

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

MANUAL TÉCNICO DE PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. OBJETIVO DEL MANUAL

II. MARCO JURÍDICO

III. GLOSARIO

IV. PROCEDIMIENTOS

1. ADMISIÓN DE LA PACIENTE
2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO
3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN
4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO
5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO
6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE
7. ASEO VULVAR
8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE
9. BAÑO DE PACIENTE
10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO
11. CATETERISMO VESICAL
12. CITOLOGÍA VAGINAL
13. CRISTALOGRAFÍA
14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO
17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO
18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III
19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM
20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL
21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO
22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA POR TIRA REACTIVA
23. DIÁLISIS PERITONEAL
24. ENEMA EVACUANTE
25. ENLACE DE TURNO
26. EXAMEN GENERAL DE ORINA
27. EXPLORACIÓN DE MAMAS
28. EXPLORACIÓN FÍSICA
29. EXPLORACIÓN VAGINAL
30. EXUDADO CERVICOVAGINAL
31. FISIOTERAPIA PULMONAR
32. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER
33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD
34. HEMOCULTIVO
35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA
36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS
37. LAVADO DE MANOS

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO
39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NOM 087 RPBI)
40. MANIOBRAS DE LEOPOLD
41. MEDICIÓN DE FONDO UTERINO
42. MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES
43. MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA
44. OXIGENOTERAPIA
45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO
46. POSICIONES
47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES ADULTAS
48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA
49. RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS
50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO
51. SOLICITUD DE DIETA
52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA
53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA
54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO
55. TÉCNICA PARA EVITAR LESIÓN DEL PEZÓN
56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA
57. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO
58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y PRUEBA DE FUNCION RENAL
59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS
60. USO DE REACTIVOS EN ORINA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

62. VENDAJE MAMARIO

63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRURGICOS EN PACIENTES CON CIRUGÍA DE AMDOMEN

V. HOJA DE FIRMAS

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

El presente manual describe los procedimientos que corresponden a las áreas adscritas a la Subdirección de Enfermería, la cual depende de la Dirección Médica.

La Subdirección de Enfermería cuenta con enfermeras, para cubrir las necesidades de cada uno de los servicios de atención médica, los 365 días del año.

El cuidado de Enfermería es integral; con detección de los problemas reales o potenciales que aquejan a la población materno infantil.

Dentro de sus funciones principales se encuentra las técnicas asistenciales que permiten coadyuvar al tratamiento médico.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir la técnica de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en las áreas de ginecología y obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley de Planeación.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de Derechos.

Ley General de Salud.

Ley de Salud para el Distrito Federal.

Ley General de Educación.

Ley General de Población.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento Interior de la Secretaría de salud.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.

Reglamento Interno de la Comisión Intersecretarial de la Industria Farmacéutica.

NORMAS:

NOM-052-1996.- Establece las características de los residuos peligrosos, el listado de los mismos y los límites que hacen a un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.

NOM-087-ECOL-1993.-Establece los residuos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos-infecciosos que se generen en establecimientos que presenten atención médica.

NOM-003-SSA2-1993.- Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

NOM-010-SSA2-1993.- Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

NOTA: para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

III. GLOSARIO

ADMINISTRACIÓN: Acto terapéutico por el cual se suministra a un sujeto un medicamento, una vacuna, una alimentación, etc.

AMNIOCENTESIS: Punción de la membrana hacia la cavidad amniótica por vía transabdominal materna con guía para obtención de líquido amniótico.

AMNIOINFUSIÓN: Procedimiento invasivo hacia la cavidad amniótica, que consiste en Infundir un volumen de solución salina en casos con ausencia o disminución de líquido amniótico.

AMNIOS: Membrana fetal que forma el saco que contiene el líquido amniótico y una vaina para cordón umbilical.

ANESTESIA: Abolición de la sensibilidad. A menudo este término se emplea para indicar la pérdida de la sensación dolorosa gracias a la administración de fármacos anestésicos realizada para ejecución de intervenciones diagnósticas o quirúrgicas dolorosas.

ANESTESIA POR INFILTRACIÓN: Anestesia local producida por la inyección de soluciones anestésicas diluidas debajo de la piel.

APÓSITO: Material de curación que se aplica sobre una lesión.

ASEPSIA: Método de prevenir infección por la destrucción de gérmenes utilizando medios físicos.

AYUNO: Privación del alimento.

BIOPSIA: Extracción y examen, usualmente microscópico, de tejidos u otras materias de un organismo vivo con fines diagnósticos.

BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES: Aspirado transplacentario con aguja calibre N. 16 o 18 con el fin de obtener vellosidades terciarias para estudio cromosómico o genético.

CADUCIDAD: Vejez; periodo terminal; periodo a partir del cual las medicinas dejan de ser eficaces.

CARDIOTOCOGRAFÍA ANTEPARTO: Incluye las pruebas para estudiar el estado fetal antes del trabajo de parto, a través del registro de la frecuencia cardíaca y su respuesta a los movimientos fetales o las contracciones uterinas.

CATÉTER: Instrumento quirúrgico en forma de tubo delgado (aguja) que tiene como fin extraer o infundir líquido.

CIRUGÍA: Rama de la medicina que trata las enfermedades o los accidentes totalmente o en parte mediante técnicas manuales con la ayuda de instrumentos especiales en un acto denominado operación o procedimiento quirúrgico.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

CORDOCENTESIS: Es un procedimiento invasivo hacia el espacio vascular fetal, que se utiliza como diagnóstico y/o tratamiento terapéutico que consiste en tomar una muestra de sangre a través de una punción transabdominal bajo guía ultrasonográfica.

DECÚBITO: Posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano más o menos horizontal.

DECÚBITO LATERAL: Posición en la que el sujeto se encuentra acostado sobre un costado.

DOPLER: Instrumento o técnica utilizados para medir flujos sanguíneos superficiales.

DOSIS: Cantidad de un medicamento o sustancia terapéutica que se da de una sola vez.

DROGA: Fármaco, sustancia estupefaciente.

EMBARAZO: Gestación, preñez, periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto. El embarazo dura aproximadamente 280 días y para fijar la fecha de su término se toma el primer día del último periodo menstrual, se retrocede tres meses y se añaden siete días,

EMBRIÓN: Producto de la concepción desde el momento de la fecundación hasta los tres meses en la especie humana. A partir de este momento, recibe el nombre de feto.

EPIDURAL: Por encima o por fuera de la duramadre. Se utiliza sobre todo para calificar un tipo de analgesia espinal.

ESTETOSCOPIO: Instrumento de varias formas y tamaños para la auscultación del tórax, abdomen y otras cavidades para escuchar los sonidos o ruidos producidos por el funcionamiento de los diversos órganos.

EXUDADO: Materia más o menos fluida emitida por los vasos capilares durante los procesos inflamatorios y que se depositan en el espacio intersticial o en una cavidad.

FÁRMACO: Principio activo que constituye el principal componente de un medicamento. Droga.

FETO: Producto de la concepción desde el tercer mes hasta el parto (en el caso del ser humano). En general, desde que finaliza el periodo de organogénesis hasta el parto.

GEL: Coloide semisólido firme aunque contenga una cantidad elevada de líquido, utilizado en muchas medicinas como demulcente, vehículo de otros fármacos, antiácido o astringente, dependiente del fármaco del que proceda.

GLUCOSA: Uno de los carbohidratos más importantes como fuente energética. Es un monosacárido perteneciente al grupo de las hexosas. La degradación anaeróbica de la glucosa mediante el proceso metabólico denominado glicolisis es una de las más importantes vías que posee el organismo para obtener energía.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

HIPERTENCIÓN: Presión arterial por encima de los valores normales que son de 130 mm de Hg para la presión sistólica y de 85 mm de Hg para la presión diastólica.

HIPOGLICEMIA: Niveles de glucosa en sangre por debajo de lo normal.

HIPOTENSIÓN: Estado en que la presión sanguínea no es la adecuada para la perfusión y oxigenación normal de los tejidos. Puede estar ocasionada por la expansión del espacio intravascular, por la diseminación del volumen intravascular o por una contractilidad cardíaca disminuida.

INCISIÓN: División metódica de las partes blandas con un instrumento cortante. La herida producida por incisión.

INDIVIDUALIDAD: Características que permiten diferenciar un sujeto de otro dentro de la misma especie.

INSULINA: Hormona excretada por las células de los islotes de Langerhans pancreáticos que regula el metabolismo de los hidratos de carbono.

LABIOS MAYORES: Pliegues cutáneos vellosos a cada lado de la hendidura vulvar.

LABIOS MENORES: Pliegues mucocutáneos situados debajo de los labios mayores.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Es un componente importante del embarazo y el desarrollo fetal. Es un líquido acuoso que se encuentra dentro de la membrana amniótica (o bolsa) y circunda al feto durante toda la gestación.

MEDIACAMENTO: Sustancia simple o asociación de sustancias que se administran externa o internamente con objeto de curar una enfermedad o de paliar unos síntomas.

ORINA: Líquido segregado por los riñones, transportado por los uréteres, almacenado en la vejiga y evacuado a través de la uretra. De color amarillo más o menos claro y de olor característico, está compuesta de diferentes productos de desecho como urea, cloruro sódico y cloruro de potásico, fosfatos, ácido úrico, sales orgánicas y el pigmento urobilina.

PACIENTE: Persona enferma o en tratamiento.

PERFIL BIOFÍSICO: Prueba de bienestar fetal que evalúa aspectos biofísicos fetales que indican riesgos fetales para la pérdida del bienestar fetal.

PEVA: Prueba de Estimulación Vibroacústica. Es la aplicación de un estímulo vibratorio y de sonido que emite un aparato llamado laringe para despertar una respuesta en el feto y acelerar los patrones de reactividad.

PLACENTA: Órgano redondeado, plano, blando y esponjoso, situado generalmente en el interior el útero durante la gestación y a través del cual se establece el intercambio nutritivo entre la madre y el feto.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

POSICIÓN: Actitud o postura en que se coloca un enfermo espontáneamente o con un fin determinado.

PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: Comprende hasta las 14 primeras semanas de embarazo, y se caracteriza por la adaptación del cuerpo al mismo.

PRUEBA SIN ESTRÉS: Incluye las pruebas para estudiar el estado fetal antes del trabajo de parto, a través del registro de la frecuencia cardiaca y su respuesta a los movimientos fetales.

PULSO: Expansión y contracción de las arterias percibidas por los dedos que palpan una arteria superficial y que corresponde a la sístole y a la diástole respectivamente. Lugar en la muñeca o del cuello donde se toma el pulso.

PUNCIÓN: Operación que consiste en introducir una aguja o un trocar en una cavidad o en un órgano con fines exploratorios o terapéuticos.

QUIRÓFANO: Local convenientemente adaptado para realizar operaciones quirúrgicas. Sala de operaciones.

REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO: Incluye las pruebas para estudiar el estado fetal antes del parto, a través del registro de la frecuencia cardiaca fetal y su respuesta a los movimientos fetales o contracciones uterinas.

Rh: Abreviatura de factor Rhesus (factor sanguíneo) aglutinógeno existente en el mono Rhesus y en el 85% de los individuos denominados Rh positivos. La sangre de estos transfundida al 15% de los sujetos con Rh negativo ocasiona la formación de anticuerpos que acaban por aglutinar los eritrocitos donantes.

SONDA: Término general para diversos instrumentos, por lo general largos y delgados que se introducen por conductos o cavidades con fines de exploración o de limpieza.

SUBCUTÁNEO: Debajo de la piel.

TÉCNICA: Conjunto de métodos y detalles sobre los mismos que se siguen en la realización de un procedimiento, como los empleados en la realización de una prueba de laboratorio, en una exploración física, en una operación quirúrgica o en cualquier proceso que requiera ciertas habilidades o una secuencia ordenada de acciones.

TEMPERATURA: Parámetro indicativo del contenido calórico de una sustancia o cuerpo. A mayor contenido calórico, mayor temperatura. La temperatura se mide en grados centígrados (o grados Celcius) y en grados Fahrenheit. En centígrados se utiliza la siguiente fórmula $C = (F-32) \times 5/9$.

TERMÓMETRO: Instrumento para medir la temperatura.

TIRA REACTIVA: Tira de papel tratada químicamente, que se utiliza para análisis de orina y de otros líquidos.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

TOCÓGRAFO: Tocodinamómetro registrador.

TRANSFUSIÓN: Operación de hacer pasar un líquido, en particular sangre, de un vaso a otro.

TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA: Administración de sangre a través del cordón umbilical o en la cavidad peritoneal fetal con el fin de incrementar el hematocrito en el feto con anemia.

ULTRASONIDO: Onda sónica de una frecuencia superior a la que puede captar el oído humano (más de 20.000 ciclos/seg). Al ser absorbida por los tejidos produce efectos térmicos que pueden ser lesivos.

ULTRASONIDO OBSTÉTRICO: Ultrasonido realizado con aparatos de alta resolución para confirmar o descartar alteraciones estructurales fetales.

