicarán los cuidados hacia pacientes con nutrición enteral y parenteral, manejo del paciente con intolerancias gástricas, recolección de muestras gástricas. Además, se observará al docente de como colocar la vía endovenosa y recoger la muestra de sangre, seguidamente se prepara tus materiales y el compañero con el cual demostraras como se realiza la administración de medicamentos por vía endovenosa, recolección de muestra de sangre y venoclisis. Por último, el docente hará una pregunta sobre trasfusión sanguínea, previo a haber entregado el resumen sobre el tema.

#### **I. Propósito**

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de brindar cuidados específicos en los pacientes con nutrición enteral y parenteral, intolerancias gástricas, asistencia en paracentesis y recolección de muestras gástricas. Además, se demostrará la administración de medicamentos por vía endovenosa, venoclisis, recolección de muestras de sangre y trasfusión sanguínea.

#### **II. Fundamentos teóricos**

La atención especializada que pueda recibir el paciente con patologías digestivas es fundamental para su recuperación, el soporte nutricional, irrigación de fluidos o extracción de contenido gástrico ya que, es parte del tratamiento o medios de diagnóstico que favorecerán al restablecimiento de su salud. De igual manera, estos procedimientos permiten el establecimiento de un acceso a la circulación, importante en el tratamiento de los pacientes con diferentes patologías.

### III. Equipos / Materiales

#### 3.1 Equipos

Tabla 5

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Bomba de infusión		1
2	Equipo de curación		1
3	Estetoscopio		1
4	Riñonera	Metálica	1
5	Soporte	Metálica	1
6	Equipo de transfusión	Descartable	1

#### 3.2 Materiales

Tabla 6

Ítem	Material	Cantidad
1	Jabón líquido	1
2	Papel toalla	1
3	Guantes estériles	1
4	Guardapolvo	1
5	Cofia	1
6	Mascarilla	1
7	Suero salino	1
8	Agua estéril	1
9	Frascos para muestra de heces	1
10	Frascos de vidrio	1
11	Extensiones dis	1
12	Llaves de triple vía	1
13	Sistemas de infusión radiopacos	1
14	Cetojeringa	1
15	Jeringa de alimentación	1
16	Frascos de eliminación de residuos	1
17	Caja punzocortante	1
18	Esparadrapo	1
19	Jeringa de 20 con pivote excéntrico	1
20	Suero Fisiológico	1
21	Ligadura	1
22	Alcohol	1
23	Abocath	1
24	Esparadrapo	1

## IV. Indicaciones y procedimientos

### Nutrición enteral.

- Preparar el material (cetojeringa o jeringa de alimentación, agua, recipiente para descarte de líquidos, dieta para paciente según indicación médica, guantes limpios, gasas estériles).
- Realizar el lavado de manos y colocación de EPPs correctamente antes de realizar procedimiento.
- Valorar al paciente y reconocer el tipo de sonda que este posee para poder dar la nutrición enteral al paciente (sonda nasogástrica, sonda nasoduodenal, sonda nasoyeyunal u ostomias como la gastrostomía o yeyunostomía).
- Proceda a verificar la posición adecuada de la sonda.
  - En caso de la Sonda nasogástrica mediante la aspiración de contenido gástrico o verificación de sonidos gástricos mediante la insuflación de aire por la sonda y su auscultación en el epigastrio (gorgoteo).
  - En caso de gastrostomías se podrá realizar mediante la medición del pH e inflado del balón.
  - En yeyunostomias se observará que la ostomia no se haya movido de número.
- Realizar la administración de la dieta según indicación médica lentamente.
- Luego de administrar la dieta instile agua limpia para dejar limpio la sonda.
- Proceda a realizar los cuidados de la sonda utilizada.
  - En caso de las sondas nasogástricas, nasoduodenal, nasoyeyunal realice la limpieza de las fosas nasales y limpieza de boca con una gasa y agua limpia, al igual que la revisión de la integridad de la sonda y la movilidad de la sonda para evitar lesiones por presión.
  - En caso de las ostomias vigilar y cuidar la piel, realizando la limpieza con agua y jabón neutro luego de brindar la dieta del paciente.
- Realice constantemente la educación al paciente y familia sobre la protección de la sonda o estoma, como mantener permeables las sondas y forma de otorgar la dieta en caso de alta.
- Eliminación, segregación de residuos y lavado de manos.

### Nutrición Parenteral.

- Preparación del material (Bomba de infusión, equipo de infusión, extensión dis, llave de triple vía, soluciones de nutrición parenteral según indicación médica, campos fenestrados estériles, gasas estériles, guante estéril, gorro, mascarilla, equipo de curación y esparadrapo).

- Realizar el lavado de manos y la colocación de EPPs correctamente antes de realizar procedimiento.
- Valorar al paciente y asegurarse la ubicación correcta del catéter antes de iniciar la nutrición parenteral.
  - Se brindará la nutrición parenteral por CVC cuando la osmolaridad supera los 700-800 mOsm/L.
  - Se brindará la nutrición parenteral por vía periférica cuando la osmolaridad es menor a los 700-800 mOsm/L (raras veces).
- Prepare el material a utilizar.
  - Verifique el frasco o bolsa de nutrición parenteral, sea estos lípidos, aminoácidos, vitaminas o carbohidratos buscando que ninguno presente fugas, roturas, partículas o fechas caducadas.
  - En caso de la nutrición parenteral preparada por el servicio de farmacia deberán mantenerse en la refrigeradora, antes de usarse deberá de sacarla a temperatura ambiente 30 – 60 minutos antes.
  - Repita el procedimiento de lavado de manos y cálcese nuevos guantes estériles y proceda a preparar los materiales: campo fenestrado, gasas estériles, extensión dis o llave de triple vía según la disponibilidad, bomba de infusión y equipos de infusión radiopacos o sistemas preparados con cautela para cuidar la nutrición parenteral de la luz y esparadrapo, ayúdese del personal de apoyo.
  - En todo el procedimiento deberá mantener la esterilidad de los insumos y materiales.
- Compruebe antes de la administración, al paciente, la nutrición parenteral, hora y vía de administración es la correcta.
- La nutrición parenteral en su mayoría se otorgará por medio de una vía central (lumen medial), en algunos casos se podrá otorgar por una vía periférica.
- Monte la secuencia del sistema de bomba de infusión y programe el equipo según las indicaciones médicas.
- Proceda a conectar los sistemas de bomba de infusión a la extensión dis o llave de triple vía y esta hacia el lumen medial de la vía central, proceda a proteger la conexión con gasas estériles y esparadrapo.
- Ponga en funcionamiento los sistemas de bomba de infusión.
- Realice constantemente la educación al paciente y familia sobre nutrición parenteral y la cuidadosa higiene hacia la vía central para evitar eventos adversos en el paciente.
- Eliminación y segregación de residuos, registre en la historia.

