

Enfermería en el Cuidado en el Adulto I

Guías de Laboratorio



Visión

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

Misión

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



Índice

VISIÓN	2
MISIÓN	2
NORMAS BÁSICAS DE LABORATORIO	3
ÍNDICE	4

Guía de práctica N° 1:

Proceso de atención al paciente con enfermedades digestiva y gastrointestinal 4

Guía de práctica N° 2:

Proceso de atención al paciente con enfermedades digestiva y gastrointestinal 2 6

Guía de práctica N° 3:

Proceso de atención al paciente Adulto con patologías respiratorio 7

Guía de práctica N° 4:

La Salud del Adulto en el Mundo (Oms) 9

Guía de práctica N° 5:

Procedimiento Básico para la Atención del Paciente Hospitalizado 16

Guía de práctica N° 6:

Procedimiento Básicos para la Atención del Paciente Hospitalizado..... 20



Guía de práctica N° 1

Proceso de atención al paciente con enfermedades digestiva y gastrointestinal

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../2017 Duración: Indica. Tiempo

Instrucciones: Lean detenidamente y en grupos 5 y realizar el plan de atención con los fundamentos respectivos.

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

2. Fundamento Teórico

Procesos de Atención en enfermedades Gastrointestinales.

3. Descripción O Presentación Del Caso

Luis Pérez Torres, padre de familia con 2 hijos de 54 años de edad sexo masculino de ocupación agricultor católico, pulso 60X', respiración 20X', T° 38°C, PA 100/80mmh, Saturación 93%, peso 72 kg, talla 156mt, refiere presentar dolor en abdomen, sensación de reflujo (pirosis), ansiedad, refiere haber tenido vómitos porráceos de sangre en cantidad de 700ml, tiempo de enfermedad 2 meses; al examen piel pálida, fría, húmeda a la palpación dolor en epigastrio, abdomen timpánico y a la auscultación incremento de ruido peristáltico.

CONSIGNAS O PREGUNTAS REFLEXIVAS O ACTIVIDADES DE RESOLUCIÓN

2.1. ¿Priorice dos diagnósticos de enfermería de acuerdo a los dominios y clases para el caso?

.....
.....

2.2. ¿Mencione dos intervenciones para el primer diagnóstico priorizado?

.....
.....

2.3. ¿Mencione un fundamento científico para la primera intervención seleccionada?

.....



I. Resultados/conclusiones

.....

.....

.....

II. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS A REALIZAR (opcional)

2.1. Por grupos debe demostrar el manejo de los diagnósticos NANDA

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.



Guía de práctica N° 2

Proceso de atención al paciente con enfermedades digestiva y gastrointestinal 2

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../2017 Duración: Indica. Tiempo

Instrucciones: Lea Detenidamente Y Realizar El Plan De Atención Con Los Fundamentos Respetivos De Acuerdo A Los Diagnósticos Del NANDA

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

2. Fundamento Teórico

Procesos de Atención en enfermedades Gastrointestinales.

3. Descripción O Presentación Del Caso

María Torres Castro, de 24 años de edad sexo femenino, ocupación docente, católico, pulso 58X', respiración 20X', T° 36.5°C, PA 100/80mmh, Saturación 93%, peso 62 kg, talla 156mt, refiere presentar dolor en abdomen, fatiga, mareos, debilidad general, náuseas, sensación de reflujo (pirosis), a la evaluación: melena, drenaje hemático por Sonda nasogástrica, palidez generalizada, diaforesis profusa, intranquilidad, Antecedentes: ingesta de AINES, úlcera gástrica duodenal, historia de sangrado anterior, situación de stress.

A la endoscopia: úlcera gástrica duodenal

4. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución

(Anotar en un cuadro de acuerdo al esquema de proceso de Enfermería)

- ¿Priorice dos diagnósticos de enfermería de acuerdo a los dominios y clases para el caso?
- ¿Mencione dos intervenciones para el primer diagnóstico priorizado?
- ¿Mencione un fundamento científico para la primera intervención seleccionada?

