

# Guía de Evaluación de Destrezas Básicas de Enfermería



APLICANDO DESTREZAS, HACES LA DIFERENCIA



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Paralelamente!*

 **Fundación Uno**



Universidad  
Politécnica  
de Nicaragua

Formando a los Compañeros

# **Guía de Evaluación de Destrezas Básicas de Enfermería**

---

APLICANDO DESTREZAS, HACES LA DIFERENCIA.

---

# Colaboradores

## **Fundación Uno**

**Dr. Ernesto Fernández-Holmann**  
PRESIDENTE

**MSc. Marcela Sevilla-Sacasa**  
DIRECTORA GENERAL

**MSc. Miriam Bandes**  
DIRECTORA REGIONAL DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN

**MSc. Robert Lindenberg Strachan**  
DIRECTOR FINANCIERO

**Catherine Strachan Lindenberg RN, Dr.PH.**  
ASESORA DE LA INICIATIVA FORTALECIMIENTO DE ENFERMERÍA EN NICARAGUA (IFEN)

**Dra. Rosa Solórzano**  
ASESORA DE LA INICIATIVA FORTALECIMIENTO DE ENFERMERÍA  
EN NICARAGUA, UNIVERSIDAD DE DUKE

**MSe. Laura Patricia Lumbí Quiroz**  
COORDINADORA INICIATIVA FORTALECIMIENTO DE ENFERMERÍA EN NICARAGUA

**MSe. Darling Chávez Madrigal**  
FACILITADORA DE LAS DESTREZAS BÁSICAS DE ENFERMERÍA (DBE)

## **Ingenio Montelimar**

**Ing. Oscar Montealegre Reinoso**  
GERENTE GENERAL

**Ing. Ana Paola Lacayo Reyes**  
JEFE DEPARTAMENTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

## **Universidad Politécnica de Nicaragua (UPOLI), Managua**

**MSp. Margarita Guevara Doña**  
VICERRECTORA ACADÉMICA

**MSc. Olma Zelaya Reyes**  
DECANA ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MSe. Lidia Téllez Aguilera**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MSc. Martha Irene Fuentes García**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MSeca. Roxana Stockhausen Méndez**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MSeca. Elida Teresa Ramírez**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Lic. Hulda Merari Lechado**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MSsr. Martha Lorena Sánchez**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MSsr. Aleyda Paz Rivera**  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Recinto Universitario Regional UPOLI, Rivas**

Lic. Mara Morales Baldelomar  
JEFA DE ÁREA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Lic. Cecilia Jiménez Tórrez  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Recinto Universitario Regional UPOLI, Estelí**

Esp. Ivania Mercedes Videa  
JEFA DE ÁREA, ESCUELA DE ENFERMERÍA

Lic. Ronald Jarquín Bellorín  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Recinto Universitario Regional UPOLI, Boaco**

Lic. Socorro Mejía Oporta  
JEFA DE ÁREA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Lic. Corina Cantillano Cubas  
DOCENTE ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN, Managua),  
Instituto Politécnico de la Salud (POLISAL)**

PhD. Marlene Gaitán Díaz  
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MSc. Zeneyda Quiroz Flores  
SUBDIRECTORA DOCENTE

MSc. Martha López Cerpas  
COORDINADORA CARRERA SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

Lic. Celenia García Martínez  
DOCENTE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Lic. Iveth Pérez Guerrero  
DOCENTE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Ministerio de Salud (MINSAL),  
Escuela de Enfermería Silvia Ferrufino, Jinotepe**

Lic. Fátima del Rosario Jarquín Ortega  
DOCENTE

Lic. Francisco Javier Baltodano Solórzano  
DOCENTE.

**Ministerio de Salud (MINSAL), Escuela Regional de Enfermería  
Juana María Cruz Centeno, La Trinidad-Estelí**

Lic. Carmen María Solórzano Tercero  
DOCENTE

Lic. Judith Azucena Cajina Sánchez  
DOCENTE

**Ministerio de Salud, Escuela de Enfermería  
Dolores López Hernández Ocotal, Nueva Segovia**

Lic. María López  
DOCENTE

Lic. Marlene Majano  
DOCENTE

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua(UNAN, León),  
Departamento de Enfermería**

MSc. Juana Julia Salmerón  
DIRECTORA

MSc. Yolanda del Socorro Matute Salazar  
DOCENTE

MSc. Maura Mercedes Navarrete Ochoa  
DOCENTE

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua,  
Facultad Regional Multidisciplinaria de Matagalpa**  
Escuelas de Enfermería MSc. Miguel Estopiñan Estopiñan  
COORDINADOR DE CARRERA DE ENFERMERÍA

Lic. Harvy José Aguinaga Pérez  
DOCENTE

MSc. Karla Vanessa Molinares Salgado  
DOCENTE

**Ministerio de Salud (MINS)**

Lic. Magda Pavón  
SUB-JEFA HOSPITAL ROBERTO CALDERÓN GUTIÉRREZ

MSe. Fátima del Rosario Zúñiga Arévalo  
COORDINADORA DE PROGRAMA MINISTERIO DE SALUD

# Índice

Prefacio .....	8
Instructivo .....	9
<b>Grupo de destrezas N°1: Caja de papel cuadrada y uso de pinza auxiliar.</b>	
1. Caja de papel cuadrada. ....	10
2. Uso de pinza auxiliar .....	10
<b>Grupo de destrezas N°2: Manejo de riesgos.</b>	
3. Higiene de las manos con agua y jabón .....	12
4. Higiene de las manos con alcohol gel .....	13
5. Cómo ponerse un gorro .....	14
6. Cómo ponerse y quitarse una mascarilla .....	14
7. Cómo ponerse y quitarse una bata .....	15
<b>Grupo de destrezas N°3: Medición de signos vitales.</b>	
8. Medición de la temperatura axilar .....	17
9. Medición de la temperatura rectal .....	18
10. Medición del pulso radial .....	19
11. Medición de la frecuencia respiratoria .....	20
<b>Grupo de destrezas N°4: Medición de signos vitales-presión arterial.</b>	
12. Presión arterial .....	21
13. Presión arterial ortostática .....	22
<b>Grupo de destrezas N°5: Medidas antropométricas del niño/a mayor de dos años.</b>	
14. Peso .....	24
15. Talla .....	25
<b>Grupo de destrezas N°6: Cómo poner una venda elástica circular-en ocho.</b>	
16. Cómo poner una venda elástica circular .....	26
17. Cómo poner una venda elástica en ocho .....	27
<b>Grupo de destrezas N°7: Cómo poner una venda elástica espiral – recurrente.</b>	
18. Cómo poner una venda elástica en espiral .....	29
19. Cómo realizar un vendaje recurrente .....	30
<b>Grupo de destrezas N°8: Tratamiento por medios físicos.</b>	
20. Aplicación de calor terapéutico .....	32
21. Aplicación de frío terapéutico .....	33
<b>Grupo de destrezas N°9: Tratamiento por medios físicos.</b>	
22. Aplicación de calor terapéutico por lámpara .....	35
23. Baño de asiento .....	36
<b>Grupo de destrezas N°10: Movilización del paciente.</b>	
24. Ayuda al paciente a sentarse en el borde de la cama .....	38
25. Ayuda al paciente a moverse de la cama a la silla .....	39
26. Traslado de la cama a la camilla .....	40

<b>Grupo de destrezas N°11: Posiciones terapéuticas.</b>	
27. Decúbito supino o dorsal .....	42
28. Posición fowler .....	43
29. Posición de trendelenburg .....	44
30. Litotomía o ginecológica .....	44
<b>Grupo de destrezas N°12: Posiciones terapéuticas.</b>	
31. Decúbito lateral .....	46
32. Posición de sims .....	47
33. Decúbito prono o ventral .....	48
34. Posición genupectoral .....	49
<b>Grupo de destrezas N° 13: Drenaje postural y ventilación.</b>	
35. Drenaje postural .....	51
36. Administración de oxígeno .....	52
<b>Grupo de destrezas N° 14: Administración de medicamentos vía nasal y nebulización.</b>	
37. Administración de medicamentos por vía nasal .....	54
38. Nebulización .....	55
<b>Grupo de destrezas N° 15: Administración de medicamentos por vía ótica, oftálmica y oral.</b>	
39. Administración de medicamentos por vía ótica .....	57
40. Administración de medicamentos oftálmica .....	58
41. Administración de medicamentos por vía oral .....	59
<b>Grupo de destrezas N° 16: Administración de medicamentos vía subcutánea e intradérmica.</b>	
42. Administración de medicamentos vía subcutánea .....	61
43. Administración de medicamentos intradérmicos .....	62
<b>Grupo de destrezas N°17: Administración de medicamentos intramuscular con frasco y ampolleta.</b>	
44. Administración de medicamento intramuscular (ampolleta) .....	64
45. Administración de medicamento intramuscular (frasco) .....	66
<b>Grupo de destrezas N°18: Administración de medicamentos vía intravenosa.</b>	
46. Administración de medicamentos vía intravenosa .....	68
<b>Grupo de destrezas N°19: Venoclisis.</b>	
47. Venoclisis .....	70
<b>Grupo de destrezas N°20: Transfusión sanguínea.</b>	
48. Transfusión sanguínea .....	73
<b>Grupo de destrezas N°21: Administración de medicamentos vaginal y rectal.</b>	
49. Administración de medicamentos vaginal .....	75
50. Administración de medicamentos rectal .....	76
<b>Grupo de destrezas N°22: Uso de pato y piche.</b>	
51. Uso de pato .....	78
52. Uso de piche .....	79

<b>Grupo de destrezas N°23: Higiene perineal masculino y femenino.</b>	
53. Higiene perineal masculino .....	81
54. Higiene perineal paciente femenino .....	82
<b>Grupo de destrezas N°24: Higiene del paciente.</b>	
55. Higiene oral: cepillado de dientes .....	84
56. Lavado del cabello en cama .....	85
<b>Grupo de destrezas N°25: Baño en cama.</b>	
57. Baño en cama .....	87
<b>Grupo de destrezas N°26: Cómo tender una cama ocupada.</b>	
58. Cómo tender una cama ocupada .....	90
<b>Grupo de destrezas N°27: Limpieza concurrente de la unidad del paciente.</b>	
59. Limpieza concurrente de la unidad del paciente .....	93
<b>Grupo de destrezas N°28: Limpieza terminal de la unidad del paciente.</b>	
60. Limpieza terminal de la unidad .....	95
<b>Grupo de destrezas N°29: Arreglo cama abierta, cerrada y de recuperación.</b>	
61. Cama abierta .....	97
62. Cama cerrada .....	98
63. Cama quirúrgica .....	99
<b>Grupo de destrezas N°30: Cómo establecer un campo estéril.</b>	
64. Cómo establecer un campo estéril .....	101
65. Agregar un elemento estéril al campo .....	102
66. Cómo ponerse y retirarse los guantes estériles .....	102
<b>Grupo de destrezas N°31: Preparación de región pre quirúrgica.</b>	
67. Preparación de región pre quirúrgica .....	104
<b>Grupo de destrezas N°32: Curación y cambio de apósitos.</b>	
68. Curación y cambio de apósitos con técnica limpia .....	106
69. Curación y cambio de apósito con técnica estéril .....	107
<b>Grupo de destrezas N°33: Retiro de puntos.</b>	
70. Retiro de puntos .....	110
<b>Grupo de destrezas N°34: Alimentación por gavage.</b>	
71. Alimentación por gavage .....	112
<b>Grupo de destrezas N°35: Enema evacuante.</b>	
72. Enema evacuante .....	114
<b>Grupo de destrezas N° 36: Cateterismo vesical.</b>	
73. Cateterismo vesical .....	116
<b>Grupo de destrezas N°37 Asistencia postmórtem.</b>	
74. Asistencia postmórtem .....	118
Glosario .....	121
Bibliografía .....	124



## Prefacio

La Guía de Evaluación de Destrezas Básicas de Enfermería (DBE) contempla 74 listas de evaluación de destrezas básicas realizadas con mayor frecuencia por los estudiantes de enfermería, durante su formación profesional. Ha sido elaborado con el fin de disponer de un documento que permita unificar y estandarizar criterios de evaluación de las 74 destrezas antes mencionadas.

Para la elaboración de dichas destrezas se revisaron estándares de enfermería nacionales e internacionales, con la finalidad de fundamentar y actualizar los procedimientos básicos de los cuidados que brindará el futuro profesional de enfermería.

Para el personal docente, este documento es una herramienta didáctica de verificación que permite valorar de forma objetiva la calidad de los conocimientos y habilidades adquiridos por los estudiantes durante el proceso de enseñanza aprendizaje. Para los estudiantes, es una herramienta utilizada como guía y apoyo efectivo en el proceso de su formación profesional, para fortalecer sus conocimientos con pensamiento crítico en el cuidado de enfermería basado en propósitos, principios científicos y dimensiones de calidad en las destrezas básicas de enfermería.

Esta guía ha sido elaborada gracias a la labor y participación de un equipo de profesionales de enfermería a nivel nacional: Escuela de Enfermería de la Universidad Politécnica de Nicaragua (UPOLI) quien ha liderado esta iniciativa como sede de formación profesional; Escuela de Enfermería del Recinto Universitario Regional, UPOLI Estelí (RUR UPOLI Estelí); Escuela de Enfermería del Recinto Universitario Regional, UPOLI Boaco (RUR UPOLI Boaco); Escuela de Enfermería del Recinto Universitario Regional, UPOLI Rivas (RUR UPOLI Rivas); Departamento de Enfermería del Instituto Politécnico de la Salud Luis Felipe Moncada de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (POLISAL UNAN Managua); Ministerio de Salud, Escuela Regional de Enfermería “Juana María Cruz Centeno”, La Trinidad; Ministerio de Salud, Escuela Regional de Enfermería “Silvia Ferrufino”, Jinotepe; Ministerio de Salud, Escuela de Enfermería “Dolores López Hernández”, Ocotal, Nueva Segovia; Departamento de Enfermería de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León); Departamento de Ciencia, Tecnología y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad Regional Multidisciplinaria de Matagalpa (UNAN FAREM Matagalpa); Departamento de Ciencia, Tecnología y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales (UNAN FAREM Chontales); colaboradores de instituciones hospitalarias, equipo de Fundación Uno liderado por: MSe. Laura Lumbí Quiroz (Coordinadora IFEN), MSe. Darling Chávez Madrigal (Facilitadora DBE), Dra. Catherine Strachan Lindenberg (Asesora IFEN) que con su gran experiencia y su incondicional apoyo brindó aportes significativos en todos los procesos de esta iniciativa, Dra. Rosa Solórzano de la Universidad de Duke (Asesora IFEN) quien ha brindado muchos aportes en diferentes momentos de la iniciativa. Asimismo, MSp. Margarita Guevara Doña (Vice rectora UPOLI Managua) quien fue una de las pioneras de esta iniciativa y ha brindado su apoyo incondicional en los diferentes procesos.

Es un esfuerzo colectivo de instituciones del sector privado nacional (Fundación Uno y Claro), instituciones internacionales (Prentice Hall Health, USAID y RTI) e instituciones públicas nacionales a fin de promover la educación de Enfermería en Nicaragua, mejorar la salud y bienestar de la población.

Nuestro agradecimiento especial al Dr. Ernesto Fernández-Holmann, presidente de Fundación Uno, quien ha mostrado gran interés y generosidad por la profesión de enfermería al abrir puertas para el patrocinio de esta iniciativa; a Lic. Marcela Sevilla-Sacasa, quien ha mantenido la conducción de este proyecto dentro de Fundación Uno con calidad y calidez y a MSc. Robert Lindenberg Strachan, quién ha mantenido las bases sólidas de esta iniciativa.

## Instructivo

Las listas de evaluación son herramientas de apoyo que sirven para reforzar y valorar los conocimientos y habilidades adquiridas por los estudiantes, como elemento potenciador en la utilización de metodologías docente participativa e innovadoras.

Las listas de evaluación están diseñadas por grupos de destrezas básicas de enfermería, los cuales contienen de uno a cinco destrezas denominados “**Grupo de Destrezas**”, establecidas de esta forma con el propósito de optimizar el tiempo en que un estudiante realizará dichas destrezas. El orden de los grupos de destrezas responde a la secuencia lógica en que éstas se realizan en la práctica de campo.

Cada grupo tiene como encabezado el número, nombre de la destreza y el tiempo en que debe realizarse, a la vez se describe el propósito para que el estudiante recuerde, por qué está realizando la destreza.

Cada destreza está organizada en una tabla: la primera columna contiene el número de orden lógico de los criterios; en la segunda columna se encuentran los criterios a evaluar, la tercera columna indica el puntaje de cada criterio con un valor de “1”.

Una destreza se considera satisfactoria cuando se ha realizado correctamente el 80% de los criterios de la misma de forma ordenada y coherente. En caso que el/la estudiante altere el orden de algún criterio, puede considerarse satisfactoria si éste no pone en riesgo la vida y seguridad del paciente.

En el caso del grupo de destrezas que requieren esterilidad, el estudiante deberá cumplir con el 100% de los criterios establecidos por la severidad y consecuencia para el paciente si hubiese contaminación.

Si el/la estudiante no realiza satisfactoriamente una destreza durante el proceso de evaluación formativa deberá reiniciar la destreza y explicar la importancia de su cumplimiento correctamente. La evaluación sumativa quedará a criterio del propósito de la misma.

## Grupo de Destrezas N° 1

### CAJA DE PAPEL CUADRADA Y USO DE PINZA AUXILIAR (05:00 min)

#### 1. CAJA DE PAPEL CUADRADA (03:00 min)

**Propósito:** Realizar un recipiente para desechos no peligrosos como; residuos alimenticios, polvo u otros.

N°	Criterios	Puntaje
1	Dobla la hoja de papel hacia la mitad, por el centro, quedando el extremo superior e inferior alineados.	1
2	Dobla nuevamente la hoja de papel por la mitad, sobre sí misma de manera que queden los bordes bien alineados.	1
3	Introduce su mano por debajo de uno de los bordes, fijando con su dedo índice y dobla el papel en forma de triángulo, doblándolo sobre sí mismo.	1
4	Realiza el paso anterior con el otro extremo.	1
5	Dobla los extremos de cada lado hacia la línea media del papel.	1
6	Dobla hacia afuera los extremos superiores sobrantes a ambos lados, realizando dos dobleces a cada lado.	1
7	Dobla la bolsa por el centro haciendo coincidir los extremos inferior y superior.	1
8	Realiza presión sobre todos los bordes doblados, hasta definir bien los dobleces.	1
9	Abre la caja.	1
80% equivale a 7 criterios del procedimiento		9

#### 2. USO DE PINZA AUXILIAR (02:00 min)

**Propósito:** Mantener la esterilidad de equipos y materiales estériles a fin de evitar contaminación con microorganismos patógenos.

**Principio:** Estéril.

N°	Criterios	Puntaje
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
2	Se asegura que la pinza a utilizar está estéril.	1
3	Saca la pinza del porta pinza, tomándola por las agarraderas o asas, evitando que la parte estéril toque los bordes del porta pinza.	1

4	Mantiene la pinza a la altura de la cintura o por encima de ella.	1
5	Sujeta con la pinza el material o instrumento estéril a utilizar manteniéndolo siempre por encima de la cintura.	1
6	Deja caer sobre el campo estéril suavemente el material estéril sin acercarse a él.	1
7	Se asegura que la pinza no haya quedado sucia o contaminada.	1
8	Coloca la pinza en el porta pinza sin solución.	1
9	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
100% equivale a 9 criterios del procedimiento		9
<b>TOTAL</b>		<b>18</b>

#### EQUIPOS CAJA DE PAPEL CUADRADA Y USO DE PINZA AUXILIAR:

##### Caja de papel cuadrada

– Papel bond.

##### Uso de pinza auxiliar

- Porta pinza.
- pinza auxiliar.
- Elemento estéril (gasa, apósito).

## Grupo de Destrezas N° 2

### MANEJO DE RIESGOS (6:50 min)

#### 3. HIGIENE DE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN (02:00 min)

Propósito: Eliminar los microorganismos patógenos de las manos del trabajador de la salud.