### **Medición del residuo gástrico.**

- Preparación del material (cetojeringa o jeringa de alimentación, guantes estériles, gorro, mascarilla, dieta indicada del paciente, recipiente para agua y agua limpia).
- Realizar el lavado de manos la colocación de EPPs. Eleve la cama del paciente alrededor de 30° - 45° y verifique si este cuenta con sonda para nutrición enteral.
- Verifique la permeabilidad, localización y fijación de la sonda de alimentación enteral.
- Verifique el residuo gástrico, instilando alrededor de 20 cc de aire con la cetojeringa o jeringa de alimentación.
  - Verifique si el residuo gástrico es de contenido alimenticio.
  - Verifique si el residuo gástrico es de contenido bilioso.
  - Verifique si el residuo gástrico es de contenido hemático o porraceo.
- Cuantifique la cantidad de residuo drenado.
  - Si el residuo es menor de 200 ml, es indicado dar la dieta según indicación del médico.
  - Si el residuo es mayor de 200 ml, y es de contenido alimenticio proceda a dar la mitad de la dieta indicada por medicina y apoyar con procinéticos, evaluar residuo gástrico a las 2 horas siguientes para verificar intolerancias gástricas.
  - Si es residuo es mayor de 200 ml, y presenta contenido bilioso proceda a dar la mitad de la dieta indicada por medicina y agua libre 100 cc cada 2 horas, apoyar con procinéticos, evaluar residuo gástrico a las 2 horas siguientes para verificar intolerancias gástricas.
  - Si es residuo es mayor de 200 ml, y presenta contenido porraceo, cancele la dieta y solicite evaluación a medicina.
- Para muestra del residuo gástrico se deberá obtener una muestra estéril con una jeringa de 10 cc y colocar esta en frascos de vidrio estériles con datos del paciente.

### **Lavado gástrico.**

- Organizar el material.
- Realizar el lavado de manos y la colocación de EPPs Eleve la cama del paciente alrededor de 30° - 45° y verifique si este cuenta con sonda para nutrición enteral. Y la preparación psicológica del paciente.
- Verifique la permeabilidad, localización y fijación de la sonda de alimentación enteral.
- Verifique el residuo gástrico, instilando alrededor de 20 cc de aire con la cetojeringa o jeringa de alimentación.
- Proceda a aspirar la sonda con el contenido gástrico.

- Proceda a instilar 200 cc de agua tibia por la sonda, masajee suavemente el epigastrio y evacue el contenido con ayuda de la jeringa de alimentación o cetojeringa.
- Repita esta operación hasta que el contenido salga claro, no recomendándose mayor de 12 veces.
- Proceda a clampar la sonda de alimentación y dar reposo gástrico al paciente por 2 horas, posteriormente otorgue 100 ml de agua limpia y proceda a realizar los controles 2 horas después para verificar si la intolerancia gástrica se mantiene.
- Eliminación y segregación de residuos, anotar en la H.C.

## Semana 4: Sesión 2

# Cuidados de enfermería en procedimientos utilizados en adultos con patologías de las glándulas anexas al aparato digestivo

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:

..... Unidad: 1  
Nombres y apellidos:.....

### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; los estudiantes se formarán por grupos y practicarán la asistencia en paracentesis y como colocar la vía endovenosa, venoclisis, transfusión sanguínea y recoger la muestra de sangre.

### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de brindar cuidados específicos en los pacientes con paracentesis, demostrar como canalizar una vía endovenosa y la trasfusión sanguínea.

### II. Fundamentos teóricos

El enfermero asiste al médico en procedimientos especiales que van a ayudar a confirmar el diagnóstico y descartar infecciones de líquido ascítico. Así como, controlar los signos vitales para detectar complicaciones y situaciones en la que no se debe realizar.

### III. Equipos / Materiales

#### 3.1 Equipos

Tabla 7

Ítem	Equipo	Cantidad
1	Equipo de curación	1
2	Equipo de perfusión o equipo de venoclisis	1
3	Equipo para toma de funciones vitales	1

### 3.2 Materiales

Tabla 8

Ítem	Materiales	Cantidad
1	Catete periférico de calibre grueso para punción abdominal	1
2	Caja Punzocortante	1
3	Jeringa de 10 cc	1
4	Anestésico local	1
5	Agujas hipodérmicas	1
6	Yodo Povidona	1
7	Gasas estériles	1
8	Jabón	1
9	Bata estéril	1
10	Guantes estériles	1
11	Esparadrapo	1
12	Frascos estériles de vidrio	1
13	Frascos de vacío de 1lt	1

➤ **Asistencia en paracentesis.**

- Reparación del material (catéter periférico de calibre grueso para punción abdominal, caja punzocortante, jeringas de 10 cc, anestésico local, agujas hipodérmicas, yodo povidona, gasas estériles, jabón, equipo de curación, bata estéril, guantes estériles, esparadrapo, frascos estériles de vidrio y frascos de vacío de 1 litro, equipo de perfusión o equipo de venoclisis, equipos para toma de funciones vitales).
- Lavado de manos y la colocación de EPPs .
- Informar al paciente y familia el procedimiento a realizar.
- Realice el control de signos vitales del paciente.
- Colocar al paciente en posición semi fowler.
- Limpieza con agua y jabón en la zona de punción elegida por el médico.
- Secar la zona con gasas estériles.
- Proceda a realizar nuevamente el lavado de manos y cálcese los guantes estériles.
- Desinfecte la zona de punción con yodo povidona con movimientos circulares de adentro hacia afuera, dejando actuar por 2 minutos.
- Punción del sitio elegido por el médico.
- Si la paracentesis es diagnóstica, la enfermera deberá pasar al médico 2 frascos de vidrio estériles previamente identificados con los datos del paciente, para la toma de muestra.

- Si la paracentesis es evacuatoria conectar al sistema de drenaje, o a un equipo de venoclisis guiado a un recipiente para su eliminación.
- Verificar la salida del líquido ascítico, esta debe de ser lenta y continua.
- Fijar el catéter con esparadrapo.
- Coloque un apósito estéril.
- Eliminación y segregación de residuos.
- Indique al paciente y familiares mantener al paciente en reposo por 1 hora después del procedimiento.
- Realice el control de signos vitales durante y al finalizar.
- Valore signos de hemorragia, así como el apósito en las siguientes horas (cantidad y color).