5. Resultados/conclusiones

.....
.....

6. Actividades complementarias a realizar (opcional)

- Por grupos debe demostrar el manejo de los diagnósticos NANDA

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3° ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.



Guía de práctica N° 3

Proceso de atención al paciente Adulto con patologías respiratorio

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../2017 Duración: Indica. Tiempo

Instrucciones: Lea Detenidamente Y Realizar El Plan De Atención Con Los Fundamentos Respektivos De Acuerdo A Los Diagnósticos Del NANDA

1. Propósito /Objetivo (de la práctica):

Conocer los Fundamentos Respektivos De Acuerdo A Los Diagnósticos Del NANDA

2. Fundamento Teórico

Procesos de Atención al paciente con patologías respiratorias

3. Descripción O Presentación Del Caso

Emilia Torres de 36 años de edad sexo femenino, ocupación lavandera, cristiano, pulso 85X', respiración 28X', T° 38.5°C, PA 90/80mmHg, Saturación 75%, peso 56 kg, talla 155mt, refiere dolor tipo punzante pulmón, sudoración, orientada en tiempo espacio y persona, dificultad para respirar. A la evaluación: se observa piel húmeda, sudorosa, presenta tos con expectoración flema color amarillenta, a la auscultación crépitos, Antecedentes: ninguno de importancia.

Con Diagnóstico médico neumonía adquirida en comunidad.

4. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución

- a. ¿Priorice dos diagnósticos de enfermería para el caso?
- b. ¿Mencione dos intervenciones para el primer diagnóstico priorizado?
- c. ¿Mencione un fundamento científico para la primera intervención seleccionada?



5. Resultados/conclusiones

.....

.....

.....

6. Actividades complementarias a realizar (opcional)

- a. Por grupos debe demostrar el manejo de los diagnósticos NANDA
- b.

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.



Guía de práctica N° 4

La Salud del Adulto en el Mundo (Oms)

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../2017 Duración: Indica. Tiempo

Instrucciones: Lea con atención la lectura debata con sus compañeros de clase y responda las preguntas de la lectura.

1- Tema:

Informe sobre la salud del adulto en el mundo (OMS)

2- Propósito:

Analiza la situación de salud del adulto.

3- Indicaciones/instrucciones:

Lea con atención la lectura, analice la información y establezca un juicio crítico referente a la problemática de salud del adulto a través del texto planteado.

Glosario:

- Tasa: Relación entre la cantidad y la frecuencia de un fenómeno
- Epidemiología: Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud
- Subsahariana: Países del continente africano que no limitan con el mar Mediterráneo
- Probabilidad: Cálculo matemático de las posibilidades que existen de que una cosa se cumpla.
- Demográfica: Ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales.
- Transiciones: Paso o cambio de un estado, modo de ser, a otro.
- Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado



4- Presentación del texto/lectura:

La salud de los adultos en peligro: el ritmo de las mejoras disminuye y las diferencias se acentúan

Las tasas de mortalidad adulta han disminuido en los últimos decenios en la mayoría de las regiones del mundo. En los últimos 20 años, la esperanza de vida a los 15 años ha aumentado en la mayoría de ellas entre 2 y 3 años. Entre las excepciones más destacadas figuran los países con altos niveles de mortalidad de África, donde la esperanza de vida a los 15 años de edad disminuyó entre 1980 y 2002 en cerca de 7 años, y de Europa oriental (principalmente países antes pertenecientes a la Unión Soviética), donde en ese mismo periodo se registró una disminución de 4,2 años para los varones y de 1,6 años para las mujeres.

De los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2002, 32 millones -- es decir, cerca de tres cuartas partes -- se debieron a enfermedades no transmisibles, que se cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas). Los traumatismos provocaron en 2002 la muerte de otros 4,5 millones de adultos; es decir, en términos totales, fueron la causa de una de cada 10 defunciones de adultos. Más de 3 millones de esas muertes provocadas por traumatismos -- cerca del 70% del total -- correspondieron a los varones, más expuestos a sufrir traumatismos en accidentes de tráfico y a ser víctimas de actos de violencia o de guerra (los hombres corren un riesgo tres veces mayor en el primer caso y más de cuatro veces mayor en el segundo).