N°	Criterios	Puntaje
1	Inspecciona las superficies de las manos por rasgaduras y el largo de las uñas.	1
2	Retira las prendas de las manos.	1
3	Sube las mangas de su gabacha por encima de la muñeca (o lo menciona si es manga corta).	1
4	Se asegura que su uniforme no toca el lavamanos.	1
5	Abre la llave del grifo y se moja las manos manteniéndolas más bajas que los codos.	1
6	Aplica jabón en toda la superficie de sus manos produciendo abundante espuma.	1
7	Enjuaga el jabón antes de colocarlo a la jabonera (si este es de barra).	1
8	Enjabona el grifo y lo cierra.	1
9	Lava las palmas de sus manos friccionándolas de forma circular durante 6 repeticiones.	1
10	Coloca la mano derecha encima del dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa por 6 repeticiones.	1
11	Entrelaza los dedos friccionándolos para lavar entre los espacios interdigitales por 6 repeticiones.	1
12	Lava los dedos pulgares y meñiques de forma circular por 6 repeticiones.	1
13	Se lava las muñecas friccionándolas de forma circular por 6 repeticiones.	1
14	Frota circularmente las yemas de los dedos contra la palma de la mano opuesta hacia adelante y hacia atrás por 6 repeticiones.	1
15	Limpia debajo de las uñas iniciando del dedo meñique al pulgar.	1
16	Abre la llave del grifo y enjuaga cada mano iniciando de las yemas de los dedos hacia las muñecas, manteniendo los dedos más altos que la muñeca.	1

17	Toma agua entre sus manos y enjuaga la llave del grifo.	1
18	Cierra la llave del grifo.	1
19	Seca sus manos con una toalla desechable (en caso de no haber, secar las manos al ambiente), empezando por el dedo meñique al pulgar, de arriba hacia abajo, palma de la mano, dorso y muñeca. Con una punta de la toalla secar una mano y con la otra punta del lado contrario secar la otra mano.	1
80% equivale a 15 criterios del procedimiento		19

#### 4. HIGIENE DE LAS MANOS CON ALCOHOL GEL (45:00 seg)

**Propósito:** Eliminar microorganismos patógenos de las manos del trabajador de la salud.

**Principio:** Asepsia.

N°	Criterios	Puntaje
1	Inspecciona las superficies de las manos por rasgaduras y el largo de las uñas.	1
2	Retira las prendas de las manos.	1
3	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad (o menciona que lo hace).	1
4	Deposita en la palma de la mano suficiente alcohol gel (3-5 ml) para cubrir toda la superficie a desinfectar.	1
5	Frota las palmas de sus manos friccionándolas de forma circular durante 6 repeticiones.	1
6	Coloca la mano derecha encima del dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa por 6 repeticiones.	1
7	Frota entrelazando los dedos, asegurándose de limpiar entre cada uno, cubriendo toda la superficie de los dedos y espacios interdigitales, 6 repeticiones.	1
8	Frota con movimiento de rotación los dedos pulgares y meñiques de la mano izquierda atrapándolos con la palma de la mano derecha y viceversa (6 repeticiones).	1
9	Frota con movimiento de rotación la muñeca izquierda, atrapándola con la mano derecha y viceversa (6 repeticiones).	1
10	Frota circularmente las yemas de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda y viceversa (6 repeticiones).	1

11	Limpia debajo de las uñas iniciando por el dedo meñique hacia el pulgar.	1
12	Se asegura de cubrir toda la superficie de las manos con alcohol gel.	1
80% equivale a 10 criterios del procedimiento		12

#### 5. CÓMO PONERSE UN GORRO (45:00 seg)

**Propósito:** Proteger de microorganismos patógenos, tanto al trabajador como al paciente, en situaciones de alta probabilidad de contagio.

**Principio:** Asepsia.

Nº	Criterios	Puntaje
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
2	Se recoge el cabello antes de ponerse el gorro.	1
3	Coloca el gorro sobre su cabeza cubriéndose todo el cabello y orejas.	1
4	Al quitarse el gorro, utiliza manos limpias o guantes no estériles.	1
5	Introduce los dedos índice y medio por debajo del gorro y retira de adelante hacia atrás, enrollándolo hacia la parte interna de manera que la superficie exterior contaminada no toca ni el cabello ni la piel.	1
6	Cuidadosamente enrolla el gorro sobre la parte interior.	1
7	Desecha el gorro en el basurero apropiado.	1
8	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 6 criterios del procedimiento		8

#### 6. CÓMO PONERSE Y QUITARSE UNA MASCARILLA (01:30 min)

**Propósito:** Proteger de microorganismos patógenos, tanto al trabajador como al paciente, en situaciones de alta probabilidad de contagio.

**Principio:** Asepsia.

Nº	Criterios	Puntaje
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
2	Asegura la mascarilla, dependiendo del tipo de mascarilla que tenga, asegura las tiras alrededor de cada oreja y amarra las tiras superiores y luego las tiras inferiores, por encima del gorro.	1

3	Baja la mascarilla colocándola sobre su nariz, cubriendo la boca y la barbilla.	1
4	Ajusta la banda metálica que está alrededor del puente de su nariz.	1
5	Para quitarse la mascarilla, utiliza manos limpias o guantes no estériles.	1
6	Se retira la mascarilla desatando las cintas inferiores y luego las superiores, envolviéndola hacia la parte interna.	1
7	Desecha la mascarilla apropiadamente.	1
8	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 6 criterios del procedimiento		8

### 7. CÓMO PONERSE Y QUITARSE UNA BATA (01:50 min)

**Propósito:** Proteger de microorganismos patógenos, tanto al trabajador como al paciente, en situaciones de alta probabilidad de contagio.

**Principio:** Asepsia.

Nº	Criterios	Puntaje
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
2	Toma la bata por una de las tiras del cuello y con una sola mano retira la bata de la mesa en un solo movimiento.	1
3	Introduce un brazo dentro de la manga y luego el otro.	1
4	Asegura la bata amarrando las tiras del cuello y luego las de la cintura sin contaminarla.	1
5	Para quitarse la bata, desata las amarras que se encuentran en la cintura y el cuello.	1
6	Con las manos limpias o guantes no estériles, introduce la mano debajo de la bata a nivel del cuello y tira de las mangas hacia la muñeca, pasándolas sobre la mano. Repite lo mismo para el otro brazo.	1
7	Cuidadosamente enrolla la bata sobre su parte interior, asegurándose de que ninguna superficie contaminada de la bata toque las manos o la piel desprotegida.	1
8	Dobla la bata por la parte inferior hacia el centro y la parte superior hacia el centro, tratando de no hacer contacto con su uniforme.	1
9	Desecha o descarta apropiadamente la bata.	1



10	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 8 criterios del procedimiento		10
TOTAL		57

#### EQUIPOS MANEJO DE RIESGOS:

##### Lavado de manos

- Agua de grifo o pana con agua limpia.
- Jabón.
- Jabonera con drenaje.
- Toallas desechables.
- Alcohol gel.

##### Atuendo de protección personal

- Guantes no estériles.
- Batas descartables.
- Gorros descartables.
- Mascarillas descartables.

En procedimientos invasivos se deberán utilizar los dos tiempos.  
Ej. Venopunción.

## Grupo de Destrezas N° 3

### MEDICIÓN DE SIGNOS VITALES (11:00 min)

#### 8. MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA AXILAR (05:30 min)

**Propósito:** Valorar y documentar con precisión la temperatura corporal del paciente.

**Validez docente:** Verificar lectura correcta de temperatura.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
7	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
8	Coloca al paciente en posición sentada o supina.	1
9	Seca la axila o pide al paciente que lo haga.	1
10	Limpia el termómetro con una torunda de algodón con alcohol, del bulbo hacia la parte distal.	1
11	Se asegura que la columna de mercurio se encuentre en el nivel inferior, si utiliza termómetro digital se asegura que está en cero 00.	1
12	Inserta el termómetro en el centro de la axila del paciente, colocando el antebrazo sobre el tórax.	1
13	Le pide al paciente que mantenga el termómetro en su lugar de tres a cinco minutos. Si está utilizando un termómetro electrónico, lo retira cuando una luz o sonido aparecen indicando que la lectura se ha completado.	1
14	Retira el termómetro y lo traslada a la altura de su visión.	1
15	Lee la temperatura del termómetro correctamente.	1

	Procedimiento posterior:	
16	Limpia el termómetro con una torunda de algodón con alcohol de la parte distal hacia el bulbo.	1
17	Deja el equipo limpio y en orden.	1
18	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
19	Anota el resultado en expediente clínico.	1
	80% equivale a 15 criterios del procedimiento	19

### 9. MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA RECTAL (03:00 min)

**Propósito:** Valorar y documentar con precisión la temperatura corporal manteniendo la privacidad del paciente.

**Validez docente:** Verificar lectura correcta de temperatura.

N°	Criterios	Puntaje
	Preparación:	
1	Realiza los pasos del <b>1 al 7</b> de la destreza “ <b>medición de la temperatura axilar</b> ”.	7
	Procedimiento:	
2	Coloca al paciente en posición de sims.	1
3	Se coloca guantes no estériles.	1
4	Sostiene el termómetro por la parte distal, con la punta de los dedos.	1
5	Se asegura que el nivel de mercurio está por debajo del nivel deseado (en caso de encontrarse por encima del nivel deseado, baja el mercurio con movimientos firmes). Si utiliza un termómetro digital se asegura que esté en cero (00).	1
6	Con la mano no dominante separa y eleva el glúteo superior del paciente y limpia la región perianal.	1
7	Humedece el bulbo del termómetro con lubricante hidrosoluble.	1
8	Eleva el glúteo y visualiza el esfínter anal, solicita al paciente que realice una inspiración profunda e introduce el termómetro con suavidad, 1,5 cm en niños y 3 cm en adultos (no seguir introduciendo si hay resistencia).	1
9	Espera de uno a tres minutos antes de retirar el termómetro.	1

10	Retira el termómetro y limpia el área anal para retirar el lubricante o heces.	1
11	Limpia el termómetro y realiza lectura del mismo.	1
12	Se retira los guantes sucios y se coloca guantes no estériles.	1
13	Ayuda al paciente a cubrirse con la ropa y a colocarse en posición cómoda.	1
Procedimiento posterior:		
14	Lava, enjuaga y seca el termómetro de la parte distal hacia el bulbo.	1
15	Se retira los guantes y los descarta en el lugar adecuado.	1
16	Realiza los pasos del <b>17 al 19</b> de la destreza <b>“medición de la temperatura axilar”</b> .	3
80% equivale a 19 criterios del procedimiento		24

#### 10. MEDICIÓN DEL PULSO RADIAL (01:15 min)

**Propósito:** Conocer y valorar con precisión la frecuencia del pulso y ritmo cardíaco del paciente.

**Validez docente:** Verificar la medición correcta del pulso.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 7</b> de la destreza <b>“medición de la temperatura axilar”</b> .	7
Procedimiento:		
2	Coloca al paciente en posición sentada o supina.	1
3	Coloca al paciente con el brazo a lo largo del cuerpo o sobre el tórax o abdomen con la palma de la mano hacia abajo.	1
4	Coloca las yemas de los dedos índices, medio y anular sobre la arteria radial.	1
5	Obtiene el número de latidos por minuto contando las pulsaciones durante 30 segundos y multiplica por 2 (hace el recuento en 60 segundos, si encuentra un ritmo irregular o según el diagnóstico del paciente).	1
Procedimiento posterior:		
6	Realiza los pasos del <b>17 al 19</b> de la destreza <b>“medición de la temperatura axilar”</b> .	3
80% equivale a 11 criterios del procedimiento		14

### 11. MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA (01:15min)

**Propósito:** Conocer y valorar la frecuencia y características de la respiración del paciente (ritmo e intensidad).

**Validez docente:** Verificar la medición correcta de la frecuencia respiratoria.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 7</b> de la destreza " <b>medición de la temperatura axilar</b> ".	7
Procedimiento:		
2	Coloca al paciente en posición sentada o supina.	1
3	Simula que está tomando el pulso, mientras que cambia la mirada hacia el pecho del paciente, observando el ascenso y descenso torácico (el paciente no debe estar consciente de que su respiración se está midiendo).	1
4	Si esto es difícil de observar, coloca el brazo del paciente sobre el tórax.	1
5	Obtiene el número de respiraciones por minuto, al contar las respiraciones por 30 segundos y multiplicar por 2; o contar durante 60 segundos, según el diagnóstico del paciente.	1
Procedimiento posterior:		
6	Realiza los pasos del <b>17 al 19</b> de la destreza " <b>medición de la temperatura axilar</b> ".	3
80% equivale a 11 criterios del procedimiento		14
<b>TOTAL</b>		<b>71</b>

#### EQUIPOS MEDICIÓN DE SIGNOS VITALES:

- Expediente clínico.
- Bandeja.
- Algodón.
- Alcohol.
- Termómetros.
- Reloj.
- Caja de papel o riñonera.
- Frasco con solución desinfectante.
- Lubricante.
- Termómetro rectal.
- Papel higiénico.
- Guantes desechables.
- Agua y jabón.
- Gasa.
- Basurera.

## Grupo de Destrezas N° 4

### MEDICIÓN DE SIGNOS VITALES- PRESIÓN ARTERIAL (4:30 min)

#### 12. PRESIÓN ARTERIAL (01:30 min)

**Propósito:** Conocer, valorar y documentar la presión arterial del paciente, detectar posibles alteraciones en la función hemodinámica del paciente.

**Validez docente:** Verificar la medición correcta de la presión arterial.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente. (Tamaño del brazalete apropiado para el paciente).	1
3	Se asegura que el equipo está en buen estado.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca al paciente en posición sentado o supino.	1
10	Coloca el brazo del paciente con la palma de la mano hacia arriba si está supino y en algún soporte si está sentado.	1
11	Coloca el brazalete alrededor del brazo entre el hombro y el codo. (2 centímetros por encima del pliegue del codo).	1
12	Identifica y palpa el pulso braquial.	1
13	Limpia las olivas del estetoscopio a utilizar.	1
14	Coloca el diafragma del estetoscopio previamente calentado sobre el área de localización del pulso braquial.	1
15	Bombee la pera con rapidez hasta que la presión alcance 30 mmHg más de la presión máxima esperada.	1

16	Identifica la presión sistólica (arterial máxima) y la presión diastólica (arterial mínima).	1
17	Desinfla el manguito lentamente observando la escala del tensiómetro, haciendo que la presión disminuya 2 a 3 mmHg por segundo, hasta que deja de escuchar los latidos.	1
Procedimiento posterior:		
18	Deja el equipo limpio y en orden.	1
19	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
20	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 16 criterios del procedimiento		20

### 13. PRESIÓN ARTERIAL ORTOSTÁTICA (03:00 min)

**Propósito:** Valorar y documentar con precisión la presión arterial ortostática con el fin de identificar cambios hemodinámicos relacionados con las diferentes posiciones del paciente.

**Validez docente:** Verificar la medición correcta de la presión arterial.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza " <b>medición de la presión arterial</b> ".	8
Procedimiento:		
2	Coloca al paciente en posición supino.	1
3	Realiza los pasos del <b>10 al 17</b> de la destreza " <b>medición de la presión arterial</b> ".	8
4	Se asegura que el paciente ha estado en esta posición durante al menos 5 minutos antes de tomar la presión arterial ortostática.	1
5	Ayuda al paciente a sentarse con las piernas colgando sobre el borde de la cama.	1
6	Está alerta a los cambios hemodinámicos (síntomas tales como: mareo, sudor, pulso rápido, palidez) que presente el/la paciente.	1
7	Espera 2 minutos, luego mide su presión arterial y el pulso nuevamente.	1
8	Ayuda a la persona a ponerse en posición de pie.	1

9	Espera 2 minutos, luego mide la presión arterial con el brazo a la altura del corazón, manteniéndolo sostenido en el brazo del examinador/a y luego toma el pulso del paciente nuevamente.	1
Procedimiento posterior:		
10	Realiza los pasos del <b>18 al 20</b> de la destreza <b>“medición de la presión arterial”</b> .	3
80% equivale a 21 criterios del procedimiento		26
<b>TOTAL</b>		<b>46</b>

#### EQUIPOS MEDICIÓN DE SIGNOS VITALES - PRESIÓN ARTERIAL:

- Tensiómetros.
- Estetoscopios.
- Bandeja.
- Algodón.
- Alcohol.



## Grupo de Destrezas N° 5

### MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (13:00 min)

#### 14. PESO: (05:00 min)

**Propósito:** Realizar valoración nutricional, calcular Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente.

**Validez docente:** Verificar la medición correcta de peso.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
3	Se presenta ante el paciente y acompañante brindando su nombre completo.	1
4	Explica el procedimiento al paciente y acompañante.	1
5	Brinda seguridad al paciente.	1
6	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
7	Verifica que el equipo esté en buen estado (balanza nivelada y separada de la pared).	1
8	Coloca campo de papel sobre la balanza.	1
9	Orienta al paciente a quitarse los zapatos.	1
10	Coloca al paciente sobre la plataforma mirando hacia la balanza (si es niño/a mayor de dos años colocarlo en la plataforma mirando de frente hacia la enfermera).	1
11	Se asegura que el paciente está en el centro de la plataforma. (si es niño, no se sostiene de la balanza ni de la enfermera)	1
12	Corre la balanza hasta dejarla nivelada.	1
13	Realiza lectura correcta del peso.	1
Procedimiento posterior:		
14	Deja la balanza nivelada.	1
15	Realiza limpieza de manos con alcohol gel.	1
16	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 13 criterios del procedimiento		16

**15. TALLA:** (08:00 min)

**Propósito:** valoración nutricional, calcular Índice de Masa Corporal (IMC) del paciente.

**Validez docente:** Verificar la medición correcta de talla.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 6</b> de la destreza “Peso”	<b>6</b>
Procedimiento:		
2	Verifica que el tallímetro se encuentra en buen estado.	<b>1</b>
3	Orienta al paciente a quitarse los zapatos y subir a la plataforma viéndole de frente.	<b>1</b>
4	Orienta al paciente juntar los talones separando las puntas de los pies hasta formar un ángulo de 45°.	<b>1</b>
5	Se asegura que los puntos del cuerpo estén en contacto con el tallímetro (cabeza, espalda, glúteos, piernas, talón).	<b>1</b>
6	Orienta al paciente mantenerse erguido/a.	<b>1</b>
7	Coloca su mano izquierda sobre la frente del paciente y con la derecha baja la pieza de cartabón sobre la parte superior central de la cabeza.	<b>1</b>
8	Realiza lectura correcta en el ángulo recto que forma el cartabón y la escala numérica.	<b>1</b>
Procedimiento posterior:		
9	Brinda cuidado posterior al equipo.	<b>1</b>
10	Orienta al paciente a colocarse los zapatos.	<b>1</b>
11	Anota en hoja correspondiente las medidas encontradas.	<b>1</b>
12	Realiza limpieza de manos con alcohol gel.	<b>1</b>
13	Anota el resultado en expediente clínico.	<b>1</b>
80% equivale a 14 criterios del procedimiento		<b>18</b>
<b>TOTAL</b>		<b>34</b>

**EQUIPOS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:**

- Tallímetro.
- Balanza (Tallímetro).
- Campos de papel.
- Expediente clínico.

## Grupo de Destrezas N° 6

### CÓMO PONER UNA VENDA ELÁSTICA CIRCULAR – EN OCHO (07:00 min.)

#### 16. CÓMO PONER UNA VENDA ELÁSTICA VUELTA CIRCULAR (03:30 min)

**Propósito:** Se utiliza para iniciar o finalizar un vendaje, mantener en su lugar un apósito no estéril, envolver una extremidad para inmovilizar o comprimir una zona evitando hemorragias.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca la extremidad que va a inmovilizar en una posición horizontal, colocando el miembro afectado sobre una base de apoyo; las piernas planas en la cama y el brazo a nivel del corazón o por encima de él, realiza el procedimiento con ayuda si es necesario.	1
10	Se asegura que la lesión del paciente que va a cubrir está limpia.	1
11	Cubre la lesión con una gasa o apósito.	1
12	Coloca la venda de gasa en su mano dominante con el pulgar apuntando hacia la parte superior del extremo suelto del rollo.	1
13	Ubica el extremo de la venda en la parte del cuerpo a vendar, sosteniéndola con su mano no dominante.	1

14	Envuelve el vendaje alrededor de la articulación, colocando la vuelta de la venda sobre la vuelta anterior.	1
15	Estira el vendaje un poco, este debe estar firme, pero no apretado.	1
16	Finaliza el vendaje sobre el área no lesionada.	1
17	Asegura el extremo con cinta adhesiva.	1
18	Evalúa el estado neuro-vascular de la parte distal de la extremidad al finalizar el vendaje.	1
Procedimiento posterior:		
19	Deja el equipo limpio y en orden.	1
20	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
21	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 17 criterios del procedimiento		21

#### 17. CÓMO PONER UN VENDAJE EN 8 (03:30 min)

**Propósito:** Se utiliza en las articulaciones (tobillo, rodilla, hombro, codo, muñeca), ya que permite a estas tener una cierta movilidad.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza <b>“cómo poner una venda elástica vuelta circular”</b> .	8
Procedimiento:		
2	Comienza por sostener la venda en su mano dominante con el pulgar apuntando hacia la parte superior del extremo suelto de la venda.	1
3	Hace una o dos vueltas circulares para iniciar.	1
4	Traslada la venda por encima de la articulación a su alrededor y luego de regreso por debajo de la articulación, haciendo una figura de ocho.	1
5	Coloca la venda de la vuelta anterior a la mitad a dos tercios de la anchura de la venda. Continúa vendando por encima y por debajo de la articulación.	1
6	Mientras desenrolla la venda, estira ligeramente dejándola firme pero no apretada.	1
7	Finaliza el vendaje en la parte superior de la articulación.	1
8	Asegura el extremo con los clips.	1

9	Cubre con cinta adhesiva sobre los clips.	1
10	Evalúa el estado neuro-vascular de la parte distal de la extremidad al finalizar el vendaje.	1
Procedimiento posterior:		
11	Deja el equipo limpio y en orden.	1
12	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
13	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 16 criterios del procedimiento		20
<b>TOTAL</b>		<b>41</b>

#### EQUIPOS CÓMO PONER UNA VENDA ELÁSTICA (CIRCULAR – EN OCHO):

- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Gasas.
- Vendas de gasas (vendaje circular).
- Vendas elásticas 2 ó 4 pulgada (vendaje en ocho).
- Clips o alfileres.
- Cinta adhesiva / Micropore/ esparadrapo.