URETRA: Conducto membranoso que conduce la orina desde la vejiga urinaria hasta el exterior. La uretra femenina tiene unos 4 cm. De longitud mientras que la masculina tiene 16 cm. De longitud.

VESICO-AMNIÓTICA: De vejiga a cavidad amniótica.

VIBRACIÓN: Oscilación rápida de un cuerpo.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
15

FECHA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

IV. PROCEDIMIENTOS



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DE LA PACIENTE

1. ADMISIÓN DE LA PACIENTE

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DE LA PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar atención a toda paciente que lo solicite en el área de Urgencias sea o no paciente del Instituto y canalizarla al servicio correspondiente o a otra Institución.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DE LA PACIENTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. De la Jefe de Servicio

- Realizar trámites administrativos para la admisión de la paciente de acuerdo al Reglamento institucional.

2. Del Personal Asistencial

- Llevar a cabo la recepción de la paciente a su ingreso a la Institución.
- Orientar a la paciente y familiares respecto a trámites administrativos y reglamentos de la institución.
- Colocar identificación oficial a toda paciente que ingrese al instituto de acuerdo a la normativa institucional.
- Establecer buenas relaciones humanas.

3. Del personal médico

- Valorar a toda paciente que ingrese al Instituto programadas y no programadas.
- En caso de solicitud de traslado de una paciente de otra unidad hospitalaria al INPer, está deberá ser valorada antes de aceptarla o rechazarla, individualizando cada caso.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE

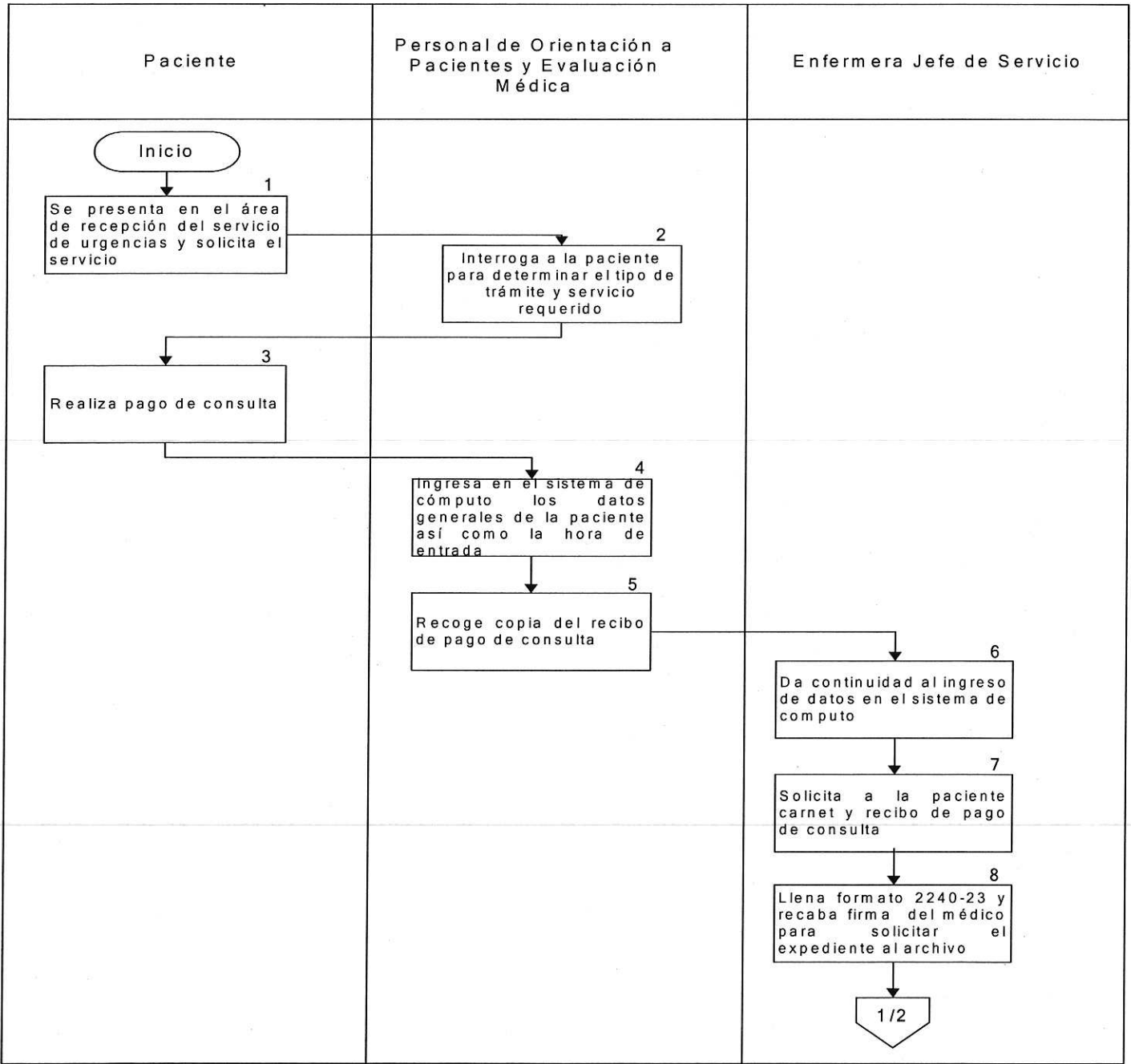
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Paciente	1	Acude al área de recepción del servicio de urgencias y solicita atención médica
Personal de orientación a pacientes y evaluación médica	2	Interrogue a la paciente para determinar el tipo de trámite y servicio requerido:
Paciente o familiar	3	Realice pago de consulta
Personal de orientación a pacientes y evaluación médica		Canalice a la paciente y/o familiar a la caja, para realizar pago de consulta requerida
Enfermera jefe de servicio	4	De primera vez: pasa a consultorio para valoración por el médico asignado Ingresa en el sistema de cómputo los datos generales de la paciente así como la hora de entrada
	5	Recoja copia del recibo de pago de consulta
	6	De continuidad al ingreso de datos en el sistema de computo
	7	Solicite a la paciente carnet y recibo de pago de consulta
Médico	8	Llene el formato 2240-23 a través del expediente electrónico, para solicitar expediente físico de la paciente
Camillero	9	Acuda al archivo clínico para traslado de expediente a urgencias
Enfermera asistencial	10	Conduzca a la paciente al cubículo de exploración.
	11	Solicite datos básicos de identificación (nombre, edad, gestas, paras ,FUM, médico responsable) e interroga acerca del motivo de consulta
	12	Prepara a la paciente, solicitando retiro de ropa de acuerdo al área a explorar
	13	Lave sus manos de acuerdo a estrategia " Esta en tus manos" de la OMS

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE

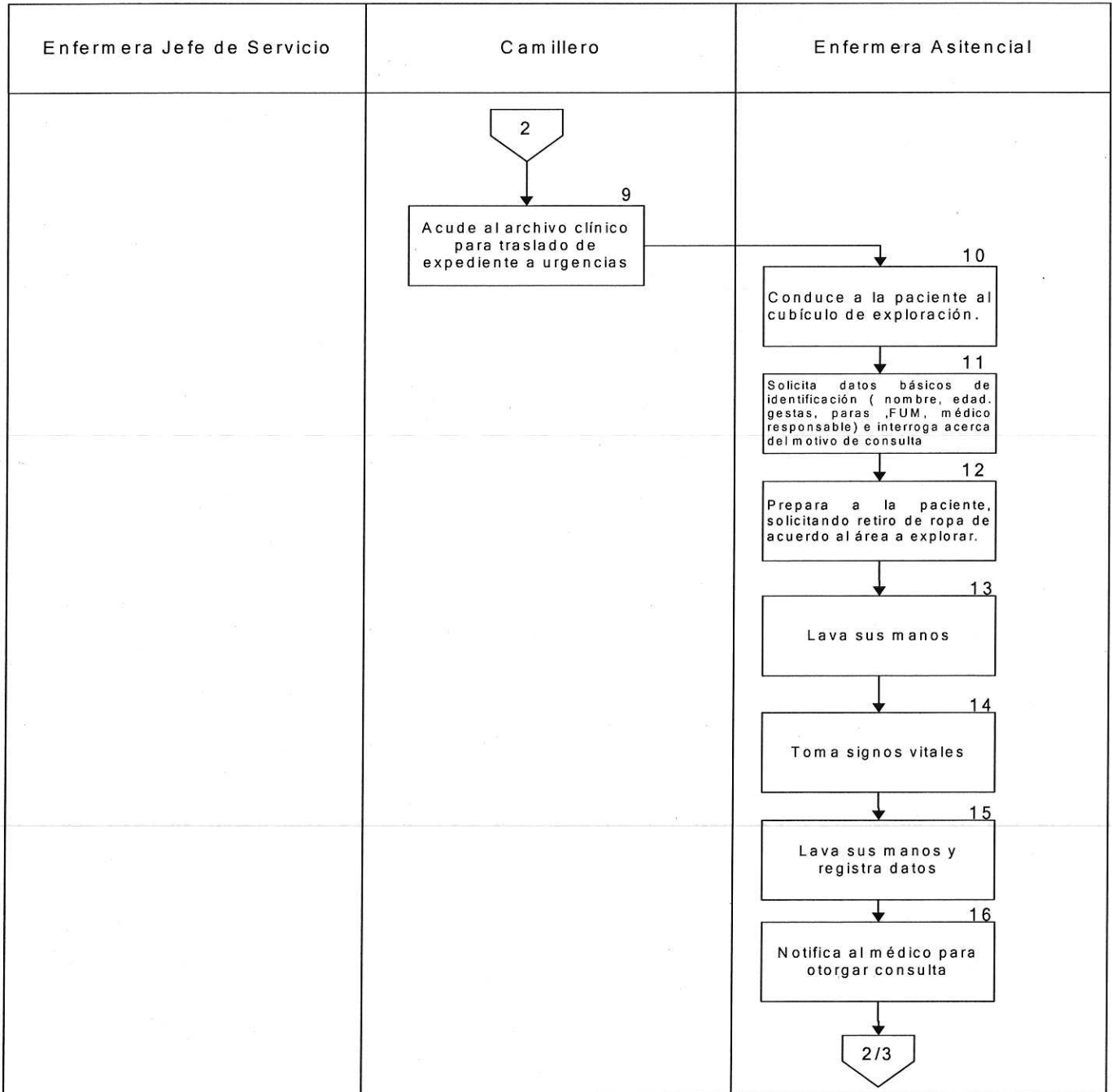
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Médico y Enfermera asistencial	14	Tome signos vitales
	15	Lave sus manos y registre datos Realice valoración inicial a la paciente y detecta alteraciones.
	16	Notifique al médico para otorgar consulta
	17	Proporcione consulta médica con participación conjunta del profesional de enfermería.
Médico Enfermera asistencial	18	Revise expediente, y mantenga a la paciente en observación hasta que emite dictamen médico
	19	Si requiere hospitalización, ver procedimiento de ingreso no programado Si no requiere de hospitalización: Da indicaciones médicas a la paciente
	20	Efectúe intervenciones de enfermería de acuerdo a las indicaciones médicas y necesidades de la paciente
Enfermera jefe de servicio	21	Conduzca a la paciente al área de recepción
Enfermera jefe de servicio	22	Proporciona consulta médica con participación conjunta de la enfermera
	23	Registre hora de egreso y nombre del médico que la atendió.
Personal de orientación a pacientes y evaluación médica		Termina procedimiento