La importancia relativa de estas causas varía considerablemente de una región a otra. Así, por ejemplo, en África sólo 1 de cada 3 muertes de adultos es provocada por enfermedades no transmisibles, mientras que en los países desarrollados esa proporción es de 9 de cada 10. Resulta preocupante que en América Latina y en los países en desarrollo de Asia y de la Región del Pacífico Occidental 3 de cada 4 muertes de adultos se deban a enfermedades no transmisibles, lo que refleja el estado relativamente avanzado de la transición epidemiológica que se ha alcanzado en esas poblaciones y la aparición de la doble carga de morbilidad.

Las 10 causas principales de morbilidad para los hombres y mujeres de 15 años o más son las cardiopatías isquémicas y los ataques apopléticos (enfermedades

Cerebrovasculares) figuran a nivel mundial entre las tres principales causas de morbilidad en adultos varones. El VIH/SIDA, al que corresponde alrededor del 6% de la carga mundial de morbilidad, constituye la primera causa por orden de importancia en los hombres y la segunda entre las mujeres. Los trastornos relacionados con la depresión unipolar representan la principal causa de morbilidad femenina, pues su prevalencia es mayor en las mujeres. Aunque las afecciones maternas consistentes en hemorragias, septicemias y parto obstruido no aparecen en los cuadros pero, como grupo constituyen una de las principales causas de morbilidad de la mujer a nivel global, lo que refleja la persistencia de elevados niveles de mortalidad materna en muchos países en desarrollo, así como los altos niveles de discapacidad provocados por esas dolencias.

En la sección siguiente se ofrece una sinopsis del riesgo de muerte prematura en los adultos, expresada en términos de probabilidades de morir entre los 15 y los 60 años de edad -- proporción de personas de 15 años



que fallecerán antes de cumplir 60 años --, y se examina la distribución mundial de las causas de defunción para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 59 años.

Distribución mundial del riesgo de mortalidad prematura

La probabilidad que tienen los adultos de sufrir una muerte prematura varía ampliamente de una región a otra. Así, por ejemplo, en algunas partes del África subsahariana ese riesgo es mucho más elevado (casi cuatro veces más) que el observado en países con baja mortalidad pertenecientes a la Región del Pacífico Occidental. Incluso dentro de las regiones desarrolladas se dan importantes variaciones. En algunos países de Europa oriental los varones tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de una muerte prematura que los hombres de otras regiones desarrolladas. Por otra parte, la mortalidad de adultos varones es mucho más elevada en Europa oriental que en algunos países en desarrollo de las Américas, Asia y la Región del Mediterráneo Oriental. En todas las regiones, la mortalidad masculina es más elevada que la femenina, y esa discrepancia entre ambos sexos en lo referente al riesgo de mortalidad es mucho más acusada que la que se puede observar entre los niños. En cambio, la variación en la proporción de mujeres que mueren prematuramente es mucho menos pronunciada.

Tendencias de la mortalidad de adultos: grupo de 15-59 años

En los últimos cinco decenios se han logrado en todo el mundo extraordinarias mejoras en lo referente al estado de salud de los adultos. El riesgo de morir entre los 15 y los 60 años ha disminuido sustancialmente, de una media mundial de 354 por 1000 habitantes en 1955 a 207 por 1000 en 2002. La desaceleración registrada en los últimos tiempos en el ritmo de descenso es una clara advertencia de que no va a ser fácil lograr una reducción continuada de la mortalidad adulta, particularmente en los países en desarrollo.