## Grupo de Destrezas N° 7

### CÓMO PONER UNA VENDA ELÁSTICA (ESPIRAL – RECURRENTE) (09:00 min)

#### 18. CÓMO PONER UNA VENDA ELÁSTICA EN ESPIRAL (4:30 min)

**Propósito:** Se usa para sujetar gasa, apósitos o férulas en brazo, antebrazo, muslo y pierna. Comprimir una zona con fines terapéuticos.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca la extremidad que va a inmovilizar en posición horizontal, colocando el miembro afectado sobre una base de apoyo; las piernas planas en la cama y el brazo a nivel del corazón o por encima de él (realizar el procedimiento con ayuda si es necesario).	1
10	Coloca la venda en su mano dominante con el pulgar apuntando hacia la parte superior del extremo suelto del rollo.	1
11	Inicia el vendaje realizando dos vueltas circulares.	1
12	Envuelve la venda alrededor de la parte del cuerpo desde la zona distal hasta la proximal a un ángulo de más o menos 30°.	1
13	Traslapa cada vuelta entre la mitad y 2/3 del ancho de la vuelta anterior de la venda.	1

14	Mientras desenrolla la venda la estira y envuelve el miembro firmemente, asegurándose de no dejarlo tenso o apretado, evitando dejar pliegues que provoquen fricción.	1
15	Finaliza el vendaje en la parte superior del miembro con una vuelta circular.	1
16	Asegura el extremo con clips o alfileres de gancho.	1
17	Coloca un pedazo de esparadrapo sobre los clips o alfileres.	1
18	Evalúa el estado neuro-vascular de la parte distal de la extremidad después de colocar el vendaje.	1
Procedimiento posterior:		
19	Deja el equipo limpio y en orden.	1
20	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
21	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 17 criterios del procedimiento		21

#### 19. CÓMO REALIZAR UN VENDAJE RECURRENTE (04:30 min)

**Propósito:** Envolver una venda para mantener en su lugar un apósito no estéril; Se utiliza en cabeza, puntas de los dedos, manos o muñones de amputación.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>cómo poner una venda elástica en espiral</b> ”.	8
Procedimiento:		
2	Coloca la venda en su mano dominante con el pulgar apuntando hacia la parte superior del extremo suelto del rollo.	1
3	Realiza dos vueltas circulares.	1
4	Voltea el rollo dejándolo perpendicular a las vueltas circulares.	1
5	Pasa el rollo de atrás hacia adelante y viceversa, de manera que cada vuelta cubre la anterior hasta dejar cubierta la parte superior de la cabeza.	1
6	Fija el vendaje por medio de dos vueltas circulares, sobre las dos vueltas iniciales.	1

7	Asegura el extremo con cinta adhesiva, si el vendaje es en cabeza y con clips si es en muñón u otra parte del cuerpo.	1
8	Coloca esparadrappo encima de los clips.	1
9	Evalúa el estado neuro-vascular después de colocar el vendaje.	1
Procedimiento posterior:		
10	Deja el equipo limpio y en orden.	1
11	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
12	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 15 criterios del procedimiento		19
TOTAL		40

#### EQUIPOS CÓMO PONER UNA VENDA ELÁSTICA (ESPIRAL – RECURRENTE):

- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Gasas.
- Vendas de gasas.
- Vendas elásticas 2 ó 4 pulgada.
- Clips o alfileres.
- Cinta adhesiva / Micropore/ esparadrappo.



## Grupo de Destrezas N° 8

### TRATAMIENTO POR MEDIOS FÍSICOS (10:00 min)

#### 20. APLICACIÓN DE CALOR TERAPÉUTICO (05:00 min)

**Propósito:** Aliviar el dolor, disminuir edema, relajación muscular, estimular circulación sanguínea y aumentar la temperatura corporal.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Vierte el agua caliente en la bolsa, expulsando el aire antes de la terapia.	1
4	Tapa la bolsa y comprueba que no tenga agujeros.	1
5	Seca la superficie externa de la bolsa, colocándole una cubierta de tela (toallita, paño).	1
6	Determina la temperatura de la solución, tomando en cuenta: la edad del paciente, parte del cuerpo a tratar y respuesta que se desea, trasladando el equipo al cubículo del paciente.	1
7	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
8	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
9	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
10	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
11	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
12	Descubre la región indicada y aplica la bolsa cubierta con toalla o paño de tela.	1
13	Está pendiente por cambios de coloración y sensibilidad de la piel.	1
14	Mantiene la aplicación de la bolsa durante el tiempo indicado.	1
15	Retira la bolsa dejando la región cubierta.	1

Procedimiento posterior:		
16	Deja cómodo al paciente.	1
17	Cuelga la bolsa destapada dejándola con la abertura hacia abajo.	1
18	Guarda la bolsa llena de aire.	1
19	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
20	Anota el resultado en expediente clínico.	1
80% equivale a 16 criterios del procedimiento		20

#### 21. APLICACIÓN DE FRÍO TERAPÉUTICO (05:00 min)

**Propósito:** Aliviar el dolor, disminuir edema, relajación muscular, estimular circulación sanguínea.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara la aplicación de frío, ya sea compresa, bolsa o paquete.	1
4	Si utiliza bolsa de hielo: llena dos tercios de la bolsa con hielo triturado.	1
5	Realiza los pasos del 5 a 11 de la destreza “ <b>aplicación de calor terapéutico</b> ”.	7
Procedimiento:		
6	Realiza los pasos del 12 a 15 de la destreza “ <b>aplicación de calor terapéutico</b> ”.	4
Procedimiento posterior:		
7	Saca el contenido de la bolsa y cierra bien el tapón.	1
8	Deja cómodo al paciente.	1
9	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
10	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1

<b>11</b>	<b>Anota en expediente clínico.</b>	<b>1</b>
	<b>80% equivale a 16 criterios del procedimiento</b>	<b>20</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>40</b>

#### EQUIPOS TRATAMIENTO POR MEDIOS FÍSICOS:

##### Aplicación de calor terapéutico

- Bolsa para agua caliente.
- Compresas /pana.
- Toalla / ahulado.

##### Aplicación de frío terapéutico

- Compresa, bolsa o paquete de hielo.
- Toalla / ahulado.

## Grupo de Destrezas N° 9

### TRATAMIENTO POR MEDIOS FÍSICOS (14:00 min)

#### 22. APLICACIÓN DE CALOR TERAPÉUTICO POR LÁMPARA (06:00 min)

**Propósito:** Aliviar el dolor, disminuir edema, relajación muscular, estimular circulación sanguínea y aumentar o disminuir la temperatura corporal.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se asegura que la lámpara funciona correctamente.	1
3	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
4	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
5	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
6	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
7	Explica el procedimiento al paciente.	1
8	Ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda.	1
9	Retira objetos metálicos que están cerca de la región afectada.	1
10	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
11	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
12	Descubre la región a tratar cerciorándose que la piel está limpia, seca y libre de pomadas, cremas u otros.	1
13	Coloca la lámpara a 45 ó 60 cm. de la región (nunca debajo de la ropa).	1
14	Enciende la lámpara y proporciona calor el tiempo indicado.	1
15	Está pendiente por signos de enrojecimiento y dolor.	1
16	Apaga y retira la lámpara.	1

Procedimiento posterior:		
17	Deja cómodo al paciente.	1
18	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
19	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
20	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 16 criterios del procedimiento		20

### 23. BAÑO DE ASIENTO (08:00 min)

**Propósito:** Aliviar el dolor, disminuir edema, relajación muscular, estimular circulación sanguínea y aumentar o disminuir la temperatura corporal.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Orienta al paciente miccionar antes de iniciar el procedimiento.	1
8	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
9	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
10	Coloca la pana sobre la silla (la pana debe ser estéril).	1
11	Vierte el agua caliente en la pana (la temperatura del agua debe estar entre 43°C y 46°C).	1
12	Protege los bordes de la pana con toalla (si es metálica).	1

13	Retira los apósitos de la región afectada.	1
14	Orienta al paciente a sentarse dentro de la pana (realiza el procedimiento en cama según condición del paciente).	1
15	Está pendiente por dolor, mareo o sangrado que presente el paciente.	1
16	Aplica el procedimiento durante el tiempo indicado.	1
17	Ayuda al paciente a levantarse y seca los glúteos.	1
18	Traslada al paciente a la cama y lo coloca en posición de sims para secar la región perianal.	1
19	Coloca apósitos estériles en caso de cirugía.	1
Procedimiento posterior:		
20	Deja cómodo al paciente.	1
21	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
22	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
23	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		23
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>

#### EQUIPOS TRATAMIENTO POR MEDIOS FÍSICOS:

##### Aplicación de calor terapéutico por lámpara

- Lámpara de cuello de cisne.
- Toalla / Sábanas.

##### Baño de asiento

- Pana.
- Apósito.
- Guantes estériles.
- Toalla.

## Grupo de Destrezas N° 10

### MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE (08:50 min)

#### 24. AYUDA AL PACIENTE A SENTARSE EN EL BORDE DE LA CAMA (03:00 min)

**Propósito:** Facilitarle al paciente cambiar de posición proporcionando seguridad y confort.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca la cabecera de la cama a 30°, asegurándose de que está frenada.	1
10	Se ubica frente al paciente, a nivel de las caderas, manteniendo una alineación adecuada.	1
11	Se asegura de que sus pies formen una amplia base de apoyo para aumentar su estabilidad y equilibrio.	1
12	Coloca al paciente en posición lateral izquierda o derecha de acuerdo al lado que se movilizará.	1
13	Solicita al paciente colocar la mano de su brazo superior sobre la cama para impulsarse y ayudar a levantarse (paciente consciente).	1
14	Coloca los miembros inferiores del paciente hacia el borde de la cama con ambas manos.	1

15	Coloca su brazo proximal a la cabeza del paciente debajo de los hombros para alcanzarlo (apoyándole la cabeza y cuello) y su brazo distal en los muslos del paciente, sin inclinarse ni torcer el cuerpo.	1
16	Con la espalda erguida y los pies separados uno delante del otro, traslada su peso del pie frontal al otro pie, al mismo tiempo que ayuda al paciente a sentarse al borde de la cama.	1
17	Tomando al paciente por el cinturón de seguridad, lo ayuda a mover sus caderas hacia adelante, junto al borde de la cama.	1
18	Se asegura que los pies del paciente queden paralelos y planos sobre el piso.	1
Procedimiento posterior:		
19	Deja al paciente cómodo.	1
20	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
21	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
22	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		22

#### 25. AYUDA AL PACIENTE A MOVERSE DE LA CAMA A LA SILLA (02:50 min)

**Propósito:** Movilizar al paciente de la cama a la silla de forma cómoda y segura.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>ayuda al paciente a sentarse en el borde de la cama</b> ”.	8
Procedimiento:		
2	Se asegura que la cama está frenada.	1
3	Con el paciente sentado al borde de la cama, sus pies paralelos y planos sobre el piso, espera 2 minutos antes de movilizarlo fuera de cama.	1
4	Permanece de pie cerca del paciente que quiere mover y lo sujeta por el cinturón de seguridad.	1
5	Pide al paciente que se sujete de sus antebrazos para asegurar la movilización.	1



6	<b>Utiliza los principales grupos de músculos</b> distribuyendo la carga de trabajo uniformemente entre brazos, caderas y muslos, manteniendo la espalda erguida.	1
7	<b>Tiene una base amplia de apoyo:</b> separa los pies, uno delante del otro para mantener la máxima estabilidad y equilibrio.	1
8	Tomando al paciente por el cinturón de seguridad, hace 3 movimientos de balanceo hacia adelante y hacia atrás, ambos al mismo tiempo para tomar impulso.	1
9	Ayuda al paciente a levantarse hacia él/ella, desplazando su peso del pie frontal al pie trasero.	1
10	Con el paciente en pie utiliza el apalancamiento, evitando trabajar en contra de la gravedad y va girando hasta ubicarlo cerca de la silla.	1
11	Para sentar al paciente ubica sus pies separados, uno frente al otro, tomándolos como base de apoyo.	1
12	Distribuye la carga de trabajo uniformemente entre brazos y piernas, flexionando su cuerpo a nivel de las caderas y rodillas, conservando la espalda erguida hasta ayudar al paciente a sentarse en la silla, manteniéndolo sujetado por el cinturón de seguridad.	1
Procedimiento posterior:		
13	Realiza los pasos del <b>19 al 22</b> de la destreza <b>“ayuda al paciente a sentarse en el borde de la cama”</b> .	4
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		23

## 26. TRASLADO DE LA CAMA A LA CAMILLA (03:00 min)

**Propósito:** Trasladar al paciente entre dos superficies planas y a nivel.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza <b>“ayuda al paciente a sentarse en el borde de la cama”</b> .	8
Procedimiento:		
2	Ayuda al paciente a colocarse en decúbito supino.	1
3	Coloca la camilla paralela a la cama.	1
4	Se asegura que la cama y camilla están frenadas.	1

5	Se asegura que sus pies formen una amplia base de apoyo para aumentar su equilibrio. <b>NO</b> trata de inclinarse ni flexionar la espalda.	1
6	Orienta al paciente a deslizarse hacia la camilla sin levantarse.	1
7	Solicita ayuda para trasladar al paciente, en caso de que este no pueda deslizarse hacia la camilla.	1
8	Orienta al paciente a cruzar los brazos sobre su pecho.	1
9	Con una mano toma la sábana de traslado por la cabecera del paciente y con la otra mano la toma por el lado de los muslos.	1
10	Enrolla la sábana de traslado lo más cerca posible al paciente.	1
11	Con la espalda erguida y los pies separados al ancho de los hombros, ayuda al paciente a trasladarse a la camilla.	1
12	Sube las barandas de la camilla.	1
Procedimiento posterior:		
13	Realiza los pasos del <b>19 al 22</b> de la destreza <b>“ayuda al paciente a sentarse en el borde de la cama”</b> .	4
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		23
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>

#### EQUIPOS MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE:

- Cinturón de seguridad o sábana de traslado.
- Almohadas pequeñas y grandes.
- Camilla.

## Grupo de Destrezas N° 11

### POSICIONES TERAPÉUTICAS (15:00 min)

#### 27. DECÚBITO SUPINO O DORSAL: (02:30 min)

**Propósito:** Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar, todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o menciona que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca la cama en posición horizontal, cerciorándose de que está frenada y a nivel de su cintura.	1
10	Coloca al paciente descansado sobre su espalda, con las piernas extendidas y los brazos al lado del cuerpo, guardando el eje longitudinal.	1
11	Coloca la almohada bajo la cabeza, zona lumbar y huecos poplíteos.	1
12	Eleva los talones con respecto a la cama, colocando una almohada bajo las pantorrillas.	1
13	Acomoda la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.	1
14	Vigila las zonas del occipucio, omóplatos, codos, sacro, coxis, talones y dedos de los pies.	1

Procedimiento posterior:		
15	Deja al paciente cómodo.	1
16	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
17	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 14 criterios del procedimiento		17

## 28. POSICIÓN FOWLER (05:30 min)

**Propósito:** Mover al paciente a una posición sentada o semi sentada con fines terapéuticos, pacientes con patologías cardíacas o respiratorias, exploraciones de ojos, oídos, nariz y garganta, garantizando seguridad y comodidad.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>decúbito supino o dorsal</b> ”.	8
Procedimiento:		
2	Coloca al paciente en decúbito supino.	1
3	Eleva la cabecera de la cama entre 45° y 60°, cerciorándose de que está frenada.	1
4	Coloca una almohada bajo la cabeza.	1
5	Coloca una almohada bajo los antebrazos.	1
6	Eleva los talones con respecto a la cama, con una almohada a lo largo debajo de cada una de las pantorrillas, para no flexionar las rodillas.	1
7	Vigila las zonas del sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos para prevenir signos de úlceras por presión.	1
Procedimiento posterior:		
8	Realiza los pasos del <b>14 al 16</b> de la destreza “ <b>decúbito supino o dorsal</b> ”.	3
80% equivale a 14 criterios del procedimiento		17

### 29. POSICIÓN DE TRENDELEMBURG (04:00 min)

**Propósito:** Colocar al paciente en posición decúbito supina con la cabeza más baja que los pies y las caderas garantizando, comodidad y seguridad con el fin de favorecer el riego sanguíneo al cerebro.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>decúbito supino o dorsal</b> ”.	<b>8</b>
Procedimiento:		
2	Se asegura que la cama está frenada.	<b>1</b>
3	Valora si hay sondas u equipos que puedan obstaculizar el movimiento del paciente.	<b>1</b>
4	Coloca al paciente en posición decúbito dorsal.	<b>1</b>
5	Eleva la piecera de la cama a 45°, manteniendo las piernas del paciente extendidas hacia arriba.	<b>1</b>
6	Se asegura que los hombros y cabeza del paciente quedan más bajos que las caderas y las piernas (Si la cama no tiene la posición de trendelemburg colocar almohada debajo de las caderas).	<b>1</b>
Procedimiento posterior:		
7	Realiza los pasos del <b>14 al 16</b> de la destreza “ <b>decúbito supino o dorsal</b> ”.	<b>3</b>
80% equivale a 13 criterios del procedimiento		<b>16</b>

### 30. LITOTOMÍA O GINECOLÓGICA (3:00 min)

**Propósito:** Colocar al paciente en posición supina con piernas elevadas y separadas, en la que esté cómodo y seguro, con el fin de facilitar procedimientos ginecológicos y de atención del parto.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>decúbito supino o dorsal</b> ”.	<b>8</b>
Procedimiento:		
2	Se asegura que la cama está frenada.	<b>1</b>
3	Coloca a la paciente de espalda sobre la cama o posición supina.	<b>1</b>
4	Flexiona las caderas y rodillas de la paciente, elevándolas hacia los estribos de la cama o mesa de exploración.	<b>1</b>

5	Separa las piernas de la paciente, descansando los pies en los estribos de la cama o mesa de exploración.	1
6	Se asegura que las caderas están alineadas al borde de la cama o mesa de exploración.	1
Procedimiento posterior:		
7	Realiza los pasos del <b>14 al 16</b> de la destreza “ <b>decúbito supino o dorsal</b> ”.	3
80% equivale a 13 criterios del procedimiento		16
<b>TOTAL</b>		<b>66</b>

#### EQUIPOS POSICIONES TERAPÉUTICAS:

– Almohadas grandes y pequeñas.