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE



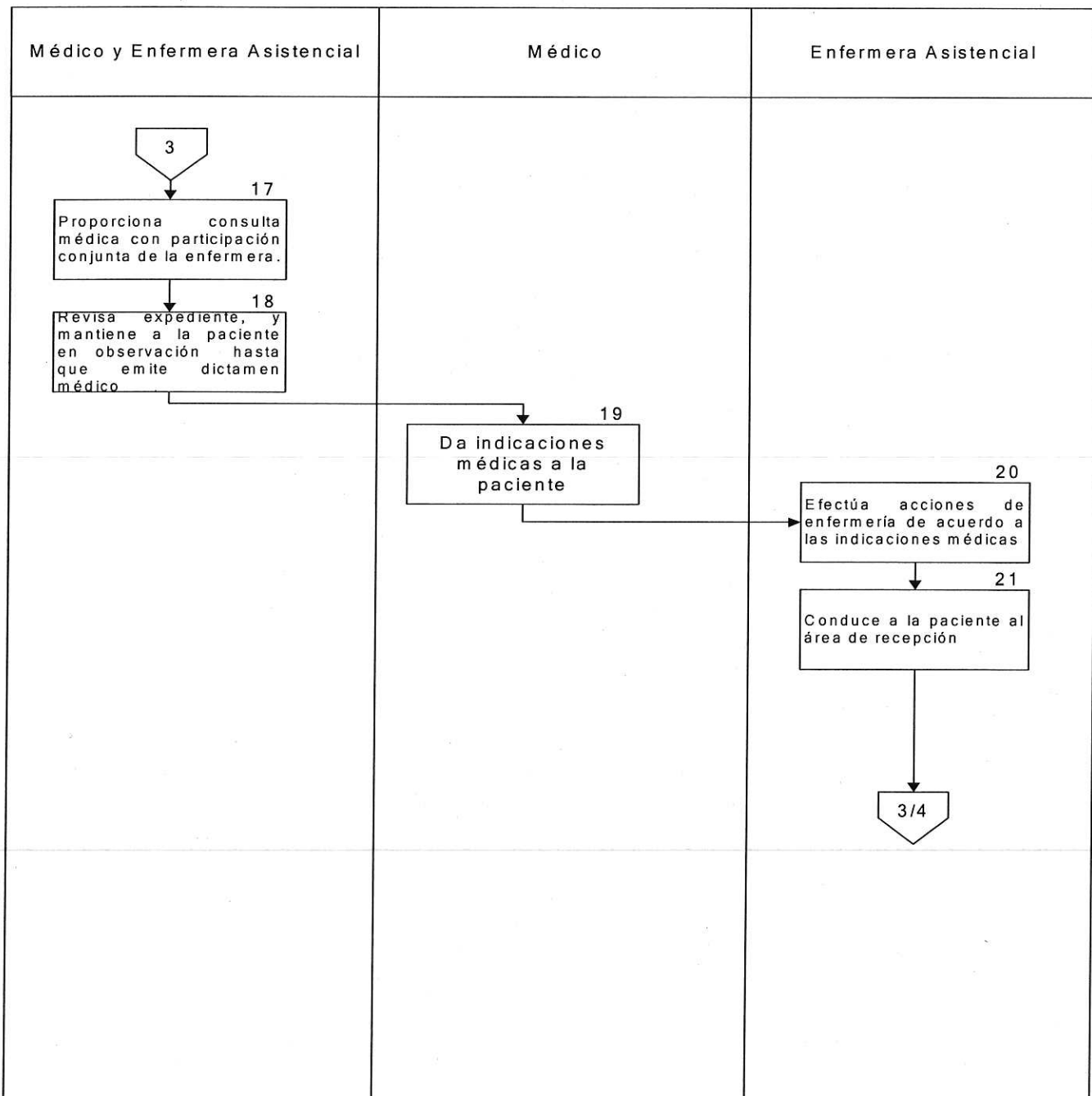
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE



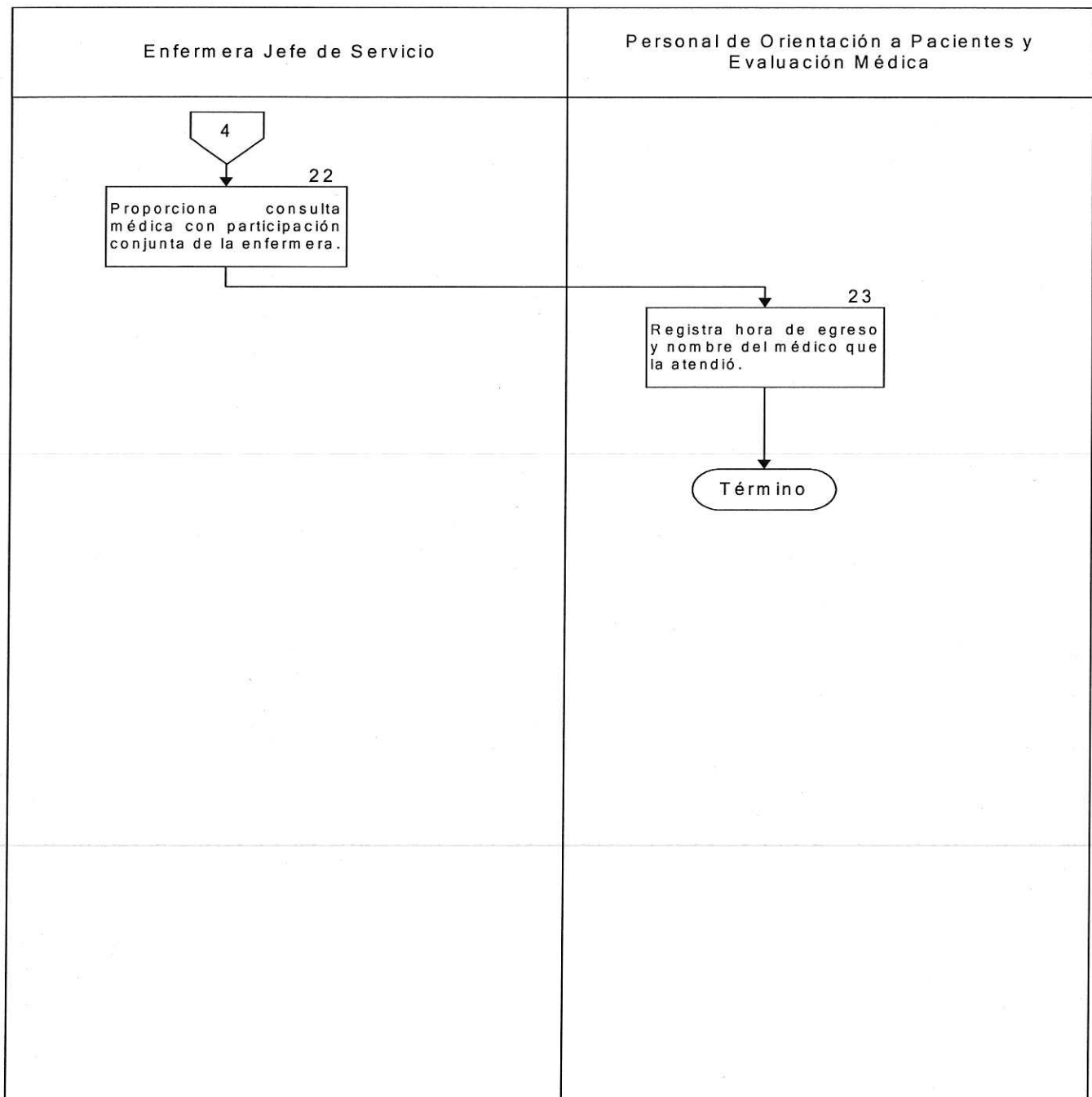
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE





2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar al Recién Nacido nutrición segura promoviendo el inicio de lactancia materna exclusiva y favoreciendo el vínculo afectivo del binomio madre-hijo.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Será obligación del Jefe de Servicio y Enfermera Asistencial.

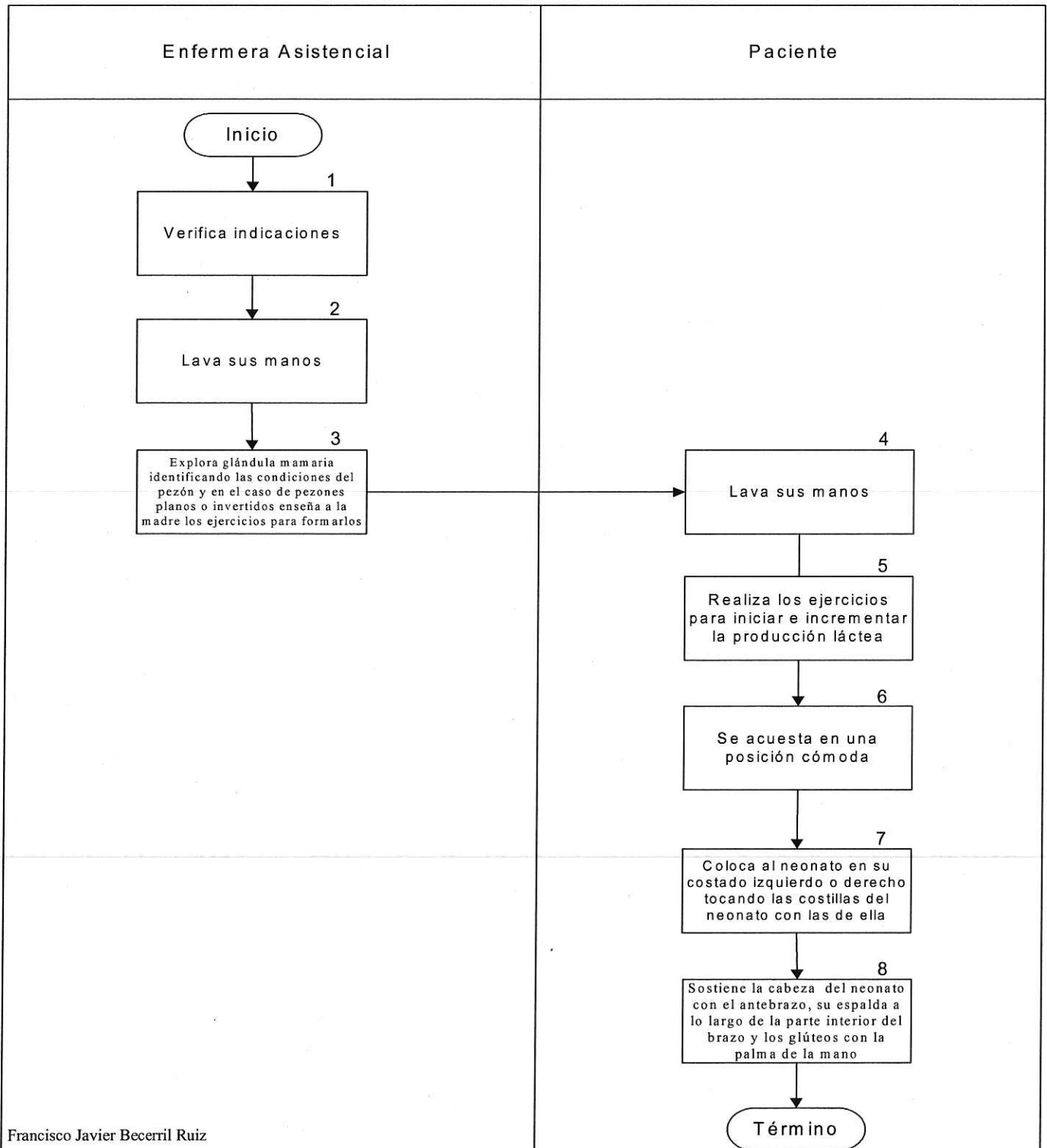
- Lavar sus manos antes y después del procedimiento según la estrategia "Esta en tus manos". De la OMS.
- Informar a la paciente embarazada de los beneficios de la lactancia materna.
- Favorecer un ambiente confortable para el inicio de la lactancia materna.
- Ayudar a la paciente a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del nacimiento.
- Orientar a la paciente como debe alimentar al recién nacido.
- Dar al recién nacido leche materna exclusiva, excepto por indicación médica.
- Orientar a la paciente cómo mantener la lactancia materna, aún separada del recién nacido.
- Facilitar el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
- Enseñar a la paciente los ejercicios para iniciar e incrementar la producción láctea.
- Informar a la paciente que la higiene del pezón, es suficiente sólo con el baño diario.
- Vigilar que la paciente no lave el pezón, antes y después de cada alimentación.
- Enseñar a la paciente los diferentes tipos de posición para alimentar al recién nacido con seno materno.
- Fomentar la lactancia materna a requerimiento del recién nacido, estableciendo horarios para su alimentación.
- Informar a la paciente sobre la importancia de la ingesta de una dieta adecuada y líquidos durante la lactancia.

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN POSICIÓN ACOSTADA
Enfermera (o) Asistencial	1	Verifique indicaciones.
	2	Lave sus manos de acuerdo a la estrategia "Esta en tus manos". De la OMS
	3	Explore glándula mamaria identificando las condiciones del pezón y en el caso de pezones planos o invertidos enseña a la madre los ejercicios para formarlos.
Paciente	4	Lave sus manos.
	5	Realice los ejercicios para iniciar e incrementar la producción láctea.
	6	Colóquese en una posición cómoda.
	7	Coloque al neonato de acuerdo a la posición elegida, ya sea en su costado izquierdo o derecho tocando las costillas del neonato con las de ella, en forma de balón etc.
	8	Verifique que el recién nacido sujete adecuadamente el pezón y parte de la areola Sostenga la cabeza del neonato con el antebrazo y verifique que no obstruya la nariz.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO



2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN LATERAL SENTADA
Enfermera Asistencial	1	Verifica indicaciones.
	2	Lava sus manos.
Paciente	3	Se sienta en posición cómoda, en una silla con respaldo firme, apoyando los brazos y con un banco para elevar los pies.
	4	Coloca una almohada en el costado derecho o izquierdo para sostener al neonato con sus costillas tocando las de ella.
	5	Sostiene la cabeza del neonato con la mano y con el antebrazo su cuerpo y glúteos.
	6	Sostiene la glándula mamaria con la mano en forma de "C" invertida, con el pulgar encima y los otros dedos sostienen el peso de la glándula.
	7	Estimula el reflejo de búsqueda del recién nacido, acercando la comisura labial al pezón. Espera hasta que el recién nacido abra la boca.
	8	Vigila que el recién nacido tenga la totalidad del pezón y parte de la areola dentro de su boca y mantenga una succión firme y sostenida, sin que le ocasione dolor.
	9	Vigila durante la succión del neonato su coloración y su frecuencia respiratoria.
	10	Proporciona leche materna de 20 a 25 minutos de cada glándula mamaria.
	11	Rompe la succión del neonato introduciendo su dedo índice en la boca del neonato separando las encías antes de retirar el seno.