### **Procedimiento para inyección intravenosa y venoclisis**

- Solicitar o verificar la indicación médica o receta
- Lavado de manos y recordar en todo momento los 10 correctos
- Preparación de materiales. (jeringa de 20 con pivote excéntrico, suero fisiológico, ligadura, alcohol, algodón, abocath, equipo de venoclisis, esparadrapo)
- Preparación psicológica, del ambiente y física del paciente.
- Colocarse los guantes, y ubicar la vena, colocar la ligadura a 5 cm sobre el sitio de punción, aplicar métodos para distender la vena, hacer puño.
- limpiar la zona de punción.
- fijar la piel e introducir la aguja o catéter en ángulo de 15° o 0° Con la mano no dominante fije la jeringa o catéter
- aspire jalando el embolo, (si es el catéter verificar que hay retorno y retirar la guía) debe salir sangre, suelte la ligadura y dejar de hacer puño
- Inyectar lentamente la solución (I, V), si es catéter conecte al equipo de venoclisis, compruebe el goteo, que no haya extravasación, fijar con el esparadrapo) observe también al paciente.
- Para retirar, colocar una torunda de algodón sobre la zona de punción.
- Retirar la aguja o abocath en el mismo ángulo que se introdujo y presionar con el algodón

- Dejar cómodo al paciente
- Descartar el material usado y dejar todo limpio y en su lugar

**Procedimiento: de recolección de muestra de sangre con jeringa y vacutainer**

[https://www.youtube.com/watch?v=JvJ\\_ZN5DJDC](https://www.youtube.com/watch?v=JvJ_ZN5DJDC)

<https://www.youtube.com/watch?v=UqjE0U+MLf0>

# Segunda

# Unidad

**Gestión del cuidado de enfermería al adulto  
con enfermedades musculoesqueléticas y  
tegumentarias**

## Semana 5 y 6: Sesión 2

### Cuidados de enfermería en procedimientos realizados en adultos con patologías musculoesqueléticas

Sección: ..... Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente: .....  
..... Unidad: 2

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes practican los tipos de vendaje, tipos de inmovilización (30 minutos), elaborarán los cuidados del paciente con tracción y los cuidados de pacientes del muñón en pacientes amputados. Se sortea el procedimiento que demostraran.

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de demostrar los tipos de vendaje, tipos de inmovilización, manejo de paciente con tracción y con muñón en pacientes amputados.

#### II. Fundamentos teóricos

Las técnicas de inmovilización tienen como objetivo disminuir la lesión, facilitar la recuperación y evitar complicaciones; a la vez conocer el uso de dispositivos facilita la movilización a pacientes con patologías musculoesqueléticas.

#### III. Equipos / Materiales

##### 3.1 Equipos

Tabla 9

Ítem	Equipo	Cantidad
1	Equipo de curación	de 1

##### 3.2 Materiales

Tabla 10

Ítem	Material	Cantidad
1	Jabón Líquido	1
2	Cojines	Varios
3	Papel toalla	1
4	Guantes	1
5	Guardapolvo	1
6	Cofia	1
7	Mascarilla	1
8	Vendas de diferentes tamaños	Varios
9	Esparadrapos	1
10	Tijeras	1
11	Collarín	1
12	Algodón	1

## IV. Indicaciones y procedimientos

### Procedimiento: Tipos de vendaje

- Higiene de manos y colocación de EPP.
- Explique al paciente o familiar sobre el procedimiento a realizar.
- Prepare los materiales a utilizar y traslade a la unidad del paciente.
- Preparación psicológica y preservar la intimidad del paciente.
- Colocar en una posición funcional el miembro que será vendado y las articulaciones ligeramente flexionadas.
- La zona en que se aplicará el vendaje debe estar limpia y seca.
- Si hay herida, curarla antes de aplicar vendaje.
- Retire anillos de la extremidad a vendar e indicar que no se han de volver a colocar hasta la retirada definitiva del vendaje.
- Comience el vendaje sujetando el rollo en una mano y el extremo inicial en la otra. La venda debe desenrollarse siempre de izquierda a derecha (en personas diestras).
- Inicie el vendaje desde la zona distal hacia la proximal y de la cara interna hacia la externa (o de acuerdo con la zona y tipo de vendaje que se realizará).
- Aplique el vendaje de forma homogénea, ejerciendo la presión idónea dependiendo del tipo de vendaje.
- Almohadillar las prominencias óseas.
- Si se trata de sujetar un apósito, cubrir éste con el vendaje sobrepasando el borde al menos en 5 cm a cada lado.
- Finalice el vendaje en una zona alejada de la lesión y sujetar con esparadrapo.

- Preguntar al paciente si siente molestias en algún punto del vendaje o valorar la circulación.
- Higiene de manos.
- Registre el procedimiento.

**Procedimiento: Tipos de inmovilización**

- Higiene de manos y colocación de EPP.
- Explicar al paciente o familiar sobre el procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Valore la lesión del paciente para identificar el tipo de inmovilización.
- Prepare el material a utilizar y traslade a la unidad del paciente.
- Colocar al paciente en la posición indicada de acuerdo con el tipo de inmovilización requerida.
- Colocar el inmovilizador al paciente de acuerdo con la zona afectada.
- Valore la circulación y sensibilidad en caso de lesión de extremidades.
- Observe la característica de la respiración, cuando se inmovilice el tórax.
- Soltar la inmovilización por periodos cortos.
- Vigile la aparición de complicaciones por la inmovilización.
- Evalúe continuidad de la inmovilización a necesidad del paciente.
- Registre el procedimiento.

**Procedimientos: cuidados de paciente con tracción**

- Higiene de manos y colocación de EPP.
- Explicar al paciente o familiar sobre el procedimiento a realizar.
- Fomente las actividades de distracción y autocuidado en el paciente.
- Fomente la movilización máxima dentro de los límites de tracción
- Mantenga en una posición adecuada para colocar la pierna o brazo en posición neutral.
- Facilitar los cambios de posición ligero.
- Valore el estado circulatorio de la extremidad, minutos después de colocada la tracción.
- Valore la presencia de complicaciones como LPP, neumonías, estreñimiento, etc.
- Registre la fecha y hora de la colocación de la tracción.

**Procedimiento: Cuidado del muñón en paciente amputados.**

- Lávese las manos según la técnica adecuada y colóquese EPP.