## Grupo de Destrezas N° 12

### POSICIONES TERAPÉUTICAS (17:00 min)

#### 31. DECÚBITO LATERAL (04:00 min)

**Propósito:** Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar, todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca la cama en posición horizontal, cerciorándose de que está frenada.	1
10	Se ubica frente al paciente tomando una base de apoyo en sus pies y la espalda alineada.	1
11	Desplaza al paciente hacia el lado contrario donde realizará la movilización, utilizando el movable o sábana de traslado.	1
12	Estira la pierna sobre la que rotará el paciente y flexiona la pierna superior.	1
13	Coloca una mano a la altura de los hombros y su otra mano a la altura de las caderas del paciente para girarlo hacia él/ella.	1

14	Con la espalda erguida y los pies separados uno delante del otro, traslada su peso del pie frontal al otro pie, al mismo tiempo que ayuda al paciente a colocarse en decúbito lateral.	1
15	Coloca al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo, de acuerdo a la posición que lo movilizará.	1
16	Coloca una almohada bajo la cabeza y cuello.	1
17	Coloca ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre la almohada. El brazo inferior descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado que el resto del cuerpo.	1
18	Coloca una almohada bajo la pierna superior semi-flexionada desde la ingle hasta el pie.	1
19	Coloca una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.	1
20	Eleva la cabecera de la cama, según las necesidades y seguridad del paciente.	1
21	Vigila por presión en las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maléolos.	1
Procedimiento posterior:		
22	Deja al paciente cómodo.	1
23	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
24	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 19 criterios del procedimiento		24

### 32. POSICIÓN DE SIMS (04:30 min)

**Propósito:** Colocar al paciente en una posición decúbito lateral y semi prono con la rodilla superior flexionada, en la que este cómodo y seguro, con el fin de facilitar procedimientos tales como temperatura rectal, enemas, cambio de posición etc.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>decúbito lateral</b> ”	<b>8</b>
Procedimiento:		
2	Se asegura que la cama está frenada.	<b>1</b>



3	Valora si hay sondas u equipos que puedan obstaculizar el movimiento del paciente.	1
4	Voltea al paciente sobre su lado derecho o izquierdo.	1
5	Coloca una almohada/rollo bajo la cabeza y otra a lo largo del abdomen del paciente.	1
6	Voltea al paciente sobre su abdomen, sosteniéndolo por el brazo superior para dar seguridad.	1
7	Coloca el brazo inferior extendido por detrás a lo largo de la espalda del paciente (valorar la comodidad del paciente).	1
8	Coloca el brazo superior del paciente flexionado encima de la almohada.	1
9	Coloca una almohada bajo la pierna superior desde la ingle hasta el pie.	1
10	Se asegura que la pierna superior está flexionada a nivel de la cadera y rodilla descansando sobre una almohada para apoyar toda la pierna.	1
11	Sube las barandas de la cama.	1
Procedimiento posterior:		
12	Realiza los pasos del <b>21 al 24</b> de la destreza “ <b>decúbito lateral</b> ”.	4
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		22

### 33. DECÚBITO PRONO O VENTRAL: (05:00 min)

**Propósito:** Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente a mantener una postura adecuada, para favorecer su bienestar, todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>decúbito lateral</b> ”.	8
Procedimiento:		
2	Coloca la cama en posición horizontal, cerciorándose de que está frenada.	1
3	Con el/la paciente en posición lateral coloca una almohada pequeña debajo del diafragma a la altura del abdomen de el/ la paciente.	1

4	Coloca otra almohada debajo de la cabeza de el/la paciente.	1
5	Coloca los brazos del/la paciente flexionados a la altura de la cabeza.	1
6	Con la espalda erguida y los pies separados uno delante del otro, traslada su peso del pie frontal al otro pie, al mismo tiempo que ayuda al/la paciente a girar sobre sí misma, colocando una mano en la espalda del paciente y la otra sobre su cadera, hasta dejarla en posición extendida sobre su tórax y abdomen.	1
7	Descansa la cabeza volteada hacia un costado sobre una almohada pequeña, evitando una excesiva distensión de la columna vertebral.	1
8	Apoya los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.	1
9	Eleva los dedos de los pies con respecto a la cama, utilizando una almohada pequeña bajo la parte anterior tibial de las piernas.	1
10	Vigila los dedos de los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.	1
Procedimiento posterior:		
11	Realiza los pasos del <b>22 al 24</b> de la destreza “ <b>decúbito lateral</b> ”.	3
80% equivale a 16 criterios del procedimiento		20

#### 34. POSICIÓN GENUPECTORAL (03:30 min)

**Propósito:** Colocar al paciente en una posición prona, apoyado sobre su pecho y rodillas, en la que este cómodo y seguro, con el fin de facilitar procedimientos para exploraciones rectales.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>decúbito lateral</b> ”.	8
Procedimiento:		
2	Se asegura que la cama está frenada.	1
3	Orienta al/la paciente arrodillarse sobre la cama e inclinarse hacia adelante.	1
4	Orienta al paciente apoyar el tórax sobre la cama con los brazos flexionados a los lados de la cabeza.	1

5	Coloca una almohada bajo la cabeza del paciente.	1
Procedimiento posterior:		
6	Realiza los pasos del <b>22 al 24</b> de la destreza “ <b>decúbito lateral</b> ”.	3
80% equivale a 12 criterios del procedimiento		15
<b>TOTAL</b>		<b>81</b>

#### EQUIPOS POSICIONES TERAPÉUTICAS:

- Almohadas grandes y pequeñas.

## Grupo de Destrezas N° 13

### DRENAJE POSTURAL Y VENTILACIÓN (25:00 min)

#### 35. DRENAJE POSTURAL (15:00 min)

**Propósito:** Facilitar el drenaje de las secreciones de las vías respiratorias.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
<b>Coloca al paciente en las diferentes posiciones para facilitar el drenaje:</b>		
9	<b>Prona Trendelemburg:</b> Coloca almohadas debajo del tórax, abdomen y caderas, la cama en posición de trendelemburg en 30 grados, realiza percusión de las últimas costillas en ambos lados.	1
10	<b>Lateral izquierdo:</b> Coloca al paciente una almohada debajo de la cabeza, brazo derecho extendido sobre la cabeza, coloca una almohada entre las piernas y la pierna derecha flexionada, realiza percusión de las costillas inferiores en la posición más superior de la pared lateral del tórax.	1
11	<b>Lateral derecho:</b> Coloca al paciente una almohada debajo de la cabeza, el brazo izquierdo extendido sobre la cabeza, coloca una almohada entre las piernas, pierna izquierda flexionada.	1
12	<b>Prona horizontal:</b> Coloca dos almohadas debajo de las caderas y realiza percusión en ambos lados de la columna a nivel del extremo inferior de los omóplatos.	1

13	<b>Lateral izquierdo tronco 90°:</b> Coloca almohadas debajo de la cabeza, brazo derecho extendido sobre la cabeza, gira el tronco del paciente 90° hacia atrás con almohadas debajo del cuerpo. Percute sobre la zona de la tetilla derecha, con las manos moderadamente flexionadas y los dedos unidos.	1
14	<b>Lateral derecho tronco 90°:</b> Coloca almohadas debajo de la cabeza, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, gira el tronco del paciente 90° hacia atrás con la almohada debajo de la espalda y cadera, percute sobre la zona de la tetilla izquierda.	1
15	<b>Supina:</b> Coloca una almohada debajo de las rodillas, percutiendo en el espacio entre tetilla y clavículas.	1
16	<b>Fowler:</b> Orienta al paciente flexionar el cuerpo y que apoye la espalda sobre la almohada en un ángulo de 30° en relación con el espaldar de la cama o silla, percute en la parte superior de cada escápula y omóplato.	1
17	<b>Fowler modificada:</b> Orienta al paciente flexionar el cuerpo sobre la almohada en un ángulo de 30°, percute y da masaje en la porción superior del dorso en cada lado.	1
18	Solicita al paciente que tosa y expectore en la riñonera tres veces seguidas.	1
19	Observa las características de las secreciones.	1
Procedimiento posterior:		
20	Menciona que se realiza higiene oral posterior al procedimiento.	1
21	Deja cómodo al paciente.	1
22	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
23	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
24	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 19 criterios del procedimiento		24

### 36. ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO (10:00 min)

**Propósito:** Mantener un nivel óptimo de oxígeno para conservar la función vital.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>drenaje postural</b> ”.	8

2	Comprueba el funcionamiento del manómetro/ flujómetro y limpieza del humidificador.	1
Procedimiento:		
3	Coloca al paciente en posición semifowler.	1
4	Coloca el catéter nasal al orificio del humidificador.	1
5	Abre la llave de oxígeno y ajusta el flujo adecuadamente antes de unir el adaptador al catéter nasal del paciente.	1
6	Verifica la salida de oxígeno por el catéter nasal.	1
7	Ajusta el catéter nasal sin obstruir los orificios nasales y lo fija.	1
8	Protege con algodón el pabellón auricular superior.	1
Procedimiento posterior:		
9	Realiza los pasos del <b>21 al 24</b> de la destreza <b>“drenaje postural”</b> .	4
80% equivale a 15 criterios del procedimiento		19
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>

#### EQUIPOS DRENAJE POSTURAL Y VENTILACIÓN:

##### Drenaje postural

- Cama/ silla.
- Almohadas.
- Toallita o papel higiénico.
- Riñonera.

##### Oxigenoterapia

- Cilindro de oxígeno.
- Manómetro con humidificador / Fluxómetro.
- Agua estéril.
- Llave de craser.
- Riñonera.
- Esparadrapo.
- Cánula o catéter nasal.
- Motas de algodón.

## Grupo de Destrezas N° 14

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL Y NEBULIZACIÓN (16:00 min)

#### 37. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL (06:00 min)

**Propósito:** Administrar medicamentos por vía nasal a fin de aliviar congestión nasal o aplicar analgésicos locales, asegurando cumplir con los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y efectos secundarios.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
5	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
6	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
7	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
8	Explica al paciente el propósito del procedimiento y la reacción del medicamento.	1
9	Brinda seguridad al paciente.	1
10	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
11	Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos.	1
12	Coloca la cama en posición horizontal y acomoda al paciente en posición supina, con los hombros elevados ligeramente sobre una almohada y la cabeza inclinada <b>hacia atrás (posición de Proetz)</b> , si se quiere instilar la medicación en senos etmoides o esfenoides.	1
	Coloca la cama en posición horizontal y acomoda al paciente en posición supina, con los hombros elevados ligeramente sobre una almohada y la cabeza inclinada <b>lateralmente (posición de Parkinson)</b> , si se quiere instilar sobre senos maxilares y frontales.	
13	Aspira secreciones antes de instilar el medicamento, si es necesario.	1

14	Toma el gotero e instila las gotas ordenadas en cada fosa nasal.	1
15	Se asegura de no contaminar el cuenta gotas con los orificios nasales del paciente.	1
16	Seca el borde de la nariz con papel desechable o gasa.	1
17	Orienta al paciente a permanecer en posición Proetz o Parkinson durante 2 a 3 minutos, después de haber instilado la solución.	1
Procedimiento posterior:		
18	Deja cómodo al paciente.	1
19	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
20	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
21	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 17 criterios del procedimiento		21

### 38. NEBULIZACIÓN (10:00 min)

**Propósito:** Administrar sustancias medicamentosas a través del nebulizador, a fin de actuar directamente sobre los bronquios y fluidificar las secreciones, facilitando su eliminación, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 10</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos por vía nasal</b> ”.	10
2	Comprueba el funcionamiento del nebulizador.	1
Procedimiento:		
3	Coloca al paciente en posición semifowler.	1
4	Prepara la medicación en la cámara del nebulizador con suero fisiológico o según prescripción.	1
5	Conecta la guía al nebulizador.	1
6	Coloca la mascarilla al paciente observando la salida de la ventolina por los agujeros de la mascarilla.	1
7	Orienta al paciente a respirar a un ritmo normal, haciendo ocasionalmente inspiración profunda por la boca.	1



8	Retira la mascarilla después de 10 minutos o hasta terminar la medicación de la cámara.	1
Procedimiento posterior:		
9	Realiza los pasos del <b>18 al 21</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos por vía nasal</b> ”	4
80% equivale a 17 criterios del procedimiento		21
<b>TOTAL</b>		<b>42</b>

#### EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL Y NEBULIZACIÓN:

##### Administración de medicamentos nasales

- Bandeja.
- Bolsa de papel.
- Tarjeta de medicamentos.
- Medicamento ordenado.
- Papel desechable o gasa.

##### Nebulización

- Nebulizador.
- Cámara.
- Adaptador.
- Boquilla, mascarilla o cámara cefálica.

## Grupo de Destrezas N° 15

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA, OFTÁLMICA Y ORAL (16:00 min.)

#### 39. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA (05:00 min)

**Propósito:** Administrar medicamentos vía ótica a fin de ablandar cerumen, aliviar dolor, tratar enfermedades. Asegurándose de cumplir con los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
5	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
6	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
7	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
8	Explica al paciente el propósito del procedimiento y la reacción del medicamento.	1
9	Brinda seguridad al paciente.	1
10	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
11	Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos.	1
12	Acomoda al paciente en posición decúbito lateral con el oído afectado al descubierto.	1
13	Mantiene el frasco en su mano durante unos segundos para facilitar que esté a temperatura ambiente al momento de realizar la instilación.	1
14	Se coloca guantes no estériles.	1

15	Estira el pabellón auricular suavemente hacia abajo y hacia atrás en niños menores de tres años y hacia atrás y hacia arriba en pacientes mayores a tres años.	1
16	Limpia el pabellón de la oreja y orificio externo antes de hacer la instilación.	1
17	Instila la cantidad de solución ordenada, evitando tocar el oído con el cuenta gotas y sujetando por unos segundos el oído del paciente hasta que el medicamento se haya introducido por completo en el canal auditivo.	1
18	Coloca algodón humectado con la solución medicamentosa en la entrada del orificio auditivo.	1
19	Orienta al paciente a mantener la posición durante unos cinco a diez minutos.	1
20	Retira el algodón del oído pasado el tiempo establecido.	1
Procedimiento posterior:		
21	Deja cómodo al paciente.	1
22	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
23	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
24	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 19 criterios del procedimiento		24

#### 40. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA (04:00 min)

**Propósito:** Administrar medicamentos por vía oftálmica a fin de aliviar irritación ocular, dilatar la pupila para examen de ojo, aplicar anestesia o tratar enfermedades de los ojos, asegurándose de cumplir con los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 10</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos por vía ótica</b> ”.	10
Procedimiento:		
2	Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos, a la vez que identifica cambios de coloración o sedimentos.	1

3	Mantiene el frasco en su mano durante unos segundos para facilitar que esté a temperatura ambiente al momento de realizar la medicación.	1
4	Coloca al paciente en posición dorsal.	1
5	Se coloca guantes no estériles.	1
6	Limpia suavemente el párpado y las pestañas con una gasa húmeda en solución salina o agua estéril, realizando la limpieza del ángulo interno al externo, utilizando una gasa a la vez.	1
7	Orienta al paciente a colocar su cabeza ligeramente hacia atrás, mirando hacia arriba enfocando a un punto específico.	1
8	Coloca el dedo índice en el pómulo y tira suavemente de la piel hacia abajo, para descubrir el saco conjuntival inferior (si es un niño separa los párpados con los dedos índice y pulgar).	1
9	Con la otra mano instila el número de gotas ordenadas en el centro del saco conjuntival, en caso de ungüento aplica una cantidad suficiente, iniciando del ángulo interno al externo, evitando que la punta del frasco entre en contacto con el globo ocular o las pestañas.	1
10	Cierra el párpado y limpia el exceso de medicamento con una gasa estéril.	1
Procedimiento posterior:		
11	Realiza los pasos del <b>21 al 24</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos por vía ótica</b> ”.	4
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		<b>23</b>

#### 41. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL (07:00 min)

**Propósito:** Administrar fármacos por boca con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos para que sean absorbidos por la mucosa gastrointestinal, asegurando cumplir con los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 10</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos por vía ótica</b> ”.	<b>10</b>

Procedimiento:		
2	Lee el rótulo del frasco y lo compara con la tarjeta de medicamentos (tomando en cuenta los diez correctos).	1
3	Destapa el frasco y coloca la tapa con los bordes hacia arriba (en caso de tableta o cápsula, desliza la tableta en la tapa del frasco y la coloca en el frasco graduado, sin tocarla. En caso de líquido agita el frasco).	1
4	Sujeta con la mano dominante el frasco y con la no dominante el vaso graduado y lo traslada a nivel de los ojos.	1
5	Vierte el líquido en el vaso graduado, protegiendo la etiqueta.	1
6	Limpia el cuello del frasco si es necesario y coloca la tapa.	1
7	Regresa el frasco a la bandeja verificando la etiqueta.	1
8	Coloca al paciente en posición fowler o semifowler, según su condición.	1
9	Administra el medicamento, asegurándose de cumplir con los diez correctos.	1
10	Brinda al paciente vaso con agua.	1
11	Se cerciora que el paciente haya deglutido el medicamento, antes de retirarse de su lado.	1
Procedimiento posterior:		
12	Realiza los pasos del <b>21 al 24</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos por vía ótica</b> ”.	4
80% equivale a 19 criterios del procedimiento		24
<b>TOTAL</b>		<b>71</b>

#### EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA, OFTÁLMICA Y ORAL:

##### Administración de medicamentos óticos

- Bandeja.
- Bolsa de papel/ riñonera.
- Tarjeta de medicamentos.
- Algodón.
- Gotero con medicamento.
- Guantes descartables.

##### Administración de medicamentos oftálmicos

- Bandeja.
- Bolsa de papel/ riñonera.
- Tarjeta de medicamentos.
- Gotero o solución salina.
- Guantes descartables.
- Motas de algodón o gasas.

##### Administración de medicamentos vía oral

- Bandeja.
- Tarjeta de medicamentos.
- Gasas.
- Bolsa de papel/ riñonera.
- Frasco graduado.
- Vaso con agua.

## Grupo de Destrezas N° 16

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA E INTRADÉRMICA (14:00 min)

#### 42. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA (07:00 min)

**Propósito:** Administrar fármacos en cantidades pequeñas a través del tejido subcutáneo, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
5	Prepara y carga la jeringa con el medicamento indicado de acuerdo a su presentación utilizando las medidas de asepsia.	1
6	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
7	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
8	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
9	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
10	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
11	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
12	Coloca al paciente de acuerdo al sitio en que va a administrar el medicamento.	1
13	Selecciona la región y sitio de aplicación.	1
14	Limpia en forma rotatoria desde el centro hacia la periferia con una mota de algodón y alcohol.	1
15	Sujeta el tejido subcutáneo entre el dedo índice y pulgar, con la mano no dominante en el sitio donde aplicará la inyección.	1
16	Solicita al paciente que respire profundo previo a la administración del medicamento.	1

17	Introduce la aguja con el bisel hacia arriba en ángulo de 90° si la aguja es de 13mm y a 45° si la aguja es de 16mm o más.	1
18	Afloja el tejido subcutáneo y aspira tirando del émbolo para verificar que no aspira sangre.	1
19	Introduce el medicamento lentamente.	1
20	Retira la aguja lentamente siguiendo la misma dirección que utilizó para introducirla, mientras lo hace aplica presión en la región de inyección con una torunda de algodón.	1
21	Elimina la aguja directamente en el recipiente de corto punzante.	1
Procedimiento posterior:		
22	Deja cómodo al paciente.	1
23	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
24	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
25	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 20 criterios del procedimiento		25

#### 43. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRADÉRMICOS (07:00 min)

**Propósito:** Administrar fármacos en la capa intradérmica con fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 11</b> de la destreza “ <b>administración de medicamentos vía subcutánea</b> ”	11
Procedimiento:		
2	Prepara y carga la jeringa con el medicamento indicado de acuerdo a su presentación, utilizando las medidas de asepsia.	1
3	Selecciona la región y sitio de aplicación limpiándolo en forma rotatoria del centro hacia la periferia, con una mota de algodón y agua estéril.	1
4	Sostiene el brazo y estira la piel con el dedo pulgar en la zona donde entrará la aguja.	1
5	Toma la jeringa con la otra mano y la sostiene con los dedos pulgar e índice apoyando el émbolo contra la palma de la mano.	1

6	Coloca la jeringa con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 15°, de forma que quede casi paralela a la superficie cutánea del paciente.	1
7	Introduce la aguja presionando contra la piel del paciente y avanza la aguja a lo largo de la epidermis, de forma que la punta sea visible a través de la piel.	1
8	Inyecta la medicación lentamente formando una pápula de 6mm de diámetro en el sitio de la inyección.	1
9	Extrae la aguja y limpia la piel sin hacer presión.	1
10	Elimina la aguja directamente en el recipiente de objetos corto punzante (en caso de no haber recipiente de objetos corto punzante reencapcha la aguja utilizada, usando la mano dominante, colocando la cubierta de la aguja en el borde de la bandeja haciendo presión contra su superficie).	1
Procedimiento posterior:		
11	Realiza los pasos del <b>22 al 25</b> de la destreza <b>“administración de medicamentos vía subcutánea”</b>	4
80% equivale a 19 criterios del procedimiento		24
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>

#### EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA E INTRADÉRMICA:

##### Vía subcutánea

- Medicamento ordenado.
- tarjeta de medicamentos.
- Bandeja, campo estéril.
- Jeringa de 1 a 3 ml.
- Aguja 25 x 1.5 cm.
- Algodón, alcohol.
- Caja de papel o riñonera.

##### Intradérmica

- Utilizar el mismo equipo de administración de medicamentos subcutáneos.
- Jeringa de 1ml. o tuberculina.
- Aguja 0.6 a 1.5cm. X 25 a 27 cm.
- Recipiente de objetos cortopunzantes.