Existen diferencias sustanciales en cuanto al ritmo y la magnitud de las tendencias a la baja registradas en relación con la mortalidad prematura en la edad adulta, y ello tanto entre hombres y mujeres como entre las distintas regiones del mundo; la ralentización mundial de ese ritmo se debe principalmente a los cambios registrados por la mortalidad adulta en algunas regiones. Entre los indicios de un empeoramiento de la salud de los adultos, resulta especialmente preocupante que en África la mortalidad adulta haya cambiado de signo, pasando en 1990 de un estado de disminución paulatina a una situación marcada por un rápido aumento de las tasas. En algunas partes del África subsahariana esa inversión de la tendencia ha sido tan drástica que las tasas actuales de mortalidad adulta superan los niveles registrados tres decenios atrás. En Zimbabwe el aumento de las defunciones registradas de adultos fue mucho más importante en el periodo 1991--1995 que entre 1986 y 1990. La mortalidad de los niños mayores y de los adultos de más edad apenas ha cambiado (9). De no ser por el VIH/SIDA, la esperanza de vida al nacer en la Región de África habría sido en 2002 casi 6,1 años más alta. La disminución de la esperanza de vida varía notablemente entre las distintas regiones de África. El impacto ha sido especialmente devastador en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha acortado en más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres.

El frágil estado de la salud adulta, en medio de un clima general de inestabilidad social, económica y política, también es patente en numerosas regiones de otros continentes. En algunos países de Europa oriental, la mortalidad de varones ha aumentado notablemente y se acerca cada vez más a los niveles de



mortalidad adulta vigentes en algunos países africanos. De hecho, el riesgo medio de mortalidad para la Región de Europa en su conjunto ha pasado a situarse para los adultos varones con edades comprendidas entre los 15 y los 60 años en 230 por 1000 habitantes, un nivel similar al registrado en el decenio de 1980. Esto contrasta con la continua tendencia a la baja registrada para las mujeres en el conjunto de la región, donde ese riesgo ha disminuido de 130 en 1970 a 98 en 2002, la probabilidad de los adultos de 15--59 años de morir, por un traumatismo es seis veces más elevada si viven en un país de Europa oriental que si residen en un país vecino de Europa occidental.

Mortalidad de adultos: las diferencias se acentúan

La progresiva disminución de la mortalidad adulta en las regiones con baja mortalidad, unida a la inversión de esa tendencia en las regiones con alta mortalidad, ha traído consigo una ampliación de las diferencias mundiales en esta esfera. La brecha entre las regiones que presentan, respectivamente, el riesgo más bajo y el riesgo más elevado de mortalidad adulta entre los 15 y los 60 años ha pasado a situarse en 2002 en 340 por 1000 habitantes. Tras ese valor agregado regional de mortalidad adulta se ocultan igualmente enormes disparidades entre los países, que invitan a reflexionar. Así, por ejemplo, en la Región del Mediterráneo Oriental, en 2002 el riesgo de morir entre los 15 y los 60 años era siete veces mayor para las mujeres adultas de Djibouti que para las de Kuwait. En términos globales, la tasa de mortalidad adulta más elevada a nivel de país es casi 12 veces superior a la tasa de mortalidad más baja.

VIH/SIDA: la principal amenaza para la salud

Pese a una tendencia mundial hacia la disminución de la carga de morbilidad adulta atribuible a las enfermedades transmisibles, el VIH/SIDA se ha convertido en la principal causa de defunción y en el factor que por sí solo más contribuye a la carga de morbilidad de los adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años.

Cerca del 80% de los 3 millones de muertes provocadas en 2002 en todo el mundo por el VIH/SIDA corresponden al África subsahariana. Como ya se ha indicado, el VIH/SIDA constituye en esta región la principal causa de defunción. Esta enfermedad provoca cada día más de 6000 muertes y es responsable de una de cada dos defunciones de adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. El VIH/SIDA ha invertido en esta región las tendencias de mortalidad adulta; En los países en desarrollo, el 42% de las muertes de adultos tienen lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78%. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir los ochenta. En lo que respecta a las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de defunción son menos pronunciadas y oscilan entre el 40% para la mayoría de los países desarrollados de Europa occidental, el 60% para la mayoría de las regiones en desarrollo, y el 70% para el continente africano. Los datos históricos correspondientes a países como Australia o Suecia muestran una lenta evolución de la esperanza de vida restante a los 60 años durante los primeros seis o siete decenios del siglo XX, seguida de un incremento sustancial a partir de 1970 aproximadamente. En el Japón, la esperanza de vida restante a los 60 asciende ya a 25 años. A partir de 1990, algunos países de Europa oriental, como Hungría o Polonia, empezaron a experimentar mejoras similares en lo que respecta a la mortalidad de las personas de edad avanzada