- Explique al paciente el procedimiento a realizar.
- Valore la herida quirúrgica en busca de inflamación, rubor o pus y los apósitos.
- Monitorice funciones vitales.
- Administre analgesia para disminuir el nivel de dolor según prescripción médica.
- Coloque almohadas debajo del muñón de miembro para disminuir la inflamación.
- Implicar a la familia para que acepte la alteración de la imagen corporal en el menor tiempo posible.
- Apoyo psicológico para afrontar y adaptarse a las dificultades hasta conseguir estabilidad física y emocional.

## Semana 7: Sesión 2

### Cuidados de enfermería en procedimientos realizados en adultos con patologías tegumentarias.

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:  
..... Unidad: 2

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes los cuidados de enfermería en pacientes con alteraciones de la piel como heridas, fóveas y lesiones por presión. Luego se sortearán para la demostración de curación de heridas. (30 minutos).

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de explicar los cuidados de enfermería en pacientes con alteraciones de la piel como heridas, fóveas y lesiones por presión y a la vez demostraran la curación de heridas.

#### II. Fundamentos teóricos

Enfermería juega un papel importante en la atención a pacientes con estas alteraciones en la piel, otorgando cuidados para su recuperación y evitar complicaciones.

#### III. Equipos / Materiales

##### 3.1 Equipos

Tabla 31

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	Equipo de curación	Estéril	1

##### 3.2 Materiales

Tabla 12

Ítem	Material	Cantidad
1	Jabón líquido	1

2	Antisépticos	1
3	Papel toalla	1
4	Guantes estériles	1
5	Guardapolvo	1
6	Cofia	1
7	Mascarillas	1
8	Gasas 10 x 10	1
9	Suero fisiológico 100 ml	1
10	Esparadrapo antialérgico	1
11	Vendas 4 x 5 yardas	1
12	Apósito hidrocoloide	1
13	Apósito transparente	1

#### IV. Indicaciones y procedimientos

##### **Procedimiento: Cuidados de enfermería en pacientes con alteraciones de la piel: Heridas, Fóveas y LPP.**

- Realice el lavado de manos con la técnica aséptica adecuada.
- Colóquese el equipo de protección en forma adecuada.
- Explique el procedimiento a realizar al paciente
- Realice una valoración completa de la piel del paciente e identifique heridas, edemas y lesiones por presión.
- Mantenga la ropa de cama del paciente limpia, seca y sin arrugas
- En caso de que el paciente tenga lesiones por presión, identifique el estadio según la escala de valoración y realice la curación respectiva.
- En caso de que el paciente tenga edemas con fóvea, no realizar procedimientos en esa zona afectada.
- Coordinar con el médico la administración de diuréticos en caso de edemas.
- Lave la piel con agua tibia y realice un secado meticuloso sin fricción.
- Aplique cremas hidratantes en las superficies corporales, excepto en pliegues cutáneos
- Aplicar masajes suaves si la piel está intacta, excepto en prominencias óseas
- Estimule la actividad del paciente con cambios posturales o hacerlo sentar en sillas de ruedas, si es posible.
- Explique la utilización de dispositivos como colchón anti escaras, almohadas, etc.
- Vigile las sondas, mascarillas, drenajes, catéteres que tuviera el paciente para evitar la formación de LPPs.

- Valore el estado nutricional del paciente y coordine con el médico y nutrición para que le proporcionen una dieta de acuerdo a sus requerimientos.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.

**Procedimientos: Curación de heridas**

- Valore la piel de paciente para identificar las características de la herida.
- Lávese las manos y colócase las EPP.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Prepare el material a utilizar.
- Cálcese los guantes estériles.
- Limpie la herida con solución salina y luego seque.
- Utilice una presión de irrigación efectiva para facilitar el arrastre de detritus, bacterias, si es profunda la herida
- Si es una herida producida por un objeto o quirúrgicas: Deje protegido con gasa y esparadrapo.
- Si es una lesión por presión: Utilice un apósito hidrocoloide para proteger la lesión con apósito transparente.
- Guarde los materiales restantes.
- Registre las características de la herida

# Semana 8: Sesión 2

## Evaluación práctica

Sección: ..... Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:

..... Unidad: 2

Nombres y apellidos:.....

### Instrucciones

El docente sorteará los temas desarrollados desde la sesión 1 a la 7, los estudiantes repasarán y serán evaluados demostrando el aprendizaje logrado.

#### I. Propósito

Explicar los procedimientos que se realizan en el cuidado de los pacientes con patologías respiratorias, digestivas, musculoesqueléticas, y tegumentarias.

#### II. Fundamentos teóricos

La evaluación del proceso enseñanza aprendizaje es un proceso personalizado de seguimiento y valoración de la evolución de cada estudiante; indispensable para determinar el grado de consecución de logros de los resultados de aprendizaje.

#### III. Indicaciones y procedimientos

Los temas serán sorteados para los diferentes grupos de estudiantes y serán demostrados en el laboratorio, además de preguntas sobre el tema asignado.

# Tercera Unidad

**Gestión del cuidado de enfermería al adulto  
con enfermedades genitourinarias y del aparato  
reproductor**

## Semana 9 y 10: Sesión 2

### **Cuidado de enfermería en procedimientos realizados al paciente con patologías genitourinarias de las vías bajas y de las vías altas**

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:

..... Unidad: 3

Nombres y apellidos:.....

#### **Instrucciones**

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes recolectaran las muestras de orina. Asimismo, practican la forma de realizar el cuidado de enfermería al paciente con diálisis, PVC y irrigación vesical. Por último, se sortea luego el procedimiento que demostraran.

#### **I. Propósito**

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de recolectar las muestras de orina de la manera correcta y demostrará los Cuidados de enfermería al paciente con diálisis y en pacientes con PVC. irrigación vesical.

#### **II. Fundamentos teóricos**

El enfermero es el profesional responsable de que las muestras se recojan de forma adecuada, realizar el seguimiento para contribuir al diagnóstico oportuno del paciente. De igual manera, el enfermero deberá estar pendiente a los cuidados que requiere un paciente con diálisis y PVC, la cual están enfocados a mantener un buen acceso vascular, asepsia, control de S.V vigilar manifestaciones que podrían indicar complicaciones y la irrigación vesical. Por consiguiente, ayudara a la recuperación de pacientes postoperados de las vías urinarias y mantener permeable la sonda.