## Grupo de Destrezas N° 17

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR CON FRASCO Y AMPOLLETA (17:30 min)

#### 44. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR (AMPOLLETA) (08:30 min)

**Propósito:** Administrar mediante punción muscular sustancias medicamentosas para su reabsorción con fines terapéuticos asegurándose de cumplir con los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos, cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Coloca el campo estéril en la bandeja utilizando la pinza auxiliar, si está disponible.	1
5	Prepara la jeringa sacándola de la envoltura y colocándola en el campo estéril, manteniendo la aguja estéril.	1
6	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
7	Toma la ampolla y golpea la parte superior de la misma con el dedo medio o la sacude en forma circular.	1
8	Limpia el cuello de la ampolla con algodón o gasas en forma circular.	1
9	Coloca una mota de algodón o gasa detrás del cuello de la ampolla y ejerce presión al lado opuesto.	1
10	Inclina la ampolla para sacar la solución.	1
11	Introduce la aguja en el centro de la ampolla sin tocar los bordes.	1
12	Hala el émbolo aspirando la solución, tapa la aguja y coloca la jeringa en el campo estéril.	1
13	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
14	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
15	Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.	1

16	Explica al paciente el procedimiento, acción y reacción del medicamento.	1
17	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
18	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
<b>Procedimiento:</b>		
19	Toma dos motas de algodón con alcohol, una la coloca entre un espacio interdígital de la mano no dominante y la otra en la mano dominante para limpiar el sitio a inyectar.	1
20	Escoge el sitio de la inyección en el cuadrante superior externo del glúteo o músculo recto en el muslo o músculo deltoide en el brazo.	1
21	Limpia un área de 5 cm del centro hacia la periferia en forma circular una sola vez, con la mota de algodón con alcohol y lo deja secar.	1
22	Estira la piel con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante.	1
23	Introduce la aguja con la mano dominante en un ángulo de 90° con relación a la piel.	1
24	Sostiene la jeringa firmemente con los dedos índice y pulgar para fijar la jeringa.	1
25	Con la mano dominante hala suavemente el émbolo hacia arriba verificando salida de sangre (si sale sangre retira la aguja y la desecha junto con la jeringa).	1
26	Inyecta la medicación de forma lenta y uniforme.	1
27	Retira la aguja con la mano dominante y hace presión con la mota de algodón hasta que el paciente no sangra.	1
28	Descarta las jeringas utilizadas en el recipiente de objetos cortantes.	1
<b>Procedimiento posterior:</b>		
29	Deja cómodo al paciente.	1
30	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
31	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
32	Anota en expediente clínico.	1
<b>80% equivale a 26 criterios del procedimiento</b>		<b>32</b>

#### 45. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA

##### INTRAMUSCULAR (FRASCO) (09:00 min)

**Propósito:** Administrar mediante punción muscular sustancias medicamentosas para su reabsorción con fines terapéuticos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

**Nota:** En paso N° 4 tomar en cuenta la presentación del frasco (líquida o polvo) para determinar el puntaje a sumar sea 1 ó 6 puntos según corresponda.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 6</b> de la destreza <b>“administración de medicamento intramuscular (ampolleta)”</b>	6
2	Retira el protector del tapón del frasco utilizando la tijera lister y desinfecta la parte expuesta del tapón de hule utilizando algodón y alcohol con movimientos rotatorios.	1
3	Toma el frasco con los dedos índice, medio y pulgar de la mano no dominante, manteniéndolo boca abajo a la altura de los ojos.	1
	<b>Presentación líquida:</b> Toma la jeringa con la mano dominante llenándola de aire (equivalente a la cantidad de medicamento a extraer) e introduce la aguja en el centro del tapón del frasco inyectando el aire sin dejar que el émbolo se retraiga.	1
4	<b>Presentación en polvo:</b> Carga la jeringa con el disolvente realizando los pasos del <b>7 al 12</b> de la destreza <b>“administración de medicamento intramuscular (ampolleta)”</b> . Introduce la cantidad de disolvente indicado en el frasco que contiene el fármaco. Homogeniza la solución rotando el recipiente entre las palmas de las manos.	6
5	Aspira la cantidad de medicamento indicado, extrae la aguja del frasco y retira suavemente el aire de la jeringa dejando 0.2 décimas de cc de aire evitando sacar solución.	1
6	Coloca la aguja dentro de la tapa protectora y la coloca en la parte interna del campo estéril.	1
7	Realiza los pasos del <b>13 al 18</b> de la destreza <b>“administración de medicamento intramuscular (ampolleta)”</b>	6
Procedimiento:		
8	Realiza los pasos del <b>19 al 28</b> de la destreza <b>“administración de medicamento intramuscular (ampolleta)”</b>	10

Procedimiento posterior:		
9	Realiza los pasos del <b>29 al 32</b> de la destreza “ <b>administración de medicamento intramuscular (ampolleta)</b> ”:	4
80% equivale a 25 criterios del procedimiento Presentación líquida:		31
80% equivale a 29 criterios del procedimiento Presentación en polvo:		36
TOTAL		99

#### EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR:

- Medicamento (frasco o ampolla).
- Riñonera.
- Jeringas descartables.
- Bandeja y campo estéril.
- Pinza auxiliar y porta pinza.
- Caso con motas de algodón y alcohol.
- Recipiente de objetos cortopunzantes.

## Grupo de Destrezas N° 18

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAVENOSA (10:00 min)

#### 46. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSO (10:00 min)

**Propósito:** Administrar el fármaco directamente al torrente circulatorio con fines terapéuticos, facilitando una absorción más rápida, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica indicaciones médicas (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
5	Coloca el campo estéril en la bandeja utilizando la pinza auxiliar, si está disponible.	1
6	Toma la jeringa estéril descartable, colocándola sobre el campo estéril.	1
7	Prepara y carga la jeringa con el medicamento indicado y diluido adecuadamente de acuerdo a su presentación, utilizando las medidas de asepsia.	1
8	Coloca la aguja dentro de la tapa protectora y la pone en la parte interna del campo estéril.	1
9	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
10	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
11	Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.	1
12	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
13	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
14	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
15	Acomoda al paciente brindándole una posición adecuada y confortable.	1
16	Selecciona la vena a puncionar.	1

17	Se coloca guantes no estériles.	1
18	Liga con el torniquete de <b>5 a 10</b> centímetros del lugar de punción, solicitando al paciente cerrar el puño si es necesario.	1
19	Limpia con una torunda de algodón y alcohol el sitio de punción deslizándolo hacia arriba ejerciendo presión, usando una torunda a la vez, cerciorándose que el sitio haya quedado limpio.	1
20	Inmoviliza la vena dilatada traccionando la piel hacia abajo para fijar la vena.	1
21	Solicita al paciente que respire profundo.	1
22	Punciona la vena con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° a 30°, cerciorándose que haya buen retorno venoso.	1
23	Desliga e indica al paciente abrir el puño lentamente e inyecta el fármaco lentamente, comprobando que se mantiene en la vía venosa.	1
24	Coloca la torunda de algodón sobre la punción, retira la aguja y jeringa, comprimiendo el sitio con la torunda y cinta adhesiva manteniendo presionado el sitio de 3 a 5 minutos.	1
25	Elimina la aguja directamente en el recipiente de corto punzantes.	1
26	Orienta al paciente a quedarse en reposo por unos minutos y observa reacciones adversas al medicamento.	1
27	Se retira los guantes y los descarta en el lugar apropiado.	1
Procedimiento posterior:		
28	Deja cómodo al paciente.	1
29	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
30	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
31	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 25 criterios del procedimiento		31
<b>TOTAL</b>		<b>31</b>

#### EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAVENOSA:

##### Vía Intravenosa

- Jeringa cargada con el fármaco a administrar.
- Bandeja.
- Torundas de algodón.
- Guantes no estériles.
- Micropore/Esparadrapo.
- Torniquete.
- Suero fisiológico o agua destilada (dilución).
- Recipiente de objetos cortopunzantes.

## Grupo de Destrezas N°19

### VENOCLISIS (15:00 min.)

#### 47. VENOCLISIS (15:00 min)

**Propósito:** Mantener una vía intravenosa permeable, restaurar el equilibrio de líquidos y electrolitos y fines diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
	Preparación:	
1	Verifica indicaciones médicas (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
5	Coloca el campo estéril en la bandeja utilizando la pinza auxiliar, si está disponible.	1
6	Adapta el venoset al frasco/bolsa.	1
7	Presiona la cámara hasta llenarla a la mitad de su volumen con el líquido IV verificando que no tenga aire.	1
8	Mantiene el extremo inferior del venoset sobre una riñonera, abre la llave permitiendo que el líquido circule hasta llenar el venoset.	1
9	Cierra la llave del venoset y tapa el extremo inferior con el protector.	1
10	Rotula los líquidos Intravenosos indicados.	1
11	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
12	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
13	Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.	1
14	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
15	Brinda privacidad, seguridad y comodidad al paciente.	1
16	Se asegura de tener buena iluminación.	1
17	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1

Procedimiento:		
18	Coloca el brazo del paciente en una superficie plana y firme.	1
19	Visualiza el área donde colocará la venoclisis.	1
20	Prepara el esparadrapo que utilizará para fijar el catéter.	1
21	Se coloca guantes no estériles.	1
22	Coloca el torniquete 5 a 10 cm por encima del área a puncionar.	1
23	Palpa la vena con los dedos índice y medio.	1
24	Limpia la zona de abajo hacia arriba con solución antiséptica.	1
25	Fija la vena sin entrar en contacto con la zona limpia ya preparada, colocando el dedo pulgar junto a la vena y tirando hacia abajo sin contaminar el área limpia.	1
26	Introduce el catéter con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° a 30° atravesando la piel y disminuyendo el ángulo a la vez, para no romper la vena.	1
27	Cuando visualiza el retorno venoso hala el mandril suavemente un poco hacia atrás, sin soltar la fijación introduce el resto del catéter con los dedos índice y pulgar de la mano dominante.	1
28	Retira el torniquete.	1
29	Retira el mandril y lo desecha en el recipiente para objetos corto punzantes.	1
30	Comprueba permeabilidad pasando solución fisiológica en una jeringa.	1
31	Ocluye suavemente la punta del catéter para evitar retorno sanguíneo y retira la jeringa.	1
32	Conecta el venoset y pasa la solución intravenosa indicada.	1
33	Fija el catéter con el esparadrapo que preparó previamente, fijando firmemente.	1
34	Regula el goteo según indicación médica.	1
35	Se retira los guantes sucios.	1
36	Rotula el catéter con fecha, hora, calibre del catéter, nombre de la enfermera/o.	1



Procedimiento posterior:		
37	Deja cómodo al paciente.	1
38	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
39	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
40	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 32 criterios del procedimiento		40
TOTAL		40

#### EQUIPOS VENOCLISIS:

- Bandeja con: cazo de motas de algodón.
- Catéteres de diferentes calibres 18, 20 para adulto.
- Guía de infusión.
- Torniquete.
- Esparadrapo o micropore.
- Recipiente de objetos cortopunzantes.
- Soporte.
- Solución antiséptica.
- Jeringa con solución fisiológica.
- Guantes de examinación.
- Riñonera o bolsa de papel.
- Reloj con segundero.

## Grupo de Destrezas N° 20

### TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (20:00 min.)

#### 48. TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS (20:00 min)

**Propósito:** Restituir el volumen sanguíneo en operaciones quirúrgicas, combatir estado de choque, corregir anemias agudas y crónicas, disminuir la intoxicación y aumentar la resistencia a la infección, como tratamiento temprano de quemaduras graves, verificando: diez correctos, tipo y RH de sangre y evaluando resultados.

**Validez docente:** Propósito de la administración de la transfusión y efectos secundarios.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica indicaciones médicas (tomando en cuenta los diez correctos, tipo y RH de sangre).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Observa que la bolsa no presente color anormal, aglomeración de eritrocitos, burbujas ni sustancias extrañas.	1
5	Saca el equipo de transfusión de su bolsa, lo extiende y cierra la llave.	1
6	Abre el protector del orificio de entrada de la bolsa de sangre.	1
7	Retira el protector plástico de la infusión y lo inserta en el orificio de la bolsa de sangre.	1
8	Con la mano no dominante, levanta la bolsa de sangre a la altura de los ojos y con la mano dominante abre lentamente la llave del equipo de transfusión, dejando pasar la sangre hasta un centímetro antes del adaptador de aguja, cerrando la llave.	1
9	Coloca la bolsa de sangre en la bandeja y corta espadrapo en tiras.	1
10	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
11	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
12	Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.	1

13	Explica al paciente el procedimiento, acción y reacción adversa de la transfusión.	1
14	Brinda seguridad al paciente.	1
15	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
16	Toma los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento.	1
17	Coloca la bolsa de sangre en el soporte y sujeta con la mano dominante el venoset de transfusión.	1
18	Se coloca guantes no estériles.	1
19	Canaliza vena según técnica con bránula calibre 16 ó 18 (en caso de que el paciente no esté canalizado).	1
20	Fija la aguja y venoset con esparadrapo.	1
21	Permanece junto al paciente los primeros 15 minutos.	1
22	Regula goteo según indicación médica.	1
23	Invierte suavemente la bolsa de sangre varias veces durante la transfusión sanguínea para mezclar las células.	1
24	Cierra la llave del venoset y retira el esparadrapo al finalizar la transfusión.	1
25	Retira la aguja ejerciendo presión con un algodón sobre el sitio de inserción.	1
Procedimiento posterior:		
26	Deja cómodo al paciente.	1
27	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
28	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
29	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 23 criterios del procedimiento		29
<b>TOTAL</b>		<b>29</b>

#### EQUIPOS TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:

- Todo el equipo que se utiliza para Venoclisis, Bránulas #16, 18.
- Equipo de transfusión sanguínea, bolsa con sangre.

## Grupo de Destrezas N° 21

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VAGINAL Y RECTAL (17:00 min)

#### 49. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VAGINAL (10:00 min)

**Propósito:** Administrar medicamentos por vía vaginal a fin de desinfectar y descongestionar la mucosa vaginal, aliviar el dolor y el prurito o normalizar el pH de la vagina, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito, acción y reacción de la administración del medicamento.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Verifica tarjeta de medicamentos con Kardex y/o expediente clínico (tomando en cuenta los diez correctos).	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Lee la etiqueta del medicamento que administrará.	1
5	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
6	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
7	Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.	1
8	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
9	Indica a la paciente miccionar antes de iniciar el procedimiento.	1
10	Brinda seguridad y privacidad dejando expuesto únicamente el perineo.	1
11	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
12	Coloca la cama en posición horizontal.	1
13	Coloca a la paciente en posición litotomía (rodillas flexionadas y piernas separadas).	1
14	Se coloca guantes estériles según técnica y examina el perineo.	1
15	Realiza limpieza de la región perineal con agua jabonosa si observa secreciones (limpia primero el lado izquierdo, luego el lado derecho y por último el centro, con una torunda de algodón distinta para cada localización).	1

16	Realiza cambio de guantes, después de la limpieza perineal.	1
17	Separa con una mano los labios mayores.	1
18	Con la otra mano introduce suavemente el aplicador u óvulo en la vagina, avanzando 5cm angulándolo ligeramente hacia el sacro.	1
19	Empuja el émbolo para instilar el gel, pomada, crema, tableta u óvulo.	1
20	Retira el aplicador y descarta en lugar apropiado, si es reutilizable lo lava meticulosamente con agua caliente y jabón y lo guarda en el lugar apropiado.	1
21	Coloca a la paciente en posición de sims durante 30 minutos.	1
22	Descarta los guantes sucios.	1
Procedimiento posterior:		
23	Deja cómodo al paciente.	1
24	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
25	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
26	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 21 criterios del procedimiento		26

#### 50. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO RECTAL (07:00 min)

**Propósito:** Administrar sustancias medicamentosas en el interior del recto, a través del ano, con fines terapéuticos, preventivos o diagnósticos, asegurando el cumplimiento de los diez correctos.

**Validez docente:** Propósito de la administración de medicamento y efectos secundarios.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>administración de medicamento vaginal</b> ”.	8
2	Brinda seguridad y privacidad dejando descubierta únicamente la región anal.	1
3	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1

Procedimiento:		
4	Coloca la cama en posición horizontal.	1
5	Coloca al paciente en decúbito lateral o posición de sims, con la espalda hacia el/la enfermera/o, de forma que quede expuesto el ano.	1
6	Se coloca guantes según técnica.	1
7	Extrae el supositorio de la envoltura.	1
8	Aplica lubricante al supositorio.	1
9	Con la mano dominante toma el supositorio y con la no dominante separa los glúteos.	1
10	Solicita al/la paciente que respire profundo, mientras introduce el supositorio con la parte cónica hacia adelante, utilizando el dedo índice para avanzar 7,5 cm aproximadamente en el adulto y 3 cm en el niño, hasta sobrepasar el esfínter anal interno.	1
11	Mantiene apretados los glúteos del paciente o presionando sobre el ano con una gasa de 10 x 10 cm hasta que ceda la urgencia de defecar.	1
12	Limpia el exceso de lubricante en la región anal.	1
13	Solicita al paciente retener el supositorio de 15 a 20 minutos, en caso de niños mantener los glúteos presionados.	1
14	Se retira los guantes según técnica.	1
Procedimiento posterior:		
15	Deja cómodo al paciente.	1
16	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
17	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
18	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 20 criterios del procedimiento		25
<b>TOTAL</b>		<b>51</b>

#### EQUIPOS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VAGINAL Y RECTAL:

Administración de medicamento vaginal

- Bandeja.
- Tarjeta de medicamento.
- Medicamento vaginal prescrito.
- Guantes no estériles.
- Bolsa de papel.

Administración de medicamento rectal

- Bandeja.
- Medicamento indicado.
- Papel higiénico.
- Lubricante.

## Grupo de Destrezas N° 22

### USO DE PATO Y PICHE (09:00 min)

#### 51. USO DE PATO (05:00 min)

**Propósito:** Proporcionar una vía de evacuación intestinal limpia y cómoda para el paciente encamado.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
7	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
8	Baja la cabecera de la cama si el estado del paciente lo permite.	1
9	Se coloca guantes no estériles.	1
10	Realiza un triángulo con la sábana y dobla el camión de la paciente hacia arriba, si es varón baja la pijama hasta las rodillas.	1
11	Coloca el pato en el borde de la cama.	1
12	Orienta al paciente a flexionar las rodillas y que apoye los talones en la cama.	1
13	Orienta al paciente levantar los glúteos empujándose con los pies (si el paciente puede colaborar).	1
14	<b>Paciente colaborador.</b> Coloca el pato haciendo que los glúteos descansen sobre el borde ancho del mismo. <b>Paciente no colaborador.</b> Coloca al paciente en posición lateral, coloca el pato en posición correcta, voltea suavemente al paciente hacia la posición supina de forma que los glúteos descansen sobre el pato.	1

15	Cubre al paciente con una sábana.	1
16	Sube la cabecera de la cama si no hay contraindicación.	1
17	Deja solo al paciente si su condición se lo permite, dejándole papel higiénico a su alcance.	1
18	Acude al llamado del paciente (si el paciente no puede limpiarse por sí solo, limpia la región anal).	1
19	Retira el pato sujetándolo de los bordes, de la misma forma que lo colocó.	1
20	Observa las características de las heces.	1
21	Cubre el pato con papel periódico y lo traslada al cuarto de baño.	1
22	Realiza limpieza del pato y lo deja en el lugar indicado.	1
23	Se retira los guantes sucios y se coloca guantes no estériles.	1
24	Proporciona al paciente equipo para el lavado de manos.	1
Procedimiento posterior:		
25	Deja cómodo al paciente.	1
26	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
27	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
28	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 22 criterios del procedimiento		28

#### 52. USO DE PICHE (04:00 min)

**Propósito:** Proporcionar una vía de excreción renal limpia y cómoda para el paciente encamado.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 7</b> de la destreza “ <b>Uso de pato</b> ”.	7
Procedimiento:		
2	Coloca al paciente en posición adecuada (supina, fowler, semifowler, según condición o comodidad del paciente).	1



3	Se coloca guantes no estériles.	1
4	Indica o coloca el piche entre las piernas del paciente de forma inclinada y lo cubre con la sábana.	1
5	Sostiene el pene y lo introduce en el orificio, en caso de que el paciente esté imposibilitado.	1
6	Deja solo al paciente para que pueda efectuar la micción.	1
7	Retira el piche y lo traslada al cuarto de baño, observando las características de la orina.	1
8	Proporciona al paciente equipo para el lavado de manos.	1
Procedimiento posterior:		
9	Deja cómodo al paciente.	1
10	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
11	Se retira guantes sucios desechándolos en el lugar apropiado.	1
12	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
13	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 15 criterios del procedimiento		19
TOTAL		47

#### EQUIPOS USO DE PATO Y PICHE:

- Pato o piche.
- Papel periódico.
- Papel higiénico.
- Mampara.
- Pana.
- Recipiente con agua.
- Jabón.
- Toallita.
- Guantes no estériles.
- Mascarilla.