Carga creciente de enfermedades no transmisibles

La carga atribuible a enfermedades no transmisibles va en aumento y representa actualmente casi la mitad de la carga mundial de morbilidad, lo que supone un incremento del 10% con respecto a los niveles estimados para 1990. Mientras que la proporción de la carga imputable a enfermedades no transmisibles se mantiene estable en los países desarrollados, rondando el 80% para los adultos de 15 años o más, en los países de ingresos media esa proporción rebasa ya el 70%. Un dato sorprendente es que en las regiones del mundo con alta mortalidad cerca del 50% de la carga actual de morbilidad adulta viene impuesta por enfermedades no transmisibles. El envejecimiento de la población y los cambios en la distribución de los factores de riesgo han acelerado en muchos países en desarrollo la epidemia de enfermedades no transmisibles.

Los trastornos cardiovasculares representan el 13% de la carga de morbilidad en adultos de 15 años o más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos causas que más contribuyen a la carga de mortalidad y morbilidad en los adultos de edad avanzada (mayores de 60 años). En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, siendo las tasas de mortalidad más elevadas para los varones que para las mujeres. El incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de Europa oriental se ha visto contrarrestado por los continuos descensos registrados en muchos otros países desarrollados. En las regiones en desarrollo, en cambio, la mortalidad y la morbilidad atribuibles a esas afecciones están aumentando rápidamente.

De los 7,1 millones de muertes causadas por el cáncer que, según se estima, se produjeron en 2002, el 17% son atribuibles al cáncer de pulmón, y tres cuartas partes de ese porcentaje corresponden a varones. Se calcula que en 2000 el número de defunciones causadas por cáncer de pulmón ascendía a 1,2 millones; esto supone un incremento de cerca del 30% en los 10 años transcurridos desde 1990, y refleja la aparición de la epidemia de tabaquismo en los países de ingresos bajos y medios.

La mortalidad causada por el cáncer de estómago, ha retrocedido en todos los lugares del planeta donde es posible evaluar de un modo fiable las tendencias y provoca actualmente 850 000 muertes anuales, es decir, casi una tercera parte menos que el cáncer de pulmón. Los cánceres de hígado y de colon y recto son la tercera y cuarta causas. Se estima que más de la mitad de los casos de cáncer hepático se dan en la Región del Pacífico Occidental. Entre las mujeres, el cáncer más mortífero es el de mama. Aunque durante el pasado decenio las tasas de supervivencia para este tipo de cáncer han mejorado, las posibilidades de sobrevivir a la enfermedad varían en función de factores como la cobertura de la prevención secundaria y el acceso a la misma.

Las tendencias demográficas y las transiciones sanitarias, junto con los cambios en la distribución de los factores de riesgo, han acelerado la epidemia de enfermedades no transmisibles en muchos países en desarrollo. Algunas enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA o la tuberculosis, tienen graves consecuencias socioeconómicas tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. Por consiguiente, la mayoría de los países en desarrollo encaran una doble carga compuesta por las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles. Además, contrariamente a lo que se suele creer, las discapacidades tienden a presentar una mayor prevalencia en las regiones en desarrollo, puesto



que la carga de morbilidad suele recaer sobre todo en las subpoblaciones más vulnerables. Las autoridades de salud pública del mundo entero se encuentran ahora con pautas de morbilidad adulta más complejas y diversas de lo previsto. Se estima que el 47% de las muertes prematuras y el 39% de la carga total de morbilidad se deben mayormente a 20 factores de riesgo causantes de enfermedades y traumatismos en niños y adultos y que, de eliminarse esos riesgos, la esperanza de vida sana mundial aumentaría en 9,3 años; la horquilla de dicha mejora se situaría entre unos 4,4 años para los países industrializados de la Región del Pacífico Occidental y 16,1 años para algunas partes del África subsahariana.