### III. Equipos / Materiales

#### 3.2 Materiales

Tabla 13

Ítem	Material	Cantidad
1	Jabón líquido	1
2	Frascos	1
3	Papel toalla	1
4	Guantes	1
5	Guardapolvo	1
6	Cofia	1
7	Mascarilla	1
8	Gasa estéril de 2 x 2 o 4 x 4	1
9	Agua estéril	1
10	Recipiente para muestra estéril	1
11	Chata o Papagayo	1
12	Etiqueta identificativa	1
13	Campo estéril	
14	Sonda de Foley de 3 vías	
15	Material sondaje vesical	
16	Solución de irrigación estéril	
17	Sistema de drenaje cerrado con bolsa de orina	
18	Tapón estéril	
19	Pie de gotero	
20	Guantes estériles	

### IV. Indicaciones y procedimientos

#### 4.1 Recolectar las muestras de orina

- Presentarse y explicar el procedimiento al paciente.
- Realizar la higiene de manos.
- Proporcionar intimidad al paciente.
- Preparar los materiales estériles.
- Ponerse guantes estériles después de abrir el recipiente estéril de orina, colocando la tapa con la superficie estéril hacia arriba y sin tocar el interior del recipiente.
- Realizar la recogida de orina

##### **Mujer**

- Separar los labios con el pulgar y el dedo índice de la mano no dominante.
- Limpiar el área con una gasa en dirección de adelante (por encima del orificio uretral) hacia atrás (hacia el ano). Con una

gasa nueva cada vez, repetir el movimiento de adelante hacia atrás 3 veces (comenzar con el lado izquierdo, luego el derecho y luego el centro).

- Enjuagar el área con agua estéril y secar con la gasa.
- Mientras se mantienen los labios separados, la paciente debe empezar a orinar.
- Después de que empiece a salir el chorro de orina, se pone el recipiente estéril debajo del chorro y se recogen de 30 a 60 ml.
- Si la paciente está menstruando, anotarlo en el formulario de petición a laboratorio.

### **Hombre**

- Sostener el pene con una mano y con una gasa limpiar haciendo movimientos circulares, moviéndolo desde el centro hacia fuera, recordar retraer el prepucio antes de limpiarlo.
- Enjuagar el área con agua estéril y secar con gasa.
- Después de que empiece a salir el chorro de orina, se pone el recipiente estéril debajo del chorro y se recogen de 30 a 60 ml.
- Retirar el recipiente de la muestra antes de que la orina deje de fluir y antes de soltar los labios o el pene. El paciente termina de orinar en una cuña o el inodoro.
- Colocar firmemente la tapa del envase (tocar sólo el exterior).
- Limpiar cualquier resto de orina en la superficie exterior del contenedor.
- Colocar la etiqueta en el lateral del recipiente, delante del paciente.
- Adjuntar la petición para el laboratorio en la bolsa para muestras.
- Quitarse los guantes, desecharlos en el recipiente apropiado y lavarse las manos.
- Enviar la muestra al laboratorio dentro de los 15 o 30 minutos siguientes o refrigerar inmediatamente.

## **4.2 Indicaciones y procedimientos: Lavado vesical continuo**

- Lavado de manos y colocación de guantes estériles.
- Colocar sistema a la bolsa de irrigación, colgar éste en un pie de gotero y purgar el sistema.
- Mediante técnica aséptica conectar el sistema de irrigación a la sonda (en su vía correspondiente).
- Conectar la bolsa de diuresis a la sonda, debiendo quedar éste por debajo del nivel de la vejiga.
- Dejar que la solución fluya por gravedad, regulando el ritmo de la irrigación con la llave del sistema.

- Cambiar la bolsa de diuresis con frecuencia.
- Medir la diuresis mediante el control de entrada y salida del suero.
- Anotar la técnica realizada en la hoja de Enfermería.

#### **4.3. Procedimiento: cuidados de enfermería durante el uso de catéter vesical**

- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de esta para evitar tirones.
- Indicar al paciente que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Excepto que esté contraindicado (pacientes con fallo renal o cardíaco) estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.
- Limpieza punto de inserción de la sonda.
- Manipulación del sistema del catéter vesical, drenaje y llave de tres vías en forma aséptica.
- Usar guantes no estériles para tomar contacto con la orina, medir diuresis.

#### **4.4. Procedimientos: cuidados de enfermería en pacientes con diálisis.**

- Lavarse las manos.
- Controlar el peso pre y post diálisis en el paciente.
- Solicitar al paciente se acomode en sillón asignado.
- Brindar confort al paciente.
- Calzarse los guantes.
- Calcular la ganancia de peso teniendo en cuenta el suero de recuperación, los sueros infundidos por otras causas y la alimentación intradialítica.
- Programar en el monitor de diálisis los siguientes parámetros:
- Flujo sanguíneo de acuerdo a indicación médica, de lo contrario tomar en cuenta el de la última sesión.
  - Tiempo de la sesión.
  - Cantidad de líquido a extraer durante la misma.
  - Dosis de heparina, modalidad usada, horario y velocidad de la infusión.

- Controlar periódicamente los parámetros programados, realizar la modificación necesaria para su cumplimiento.
- Registrar en la hoja de hemodiálisis la actividad realizada.

## Semana 11 Y 12: Sesión 2

### Cuidados de enfermería al adulto con patologías del aparato reproductor del hombre y la mujer

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:  
..... Unidad: 3

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes practican la técnica correcta para la Higiene perineal del hombre y de la mujer (30 minutos) Se sortea luego el procedimiento que demostraran.

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de demostrar la técnica correcta para la Higiene perineal del hombre y de la mujer.

#### II. Fundamentos teóricos

La higiene perineal es un procedimiento importante para fomentar los hábitos de higiene del paciente, así como un requisito para realizar procedimientos como cateterismo vesical.

#### III. Equipos / Materiales

##### 3.1 Equipos

Tabla 44

Ítem	Equipo	Cantidad
1	Pinza	1
2	Chata	1

##### 3.2 Materiales

Tabla 15

Ítem	Material	Cantidad
1	Cubierta	1
2	Guantes no estériles	1
3	Jarra	1

<b>4</b>	Recipiente con agua tibia	1
<b>5</b>	Jabón Líquido	1
<b>6</b>	Solera	1
<b>7</b>	Bolsa para desechos	1
<b>8</b>	Lienzo	1
<b>9</b>	Gasas	1
<b>10</b>	Biombo	1
<b>11</b>	Guardapolvo	1
<b>12</b>	Cofia	1
<b>13</b>	Mascarilla	1

## IV. Indicaciones y procedimientos

### A) Higiene perineal del hombre:

- Explique a la paciente el procedimiento a realizar y la necesidad del mismo.
- Prepare el material necesario.
- Cierre la puerta y coloque biombos.
- Lávese las manos y colocarse los guantes.
- Proteja las ropas interiores de la cama, se doblan las superiores hacia abajo cubriéndolo La parte superior con una sábana.
- Colocar la chata.
- Empiece por lavar los genitales externos: en el pene retire el prepucio y lave el glande con ayuda de gasas.
- Lave, enjuague y seque. suavemente el escroto y los pliegues cutáneos subyacentes
- Coloque el prepucio hacia a delante.
- Posteriormente realice el aseo de la región anal.
- Deje cómodo al paciente, recoja, limpie, ordene el material utilizado.
- Retire los guantes y realice el lavado de manos.