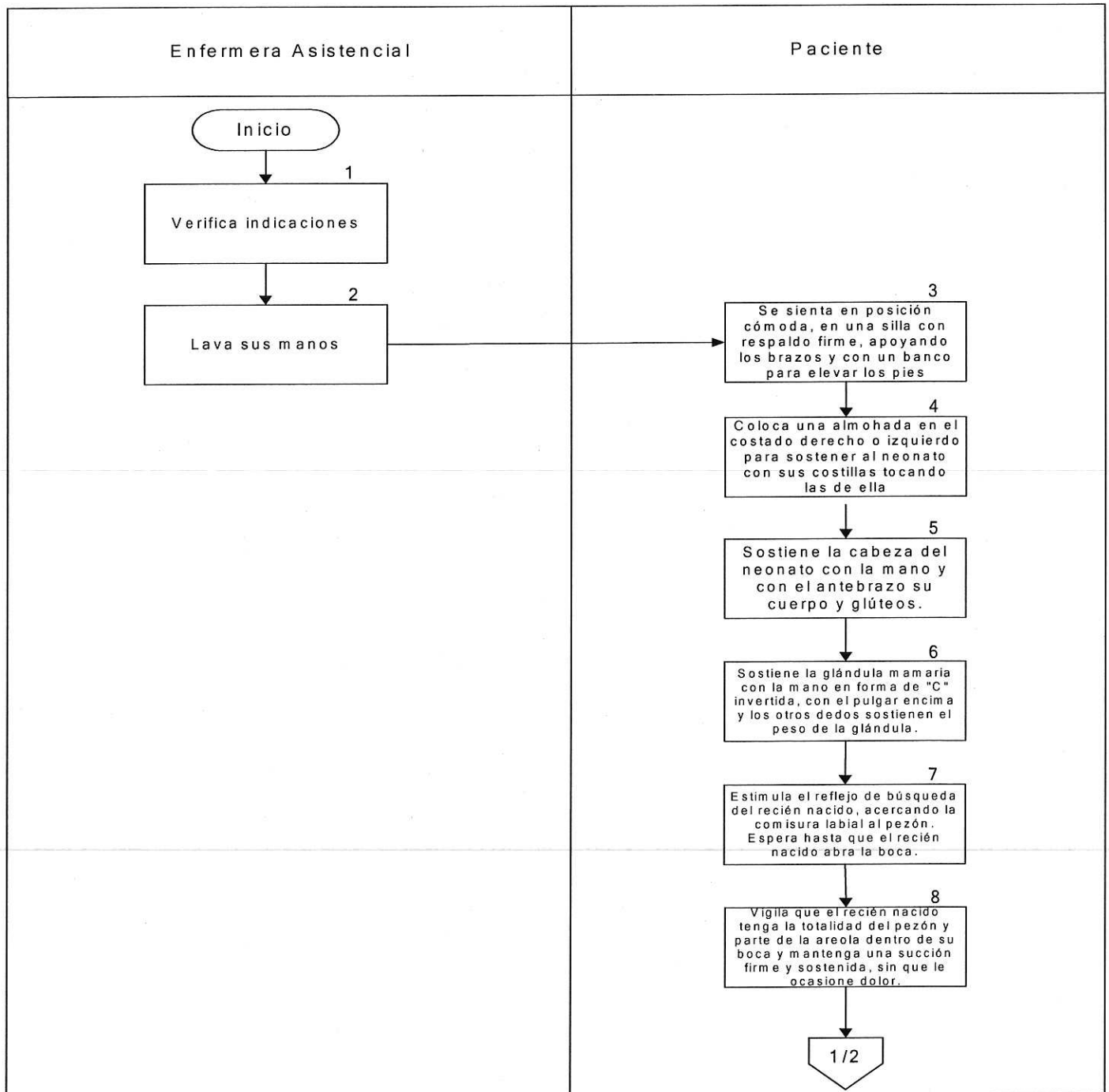
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

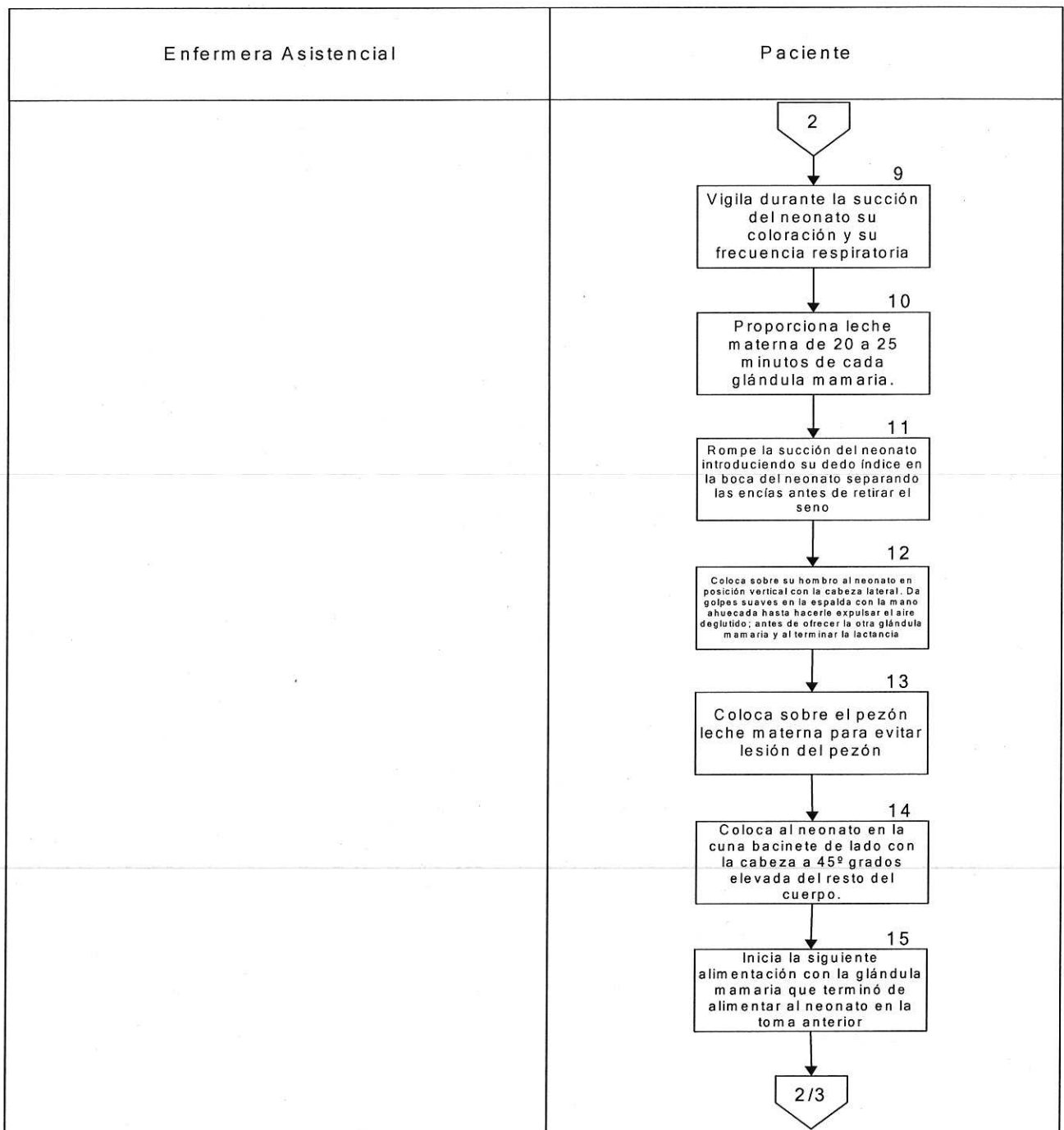
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN LATERAL SENTADA
	12	Coloca sobre su hombro al neonato en posición vertical con la cabeza lateral. Da golpes suaves en la espalda con la mano ahuecada hasta hacerle expulsar el aire deglutido; antes de ofrecer la otra glándula mamaria y al terminar la lactancia.
	13	Coloca sobre el pezón leche materna para evitar lesión del pezón.
	14	Coloca al neonato en la cuna bacinete de lado con la cabeza a 45° grados elevada del resto del cuerpo.
	15	Inicia la siguiente alimentación con la glándula mamaria que terminó de alimentar al neonato en la toma anterior.
	16	Lava sus manos.
Enfermera(o) Asistencial	17	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería. Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

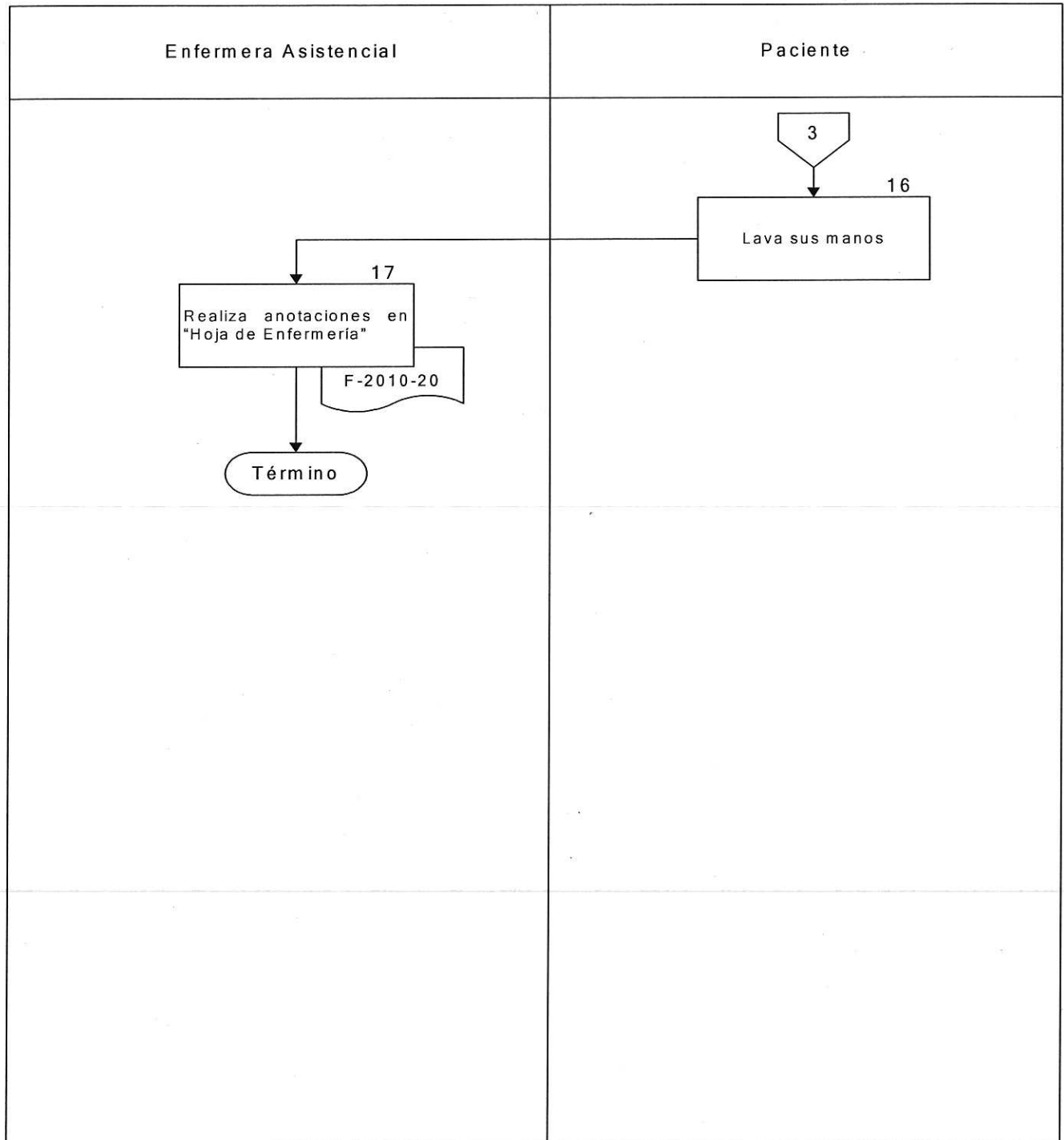


2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

2. ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO



3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN



3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar leche artificial mediante el uso de un biberón al neonato que presenta reflejos de succión y deglución.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN.

1. De la Jefe de Servicio.

- Verificar que el equipo y material se encuentre disponible.