5- Contesta las preguntas:

a) ¿Cuáles son las 10 primeras causas de mortalidad?

1	_____	2	_____
	3		4
		5	_____

6	_____	7	_____
	8		9
		10	_____

b) ¿Cuál es la tendencia de mortalidad en el adulto?

c) ¿A qué se considera carga creciente de las enfermedades no transmisibles?

d) ¿Cuál es la principal amenaza de salud y en que regiones los índices son mayores?

e) ¿Cuál es la causa de las enfermedades no transmisibles?



Referencias bibliográficas y/o enlaces recomendados

OMS Informe sobre la salud del adulto en el mundo

www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html



Guía de práctica N° 5

Procedimiento Básico para la Atención del Paciente Hospitalizado Inyectoterapia

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../2017 Duración: Indica. Tiempo

Instrucciones: Los estudiantes en grupos de 5 integrantes desarrollaran el procedimiento relacionado a Inyectoterapia.

1. Tema:

Inyecto terapia.

2. Propósito:

El estudiante reconozca la necesidad y el procedimiento de inyecto terapia.

El estudiante realiza el procedimiento de inyecto terapia de acuerdo a técnicas y procedimientos de Enfermería.

3. Equipos y materiales a utilizar:

Algodón torundas

Alcohol

Jeringa de diferentes medidas

Jeringa con Aguja N° de diferentes medidas

4. Notas de seguridad:

El estudiante deberá de hacer uso de la norma técnica de bioseguridad.

El estudiante deberá de tener cuidado con el uso del equipo y/ o materiales dentro del Laboratorio.

5. Procedimiento experimental: Aplicación de medicamentos por vía Parenteral.

a) ¿Qué es Inyecto Terapia?

Es la técnica de aplicación de medicamentos por vía Parenteral, pudiendo ser Intra Dérmica, subcutánea, Intra muscular, y medicamentos por vía endovenoso.

**b) ¿Cuándo está Indicado?**

Como Terapia medicamentosa.

c) Procedimiento

Pasos	Fundamentos
Completar el Cardex o la impresión de la orden, comprobar los datos en la orden como nombre, medicamento, dosis, vía de administración y el momento de administración.	La orden de medicamentos es la fuente más viable y segura y el registro legal de las medicaciones del paciente. Asegura que el paciente reciba la medicación correcta.
Lavarse las manos y preparar la medicación, para un paciente, Comprar la etiqueta del medicamentos	La adopción de un hábito de preparación de medicamentos: eliminando distractores y con doble comprobación de la orden transcrita reduce las posibilidades de error.
Llevar la medicación al paciente en el momento adecuado y lavarse las manos	Asegure que la inyección hace su efecto en el paciente en el momento adecuado; y reduce la transmisión de microorganismos.
Verificar la identidad del paciente de acuerdo a la orden médica.	Cumplir los requerimientos de The Joint y mejorar la seguridad en la administración de medicamentos.
Comparar la etiqueta de medicación con la orden médica.	La comparación disminuye los riesgos de errores en la administración medicamentosa.
Explicar el procedimiento y comunicar al paciente que la inyección le causará una ligera sensación de picotazo.	Ayuda a minimizar la ansiedad del paciente.
Colocarse guantes no estériles	Reduce la transferencia de microorganismos.
Mantener la sabana o bata sobre las partes del cuerpo que no requieren ser expuestas.	Respetar la dignidad del paciente mientras se permite la exposición del lugar de inyección.
Seleccionar el lugar apropiado para la inyección, inspeccionando la superficie de la piel para descartar la presencia de equimosis, inflamación	Los lugares de inyección están libres de alteraciones que puedan interferir con la absorción del medicamento.