### B) Higiene perineal de la mujer:

- Explique a la paciente el procedimiento a realizar y la necesidad del mismo.
- Prepare el material necesario.
- Cierre la puerta y coloque biombos.
- Lávese las manos y colocarse los guantes.
- Proteja las ropas interiores de la cama, se doblan las superiores hacia abajo cubriéndolo la parte superior con una sábana.

- Colocar a la paciente en posición ginecológica y poner la chata.
- Exponga la región púbica y anal.
- Vierta parte de la solución espuma (Isodine) sobre las torundas y cogerlas con una pinza y pasar sobre la zona púbica e ingle de la mujer frotando de arriba abajo empezando del monte de venus labios mayores, labios menores, vestíbulo perineal y región anal.
- Enjuague a chorro con abundante agua de arriba hacia abajo utilizando una jarra, retirar la chata haciendo que la paciente se ponga de lado.
- Seque de arriba hacia abajo por orden: pubis, labios mayores, labios menores, vestíbulo perineal y región anal.
- Deje cómodo a la paciente, recoja, limpie, ordene el material.
- Retire los guantes y realice el lavado de manos.

# Cuarta **Unidad**

**Gestión del cuidado de enfermería al adulto  
con enfermedades infecciosas, no transmisibles y  
enfermedades oncológicas**

## Semana 13: Sesión 2

### Cuidados de enfermería al adulto con patologías infecciosas

Sección: ..... Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente: .....  
..... Unidad: 4

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes analizan el manejo de pacientes aislados y de los diferentes tipos de aislamiento. (30 minutos) Se sortea luego el procedimiento que demostraran.

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de demostrar el Manejo de pacientes aislados y de los diferentes tipos de aislamiento.

#### II. Fundamentos teóricos

El enfermero tiene la responsabilidad de aplicar los medios para interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa a fin de prevenir el contagio entre los pacientes y personal a su cargo.

#### III. Equipos / Materiales

##### 3.2 Materiales

Tabla 16

Ítem	Material	Cantidad
1	Mandilón quirúrgico	1
2	Guantes estériles	1
3	Guantes limpios 2 pares	1
4	Gorro Quirúrgico	1
5	Mascarilla quirúrgica	1
6	Mascarilla N95	1
7	Jabón Líquido	1
8	Apósito	1
9	Papel toalla	1

10	Frasco de muestra	1
11	Cartel A4 "Aislamiento inverso"	1
12	Imagen A4 "Flujo de aire laminar"	1
13	Careta o protector facial	1
14	Campo estéril	1
15	Campo fenestrado	1
16	Paquete de Gasas estériles 10 x 10	1
17	Trócares para punción lumbar N° 18, 20 y 22	1
18	Agujas IM, IV o SC. (1c/u)	1
19	Antiséptico	1
21	Jeringas de 5 y de 10 ml	1
22	Tubos estériles para toma de muestra	1
23	Solución anestésica local	1

## IV. Indicaciones y procedimientos

### Diferentes tipos de aislamientos:

**A. Aislamiento entérico:** El aislamiento entérico se emplea para impedir la transmisión de aquellas enfermedades que se transmiten directa o indirectamente por heces infectadas, u objetos contaminados por las mismas.

#### Protocolo de actuación:

- Lavado de manos.
- Calzado de guantes limpios y desechar al salir de la habitación.
- Usar calzas para los pies y desechar al salir de la habitación.
- Uso de mandilón quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Uso de gorro quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Utilizar mascarilla N95 y desechar al salir de la habitación.
- Calzado de guantes limpios y desechar al salir de la habitación.
- Lavado de manos.

- La puerta de la habitación puede encontrarse abierta.

**B. Aislamiento estricto:** es el más severo y en el que se emplean medidas y cautelas más contundentes. El propósito es evitar la transmisión de enfermedades muy contagiosas cuyo contagio puede realizarse por vía aérea, contacto directo, vía cutánea, etc.

**Protocolo de actuación:**

- Lavado de manos.
- Calzado de guantes quirúrgicos y desechar al salir de la habitación.
- Usar calzas para los pies y desechar al salir de la habitación.
- Uso de mandilón quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Uso de gorro quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Utilizar mascarilla N95 y desechar al salir de la habitación.
- Uso de careta o protector facial.
- Calzado de guantes quirúrgicos y desechar al salir de la habitación.
- Lavado de manos.
- Se intentará reducir al máximo el número de personas que atienden a este tipo de pacientes.

**C. Aislamiento de contacto:** se aplica en aquellas enfermedades infecciosas que se propagan a través de contacto directo, como pueden ser la infección de heridas, pus, lesiones cutáneas, quemaduras o secreciones orales, etc.

**Protocolo de actuación:**

- Habitación individual siempre que sea posible, si no lo es, se compartirá habitación con otro paciente que presente contaminación por el mismo microorganismo.
- Lavado de manos.
- Calzado de guantes limpios y desechar al salir de la habitación.
- Usar calzas para los pies y desechar al salir de la habitación.
- Uso de mandilón quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Uso de gorro quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Utilizar mascarilla limpios y desechar al salir de la habitación.
- Calzado de guantes quirúrgicos y desechar al salir de la habitación.
- Lavado de manos.
- Eliminar el instrumental quirúrgico como material contaminado.
- Evitar tocar objetos del entorno del paciente, pues es probable que también se encuentren contaminados.

**D. Aislamiento respiratorio:** este tipo de aislamiento se utiliza para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por vía aérea (por ejemplo, tuberculosis).

**Protocolo de actuación:**

- Habitación individual, bien ventilada y siempre con la puerta cerrada.
- Si se tiene que compartir habitación será con otro paciente con su misma patología.
- Lavado de manos.

- Calzado de guantes limpios y desechar al salir de la habitación.
- Usar calzas para los pies y desechar al salir de la habitación.
- Uso de mandilón quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Uso de gorro quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Utilizar mascarilla N95 y desechar al salir de la habitación.
- Uso de careta o protector facial.
- Calzado de guantes limpios y desechar al salir de la habitación.
- Lavado de manos.
- El instrumental que no sea de un solo uso, deberá ser desinfectado y esterilizado.
- Hay que extremar las medidas al obtener las muestras de esputo o secreciones rinofaríngeas.
- En la medida de lo posible, se utilizará material desechable.