2. De la Enfermera(o) Asistencial.

- Verificar que la alimentación artificial se envíe y se distribuya adecuadamente.
- Verificar que la técnica de alimentación con biberón se lleve a cabo en neonatos mayores 35 semanas de gestación con reflejos de succión y deglución presentes.
- Administrar la leche humana al recién nacido cuando sea proporcionada de la madre.
- Solicitar y proporcionar leche artificial indicada por el médico.
- Evite que el recién nacido degluta aire, realizando la técnica adecuada.

3. Del Personal de Dietología.

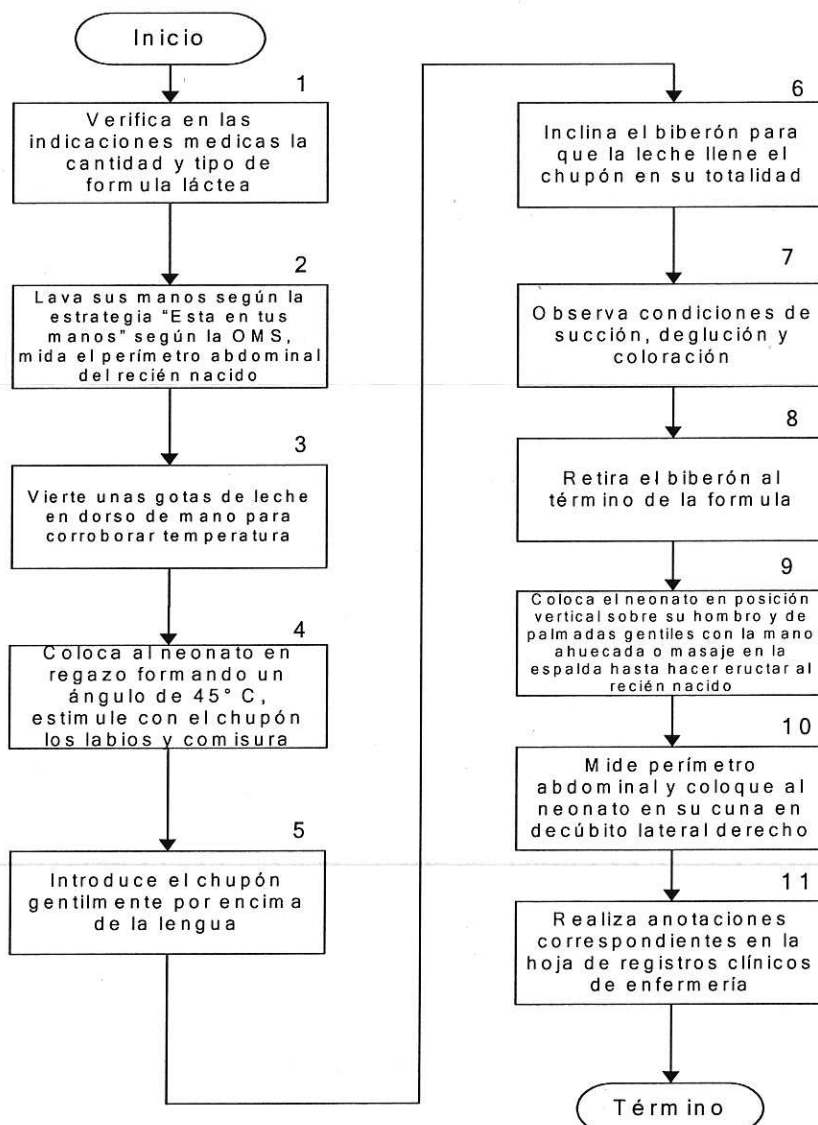
- Verificar tipo de fórmula, cantidad y frecuencia de alimentación.
- Verificar que la leche humana, sea la extraída de la madre del recién nacido.
- Proporcionar la leche artificial y humana en los horarios establecidos.

3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Verifica en las indicaciones médicas la cantidad y tipo de formula láctea.
	2	Lava sus manos según la estrategia "Esta en tus manos" según la OMS, mida el perímetro abdominal del recién nacido.
	3	Vierte unas gotas de leche en dorso de mano para corroborar temperatura.
	4	Coloca al neonato en regazo formando un ángulo de 45°C, estimule con el chupón los labios y comisura.
	5	Introduce el chupón gentilmente por encima de la lengua.
	6	Inclina el biberón para que la leche llene el chupón en su totalidad.
	7	Observa condiciones de succión, deglución y coloración.
	8	Retira el biberón al término de la formula.
	9	Coloca al neonato en posición vertical sobre su hombro y de palmadas gentiles con la mano ahuecada o masaje en la espalda hasta hacer eructar al recién nacido.
	10	Mide perímetro abdominal y coloque al neonato en su cuna en decúbito lateral derecho.
	11	Realiza anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos de Enfermería.
		Termina procedimiento.

3. ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

Enfermera (o) Asistencial



4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO

4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar leche materna o sucedánea al Recién Nacido que por condiciones propias o maternas no puede recibir alimentación al seno materno o que requiere completar su alimentación mediante el uso del vaso.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación de la Jefe de Servicio y Enfermera Asistencial:

- Lavar sus manos antes y después del procedimiento.
- Informar a la paciente embarazada de los beneficios de la lactancia materna.
- Ayudar a las pacientes a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del nacimiento.
- Dar al recién nacido leche materna exclusiva, excepto por indicación médica.
- Mostrar a la paciente cómo mantener la lactancia materna, aún separada del recién nacido.
- Facilitar el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia natural a requerimiento del recién nacido.
- Enseñar a la paciente los ejercicios para iniciar e incrementar la producción láctea.
- Informar a la paciente sobre la ingesta adecuada de líquidos durante la lactancia.
- Proporcionar la alimentación al neonato.

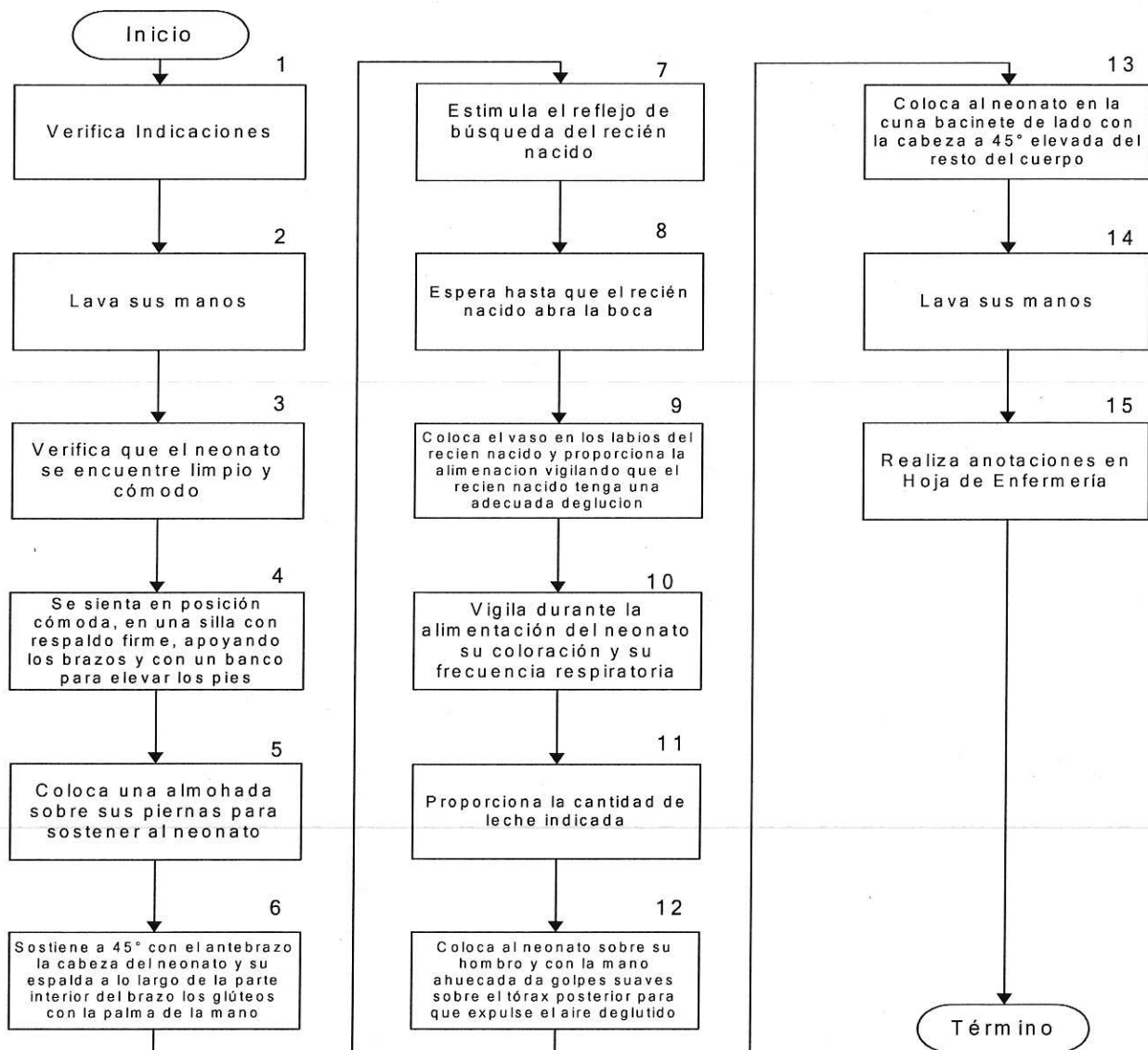
4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Verifica indicaciones.
	2	Lava sus manos.
	3	Verifica que el neonato se encuentre limpio y cómodo.
	4	Se sienta en posición cómoda, en una silla con respaldo firme, apoyando los brazos y con un banco para elevar los pies.
	5	Coloca una almohada sobre sus piernas para sostener al neonato.
	6	Sostiene a 45° con el antebrazo la cabeza del neonato y su espalda a lo largo de la parte interior del brazo y los glúteos con la palma de la mano.
	7	Estimula el reflejo de búsqueda del recién nacido.
	8	Espera hasta que el recién nacido abra la boca.
	9	Coloca el vaso en los labios del recién nacido y proporciona la alimentación vigilando que el recién nacido tenga una adecuada deglución.
	10	Vigila durante la alimentación del neonato su coloración y su frecuencia respiratoria.
	11	Proporciona la cantidad de leche indicada.
	12	Coloca al neonato sobre su hombro y con la mano ahuecada da golpes suaves sobre el tórax posterior para que expulse el aire deglutido.
	13	Coloca al neonato en la cuna bacinete de lado con la cabeza a 45° elevada del resto del cuerpo.
	14	Lava sus manos.
	15	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

4. ALIMENTACIÓN DEL NEONATO CON TÉCNICA DE VASO

Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aplicar frío húmedo para producir vasoconstricción y disminuir el aporte sanguíneo en una zona, reducir la temperatura corporal y como anestésico local.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.
 - Que todo el material y equipo se encuentre disponible.
2. De la Enfermera(o) Asistencial.
 - Verificar indicaciones médicas
 - Verificar identificación correcta del paciente
 - Explicar al paciente el procedimiento a realizar
 - Realizar lavado de manos como lo marca la estrategia “esta en tus manos” de la OMS
 - Tomar constantes vitales antes, durante y después del procedimiento
 - Evitar la exposición directa de frío en la piel.
 - Verificar las condiciones físicas de la piel.
 - Alternar las zonas de aplicación.
 - Verificar temperatura corporal cada 30 minutos en caso de hipertermia.
 - Secar la piel por presión y nunca frotar después del procedimiento.
 - Preparación del equipo y material necesarios:
 - o Charola con compresas.
 - o Lebrillo con agua y cubos de hielo.
 - o 2 toallas afelpadas.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