o edema.	Las zonas utilizadas repetidamente se endurecen por la presencia de lipohipertrofia.
Ayudar al paciente a adoptar una posición confortable de acuerdo a la zona de inyección.	Reducir la tensión sobre el músculo y minimizar el dolor de la inyección.
Resituar el lugar de la inyección utilizando las referencias anatómicas.	La inyección aplicada en el lugar anatómico correcto previene lesiones en los nervios, huesos y vasos sanguíneos.
Limpiar la zona con una torunda antiséptica, aplicándola al centro y rotarla en sentido circular.	El arrastre mecánico de la torunda elimina las secreciones que contienen microorganismos.
Sostener la torunda o gasa entre el tercer y cuarto dedo de la mano no dominante.	La torunda o gasa están rápidamente disponible al retirar la aguja.
Sostener la jeringa entre el pulgar o el índice de la mano dominante tipo dardo, con la palma hacia abajo para inyección IM, para subcutánea e intradérmica coger la aguja con el índice hacia abajo y el pulgar arriba, simulando una cuchara.	La inyección rápida y suave requiere una adecuada manipulación de las partes de la jeringa.
Administrar la inyección de acuerdo al tipo : Subcutánea Angulo de 45° IM ángulo de 90° Intradérmica ángulo de 15° EV Hasta 15° En forma recta y limpia	La punción en Z crea un trayecto en zigzag a través de los tejidos dañando los mismos.
Después de que la aguja ha penetrado desplazar la mano dominante hacia el extremo del embolo estirándolo de 5 a 10 ss si no aparece sangre inyectar el medicamento.	La aspiración de sangre en el interior de la jeringa indica una posible lesión en un vaso sanguíneo.
Retirar la aguja y realizar una ligera presión sobre la zona.	El masaje lesiona el tejido subyacente.
Completar el protocolo, trascurrido 15 a 30' preguntar al paciente si siente dolor, quemazón, adormecimiento u otro.	La persistencia de la molestia puede indicar una lesión de los huesos o nervios subyacentes.



6. Observaciones:

.....

.....

7. Conclusiones:

.....

.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

CHOCARRO, Venturini. Procedimientos y cuidados en enfermería médico quirúrgica. España: Editorial Elsevier, 2006

Perry Potter – Técnicas y procedimientos en Enfermería – España: Editorial Elsevier 2012



Guía de práctica N° 6

Procedimiento Básicos para la Atención del Paciente Hospitalizado

Sonda Nasogástrica

Sección :Docente: Escribir el nombre del docente

Fecha :/...../2017 Duración: Indica. Tiempo

Instrucciones: Los estudiantes en grupos de 5 integrantes desarrollaran el procedimiento relacionado a la colocación de sonda nasogástrica.

1. Tema:

Colocación de Sonda Nasogástrica

2. Propósito:

El estudiante reconozca la necesidad y el procedimiento de colocación de sonda nasogástrica.

El estudiante realiza el procedimiento de colocación de sonda nasogástrica.

3. Equipos y materiales a utilizar:

Sonda nasogástrica.

Jeringa de 50 ml con punta de catéter.

Estetoscopio

Esparadrapo

Vaso de agua para los pacientes que pueden tragar

Vaso de agua para fijar la sonda

Toalla

Guantes limpios

Equipo de aspiración en caso que vaya aspirarse

Linterna para comprobar la colocación en la nasofaringe.

**4. Notas de seguridad:**

El estudiante deberá de hacer uso de la norma técnica de bioseguridad.

El estudiante deberá de tener cuidado con el uso del equipo y/ o materiales dentro del Laboratorio.

5. Procedimiento experimental: Aplicación de medicamentos por vía Parenteral.

d) ¿Qué es sondaje nasogástrica?