## Grupo de Destrezas N° 23

### HIGIENE PERINEAL MASCULINO Y FEMENINO (14:00 min)

#### 53. HIGIENE PERINEAL DEL PACIENTE MASCULINO (08:00 min)

**Propósito:** Asegurar una correcta higiene a fin de prevenir lesiones de la piel e infecciones, asegurando el bienestar físico y social de la persona encamada.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Orienta al paciente miccionar o defecar antes de iniciar la higiene perineal.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Coloca al paciente en posición cómoda supina o fowler.	1
10	Se coloca guantes no estériles (en caso de ETS colocarse doble guantes).	1
11	Coloca movible y pato debajo de las caderas y muslos del paciente, elevando las rodillas.	1
12	Cubre con una sábana el tórax, abdomen y piernas del paciente, garantizándole su privacidad en todo momento.	1
13	Inspecciona la región perineal en busca de supuración u otros hallazgos.	1
14	Lava, enjuaga y seca la parte interna de los muslos e ingle del paciente.	1
15	Lava el glande y meato urinario con movimientos circulares desde el centro hacia la periferia.	1

16	Lava, enjuaga y seca la base del pene con movimientos suaves pero firmes.	1
17	Lava, enjuaga y seca el escroto.	1
18	Ayuda al paciente a colocarse en decúbito lateral derecho o izquierdo.	1
19	Lava, enjuaga y seca los glúteos del paciente y posteriormente el recto.	1
20	Ayuda al paciente a colocarse en posición supina.	1
21	Se quita los guantes y los desecha en el lugar apropiado.	1
22	Sube las barandas protectoras de la cama.	1
Procedimiento posterior:		
23	Deja cómodo al paciente.	1
24	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
25	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
26	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 21 criterios del procedimiento		26

#### 54. HIGIENE PERINEAL PACIENTE FEMENINO: (06:00 min)

**Propósito:** Asegurar una correcta higiene a fin de prevenir lesiones de la piel e infecciones. Asegurando el bienestar físico y social de la persona encamada.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 8</b> de la destreza “ <b>Higiene perineal del paciente masculino</b> ”.	8
Procedimiento:		
2	Ofrece a la paciente miccionar o defecar antes de iniciar la higiene perineal.	1
3	Coloca a la paciente en posición cómoda supina o fowler.	1
4	Se coloca guantes no estériles (en caso de ETS colocarse doble guantes).	1
5	Cubre con una sábana tórax, abdomen y piernas de la paciente garantizándole privacidad en todo momento.	1

6	Coloca movable y pato debajo de las caderas y muslos de la paciente, elevando las rodillas.	1
7	Inspecciona la región perineal en busca de supuración u otros hallazgos.	1
8	Lava, enjuaga y seca la parte interna de los muslos e ingle de la paciente.	1
9	Se asegura de pasar partes separadas de la toallita o gasa en cada pasada de lavado y enjuague, para evitar contaminación.	1
10	Lava primero labios mayores y posterior, labios menores.	1
11	Limpia en dirección de clítoris hacia el ano.	1
12	Seca toda la zona perineal (si la zona perineal está muy sucia, utiliza toallas de mano desechable o gasas, descartándolas en cada pasada).	1
13	Se asegura de mantener la privacidad de la paciente, manteniéndola cubierta en todo momento.	1
14	Ayuda a la paciente a colocarse en posición lateral.	1
15	Lava enjuaga y seca la parte trasera superior de los muslos, glúteos y finalmente la zona rectal.	1
16	Se asegura de cambiar el agua las veces necesarias.	1
Procedimiento posterior:		
17	Deja cómoda a la paciente.	1
18	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
19	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1
20	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
21	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 22 criterios del procedimiento		28
<b>TOTAL</b>		<b>54</b>

#### EQUIPOS HIGIENE PERINEAL:

- Guantes no estériles.
- Bolsa para ropa de cama sucia.
- Toallas grande limpia.
- 2 panas grandes.
- Pato.
- Agua tibia limpia.
- Toallitas de mano limpias.
- Sábana grande.
- Toallas desechables.

## Grupo de Destrezas N° 24

### HIGIENE DEL PACIENTE (10:30 min)

#### 55. HIGIENE ORAL: CEPILLADO DE DIENTES (03:30 min)

**Propósito:** Reducir el recuento bacteriano y humedecer las membranas mucosas de la cavidad oral

**Principio:** Higiene.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Brinda seguridad al paciente.	1
7	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
8	Coloca al paciente en posición fowler.	1
9	Se coloca guantes no estériles.	1
10	Coloca la toalla debajo del mentón y le ofrece la riñonera.	1
11	Ofrece al paciente el cepillo de dientes con pasta dental.	1
12	Orienta al paciente la forma de lavarse los dientes en movimiento de arriba-abajo (encía- parte distal de los dientes y lengua).	1
13	Enjuaga el cepillo.	1
14	Le ofrece agua para que se enjuague la boca.	1
15	Ayuda al paciente a secarse la boca con la toalla.	1
Procedimiento posterior:		
16	Deja cómodo al paciente.	1
17	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
18	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1

19	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 15 criterios del procedimiento		19

#### 56. LAVADO DEL CABELLO EN CAMA (07:00 min)

**Propósito:** Promover hábitos de higiene, eliminar microorganismos, aceites u otros materiales. Estimular la circulación del cuero cabelludo.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 7</b> de la destreza “ <b>higiene oral</b> ”.	7
Procedimiento:		
2	Se coloca guantes no estériles.	1
3	Protege con periódicos el área del piso donde realiza el procedimiento.	1
4	Introduce la toalla debajo de los hombros del paciente.	1
5	Realiza un rollo grueso con la sábana o una toalla gruesa.	1
6	Cubre el rollo con el ahlado o plástico formando un canal y lo coloca debajo de la cabeza del paciente dejando colgar el extremo dentro de la pana o balde.	1
7	Protege los oídos del paciente con algodón.	1
8	Moja el cabello con suficiente agua y aplica champú o jabón.	1
9	Lava y enjuaga el cabello con suficiente agua, dando masaje al cuero cabelludo.	1
10	Retira el algodón de los oídos.	1
11	Retira el canal y envuelve la cabeza con la toalla.	1
12	Seca el cabello frotándolo suavemente con la toalla.	1
13	Peina el cabello del paciente.	1
Procedimiento posterior:		
14	Deja cómodo al paciente.	1
15	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
16	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1
17	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		23
<b>TOTAL</b>		<b>42</b>

#### EQUIPOS HIGIENE DEL PACIENTE:

- Guantes no estériles.
- Pasta de dientes.
- Cepillo de dientes.
- Pañuelos desechables.
- Riñonera.
- Toallita pequeña.
- Toalla grande.
- Sábana.
- Ahulado o plástico.
- Algodón.
- Champú.
- Periódico.
- Pana grande.
- Balde.
- Panita.

## Grupo de Destrezas N° 25

BAÑO (25:00 min)

57. BAÑO EN CAMA (25:00 min)

**Propósito:** Proporcionar al paciente higiene, protección de la piel, prevenir infecciones, escaras y promover sensación de comodidad en el paciente, Activar la circulación y observar el estado de la piel.

**Principios:** Higiene, privacidad.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
7	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
8	Verifica la temperatura corporal.	1
9	Se coloca guantes no estériles.	1
10	Ofrece plato o piche antes de iniciar el baño, elimina desechos y realiza cambio de guantes.	1
11	Eleva ligeramente la cabecera de la cama.	1
12	Afloja las sábanas iniciando por la cabecera.	1
13	Coloca la toalla de baño bajo la cabeza y hombros del paciente.	1
14	Lava los ojos sin jabón, con gasa o torunda de algodón del ángulo interno al externo.	1
15	Enrolla la toallita de baño en la mano dominante, dobla la parte colgante hacia la palma de la mano e introduce el extremo inferior en el borde del extremo superior.	1
16	Lava la frente, ambos lados de la cara, oreja y cuello usando jabón si el paciente lo desea y enjuaga.	1



17	Seca al paciente evitando enfriamiento.	1
18	Coloca la toalla debajo del brazo distal, enjabona iniciando por la muñeca hacia el hombro y terminando en la axila, en forma circular (utiliza otra toalla para axila en caso necesario).	1
19	Lava el brazo proximal de igual manera.	1
20	Ofrece al paciente equipo para el lavado de manos.	1
21	Coloca la toalla sobre el tórax y abdomen bajando la sábana hasta la región supra púbica.	1
22	Enjabona debajo de la toalla desde la base del cuello hasta la región supra púbica, enfatizando en el área umbilical.	1
23	Enjuaga y seca tórax y abdomen, identificando hallazgos en la piel.	1
24	Cubre al paciente hasta los hombros y retira la toalla.	1
25	Coloca la toalla debajo de la pierna distal, la flexiona y lava con movimientos circulares del tobillo hacia la cadera.	1
26	Lava y seca la pierna proximal de la misma forma, retirando la toalla.	1
27	Coloca debajo del pie distal la toalla y la pana sobre la misma.	1
28	Introduce el pie distal en la pana lo lava y seca.	1
29	Lava y seca el pie proximal de la misma forma, retirando la toalla y la pana.	1
30	Coloca al paciente en la posición de sims para lavar la espalda y los glúteos, poniendo la toalla a lo largo de la espalda y glúteos, Enjabona, enjuaga y seca bien con movimientos circulares.	1
31	Da masaje iniciando por la región sacra ascendiendo hacia los hombros y cuello; desciende por los costados hasta las caderas.	1
32	Coloca toalla y pato debajo de los glúteos del paciente y ayuda a darse vuelta hacia la posición supina.	1
33	Ofrece otra toallita de mano para el lavado de la región genital y anal orientándole cómo hacerlo y ayuda a enjuagar.	1
34	Solicita al paciente levantar los glúteos, retira el pato y seca región genital.	1

35	Ofrece al paciente pana con agua para el lavado de manos.	1
36	Realiza cambio de agua las veces necesarias.	1
37	Le ayuda a vestirse, ofrece peine y desodorante.	1
Procedimiento posterior:		
38	Menciona que se realiza desinfección concurrente y arreglo de cama ocupada.	1
39	Deja cómodo al paciente.	1
40	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
41	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1
42	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 34 criterios del procedimiento		42
<b>TOTAL</b>		<b>42</b>

#### EQUIPOS BAÑO:

- 2 toallas.
- Jabón.
- 2 toallitas de mano.
- Torunda de algodón
- 2 panas con agua.
- Guantes no estériles.
- Termómetro

## Grupo de Destrezas N° 26

### CÓMO TENDER UNA CAMA OCUPADA (10:00 min)

#### 58. CAMA OCUPADA (10:00 min)

**Propósito:** Preparar una cama limpia asegurando higiene, comodidad, seguridad, y privacidad.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Coloca la ropa de cama limpia en la silla o mesa al lado de la cama donde va a empezar.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente, brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
9	Se coloca guantes no estériles.	1
10	Coloca la cama en posición horizontal.	1
11	Se asegura que la cama está frenada y la eleva a nivel de la cintura, si la cama lo permite.	1
12	Retira objetos que estén sujetos a la sábana superior.	1
13	Afloja todos los bordes de las sábanas, iniciando de la parte superior y retira la almohada.	1
14	Retira la ropa de cama que no se vaya a cambiar, doblándolas y colocándolas a un lado (sábanas, cobertor, otros).	1
15	Coloca al/la paciente en posición lateral contraria al lado que va a empezar a cambiar la cama, colocándole los brazos cruzados encima del tórax, con la pierna superior flexionada.	1

16	Sube la baranda de la cama al lado de la cara del paciente.	1
17	Se dirige al lado de la cama donde va a empezar a poner la ropa limpia. Extiende toda la sábana inferior a lo largo de la cama y la plisa (enrolla en acordeón) hacia el paciente.	1
18	Coloca ahulado y movable en la parte media sobre la cama, plisando en forma de abanico la mitad que estará en el otro lado de la cama, introduciéndolos en conjunto con sábana inferior por debajo de los hombros, espalda y glúteos del paciente.	1
19	La otra mitad de la sábana que está cerca de la enfermera/o, debe prensarla debajo del colchón comenzando desde la cabecera de la cama hacia los pies, haciendo las esquinas en el mismo orden, Si está utilizando una sábana no ajustable, el borde inferior de la sábana debe estar nivelada al pie del colchón.	1
20	Coloca la sabana superior al mismo tiempo la cual estará con el borde superior cerca del tórax del paciente, la parte inferior debe quedar a la altura de los muslos del paciente.	1
21	Ayuda al paciente a darse vuelta hasta quedar en posición supina sobre la ropa plisada sucia y limpia.	1
22	Se asegura que la sábana superior cubra al/la paciente.	1
23	Ayuda al/la paciente a colocarse en posición lateral contraria al lado que retira la ropa sucia, colocándole los brazos cruzados encima del tórax, con la pierna superior flexionada.	1
24	Introduce la ropa sucia en la bolsa o hamper para ropa sucia.	1
25	Estira la ropa de cama limpia, una capa a la vez y alisa cada capa a lo largo de todo el colchón.	1
26	Prensa la parte superior de la sábana debajo de la cabecera del colchón, hace una esquina, estira el ahulado y movable prensándolos para eliminar arrugas.	1
27	Estira la sábana superior y realiza un pliegue en la parte inferior de la sábana superior, a la altura de los pies del paciente para evitar roces que provoquen fricción.	1
28	Coloca la almohada sobre la cama a un lado del paciente y desdobra encima de la almohada la funda que se encuentra doblada al revés.	1

29	Toma la funda con su mano dominante por el borde superior en el centro de la abertura recogiéndola hacia su parte inferior.	1
30	Sujetando la funda, toma uno de los extremos por el centro de la almohada e introduce las esquinas de la funda en las esquinas de la almohada con la mano no dominante, estirando la funda hacia el lado derecho sobre la almohada cubriéndola por completo.	1
31	Deja la almohada bajo la cabeza del paciente con la abertura de la funda hacia el lado contrario de la puerta de la habitación.	1
32	Coloca camisón al/la paciente.	1
33	Se asegura dejar la cama frenada y sin arrugas.	1
Procedimiento posterior:		
34	Deja cómodo al paciente.	1
35	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
36	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1
37	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 30 criterios del procedimiento		37
<b>TOTAL</b>		<b>37</b>

#### EQUIPOS ARREGLO DE CAMA OCUPADA:

- Ropa de cama.
- Fundas.
- Sabanas superior e inferior.
- Almohada.
- Movable.
- Bolsa para ropa sucia.
- Ahulados.
- Silla.

## Grupo de Destrezas N° 27

### LIMPIEZA CONCURRENTE DE LA UNIDAD DEL PACIENTE (10:00 min)

#### 59. LIMPIEZA CONCURRENTE DE LA UNIDAD DEL PACIENTE (10:00 min)

**Propósito:** Asegurar que la unidad del paciente esté limpia y libre de microorganismos, proporcionar al paciente un ambiente confortable y seguro.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente, manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
7	Se coloca guantes no estériles.	1
8	Separa los muebles unos de otros.	1
9	Lava los utensilios utilizados por el paciente, dejándolos en un lugar seguro mientras finaliza la limpieza.	1
10	Limpia la silla de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal con limpión con solución desinfectante, según normas del uso de antiséptico.	1
11	Limpia el soporte de arriba hacia abajo con limpión con solución desinfectante, según normas del uso de antiséptico.	1
12	Coloca la cama en posición horizontal, cerciorándose que está frenada.	1
13	Coloca la bolsa de ropa sucia a la piecera de la cama o silla.	1
14	Coloca la silla con el respaldo a nivel de la piecera y el asiento en dirección a la cabecera.	1
15	Retira la funda de la almohada y la deposita en la bolsa de la ropa sucia.	1

16	Coloca la almohada en la silla y la ropa de cama limpia sobre la almohada en el orden en que se utilizará (sábana inferior, ahulado, movable, sábana superior, funda, camisón o pijama).	1
17	Afloja la ropa sucia, iniciando por desprender las sábanas desde la cabecera hasta la piecera, dejando los bordes encima del colchón.	1
18	Dobla las sábanas de todos los lados hacia el centro, en forma de sobre y la deposita en la bolsa de la ropa sucia.	1
19	Enjabona, enjuaga y seca el respaldo de la cama y superficie del colchón de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1
20	Limpia los laterales del colchón y barandas de la cama de arriba hacia abajo y de de lo distal a lo proximal.	1
21	Retira la bolsa de la ropa sucia y la deposita en el lugar correspondiente.	1
22	Realiza la limpieza de la piecera de la cama de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1
23	Limpia la mesa de noche de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal con limpión con solución desinfectante según normas del uso de antiséptico.	1
24	Limpia la gradilla de arriba hacia abajo con limpión con solución desinfectante, según normas del uso de antiséptico.	1
Procedimiento posterior:		
25	Menciona que se realiza arreglo de cama abierta posterior al procedimiento.	1
26	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
27	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1
28	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a los 22 criterios del procedimiento		28
<b>TOTAL</b>		<b>28</b>

#### EQUIPOS LIMPIEZA CONCURRENTE:

- 2 panas con agua limpia.
- 2 limpienes.
- Guantes no estériles.
- Ropa de cama limpia.
- Solución desinfectante.
- Bolsa para ropa sucia.
- Mascarilla.
- Cajita de papel.

## Grupo de Destrezas N° 28

LIMPIEZA TERMINAL (15:00 min)

60. LIMPIEZA TERMINAL DE LA UNIDAD (15:00 min)

**Propósito:** Preparar la unidad para un nuevo paciente asegurando un ambiente limpio, seguro y ordenado.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
4	Se coloca guantes no estériles para realizar el procedimiento.	1
5	Separa los muebles unos de otros.	1
6	Humedece el limpión con agua jabonosa, mojando el piso lo menos posible.	1
7	Limpia con solución desinfectante, enjuaga y seca la silla de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1
8	Limpia con solución desinfectante, enjuaga y seca el soporte de arriba hacia abajo.	1
9	Coloca la bolsa de ropa sucia a la piecera de la cama o silla.	1
10	Afloja la ropa sucia, iniciando por desprender las sábanas desde la cabecera hasta la piecera, dejando los bordes encima del colchón.	1
11	Dobla las sábanas de todos los lados hacia el centro, en forma de sobre y la deposita en la bolsa de la ropa sucia.	1
12	Enjabona, enjuaga, seca y desinfecta la mitad del respaldo de la cama y la superficie a lo largo y lateral del colchón de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1
13	Enjabona, enjuaga, seca y desinfecta la superficie del colchón con un limpión de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1



14	Se traslada hacia el otro lado y hace lo mismo con la otra mitad del colchón.	1
15	Dobla la parte superior del colchón (cabecera hacia la piecera).	1
16	Limpia la mitad expuesta de los laterales y resortes de la cama.	1
17	Eleva la cabecera de la cama y limpia las partes inferiores y accesorias.	1
18	Baja la cabecera de la cama y voltea el colchón sobre el lado limpio.	1
19	Dobla el colchón sobre sí mismo de la piecera hacia la cabecera y procede a limpiar la otra mitad del colchón, laterales y resortes de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1
20	Coloca correctamente el colchón en la cama.	1
21	Retira de la piecera la bolsa de la ropa sucia y realiza la limpieza de arriba hacia abajo.	1
22	Limpia con solución desinfectante, enjuaga y seca la mesa de noche de arriba hacia abajo y de lo distal a lo proximal.	1
23	Lava, enjuaga y seca la gradilla.	1
Procedimiento posterior:		
24	Menciona que se realiza arreglo de cama cerrada.	1
25	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
26	Se quita los guantes y los desecha en un lugar apropiado.	1
27	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 22 criterios del procedimiento		27
<b>TOTAL</b>		<b>27</b>

#### EQUIPOS LIMPIEZA TERMINAL:

- 2 panas con agua limpia.
- 2 limpiadores.
- Guantes no estériles.
- Ropa de cama limpia.
- Bolsa para ropa sucia.
- Solución desinfectante.
- Mascarilla.
- Caja de papel.

## Grupo de Destrezas N° 29

### ARREGLO CAMA ABIERTA, CERRADA Y DE RECUPERACIÓN (30:00 min)

#### 61. CAMA ABIERTA (10:00 min)

**Propósito:** Proporcionar una cama limpia y segura para el ingreso del paciente, fomentando la comodidad y reduciendo la incidencia de infecciones.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
7	Se coloca guantes no estériles.	1
8	Coloca la silla al lado de la cama con el respaldo a nivel de la piécer y el asiento hacia la cabecera.	1
9	Retira la funda de la almohada y coloca la almohada en la silla.	1
10	Coloca el equipo en orden de abajo hacia arriba.	1
11	Afloja y retira doblando la ropa sucia hacia su interior en forma de sobre y la deposita en la bolsa de ropa sucia.	1
12	Menciona que se realiza desinfección mecánica según técnica.	1
13	Menciona que se realiza lavado de manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
14	Coloca la sábana inferior con el doblez central en la línea media de la cama dejando que el dobladillo ancho quede al borde de la cabecera y el angosto cuelgue hacia la piécer.	1
15	Introduce debajo del colchón en el lado de la cabecera el extremo sobrante de la sábana y hace las esquinas en forma de triángulo.	1

16	Coloca el ahulado y movable en la cama de la misma forma que la sábana e introduce ambos debajo del colchón.	1
17	Coloca la sábana superior con el doblez central en la línea media dejando que el dobladillo angosto cuelgue hacia la piecera de la cama y el ancho hacia la cabecera.	1
18	Introduce debajo del colchón en el lado de la piecera el extremo sobrante y hace las esquinas en forma de triángulo.	1
19	Deja colgando los extremos laterales de la sábana superior.	1
20	Dobla la sábana por el borde superior 12 pulgadas sobre la misma.	1
21	Realiza un triángulo para la entrada del paciente colocando una mano sobre el doblez de la sábana en el centro de la cama y con la otra mano toma el borde de la sábana colgando y lo desplaza hacia el centro de la cama.	1
22	Introduce la almohada en la funda según técnica.	1
Procedimiento posterior:		
23	Deja el equipo limpio y en orden.	1
24	Se retira los guantes desechándolos en el lugar apropiado.	1
25	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
80% equivale a 20 criterios del procedimiento		25

## 62. CAMA CERRADA (10:00 min)

**Propósito:** Proporcionar una cama limpia y segura para el ingreso del paciente, fomentando la comodidad y reduciendo la incidencia de infecciones.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1

Procedimiento:		
4	Realiza los pasos del <b>7 al 18</b> de la destreza " <b>Cama abierta</b> ".	<b>12</b>
5	Dobla la sábana por el borde superior 12 pulgadas sobre la misma e introduce la sábana a lo largo del colchón.	<b>1</b>
6	Pasa al otro lado de la cama y hace lo mismo con cada pieza de ropa siguiendo el mismo orden anterior.	<b>1</b>
7	Introduce la almohada en la funda según técnica.	<b>1</b>
Procedimiento posterior:		
8	Realiza los pasos del <b>23 al 25</b> de la destreza " <b>Cama abierta</b> ".	<b>3</b>
80% equivale a 17 criterios del procedimiento		<b>21</b>

### 63. CAMA DE RECUPERACIÓN ANESTÉSICA / QUIRÚRGICA (10:00 min)

**Propósito:** Proporcionar al paciente post quirúrgico una cama limpia, cómoda y segura a fin de disminuir la incidencia de infecciones.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 3</b> de la destreza " <b>Cama cerrada</b> ".	<b>3</b>
Procedimiento:		
2	Realiza los pasos del <b>7 al 17</b> de la destreza " <b>Cama abierta</b> ".	<b>11</b>
3	Dobla los extremos superior e inferior de la sábana superior hacia el centro de la cama.	<b>1</b>
4	Toma la parte colgante proximal del extremo superior y lo dobla en forma de triángulo hacia el extremo medio inferior; toma la parte colgante proximal del extremo inferior y lo dobla en forma de triángulo hacia el extremo medio superior, luego forma pliegues sobre sí misma en forma de abanico.	<b>1</b>
5	Introduce la almohada en la funda según técnica y la coloca en el respaldar de la cama.	<b>1</b>
6	Dobla la toalla en forma de abanico, colocándola en la cabecera de la cama.	<b>1</b>
7	Coloca en la mesa al lado de la cama: riñonera, papel higiénico, bolsa de papel y depresor de lengua.	<b>1</b>
8	Coloca soporte al lado de la cama.	<b>1</b>

Procedimiento posterior:		
9	Realiza los pasos del <b>23 al 25</b> de la destreza " <b>Cama abierta</b> ".	3
80% equivale a 18 criterios del procedimiento		<b>23</b>
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>

**EQUIPOS ARREGLOS DE CAMA:**

- Juego de sábanas completo.
- Riñonera.
- Bolsa de papel.
- Toalla / papel higiénico.
- Depresor de lengua.
- Soporte.