3. Del Equipo de Salud.

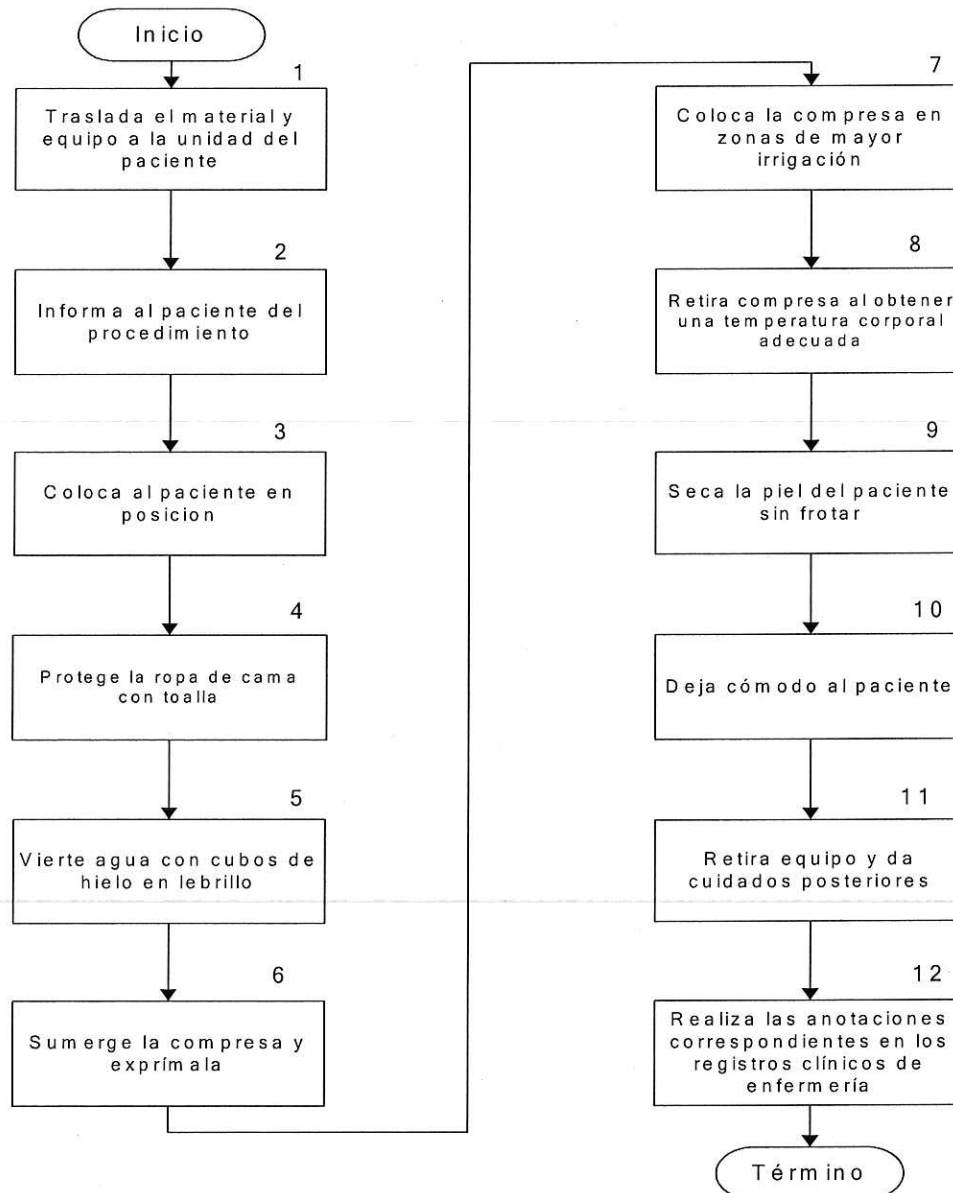
- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar un trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento según la estrategia "esta en tus manos" de la OMS.
- Desechar el material utilizado en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Biológico infecciosos).

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada el material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Informa al paciente del procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición.
	4	Protege la ropa de cama con toalla.
	5	Vierte agua con cubos de hielo en lebrillo.
	6	Sumerge la compresa y exprímala
	7	Coloca la compresa en zonas de mayor irrigación.
	8	Retira compresa al obtener una temperatura corporal adecuada.
	9	Seca la piel del paciente sin frotar.
	10	Deja cómodo al paciente.
	11	Retira equipo y da los cuidados posteriores.
	12	Realiza las anotaciones correspondientes en los registros clínicos de Enfermería.
		Termina procedimiento.

5. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

Enfermera (o) Asistencial





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE

6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE



6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO

Desinfectar el equipo y material de la unidad de la paciente, para proporcionar seguridad, bienestar, higiene y confort así como de disminuir las infecciones nosocomiales.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la Jefe o el Jefe de Servicio.
 - Mantener y disponer de equipo y material suficiente.
 - Corroborar que el procedimiento se lleve a cabo de manera correcta.
2. Del profesional de enfermería.
 - Respetar los principios de asepsia y antisepsia:
 - De limpio a sucio.
 - De lo distal a lo proximal.
 - Del centro a la periferia.
 - De arriba hacia abajo.
 - Realizar arreglo de la unidad del paciente todos los días.
 - Realizar la limpieza profunda al egreso del paciente.
 - Utilizar antiséptico para la limpieza profunda del mobiliario y equipo biomédico
 - Preparar el equipo y material (sábanas limpias, cobertor, colcha y funda para almohada).

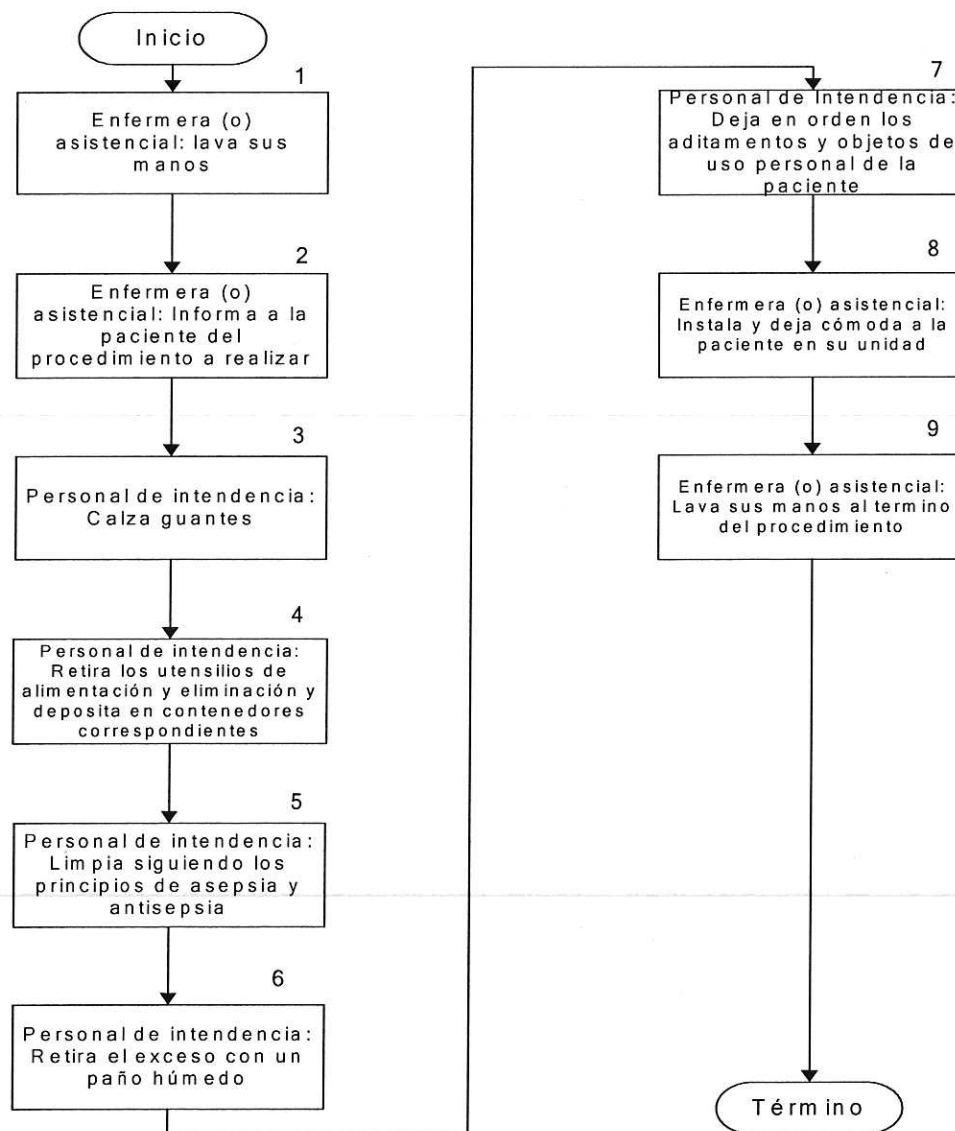
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN ARREGLO DE LA UNIDAD
Enfermera(o) asistencial	1	Lava sus manos.
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar.
Personal de intendencia	3	Calza guantes.
	4	Retira los utensilios de alimentación y eliminación y deposita en contenedores correspondientes.
	5	Limpia siguiendo los principios de asepsia y antisepsia.
	6	Retira el exceso con un paño húmedo.
	7	Deja en orden los aditamentos y objetos de uso personal de la paciente
Enfermera asistencial	8	Instala y deja cómoda a la paciente en su unidad.
	9	Lava sus manos al termino del procedimiento
		Termina procedimiento.

6. ARREGLO DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE

Enfermera (o) Asistencial y Personal de Intendencia



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

7. ASEO VULVAR

7. ASEO VULVAR

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

7. ASEO VULVAR

OBJETIVO ESPECÍFICO

Eliminar secreciones, exudados y sangre de la región vulvar y perineal para proporcionar higiene y confort a la paciente.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

7. ASEO VULVAR

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del Jefe de Servicio:

- Revisar que el material y equipo esté disponible.

Será responsabilidad de la Enfermera Asistencial:

- Mantener la individualidad de la paciente.
- Llevar a cabo precauciones estándar para manejo de líquidos corporales.
- Efectuar aseo vulvar en pacientes inconcientes y/o con reposo absoluto.
- Colocar los residuos biológicos infecciosos según la Norma 087 RPBI.
- Contar con el material y equipo necesario (guantes, cómodo, papel, jabón líquido, agua, pinza Kelly, vaso acero, gasas, toalla sanitaria).
- Observar característica de secreción y exudados.

Del Equipo de Salud.

- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

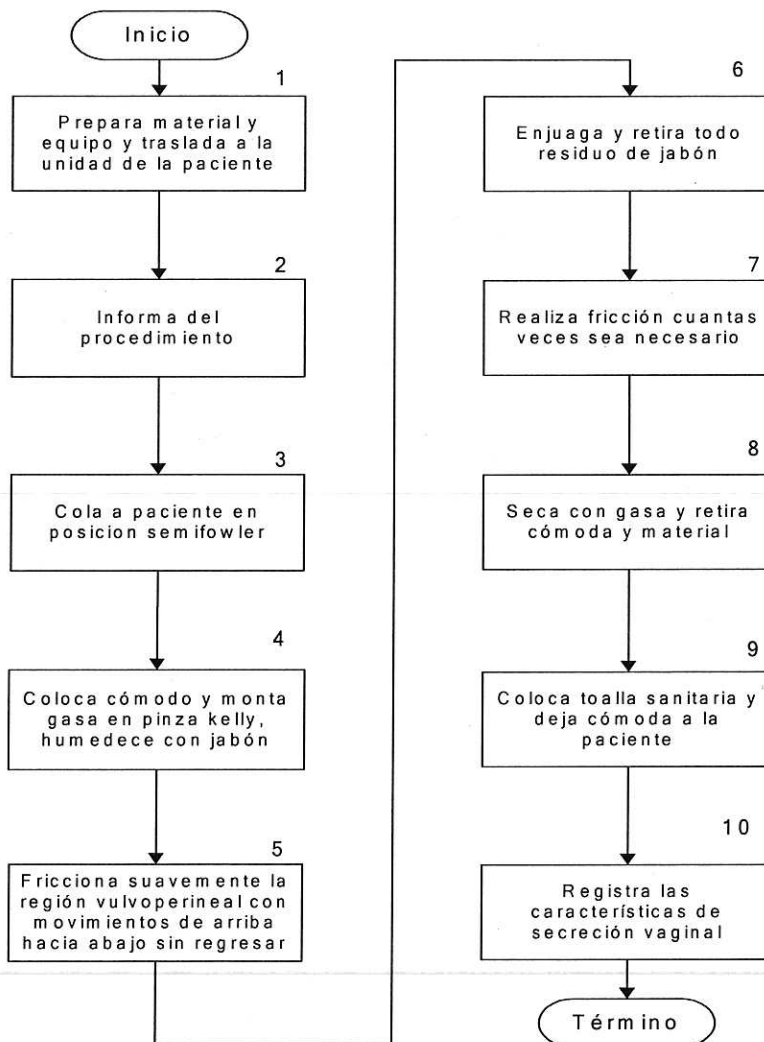
7. ASEO VULVAR

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Prepara material y equipo y traslada a la Unidad a la paciente.
	2	Informa del procedimiento a la paciente.
	3	Coloca a paciente en posición semifowler.
	4	Coloca cómodo y monta gasa en pinza Kelly, humedece con jabón.
	5	Fricciona suavemente la región vulvoperineal con movimientos de arriba hacia abajo sin regresar.
	6	Enjuaga y retira todo residuo de jabón.
	7	Realiza fricción cuantas veces sea necesario.
	8	Seca con gasa y retira cómodo y material.
	9	Coloca toalla sanitaria y deja cómoda a la paciente.
	10	Registra las características de secreción vaginal
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

7. ASEO VULVAR

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE

8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO

Acudir oportunamente al llamado de la paciente para proporcionarle atención inmediata, escuchar y aclarar dudas y satisfacer sus necesidades.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN.

De la Jefe de Servicio.