Es la técnica de aplicación de sonda nasogástrica con fines terapéuticos (alimentación, aspiración de secreciones)

e) Procedimiento

Pasos	Fundamentos
Pedir al paciente que cierre cada fosa nasal y que respire, examinando la permeabilidad de cada fosa nasal.	Las fosas nasales pueden estar obstruidas irritadas o pueden haber defectos del tabique nasal.
Valorar el estado mental del paciente así como el reflejo faríngeo y la capacidad de deglución	Los pacientes consientes pueden colaborar mejor con el procedimiento expectorando los vómitos si se producen, reduciendo el riesgo de aspiración.
Auscultar al paciente los ruidos intestinales	La ausencia de ruidos intestinales puede indicar peristaltismo reducido o ausente.
Determinar si el médico indico algún fármaco procinético antes de colocar la sonda	Los fármacos procinéticos como la metoclopramida administrados antes de colocar la sonda facilitan su avance.
Explicar al paciente como debe comunicarse durante la colocación de la sonda, levantando el dedo índice si tiene molestias.	Es importante que el paciente tenga una forma de comunicarse para aliviar su estrés.
Sentar al paciente con el cabecero de la cama elevado por lo menos 30°, si está en estado comatoso colocar en posición semi fowler, con la cabeza apoyada hacia adelante con una almohada.	Reducir el riesgo de aspiración pulmonar en caso de que el paciente vomite La cabeza apoyada facilita el cierre de vías respiratorias y el paso de la sonda hacia el esófago.



Determinar la longitud de la sonda que va a insertarse y marcarla con esparadrapo (punta de la nariz hacia el lóbulo de la oreja y al apófisis xifoides)	Al conocer la longitud adecuada que debe introducir, es posible determinar la profundidad de inserción.
Preparar la sonda para la inserción: a. Lavarse las manos b. Inyectar en la sonda 10ml de agua con una jeringa con punta de catéter.	Reducir la transmisión de microorganismos. Activar la lubricación de la sonda para facilitar su avance y garantizar su permeabilidad.
Colocar 10cm de esparadrapo o preparar un apósito transparente.	Fijar el sistema después de su inserción.
Colocarse guantes limpios	Reducir la transmisión de microorganismos
Acercar al paciente consiente un vaso de agua con una pajita	Se le pide al paciente que trague agua para facilitar el paso de la sonda.
Explicar el paso e insertar con suavidad la sonda por la sosa nasal hacia la garganta, esta maniobra puede hacer que el paciente tenga arcadas. Dirigir la sonda hacia atrás y a la oreja.	Los contornos naturales facilitan el paso de la sonda hacia el tracto gastrointestinal.
Pedir al paciente que flexione la cabeza hacia el pecho una vez que la sonda haya pasado por la nasofaringe.	Cerrar la glotis y reducir el riesgo de que la sonda entre en la tráquea.
Animar al paciente a tragar proporcionándole pequeños sorbitos de agua hacer avanzar la sonda, rotar la sonda 180° durante la inserción	La deglución facilita el paso de la sonda más allá de la oro faringe.
Recalcar la necesidad de respirar por la boca y tragar durante el procedimiento.	Facilitar el paso de la sonda y aliviar los temores del paciente durante el procedimiento.
Cuando la sonda esta insertada hasta la punta de la Carina 25 cm en el adulto, parar y escuchar el intercambio de aire desde la porción distal de la sonda.	El aire puede indicar que la sonda esta en pulmones.
Hacer avanzar la sonda cada vez que el paciente trague hasta llegar a la longitud adecuada.	Reducir las molestias y los traumatismos al paciente.
Verificar la posición de la sonda en la porción dorsal de la garganta con una linterna y un	La sonda puede estar enrollada o acodada o



depresor lingual.	haber entrado en la tráquea.
Fijar la sonda a la nariz con un trozo de esparadrapo pequeño.	Los movimientos de la sonda estimulan el reflejo nauseoso. Valorar la posición general antes de fijar la sonda.
Verificar la colocación de la sonda aspirando el contenido gástrico	Una posición adecuada es esencial para disminuir lesiones.
Cerrar la sonda con un tapón o pinza	El cerrado de la sonda disminuye los riesgos de ingreso de aire al estómago

6. Observaciones:

.....

.....

7. Conclusiones:

.....

.....

Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados

CHOCARRO, Venturini. Procedimientos y cuidados en enfermería médico quirúrgica. España: Editorial Elsevier, 2006

Perry Potter – Técnicas y procedimientos en Enfermería – España: E