## Grupo de Destrezas N° 30

### CÓMO ESTABLECER UN CAMPO ESTÉRIL (3:10 min)

#### 64. CÓMO ESTABLECER UN CAMPO ESTÉRIL (01:00 min)

**Propósito:** Mantener el campo y equipo libre de microorganismos a fin de prepararse para un procedimiento invasivo en el paciente.

**Principio:** Estéril.

N°	Criterios	Puntaje
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
2	Se coloca mascarilla según técnica.	1
3	Prepara el equipo completo en un área despejada y limpia.	1
4	Verifica que el paquete que contiene el campo se encuentra estéril, mantiene la cinta testigo, permanece seco e intacto, sin rasgaduras o perforaciones.	1
5	Abre el paquete con ambas manos de lo distal a lo proximal o por la esquina o borde sin sellar.	1
6	Toma el campo manipulando únicamente el lado externo, sin contaminar la parte interna.	1
7	Sostiene y levanta el campo a la altura de su visión, utilizando ambas manos, para que se abra solo por gravedad.	1
8	Coloca el campo abierto sobre una superficie seca y limpia.	1
9	Se asegura de que la parte distal del campo toca primero la superficie.	1
10	Expresa que debe mantener el mínimo movimiento alrededor del campo estéril.	1
11	No extiende los brazos por encima del campo estéril.	1
12	Descarta los materiales utilizados durante el procedimiento.	1
Procedimiento posterior:		
13	Deja limpio y en orden el equipo utilizado durante el procedimiento.	1
14	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
100% equivale a 14 criterios del procedimiento		14

#### 65. AGREGANDO UN ELEMENTO AL CAMPO ESTÉRIL (30:00 seg.)

**Propósito:** Mantener el campo y el equipo libre de microorganismos con el fin de prepararse para un procedimiento invasivo en el paciente.

**Principio:** Estéril.

Nº	Criterios	Puntaje
1	Realiza los pasos del <b>1 al 4</b> de la destreza " <b>cómo establecer un campo estéril</b> "	<b>4</b>
2	Toma el paquete por la esquina o borde no sellado con ambas manos y tira de la envoltura del paquete hacia adelante y luego hacia atrás, pasándola debajo de la mano que está sosteniendo el artículo.	<b>1</b>
3	Coloca el artículo sobre el campo estéril.	<b>1</b>
4	Descarta cualquier artículo que caiga por debajo del nivel de la cintura, considerado no estéril (o lo menciona en caso que no suceda).	<b>1</b>
100% equivale a los 7 criterios del procedimiento		<b>7</b>

#### 66. CÓMO PONERSE Y RETIRARSE LOS GUANTES ESTÉRILES (01:40 min)

**Propósito:** Asegurar y mantener los guantes y manos libre de microorganismos con el fin de prepararse y ejecutar un procedimiento invasivo en el paciente.

**Principio:** Estéril.

Nº	Criterios	Puntaje
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	<b>1</b>
2	Prepara el equipo completo en un área despejada y limpia.	<b>1</b>
3	Verifica que el paquete de guantes permanece seco e intacto, sin rasgaduras ni perforaciones.	<b>1</b>
4	Toma con ambas manos el paquete de guantes estériles por la esquina o borde sin sellar y tira de la envoltura para abrir el paquete.	<b>1</b>
5	Desecha la envoltura externa y coloca el paquete interno sobre una superficie limpia y plana.	<b>1</b>
6	Abre el paquete tocando sólo la superficie exterior, sin contaminar la parte interna del paquete de guantes, considerado como área estéril.	<b>1</b>
7	Con la mano no dominante levanta el guante por el puño tomando únicamente el dobles superior, introduce la mano dominante dentro del guante manteniendo el dedo pulgar en el centro de la palma de la mano.	<b>1</b>

8	Con la mano dominante enguantada toma el guante introduciendo los cuatro dedos por debajo del dobles y mantiene el dedo pulgar de la mano dominante extendido, para alejarlo de la mano no enguantada, mientras se introduce el guante en la mano no dominante.	1
9	Ajusta cada guante de manera que le calce cómodamente.	1
10	Se asegura de no tocar la piel ni cualquier superficie contaminada.	1
11	Se retira los guantes, con la mano no dominante hace un pliegue con los dedos pulgar e índice en la parte exterior del guante a nivel de la muñeca por debajo del puño y tira de él hacia abajo.	1
12	Retira el guante enrollándolo en la palma de la mano no dominante.	1
13	Introduce los dedos índice y medio de la mano dominante por debajo del borde del guante de la mano no dominante haciendo contacto entre la yema de los dedos y la cara anterior del brazo y tira de él dándole vuelta al revés, cubriendo totalmente el guante enrollado.	1
14	Desecha los guantes apropiadamente.	1
15	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
100% equivale a 15 criterios del procedimiento		15
<b>TOTAL</b>		<b>36</b>

#### EQUIPOS APLICACIÓN O MANTENIMIENTO DE UN CAMPO ESTÉRIL:

- Campo estériles.
- Elementos estériles: (gasas, bisturí, solución etc.).
- Guantes estériles.
- Mascarilla.



## Grupo de Destrezas N° 31

### PREPARACIÓN DE REGIÓN PRE QUIRÚRGICA (05:00 min)

#### 67. PREPARACIÓN DE REGIÓN PRE QUIRÚRGICA (05:00 min)

**Propósito:** Eliminar microorganismo de la piel o zona de incisión, previo a la intervención quirúrgica con el fin de reducir riesgos de infección.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
2	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
3	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
4	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
5	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
6	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
7	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
8	Coloca al paciente en posición adecuada de acuerdo a la región que va a preparar.	1
9	Coloca un ahulado debajo de la región del paciente que va a preparar.	1
10	Expone la región de la piel que va a lavar.	1
11	Se coloca guantes no estériles según técnica.	1
12	Corta el exceso de vello con una tijera, si es necesario.	1
13	Rasura la región con la máquina de afeitar, de acuerdo al nacimiento del vello, de arriba hacia abajo.	1
14	Lava la piel con agua y jabón con movimientos de rotación desde el centro hacia la periferia, asegurándose de limpiar de 8 a 12 pulgadas alrededor del sitio donde se realizará la incisión.	1
15	Desecha las gasas utilizadas las veces necesarias.	1
16	Enjuaga y seca la región dejándola limpia.	1

Procedimiento posterior:		
17	Deja cómodo al paciente.	1
18	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
19	Se retira los guantes desechándolos en el lugar apropiado.	1
20	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
21	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 17 criterios del procedimiento		21
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>

#### EQUIPOS PREPARACIÓN DE PIEL PARA CIRUGÍAS:

- Ahulado.
- Gasas.
- Guantes no estériles.
- Solución antiséptica.
- Máquina de afeitar en caso necesario.
- Tijera.
- Agua.
- Jabón.

## Grupo de Destrezas N° 32

### CURACIÓN Y CAMBIO DE APÓSITOS (23:00 min)

#### 68. CURACIÓN Y CAMBIO DE APÓSITOS CON TÉCNICA LIMPIA (10:00 min)

**Propósito:** Favorecer la cicatrización de la herida del paciente y prevenir riesgo de infección.

**Principio:** Asepsia.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Se asegura que la cama esté a nivel de la cintura (si la cama lo permite).	1
9	Prepara un espacio limpio y despejado de forma que los materiales le sean fáciles de alcanzar.	1
10	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento	1
Procedimiento:		
11	Coloca al paciente en una posición que le sea fácil alcanzar la herida y que la solución irrigante fluya de la zona limpia a la sucia.	1
12	Coloca ahulado debajo del paciente.	1
13	Descubre solamente la zona de acceso a la herida.	1
14	Se coloca guantes no estériles según técnica y retira el apósito sucio.	1
15	Comienza despegando el esparadrapo en dirección a la herida.	1

16	Valora la condición de la herida, presencia de exudados, tamaño, profundidad, condición de los tejidos de la herida y piel circundante.	1
17	Desecha el apósito sucio y se retira los guantes.	1
18	Se coloca guantes no estériles según técnica.	1
19	Con una gasa 4 x 4 con solución antiséptica limpia la herida y piel circundante.	1
20	Limpia y seca la herida con una gasa en forma de rollo ejerciendo una leve presión sobre la herida, en una sola dirección, desde el área menos contaminada hacia la más contaminada, de lo distal a lo proximal.	1
21	Valora nivel del dolor.	1
22	Coloca apósito limpio sobre la herida.	1
23	Fija el apósito colocando el esparadrapo del centro a los extremos, dejando un pequeño doblez en uno de los extremos (en caso que la herida tenga exceso de secreciones, deja sellado el apósito en todos sus extremos).	1
24	Se retira los guantes sucios desechándolos en el lugar indicado.	1
Procedimiento posterior:		
25	Deja cómodo al paciente.	1
26	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
27	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
28	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 22 criterios del procedimiento		28

#### 69. CURACIÓN Y CAMBIO DE APÓSITO CON TÉCNICA ESTÉRIL (13:00 min)

**Propósito:** Favorecer el proceso de granulación y cicatrización a través de la curación de la herida, e impedir el riesgo de infección.

**Principio:** Estéril.

Nº	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Realiza los pasos del <b>1 al 10</b> de la destreza “ <b>curación y cambio de apósitos con técnica limpia</b> ”.	10

Procedimiento:		
2	Coloca al paciente en una posición que le sea fácil para alcanzar la herida y que la solución irrigante fluya de la zona limpia a la sucia.	1
3	Coloca ahulado debajo del paciente.	1
4	Se coloca guantes no estériles y retira el esparadrapo y apósito sucio.	1
5	Valora la condición de la herida, presencia de exudados, tamaño, profundidad, condición de los tejidos de la herida y de la piel circundante.	1
6	Se retira los guantes sucios, a la vez que deja envuelto el apósito sucio dentro del guante, lo desecha en la bolsa de desechos biopeligrosos.	1
7	Abre un campo estéril y coloca el equipo de curación sobre el campo utilizando técnicas estéril.	1
8	Se coloca guantes estériles según técnica.	1
9	Limpia la herida y piel circundante con una gasa 4 x 4 con solución antiséptica.	1
10	Limpia la herida con una gasa en forma de rollo ejerciendo una leve presión sobre la herida, en una sola dirección, desde el área menos contaminada hacia la más contaminada, de lo distal a lo proximal.	1
11	Limpia la zona alrededor del sitio de la inserción con una solución antiséptica durante 30 segundos.	1
12	Espera que el antiséptico seque al ambiente.	1
13	Coloca los apósitos limpios en la herida, dependiendo del tamaño de la herida y cantidad de drenaje.	1
14	Asegura los apósitos con esparadrapo.	1
15	Se retira los guantes sucios y los desecha en el lugar apropiado.	1
16	Coloca fecha y hora del cambio de apósito.	1
Procedimiento posterior:		
17	Deja cómodo al paciente.	1
18	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
19	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1

20	Anota en expediente clínico.	1
100%	equivale a 29 criterios del procedimiento	29
<b>TOTAL</b>		<b>57</b>

#### EQUIPOS CURACIÓN Y CAMBIO DE APÓSITOS:

##### Con técnica limpia

- Guantes limpios no estériles.
- Recipiente para desechos.
- Ahulado.
- Esparadrapo.
- Solución salina normal.
- Gasas 4 x 4.
- Apósitos.

##### Con técnica estéril

- Bandeja.
- Equipo para aplicación de apósito con técnica limpia.
- Guantes estériles.
- Tijera lister.
- Campo estéril.
- Riñonera.
- SSN / solución antiséptica.

## Grupo de Destrezas N° 33

### RETIRO DE PUNTOS (08:00 min)

#### 70. RETIRO DE PUNTOS (08:00 min)

**Propósito:** Retirar suturas parcial o totalmente de una herida cicatrizada brindando seguridad y confianza al paciente.

**Nota:** En el paso No. 15 tomar en cuenta el tipo de sutura a retirar.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico, verificando las órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
9	Se asegura que la cama esté a nivel de la cintura (si la cama lo permite).	1
10	Prepara un espacio limpio y despejado.	1
11	Coloca el equipo de forma que le sean fáciles de alcanzar.	1
Procedimiento:		
12	Se coloca guantes no estériles.	1
13	Descubre la región, verificando el tipo de sutura.	1
14	Limpia el sitio de la sutura.	1
15	<p><b>Sutura intradérmica:</b> Hala suavemente el extremo distal del nudo y corta el hilo. Solicita al/la paciente que realice una respiración profunda mientras hala el hilo suave y firme del extremo proximal con la mano dominante, fijando la piel con una leve presión con la mano no dominante encima del sitio de sutura, hasta retirar el hilo completamente.</p> <p><b>Puntos continuos:</b> Sujeta la pinza con su mano no dominante y las tijeras/bisturí con su mano dominante.</p>	1

16	Coloca la punta curva de la tijera debajo de la sutura en el extremo distal al nudo.	1
17	Corta el hilo de la sutura cerca de la superficie de la piel.	1
18	Toma el nudo de la sutura con la pinza y levanta suavemente.	1
19	Hala el hilo de la sutura para extraerlo de la piel con un sólo movimiento firme.	1
20	Coloca los hilos de la sutura extraída sobre un trozo de gasa.	1
21	Repite estos criterios para cada una de los puntos a retirar.	1
22	Se cerciora que retiró todas las suturas.	1
Procedimiento posterior:		
23	Deja cómodo al paciente.	1
24	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
25	Se retira los guantes desechándolos en el lugar apropiado.	1
26	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
27	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 22 criterios del procedimiento		27
TOTAL		27

#### EQUIPOS RETIRO DE PUNTOS:

- Gasa estéril 4 x 4.
- Guantes no estériles, no estériles.
- Equipo estéril para retirar puntos con pinza de disección sin diente y tijeras Spencer.



## Grupo de Destrezas N° 34

### ALIMENTACIÓN POR GAVAJE (10:00 min)

#### 71. ALIMENTACIÓN POR GAVAJE (10:00 min)

**Propósito:** Proporcionar alimentos y medicamentos al paciente cuando no es posible por vía oral. Realizar lavado y aspiración de contenido gástrico con fines terapéuticos, y tomar muestras de contenido gástrico con fines diagnósticos.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico verificando órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Vierte la cantidad del preparado que necesita en un frasco graduado, asegurándose de que esté a temperatura ambiente y guarda en refrigeración el resto del alimento.	1
5	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
6	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
7	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
8	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
9	Brinda seguridad al paciente.	1
10	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
11	Cubre el tórax del paciente con una toalla.	1
12	Coloca al paciente en posición fowler o semifowler según su condición.	1
13	Se coloca guantes no estériles.	1
14	Despinza la sonda.	1
15	Conecta la jeringa de asepto a la sonda y aspira el contenido gástrico.	1
16	Cuantifica el contenido gástrico.	1

17	Presiona la sonda con los dedos para cerrarla y retira la pera de la jeringa.	1
18	Llena la jeringa con el preparado y suelta la sonda.	1
19	Agrega más preparado cuando la jeringa se ha vaciado en tres cuartas partes.	1
20	Levanta la jeringa de manera que el alimento fluya lentamente por gravedad aproximadamente a 20 cm por encima de la nariz del paciente, pasando 200 a 300 cc. en un lapso de 10 a 15 minutos en el paciente adulto.	1
21	Enjuaga la sonda agregando aproximadamente 50 cc. de agua, si es un paciente adulto.	1
22	Separa la jeringa de la sonda gástrica, realizando un dobléz en la sonda, introduciéndola en el extremo inferior del tubo.	1
Procedimiento posterior:		
23	Mantiene la posición del paciente por 30 minutos y lo deja cómodo/a.	1
24	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
25	Se retira los guantes descartándolos en el lugar apropiado.	1
26	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
27	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 22 criterios del procedimiento		27
TOTAL		27

#### EQUIPOS ALIMENTACIÓN POR GAVAJE:

- Preparado alimenticio.
- Frasco.
- Jeringa de asepto o 50 cc.
- Riñonera.
- Recipiente graduado.
- Agua.
- Toalla.

## Grupo de Destrezas N° 35

### ENEMA EVACUANTE (12:00 min)

#### 72. ENEMA EVACUANTE (12:00 min)

**Propósito:** Favorecer la eliminación de heces del colon y recto, prepararlo para intervenciones quirúrgicas, estudios radiográficos o estimular movimientos peristálticos.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico verificando órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo.	1
4	Se coloca guantes no estériles según técnica.	1
5	Prepara la solución a temperatura adecuada de 37° a 40° C.	1
6	Retira la cubierta del tanque de irrigación.	1
7	Adapta el conector de goma al tanque.	1
8	Conecta el adaptador al conector y a la sonda rectal asegurando que ésta quede protegida dentro de la envoltura.	1
9	Pinza el conector.	1
10	Vierte la solución en el tanque.	1
11	Traslada el equipo al cubículo del paciente.	1
12	Se presenta brindando su nombre completo.	1
13	Identifica al paciente preguntándole su nombre completo.	1
14	Explica al paciente y familiares el propósito del procedimiento.	1
15	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
16	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
17	Orienta al paciente a colocarse en decúbito lateral izquierdo con la rodilla derecha flexionada sobre la pierna izquierda (sims izquierdo).	1
18	Coloca el ahulado debajo del glúteo izquierdo.	1
19	Levanta el tanque, despinza y elimina el aire de la sonda y pinza nuevamente.	1

20	Lubrica la punta de la sonda rectal haciéndola girar sobre el lubricante.	1
21	Separa suavemente los glúteos del paciente dejando la región anal visible.	1
22	Orienta al paciente que inspire profundamente e introduce la sonda en el recto suavemente de 7 a 10 cm. en el adulto.	1
23	Presiona los glúteos del paciente, despinza la sonda y eleva el tanque por encima de los hombros (60 cm sobre el nivel de la cama) dejando pasar la solución.	1
24	Pinza la sonda rectal, una vez que la solución haya pasado.	1
25	Solicita al paciente que respire profundamente y retira la sonda con suavidad y rapidez colocándola en la riñonera y aplicando presión sobre los glúteos si es necesario.	1
26	Orienta al paciente retener la solución lo más que pueda, mínimo 30 minutos.	1
27	Ayuda al paciente a llegar al baño.	1
Procedimiento posterior:		
28	Deja cómodo al paciente.	1
29	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
30	Se retira los guantes sucios desechándolos en el lugar apropiado.	1
31	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
32	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 26 criterios del procedimiento		32
<b>TOTAL</b>		<b>32</b>

#### EQUIPOS ENEMA EVACUANTE:

- Solución indicada.
- Tanque para enema.
- Adaptador.
- Sonda rectal.
- Papel higiénico.
- Pato.
- Pinza Kelly recta.
- Riñonera.
- Lubricante.
- Movable.
- Ahulado.
- Sábana.
- Guantes.