**E. Aislamiento protector o inverso:** los pacientes que se encuentran bajo este aislamiento, son pacientes inmunodeprimidos, como puede darse en pacientes sometidos a tratamientos quimioterápicos muy agresivos, pacientes trasplantados, enfermos de leucemia, etc.

**Protocolo de actuación:**

- Habitación individual, en todos los casos, bien señalizada y con la puerta cerrada siempre.
- Colocar al paciente en habitaciones dotadas de flujo de aire laminar, con filtros de alta eficacia.
- Lavado de manos.

- Calzado de guantes quirúrgicos y desechar al salir de la habitación.
- Usar calzas para los pies y desechar al salir de la habitación.
- Uso de Bata y desechar al salir de la habitación.
- Uso de gorro quirúrgico y desechar al salir de la habitación.
- Utilizar mascarilla quirúrgica y desechar al salir de la habitación.
- Calzado de guantes quirúrgicos y desechar al salir de la habitación.
- Lavado de manos.

### **Punción Lumbar:**

La punción lumbar es un procedimiento que consiste en la extracción

de una muestra de L.C.R. mediante la punción con una aguja en la columna lumbar. Se efectúa en los espacios L3-L4 o L4-L5, y el propósito de la extracción es para diagnóstico ó tratamiento.

### **Protocolo de actuación:**

- Lo primero que haremos es informar al paciente y su familia del proceso a realizar, le facilitaremos el consentimiento informado.
- Antes de empezar a preparar el material, prepararemos al paciente, para ello le pediremos que se coloque de la manera adecuada que puede ser:
  - **Decúbito lateral:** Con la espalda paralela al borde de la cama, con las rodillas flexionadas y los muslos sobre el abdomen.
  - **Sentado:** Sentado en el borde de la cama, con las piernas colgando y una inclinación hacia

delante con los hombros relajados y los brazos sobre el regazo.

- Colocar pulsoxímetro portátil.
- Lavado de manos y calzado de guantes quirúrgicos.
- Uso de mandilón quirúrgico.
- Preparar el campo estéril con todo el material necesario y le pediremos al paciente que se mantenga quieto y que respire tranquilo.
- Limpiar la zona a puncionar con el antiséptico, de dentro hacia fuera, haciendo movimientos circulares y lo dejaremos secar.
- Colocar campo fenestrado en la zona de punción.
- Se aplicará el anestésico local por vía EV.
- A partir de aquí colaboraremos con el médico en lo que nos vaya indicando y le facilitaremos los tubos rotulados, para obtención de muestras.
- Cuando termine el procedimiento se aplicará presión con gasas estériles sobre el punto de punción y se colocará un apósito estéril.

## Semana 14: Sesión 2

### Cuidados de enfermería al adulto con patologías no transmisibles

Sección: ..... Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente: .....  
..... Unidad: 4

Nombres y apellidos:.....

#### Instrucciones

Seguir las explicaciones del docente; por grupos los estudiantes realizarán el control de glicemia (manejo de glucómetro) así como la técnica correcta para la administración de medicamentos por la vía sublingual. Se sortea luego el procedimiento que demostrarán.

#### I. Propósito

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de demostrar el Control de glicemia (manejo de glucómetro) así como la técnica correcta para la administración de medicamentos por la vía sublingual.

#### II. Fundamentos teóricos

El objetivo de estos procedimientos es recoger información útil para el control de la diabetes; elevar la calidad de la atención a este tipo de pacientes; detectar alteraciones y prevenir complicaciones

#### III. Equipos / Materiales

##### 3.1 Equipos

Tabla 17

Ítem	Equipo	Característica	Cantidad
1	glucómetro	digital	1

##### 3.2 Materiales

Tabla 18

Ítem	Material	Cantidad
1	Dispositivo de punción digital	1
2	Torundas de algodón	1
3	Alcohol 70%	1

4	Tira reactiva para glucemia	1
5	Guantes desechables	1
6	Bandeja para el material	1
7	Contenedor para desechar instrumentos punzocortantes	1
8	Recipiente para el material desechable	1
9	kardex	1
10	Medicación a administrar	1
11	Riñonera	1
12	Gasas estériles	1

## IV. Indicaciones y procedimientos

### Diferentes tipos de aislamientos:

#### A) Control de glicemia (manejo de glucómetro).

- Explicar al paciente el procedimiento
- Realizar lavado de manos clínico.
- Colocación de guantes limpios.
- Preparar el equipo y llevarlo cerca de paciente.
- Cargar el dispositivo con una lanceta estéril retirando la tapa, introduciendo la lanceta nueva.
- Tomar el dedo del paciente en región dactilar (talón si es niño) y hacer asepsia de la región con torunda alcoholada.
- Realizar punción apoyando el dispositivo de punción contra el dedo y presionando botón disparador.
- Apriete la yema del dedo suavemente para obtener una gota de sangre y aplicar la gota obtenida para cubrir completamente el área del reactivo en la tira.
- Seguir indicaciones de uso según el fabricante para el resultado. (Tiempo deseado para interpretación).
- Para extraer la lanceta, retire la tapa del dispositivo de punción y mantenga el extremo con la lanceta en dirección opuesta a Ud.
- Hacer anotaciones correspondientes:

- Hora y fecha de realización.
- Resultado obtenido

Los objetivos de control glucémico son:

- Glucosa capilar preprandial de 80 a 130 mg/dL.
- Glucosa capilar postprandial (2 horas después de la ingesta de alimentos) <180 mg/dL

**B) Administración de medicamentos por vía sublingual.**

- Informar al paciente y a la familia.
- Lavar las manos y ponerse los guantes desechables.
- Solicitar al enfermo que levante la lengua e introducir el fármaco debajo de ésta.
- Pedirle que cierre la boca y que intente no tragar saliva durante unos minutos.
- Comprobar su correcta absorción.
- Registrar en la hoja de comentarios de enfermería los efectos indeseables que se pudieran producir.

## Semana 15: Sesión 2

### **Cuidados de enfermería al adulto con patologías oncológicas**

Sección: .....Fecha: ...../...../..... Duración: 60 minutos Docente:  
..... Unidad: 4  
Nombres y apellidos:.....