- Verificar el funcionamiento adecuado de timbres.
- Solicitar mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de intercomunicación (timbres) oportunamente.
- Verificar que la enfermera acuda al llamado de las pacientes oportunamente.

De la Enfermera (O) Asistencial.

- Presentarse con la paciente al inicio del turno
- Explicarle a la paciente a su ingreso sobre funcionamiento del sistema del llamado
- Satisfacer las necesidades reales o potenciales de la paciente, para que se encuentre tranquila y cómoda.
- Corroborar el funcionamiento del sistema de intercomunicación de cada una de las pacientes asignadas al inicio del turno.
- Informar al Jefe de Servicio oportunamente mal funcionamiento del sistema de intercomunicación (timbres).

8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera(o) Asistencial	1	Saluda, a la paciente
	2	Se presenta con la paciente con Nombre completo.
	3	Informa la localización y funcionamiento del timbre
	4	Brinda cuidados de enfermería a pacientes asignadas
	5	Acuda oportunamente ha llamado de pacientes
	6	Apaga interruptor para inactivar el timbre
	7	Brinda cuidados pertinentes de acuerdo a lo solicitado
	8	Realiza anotaciones en hoja de enfermería
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

8. ATENCIÓN AL LLAMADO DE LA PACIENTE

Enfermera (o) Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

04	11	16
----	----	----

9. BAÑO DE PACIENTE

9. BAÑO DE PACIENTE



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

9. BAÑO DE PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mantener limpia la piel, estimular la circulación, proporcionar bienestar y relajación a la paciente, así como eliminar secreciones y descamación de la piel, mediante el uso de agua y jabón.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

9. BAÑO DE PACIENTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN :

De la Jefe o el Jefe de Servicio.

- Verificar que el material y equipo se encuentre disponible.
- Vigilar que el procedimiento se realice en las condiciones adecuadas y respetando la individualidad de las y los pacientes.

Del profesional de enfermería.

- Respetar la individualidad de la paciente.
- Verificar la temperatura del agua.

Lavar el lebrillo y cambiar el agua las veces que sea necesario.

- Verificar que el material y equipo a utilizar en el baño este completo: guantes, jabón, artículos de aseo personal, bata, toalla, ropa de cama, silla, lebrillos, toallitas para baño.
- Asistir a la paciente en caso requerido
- Mantener vigilancia estrecha en las pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos

Principios:

El jabón saponifica las grasas y actúa como bacteriostático

El calor del cuerpo se pierde por convección o corrientes de aire.

La tolerancia al calor es diferente en las personas.

Los compuestos químicos de algunos jabones irritan la piel, en especial los ojos.

La fricción suave, larga y ascendente en brazos y piernas aumenta el flujo sanguíneo.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

9. BAÑO DE PACIENTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
		Baño de esponja.
Profesional de enfermería	1	Lava sus manos.
	2	Prepara y traslada el equipo y material indispensables a la unidad de la paciente.
	3	Explica a la paciente el procedimiento.
	4	Protege la individualidad de la paciente.
	5	Coloca a la paciente en posición dorsal.
	6	Cubra a la paciente con una sábana para retirar la bata sucia.
	7	Acerca el lebrillo con el agua a temperatura que la paciente tolere.
	8	Inicia procedimiento aseando párpados con una toallita sin jabón en sentido de la nariz a la sien; continuar con la cara, orejas, cuello y parte de los hombros, lavar y secar.
	9	Coloca una toalla grande debajo del brazo de la paciente y procede a lavarlo hasta la región axilar. Enjuaga y seca. Hace lo mismo con el otro brazo
	10	Lava, enjuaga y seca manos, en caso de que la paciente no pueda hacerlo.
	11	Coloca la toalla en tórax para proteger el pecho de la paciente
	12	Lava región torácica, abdomen, enjuague y seque.
	13	Ayuda a la paciente a flexionar la rodilla, coloca la toalla debajo de la pierna y el pie, lava, enjuaga y seca. Repite el procedimiento en la otra pierna.
	14	Lava, enjuaga y seca ambos pies.
	15	Ayuda a la paciente a colocarse de lado, extiende una toalla longitudinalmente, lava, enjuaga y seca espalda.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

9. BAÑO DE PACIENTE

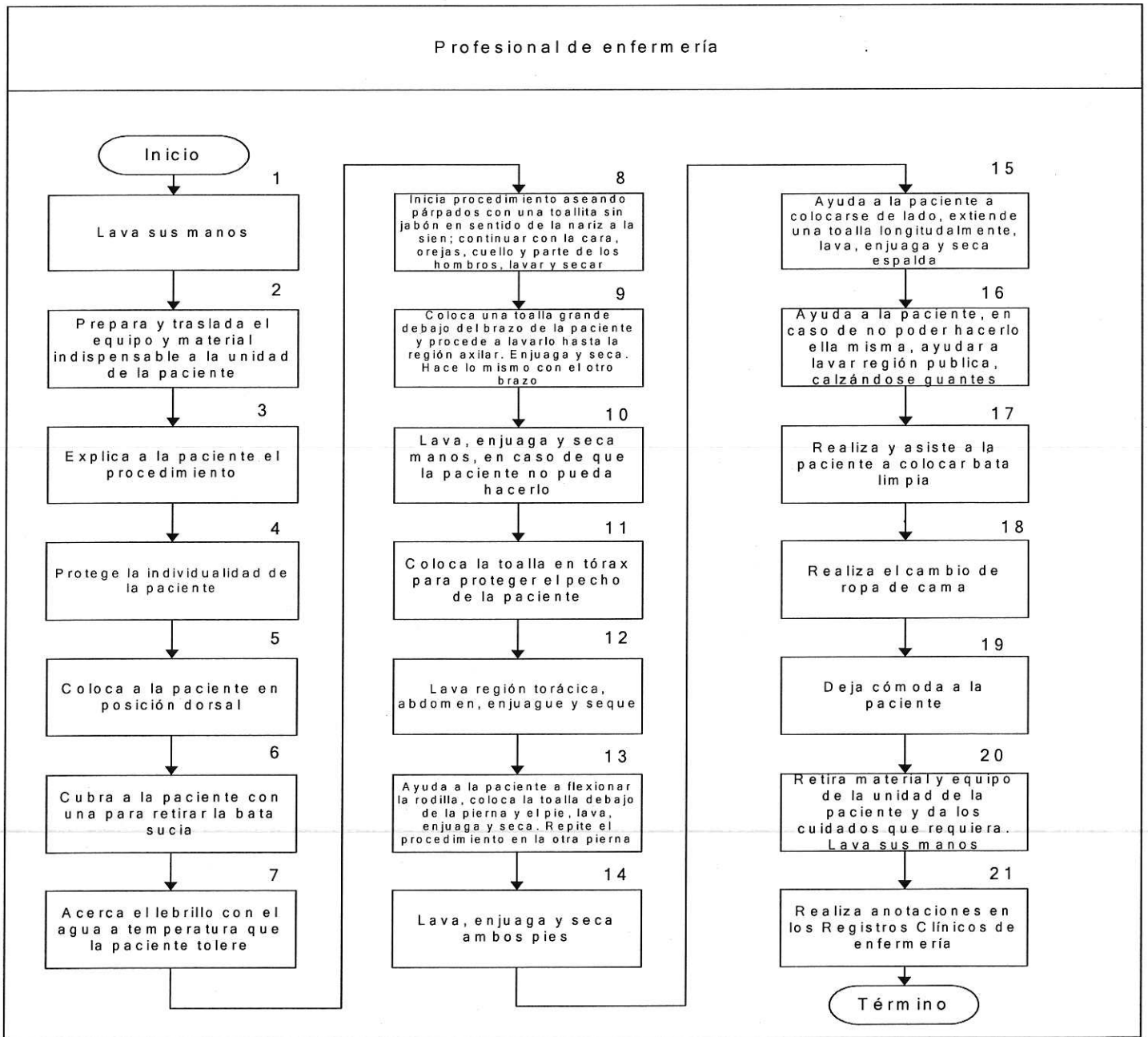
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de enfermería	16	Ayuda a la paciente, en caso de no poder hacerlo ella misma, ayuda a lavar región púbica, calzándose guantes.
	17	Realiza y asiste a la paciente a colocar bata limpia.
	18	Realiza el cambio de ropa de cama.
	19	Deja cómoda a la paciente.
	20	Retira material y equipo de la unidad de la paciente y da los cuidados que requiera. Lava sus manos
	21	Realiza anotaciones en los Registros Clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento.
Profesional de enfermería	BAÑO DE REGADERA	
	1	Lava las manos.
	2	Prepara y traslada el equipo y material indispensables a la unidad de la paciente.
	3	Explica a la paciente el procedimiento.
	4	Coloca una silla o banco y regule la temperatura del agua.
	5	Acompaña a la paciente al baño; si tiene venoclisis, coloca tripie.
6	Asiste a la paciente a retirarse la bata en caso de tener instalada venoclisis.	

9. BAÑO DE PACIENTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN BAÑO DE REGADERA
Profesional de enfermería	7	Asiste a la paciente durante el baño; si se baña sola, asegúrese de que está bien y mantenga una vigilancia estrecha hasta el término del mismo.
	8	Proporciona una toalla y bata para que se seque y vista , en caso de que requiera ayuda la asiste
	9	Indica y permite que la paciente realice aseo bucal antes de acompañarla a su cama.
	10	Instala a la paciente en su cama y déjela cómoda.
	11	Deposita la ropa sucia en el tánico.
Personal de intendencia	12	Deje el baño limpio y en orden.
Personal de enfermería	13	Verifica que el baño quede limpio y en orden
	14	Regresan los artículos de aseo personal a la paciente.
	15	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería.
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

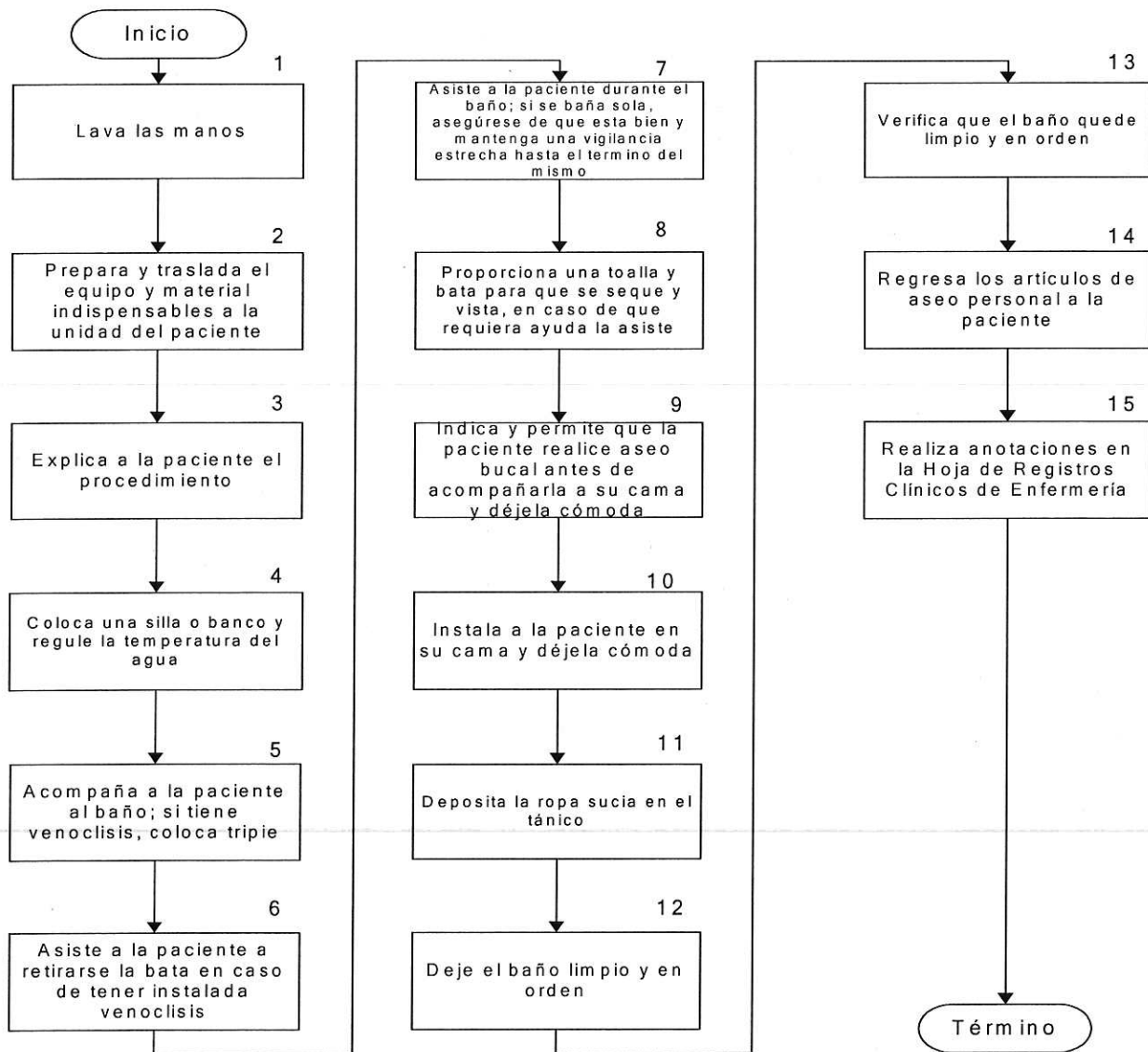
9. BAÑO DE PACIENTE



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

9. BAÑO DE PACIENTE

Profesional de Enfermería y Personal de Intendencia





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

04	11	16
----	----	----

10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

OBJETIVO

Conservar en óptimas condiciones el equipo, medicamentos e insumos necesarios para la atención inmediata de una urgencia que requiera reanimación cardiopulmonar asegurando el mantenimiento y prolongación de la vida del paciente.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Enfermera Jefe de servicio

Asegurar que el personal a su cargo conozca la presente norma técnica

Elaborar la requisición de insumos médicos y la entrega al área correspondiente para su abastecimiento.