## Grupo de Destrezas N° 36

### CATETERISMO VESICAL (12:00 min)

#### 73. CATETERISMO VESICAL (12:00 min)

**Propósito:** Favorecer el vaciamiento de la vejiga en caso de retención urinaria, fines diagnósticos, terapéuticos o intervención quirúrgica.

**Principio:** Estéril.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Revisa el expediente clínico verificando órdenes médicas.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del paciente.	1
4	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	1
5	Se presenta ante el paciente brindando su nombre completo.	1
6	Explica al paciente el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad y seguridad al paciente.	1
8	Se asegura de que haya buena iluminación.	1
9	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
10	Coloca la paciente en posición adecuada: <b>Femenino:</b> posición ginecológica. <b>Masculino:</b> posición supina.	1
11	Se coloca guantes no estériles según técnica.	1
12	Realiza limpieza perineal según técnica.	1
13	Realiza cambio de guantes estériles.	1
14	Coloca campo estéril sobre la cama entre los muslos del paciente para iniciar a realizar el procedimiento.	1
15	Carga la jeringa de 5- 10 cc.de agua estéril y verifica la integridad del globo de la sonda insertando el agua estéril en la sonda, una vez que verifica la integridad del globo, extrae el agua.	1
16	Aplica lubricante o agua estéril a la punta de la sonda.	1

17	Toma el catéter e inserta con cuidado la punta lubricada en el meato urinario, manteniendo la sonda dentro de la envoltura estéril.	1
18	<b>En paciente femenino</b> sostiene los labios separados y avanza el catéter aproximadamente de 5 - 7 cm. hasta que comienza a fluir la orina. <b>En paciente masculino</b> endereza el pene con suavidad en un ángulo de 60 - 90 grados, retrae el prepucio e introduciendo el catéter de 15 a 20 cm. hasta que comienza a fluir la orina, dejando el prepucio en su lugar.	1
19	Cuando deja de fluir la orina toma la jeringa con aguja estéril e infla el globo del catéter.	1
20	Comprueba la formación del globo.	1
21	Ajusta el conector de la bolsa recolectora a la sonda.	1
22	Realiza limpieza de excesos de lubricante o fluidos.	1
23	Deja la bolsa recolectora sujeta a la cama o silla, por debajo del nivel de la vejiga.	1
24	Fija el catéter en la parte superior del muslo.	1
Procedimiento posterior:		
25	Deja cómodo al paciente.	1
26	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
27	Se retira los guantes sucios desechándolos en el lugar apropiado.	1
28	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
29	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 23 criterios del procedimiento		29
<b>TOTAL</b>		<b>29</b>

#### EQUIPOS CATETERISMO VESICAL:

- Riñonera.
- Guantes.
- Sonda uretral.
- Lubricante hidrosoluble.
- Frasco estéril.
- Pinza Kelly recta estéril.
- Torundas de algodón.

Si se deja la sonda permanente, preparar:

- Jeringa, agua estéril.
- Esparadrapo.
- Tubo conector.
- Recolector o bolsa recolectora.

## Grupo de Destrezas N° 37

ASISTENCIA POST MÓRTEM (15:00 min)

74. ASISTENCIA POST MÓRTEM (15:00 min)

**Propósito:** Brindar una atención digna al cadáver con el fin de prepararlo para contribuir a conservar el tejido corporal en el mejor estado posible, evitar salida de secreciones internas del cuerpo, preparar el cadáver para su traslado fuera del hospital o morgue.

N°	Criterios	Puntaje
Preparación:		
1	Se asegura que los familiares vieron el cuerpo del fallecido/a antes de su preparación.	1
2	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad o describe que realiza el procedimiento.	1
3	Prepara el equipo completo y lo traslada al cubículo del fallecido/a.	1
4	Comprueba la identidad del fallecido/ a través del expediente clínico.	1
5	Se presenta ante los familiares brindando su nombre completo.	1
6	Explica a los familiares el propósito del procedimiento.	1
7	Brinda privacidad al fallecido/a.	1
8	Solicita a la familia abandonar el cubículo del fallecido/a.	1
9	Realiza dos tarjetas que incluyan datos de identificación del/la fallecido/a (nombre y apellido completo, sexo, edad, procedencia, fecha, hora exacta del fallecimiento, número de expediente u otros datos según protocolo de la institución).	1
10	Hace uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.	1
Procedimiento:		
11	Se coloca atuendo de protección personal, según condición del fallecido/a (guantes, gorro, mascarilla, bata).	1
12	Coloca al fallecido/a en decúbito supino.	1
13	Coloca una almohada debajo de la cabeza y hombros del fallecido/a para evitar estancamiento de sangre.	1
14	Retira sondas, vías y drenajes (en caso de preparación con formalina dejar una vía para su introducción).	1

15	Realiza limpieza del cuerpo en caso necesario.	1
16	Coloca apósitos secos en cualquier herida o punto de drenaje o compresas absorbentes para zonas exudativas.	1
17	Cierra los ojos con delicadeza ejerciendo ligera presión con la yema de los dedos en los párpados superiores (en caso de no permanecer cerrados colocar algodón impregnado de alcohol y mantenerlo por unos minutos).	1
18	Coloca prótesis dental si la usaba, cerciorándose de que la boca quede cerrada.	1
19	Introduce algodón para realizar taponamiento de orificios naturales, heridas y cavidades, si es necesario según normas institucionales.	1
20	En caso de que el fallecido sea varón, cubre el glande con el prepucio ejerciendo presión alrededor de éste con venda de gasa y sujetando con esparadrapo para evitar salida de secreciones.	1
21	Viste al fallecido/a con su ropa y cubre con una sábana, según normas institucionales.	1
22	Sujeta las manos del fallecido/a con venda de gasa con las palmas hacia abajo o cruzadas sobre el abdomen o según solicitud del familiar.	1
23	Sujeta con venda de gasa ambos pies, de manera que permanezcan juntos, según normas institucionales.	1
24	Coloca tarjeta de identificación sobre el tórax del fallecido/a antes de cubrirlo.	1
25	Coloca sábana en forma diagonal en la camilla de traslado.	1
26	Traslada al fallecido/a con ayuda a la camilla.	1
27	Cubre al fallecido/a iniciando del extremo inferior de la sábana sobre los pies, dobla los laterales en forma de sobre, culminando con el extremo superior sobre la cabeza.	1
28	Coloca etiqueta de identificación sobre el tórax del fallecido, adjunto a la sábana con la que lo cubrió, según normas institucionales.	1
Procedimiento posterior:		
29	Menciona que se realiza limpieza terminal o lavado de cubículo según diagnóstico del/la fallecido/a.	1
30	Deja limpio y en orden el equipo utilizado.	1
31	Se retira los guantes sucios desechándolos en el lugar apropiado.	1



32	Se lava las manos cumpliendo con las medidas de bioseguridad.	1
33	Anota en expediente clínico.	1
80% equivale a 26 criterios del procedimiento		33
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>

#### EQUIPOS CUIDADOS POSTMÓRTEM:

- Sábanas.
- Pinzas Kelly recta.
- Guantes no estériles.
- Apósitos.
- Vendas.
- Esparadrapo.
- Gasas.
- Jeringas.
- Contenedor para material de desecho.
- Bolsa para ropa sucia.
- Material para higiene (pana, jabón, toalla etc.).
- Bolsa para guardar objetos del fallecido/a.
- Etiqueta de identificación.
- Hoja de bisturí (en caso de tener catéteres con sutura).

## Glosario

**Acción del medicamento:** Es aquella modificación, cambio o proceso que se pone en marcha en presencia de un fármaco. Cuando un fármaco es administrado éste va a actuar sobre una función determinada modificándola, para ello interactúa con receptores celulares.

**Asepsia:** Es el conjunto de procedimientos que se emplean para evitar las infecciones de los tejidos en las intervenciones quirúrgicas.

**CDC (Center for Disease Control):** Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Es un conjunto de Centros de investigación conectados entre sí que se encargan de el estudio de las enfermedades infecciosas. Emiten normas para el control de dichas infecciones, entre otras misiones. Su sede central está ubicada en Atlanta, Georgia, Estados Unidos de Norteamérica.

**Comunicación efectiva:** Habilidad del estudiante de enfermería para interrelacionarse con el paciente de forma correcta que permite una mejor y más completa consecución de los cuidados de enfermería, donde el paciente logre comprender la información brindada y la colaboración en la realización de la destreza.

**Conocimiento:** Es la comprensión y la habilidad que el estudiante adquiere mediante la experiencia y la educación.

**Criterios:** Consiste en el seguimiento de varias etapas predefinidas para desarrollar una destreza de enfermería de manera eficaz.

**Desinfección:** Eliminación de la mayoría o todos los microorganismos patógenos, excluyendo esporas bacterianas.

**Destreza:** Sucesión cronológica de una serie de criterios concatenados entre sí, que se constituyen en una unidad de función para la realización de un procedimiento o destreza de enfermería, determinando tiempos, métodos de trabajo y control para lograr el completo, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones.

**Diez correctos:** Medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta, informar al paciente sobre el medicamento, generar historia farmacológica completa leyendo tres veces la etiqueta del medicamento, indagar sobre posibles alergias a medicamentos, estar enterados de posibles alteraciones reacción y efectos adversos del medicamento, registrar el medicamento administrado.

**Distal:** Se refiere a sitios que se localizan lejos de un área específica, por lo general del centro del cuerpo. En medicina, se refiere a partes del cuerpo alejadas del centro.

**Ergonomía en enfermería:** Es la habilidad del estudiante o profesional de enfermería de lograr un óptimo balance entre su persona y la actividad al realizar una destreza de enfermería para no sufrir daños a la salud.

**Estándar:** Es una declaración o criterio para medir la calidad de la práctica. Los estándares de evaluación de destrezas básicas de enfermería se establecieron para permitir que los estudiantes de enfermería adquieran mayores habilidades y competencias para ejercer sus cuidados con responsabilidad, calidad y humanismo.

**Estéril:** Todo aquel objeto o sustancia que está libre de microorganismos y que es incapaz de producir cualquier forma de vida.

**Evaluación diagnóstica:** Es el nivel de evaluación que se realiza al inicio de cada año escolar y se utiliza para que los docentes identifiquen el nivel de competencias que muestran los estudiantes al iniciar el programa, permitiendo que el docente desarrolle una planificación del proceso enseñanza aprendizaje y lo orienta respecto a las necesidades de cada uno de los alumnos. Esta evaluación es el punto de partida para organizar el trabajo a lo largo del ciclo, en el cual se establece una planeación para las competencias que se han de trabajar y sirve para detectar las necesidades específicas de los estudiantes.

**Evaluación formativa:** Es el progreso del estudiante hacia la meta, el logro, proceso para proporcionar retroalimentación constructiva dirigida los estudiantes o grupo que participan en la práctica de simulación.

**Evaluación sumativa:** Evaluación final de un período de aprendizaje en el que los estudiantes reciben información y comentarios sobre su cumplimiento de los criterios de resultados, proceso para determinar la competencia del estudiante en la actividad asistencial.

**Grupo de destrezas:** Conjunto de destrezas básicas agrupadas que se realizan en la práctica de laboratorio a fin de reconocer las habilidades adquiridas de los estudiantes.

**Limpio o limpieza:** Es la remoción de toda materia extraña de los objetos. (Ej. Suciedad, materia orgánica). Se acompaña del uso de agua y acción mecánica con o sin detergentes.

**Medidas de bioseguridad:** Es un conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los pacientes y del personal de salud expuesta a agentes infecciosos tales como biológicos, físicos, químicos y mecánicos que trae como consecuencia aumentar el riesgo de infectarse y/o enfermar.

**Principios de bioseguridad:**

**a) Universalidad:** Son las precauciones estándares rutinarias para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no enfermedades.

**b) Uso de barreras protectoras químicas, físicas o mecánicas:** evita la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos, no evitan los accidentes

de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las probabilidades de una infección.

**c) Medios de eliminación de material contaminado (limpieza, desinfección, esterilización):** comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados de los materiales utilizados en la atención de pacientes.

**Proximal:** Se refiere a sitios que se localizan cerca de un área específica, por lo general del centro del cuerpo. En medicina, se refiere a partes del cuerpo cercanas del centro.

**Reacción adversa a medicamentos:** Es la respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

**Validez:** El grado en que una prueba mide lo que se supone que debe medir.

## Bibliografía

- Acevedo, G. (2009) **Simulación Clínica en la formación de los estudiantes de pregrado de enfermería**. Ponencia 13<sup>o</sup> congreso internacional de cuidado. 19 a 21 de noviembre 2009. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Consultado el 2 de junio 2012 disponible en <http://www.alasic.org/documents/documentos/1292255889simulacid3n-clinica-en-la-formacid3n-de->.
- Archundia García, Abel (1997). **Esterilización y antisépticos**. Educación quirúrgica para el estudiante de ciencias de salud. Capítulo 4: México: Méndez-editores. pp. 81-109.
- Bamardi, M., Rojas, M., y Saavedra, B. (2002). **Manual de técnicas y procedimientos de enfermería**. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Recuperado el 10 de febrero 2012 del sitio web de <http://www.elgotero.com>.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., Erb, G. (2008). **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas**. Volumen I. 8<sup>a</sup> Edición. Editorial Pearson.
- Beteta, L. L., Alegría, O.M., Castillo, M.B. y Rivas, B.L. (1992). **Manual de técnicas y procedimientos**. 2a edición. Managua, Nicaragua.
- Botella, D. C. (2011). **Administración parenteral de medicamentos: conceptos generales**. Fistera.com. Atención. Primaria en la Red. Recuperado el 30 de abril 2013 del sitio web de <http://www.fistera.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/administracion-parenteral-medicamentos-conceptos-generales/>.
- Boyce J., et. al. (2009). **Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen**. WHO. Recuperado el 03 de julio 2012 del sitio web de [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf?ua=1).
- Burns, N. (1985). **Administración de medicamentos de Enfermería**. Ediciones Doyma. Barcelona España.
- Castellano Salas, Angela, Tagle Vargas, Cristina, Galdames Cabrera, Luz, Riquelme Pereira, Náyade, Landman Navarro, Cecilia, & Peroni Parraguez, Sonia. (2011). **Examen Nacional De Enfermería En Chile: Importancia y Desafíos**. Ciencia y enfermería, 17(1), 27-36. Recuperado en 08 de abril de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532011000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532011000100004).
- Conde, P. M., Ferrón, N. A., García, G. M., Neiro, R.C. y Vieites, S. S. (2003). **Administración medicación por vía oral**. Recuperado el 03 Junio de 2013, de <http://www.enferurg.com/protocoloschus/601.pdf>.
- Díaz, A. (2011) **Administración de medicación por vía intradérmica**. Consultado 23 de Diciembre 2012. Disponible en [http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/059adm\\_-\\_medicacion-intradrmica.pdf](http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/059adm_-_medicacion-intradrmica.pdf).

- El Blog de la Enfermera. (2011). **Administración de Medicamentos por vía nasal**. Publicado por Guadalupe Quisbert Tapia. Recuperado el 20 de marzo 2012 del sitio web de [http://enferlic.blogspot.com/2012/06/administracion-de-medicamentos-por-via\\_03.html](http://enferlic.blogspot.com/2012/06/administracion-de-medicamentos-por-via_03.html), 2011.
- Escuela de Enfermería de Universidad Politécnica de Nicaragua Central, Fonseca, M. M., et. al. (2006). **Planeamiento didáctico de Laboratorio de Enfermería**. Managua, Nicaragua.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Organización Mundial de la Salud. (2009). **Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos**. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2009 con el título Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Recuperado el 25 de marzo 2012 del sitio web de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.02\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1).
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Organización Mundial de la Salud. (2009). **La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”**. Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Impreso por el Servicio de Producción de Documentos de la OMS, Ginebra (Suiza). Recuperado el 25 de marzo 2012 del sitio web de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf?ua=1).
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Organización Mundial de la Salud. (2009). **Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos**. Publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2009 con el título Hand Hygiene Technical Referente Manual. Recuperado el 25 de marzo 2012 del sitio web de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/manual\\_tecnico\\_referencia\\_HM.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/manual_tecnico_referencia_HM.pdf).
- Gobierno de Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Oftalmología. **Principios Básicos de Bioseguridad**. Lima, Perú. Recuperado el 06 de septiembre 2012 del sitio web de <http://www.ino.org.pe/epidemiologia/bioseguridad/Medidas/medidatodos.pdf>.
- Gutiérrez de, T.G. (2014). **Clases Fundamentos de Enfermería. Enfermería el arte y la ciencia**. Recuperado el 10 de febrero 2012 del sitio web de <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com>.

- Hospital Sotero del Río. (s.f.). **Toma de temperatura rectal.** Recuperado el 05 Junio de 2013, de [http://www.hospitalsotero del rio. cl/calidad/OpenDocument.aspx?documentos=documentos\\_ enfermeria/307](http://www.hospitalsotero del rio. cl/calidad/OpenDocument.aspx?documentos=documentos_ enfermeria/307).
- Miguel, G. A., et. al. (s.f.). **Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería.** Madrid, España. Recuperado el 25 de marzo 2012 del sitio web de [http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ Salud/Publicaciones\\_Propias\\_Madrid\\_salud/Otros\\_documentos\\_y\\_ procedimientos/manual\\_tecnicas\\_enfermeria\\_noviembre.pdf](http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ Salud/Publicaciones_Propias_Madrid_salud/Otros_documentos_y_ procedimientos/manual_tecnicas_enfermeria_noviembre.pdf).
- Orellana, S. R., Banderas de las H. P. y Pendón N. (s.f.). **Manual de enfermería en vendajes.** Recuperado el 05 Junio de 2013, de [http://todoenfermeria.es/inicio/LibrosyManuales/MANUAL\\_DE\\_ ENFERMERIA\\_EN\\_VENDAJES.pdf](http://todoenfermeria.es/inicio/LibrosyManuales/MANUAL_DE_ ENFERMERIA_EN_VENDAJES.pdf).
- Organización Mundial de la Salud y Red Mundial en pro de la Seguridad de las Inyecciones (OMS/SIGN). (2010). **Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos.** Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Recuperado el 24 de julio de 2012 del sitio web de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75247/1/9789243599250\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75247/1/9789243599250_spa.pdf?ua=1).
- Pan Silvana. (2011). **Colocación, retiro de sonda nasogástrica y orogástrica Versión 002.** Recuperado 15 de enero 2012 de <http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/052colocacion-retiro-sonda-gastrica.pdf>.
- Pearson, J. (2008). **Prentice Hall Real Nursing Skills. Basic Nursing Skills en español. [video-recording]. Nueva York.** Publicado por Prentice Hall Jul 31, 2007.
- Pinto, H. (2010). **Manual de Primeros Auxilios - Colombia. Salud en Colombia.** Bogotá, Colombia. Recuperado el 30 de marzo 2012 del sitio web de [http://www.saludencolombia.com/pages/primeros\\_auxilios/primeros\\_auxilios-03.html](http://www.saludencolombia.com/pages/primeros_auxilios/primeros_auxilios-03.html).
- Potter & Perry. (2001). **Enfermería Fundamental: Teoría y Práctica.** 5ª. Edición. Editorial Elsevier España.
- República de Nicaragua. Ministerio de Salud (MINSAL), Hospital San Juan de Dios, SILAIS, Estelí y USAID (2012). **Lavado de manos por el personal salud.** HBCR. Managua, Nicaragua. Recuperado el 06 de agosto de 2012 del sitio web de [http://www.bertha.gob.ni/index.php?option=com\\_seyret&Itemid=123&task=videodirectlink&id=61](http://www.bertha.gob.ni/index.php?option=com_seyret&Itemid=123&task=videodirectlink&id=61).
- República de Nicaragua. Ministerio de Salud (MINSAL). (2003). **Manual de técnicas y procedimientos de enfermería hospitalaria.** Documento preliminar. Managua, Nicaragua.

- República de Nicaragua. Ministerio de Salud (MINSa). (2011). **Lavado de manos**. MINSa - OPS. Managua, Nicaragua. Recuperado el 24 de julio de 2012 del sitio web de [http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com\\_seyret&Itemid=0&catid=1](http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_seyret&Itemid=0&catid=1).
- República de Nicaragua. Ministerio de Salud (MINSa). (s.f.). Dirección de Enfermería (2003). **Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería Hospitalaria / Documento Preliminar**. Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS). The Institute for Technical Cooperation in Health, Inc. (INTECH). Managua, Nicaragua.
- República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. (2008). **Normativa – 003. Norma Técnica y Guía para el uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos**. MINSa- UNICEF. Managua, Nicaragua. pp. 13-15.
- Ricarte G., P. (2009). **Enfermería Ciencia y Arte. Baño del paciente en cama**. Recuperado el 25 de marzo 2012 del sitio web de <http://eenfermeriauv.blogspot.com/2009/09/bano-de-paciente-en-cama.html>.
- Sandra F. S., Donna J. D., Barbara C. M. (2009). **Técnicas de Enfermería Clínica**. Editorial Pearson.