#### **Instrucciones**

Con anticipación formaran grupos de 4, revisaran el caso del paciente con cáncer; el docente elegirá o sorteará un diagnóstico de enfermería real y otro potencial para que desarrolles su planificación (teoría); y en laboratorio presentarás el caso, una vez identificado los problemas, demostrarás los cuidados de enfermería prioritario (2) que aplicarás al paciente, argumentando por qué lo haces, respondiendo a las preguntas del docente y con el simulador demostrarás la forma en como lo realizarás.

#### **I. Propósito**

Al finalizar la sesión, el estudiante será capaz de evidenciar el manejo del proceso de enfermería resaltando los cuidados al paciente con cáncer.

#### **II. Fundamentos teóricos**

El enfermero está capacitado para atender al paciente con patologías oncológicas aplicando el cuidado integral de acuerdo al órgano afectado y las funciones alteradas que deriven de ello.

#### **III. Equipos / Materiales**

De acuerdo al procedimiento que el estudiante demostrara.

#### **IV. Indicaciones y procedimientos**

CASO: Paciente mujer de iniciales HLP, de 83 años de edad, soltera, procedente de Lima. Como acompañantes se encuentra los hermanos, hijos y nietos.

##### **Condiciones de salud de la paciente**

Paciente se encuentra con ascitis y derrame pleural en pulmón izquierdo, post operada de gastrectomía total por cáncer de estómago. Enfermedad de estadio IV (avanzado), progresivo e incurable. Generó un gran impacto emocional en el paciente y familia. El pronóstico de vida según el médico tratante es menor a dos meses. Paciente con grado de dependencia III y en un aparente mal estado general. Por las noches paciente no puede dormir, se levanta por el dolor en abdomen y reflujo laringofaríngeo, por ratos se rehúsa a recibir el medicamento para el dolor. Por las mañanas manifiesta deseos de morir.

Control de funciones vitales: PA: 110/70 FC: 115x', FR: 22x', SatO<sub>2</sub>: 87%, T°: 36,8 °C, Talla: 1,56 y Peso: 50 Kg.

Escala de Glasgow: 13/ 15 puntos (AO: 4, RV: 4 y RM: 5). Nivel (Moderado)

Diagnóstico médico: Post operada de gastrectomía total por cáncer de estómago.

Tratamiento médico: (22/12/2019) Recibe NaCl 0,9x1000cc c/8 horas vía EV, Dimenhidrinato 50 mg c/12h EV, Pantoprazol 40 mg c/24 h EV y Tramadol 50 mg c/12 horas SC.

## **Valoración de enfermería**

### **Datos subjetivos**

A la entrevista con el familiar (hija) refiere: "Es mejor no decir nada, para que no sufra. Ella se podría deprimir, para que decirle, solo debemos darle calidad de vida".

A la entrevista con el familiar (hijo) refiere: "Si tomas tus medicinas mamá, te vas a poner bien, te vas a recuperar" "Tienes que hacer lo que dice el doctor". Negación de la enfermedad.

### **Datos objetivos**

Paciente se muestra colaboradora, con facies de dolor. Al examen físico: Cabellos frágiles, ojos hundidos, pómulos hundidos, mucosa bucal seca, piel pálida y flácida, sin turgencia, con problemas de deglución, no puede pasar los alimentos tanto sólidos ni líquidos, presencia de vómitos intermitentes de características biliosa y ácida, excesiva salivación. Cuello sin presencia de ganglios inflamados, también presenta lordosis lumbar. Miembros superiores uniformes con

presencia sarcopenia y presencia de vía periférica en el miembro superior derecho (MSD). Pulmones, a la auscultación se escucha crépitos. Abdomen distendido, globoso, dolor a la palpación en mesogastrio, con Escala de Evaluación Analógica (EVA) (9/10), acompañado de malestar general. Miembros inferiores uniformes con disminución de la fuerza motora, zona genital íntegra, orina colúrica, ambos pies con signo de fóvea +++/+++ y presencia de úlcera por presión estadio I en la región sacral

# Referencias

- Brunner, L., y Suddarth. (2019). *Enfermería médico-quirúrgica* (14.ª ed.). Interamericana.
- Butcher, H. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Elsevier.
- Di Fulvio, S., y Pippino, M. (2023). *Procedimientos de enfermería: Cuidados de complejidad mínima e intermedia en adultos*. Corpus.
- Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. (2010). *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Recuperado de [http://www.hrs2.sas.juntaandalucia.es/nc/profesionales/area\\_de\\_enfermeria/manual\\_de\\_procedimientos\\_y\\_registros/procedimientos/](http://www.hrs2.sas.juntaandalucia.es/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/)
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2008). *Manual de procedimientos generales de enfermería*. Recuperado de <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/cuidados-basicos/higiene-de-ojos/>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2006). *Estrategia para la seguridad del paciente*. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_SP\\_2006-2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf)
- NANDA Internacional. (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023* (12.ª ed.). Elsevier.
- Al Paciente, T. R. (2022). *TÉCNICAS REALIZADAS AL PACIENTE*. Hospitaluvrocio.es. <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2022/08/MC-PG-Enfermeria-TECNICAS-REALIZADAS-AL-PACIENTE.pdf>
- de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2019, julio 30). *Protocolo de Enfermería en el Manejo de Inserción y Mantenimiento de los Catéteres Vesicales*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica.

- <https://revistamedica.com/protocolo-de-enfermeria-manejo-cateteres-vesicales/>
- Goyzueta, A. P. (2020). *Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico*. Amelica.org.  
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/579/5792494007/html/index.html>
- La gasometría arterial, técnica y cuidados de Enfermería*. (2017).  
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/gasometria-arterial-tecnica-cuidados-de-enfermeria/>
- Malca Ureta, J. (2019). *Conocimientos de las enfermeras sobre aplicación de las medidas de bioseguridad en el cateterismo periférico, servicio de medicina interna Hospital Nacional Hipólito Unanue 2*. 1Library.co.  
<https://1library.co/document/y95x07lz-conocimientos-enfermeras-aplicacion-bioseguridad-cateterismo-periferico-hospital-hipolito.html>
- Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. (2019). *Intervención de Enfermería en los conocimientos y prácticas de bioseguridad en el personal de Enfermería del servicio de emergencia del hospital central Majes*. repositorio.unsa.edu.pe.  
<https://repositorio.unsa.edu.pe/items/ac16ab58-279b-4756-9958-7ec636377795>
- (S/f). Jefadeenfermeras.com. Recuperado el 12 de julio de 2024, de  
<http://jefadeenfermeras.com/gasometria-arterial-indicaciones-objetivos-y-tecnica-para-la-toma-de-muestra/>
- (2022). Gob.pe.  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3902121/691\\_2022.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3902121/691_2022.pdf)