Tener copia de las tarjetas de los listados de fármacos, insumos, equipo y material del Carro Rojo; para su reposición en caso necesario.

Informar por escrito, la falta de algún insumo a la Subdirección de Enfermería para su reposición

Elaborar y entregar solicitud de reparación y/o reposición al área Biomédica en caso de falla o descompostura del Carro Rojo.

Personal Asistencial

Conocer la presente norma técnica

Realizar la recepción del carro rojo en tiempo y forma de acuerdo a tarjetas de control

Revisar fecha de caducidad de Fármacos

Informar a jefe inmediato superior de faltantes

Los insumos faltantes deberán reponerse a la brevedad posible

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

Los fármacos y materiales de consumo que se utilicen, deberán ser registrados en "Reporte de insumos utilizados", sin omitir ningún rubro solicitado.

Los insumos del Carro Rojo, son exclusivos para la atención de pacientes con evento de paro cardiaco; bajo ninguna circunstancia se utilizarán en atención de pacientes estables, en los cuales no se encuentre en peligro su vida.

En caso de faltantes de material o equipo, el personal responsable deberá entregar vale y realizar su reposición en un lapso no mayor a 2 días.

El Carro Rojo, deberá estar ubicado en un sitio de fácil acceso, donde se pueda maniobrar su movilización, hacia la sala de los pacientes y cerca de una toma de corriente eléctrica.

El Carro Rojo en su parte superior externa, deberá estar listo para su uso, con el cable ya instalado de las derivaciones que van hacia el paciente.

El Carro Rojo en su parte posterior, deberá tener tabla de reanimación, la cual puede ser de madera o acrílico, tomándose en cuenta el tamaño de acuerdo al tipo de pacientes del servicio (adulto y pediátrico).

Los cajones del Carro Rojo, deberán contar con el material e insumos de acuerdo al tipo de :

CAJÓN # 1: Medicamentos.

CAJÓN # 2: Material de consumo. Cánulas, laringoscopio, guantes, guía metálica.

CAJÓN # 3: Bolsas para reanimación, catéter para oxígeno, soluciones endovenosas.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
5

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

04	11	16
----	----	----

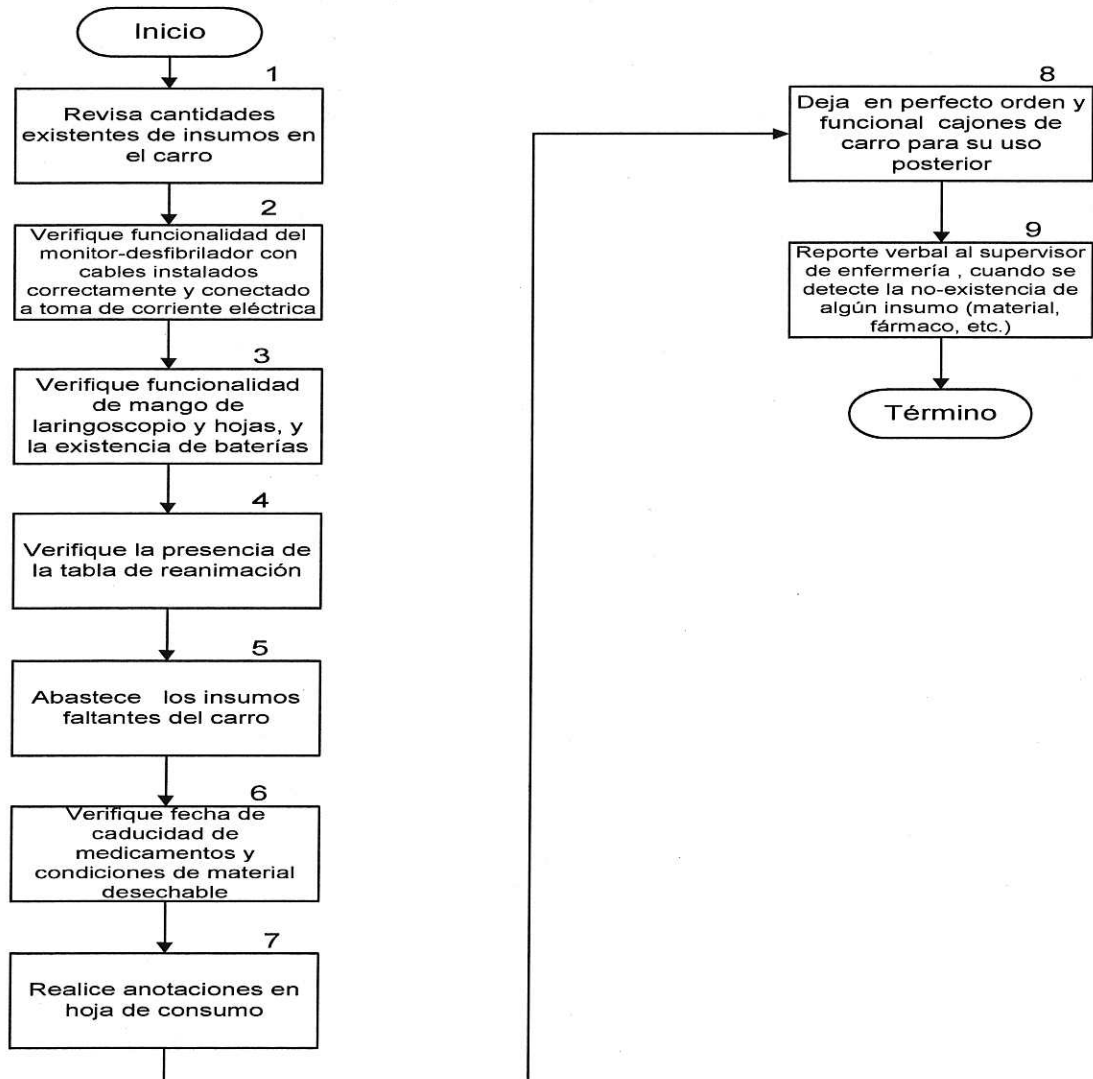
10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
ENFERMERA (o) ASISTENCIAL	1	Revisa cantidades existentes de insumos en el carro.
	2	Verifica funcionalidad del monitor-desfibrilador con cables instalados correctamente y conectado a toma de corriente eléctrica.
	3	Verifica funcionalidad de mango de laringoscopio y hojas, y la existencia de baterías.
	4	Verifica la presencia de la tabla de reanimación.
	5	Abastece los insumos faltantes del carro.
	6	Verifica fecha de caducidad (semaforización) de medicamentos y condiciones de material desechable.
	7	Realiza anotaciones en bitácora correspondiente
	8	Deja en perfecto orden y funcional cajones de carro para su uso posterior.
	9	Informa oportunamente , cuando se detecte el mal funcionamiento del equipo o la falta de algún insumo o medicamento
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

10. ENTREGA RECEPCIÓN DE CARRO ROJO

Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

11. CATETERISMO VESICAL

11. CATETERISMO VESICAL

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

11. CATETERISMO VESICAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Introducir una sonda en la vejiga, a través del meato urinario, con fines diagnósticos, terapéuticos y monitorización continua de la función renal, en pacientes con alteraciones hemodinámicas.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

11. CATETERISMO VESICAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del jefe de servicio:

- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada
- Mantener disponible en el servicio el equipo necesario

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- Conocer y aplicar los principios de las precauciones universales
- Conocer la anatomía y fisiología del aparato genito urinario femenino
- Saber el diagnóstico por el cual está indicado el procedimiento
- Realizar el procedimiento con técnica aséptica
- Colocar membrete con fecha de instalación, calibre de sonda, cantidad de agua que contiene el globo, turno en que fue instalada y datos de infección y cambiar la sonda y el circuito cada* 7 días. (Algunos autores recomiendan cambio programado de acuerdo a la composición de la sonda de la siguiente forma:

*Sondas de látex a los 21 días de su inserción; son blandas y maleables, sin embargo, puede presentar incrustación rápida y toxicidad local con inducción de estenosis uretral.

*Sondas de silicona a los 2 meses de su inserción, pero pueden durar hasta 90 días. Son más biocompatibles, es decir, induce estenosis uretral con menor frecuencia y es muy resistente a la incrustación.

*Sondas de plástico.- no deben superar los 7 días tras la inserción. Son sondas rígidas, utilizadas primordialmente en el sondaje intermitente, administración de medicamentos, sondaje evacuador, exploraciones radiológicas y funcionales del aparato urinario.

- Identificar signos y síntomas de infección de vías urinarias
- Utilizar un sistema cerrado estéril, para el drenaje de la orina, cuando la sonda se instala a permanencia
- Mantener la bolsa colectora, por abajo del nivel de la vejiga, para evitar reflujo de orina y prevenir infecciones
- Medir uresis cada hora y notificar al médico las alteraciones detectadas (oliguria, hematuria, coluria, etc.)
- Verificar la permeabilidad de la sonda, detectando: Acodaduras, obstrucción por coágulos, bolsa colectora colapsada, etc.
- Mantener la bolsa colectora sujeta al barandal de la cama o sobre una charola cubierta con un lienzo o campo limpio evitando tenerla en el piso

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

11. CATETERISMO VESICAL

Seleccionar una sonda de calibre adecuado para cada paciente (14, 16 o 18 Fr.)

- Fijar la sonda en forma adecuada, para evitar tracciones y /o salida accidental de la sonda con el globo inflado y prevenir lesiones de la uretra.
- Desinflar el globo siempre, antes de retirar la sonda.
- Preparar material y equipo:

- Mesa Pasteur

- Cómodo
- Tijeras estériles
- Equipo de "aseo de piel" (dos flaneras, pinza Allis y budinera sin tapa)
- Sonda Foley No. 14, 16 o 18 Fr'
- Guantes desechables de cirujano e institucionales.
- Gasas estériles.
- Jabón germicida.
- Jalea lubricante estéril.
- Agua inyectable tibia.
- Jeringa desechable de 10 c.c. con aguja No. 20.
- Cubre bocas.
- Dispositivo de fijación para sonda vesical.
- Solución de benjuí.
- Bolsa colectora para orina.
- Charola metálica cubierta con lienzo o campo limpio.

11. CATETERISMO VESICAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN:
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	2	Informa del procedimiento a la paciente, la coloca en posición ginecológica y le coloca el cómodo en forma adecuada
	3	Coloca cubre bocas, realiza lavado de manos y abre el equipo de aseo de piel, en una flanera coloca solución jabonosa y en otro agua estéril
	4	Calza guantes institucionales y vierte agua en una de las flaneras y jabón en la otra.
	5	Realiza aseo vulvar, con antiséptico jabonoso, comenzando por la proximidad del meato y en sentido descendente, vertiendo posteriormente, abundante agua a chorro en sentido pubis-ano, seca con gasas estériles y se retira los guantes
	6	Abre la cartera de los guantes de cirujano y la coloca sobre la mesa Pasteur
	7	Extrae la sonda de su primera envoltura y la coloca sobre la cartera de los guantes
	8	Extrae la bolsa colectora de su envoltura y pinza el tubo de vaciamiento, fija el tubo de drenaje de la bolsa, sin retirar el tapón protector, en la parte superior del barandal de la cama, previamente membretada con los datos de la paciente
	9	Fija la bolsa colectora, en la parte inferior del barandal, con el dispositivo destinado para ello
	10	Coloca un poco de lubricante, en el extremo de la cartera de los guantes
	11	Carga 10cc de agua inyectable en la jeringa retirando la aguja una vez realizado lo anterior.
	12	Calza los guantes, toma la sonda y corta el extremo de la envoltura plástica con las tijeras estériles comprobando el buen estado de la misma y del balón.
	13	Enrolla la sonda en la mano dominante para evitar que se contamine y lubrica la punta, pidiéndole a la paciente que respire lenta y profundamente, favoreciendo de ésta manera la relajación del esfínter externo de la uretra.
	14	Localiza el meato urinario (primer orificio después del clítoris) con la otra mano, separando los labios menores.

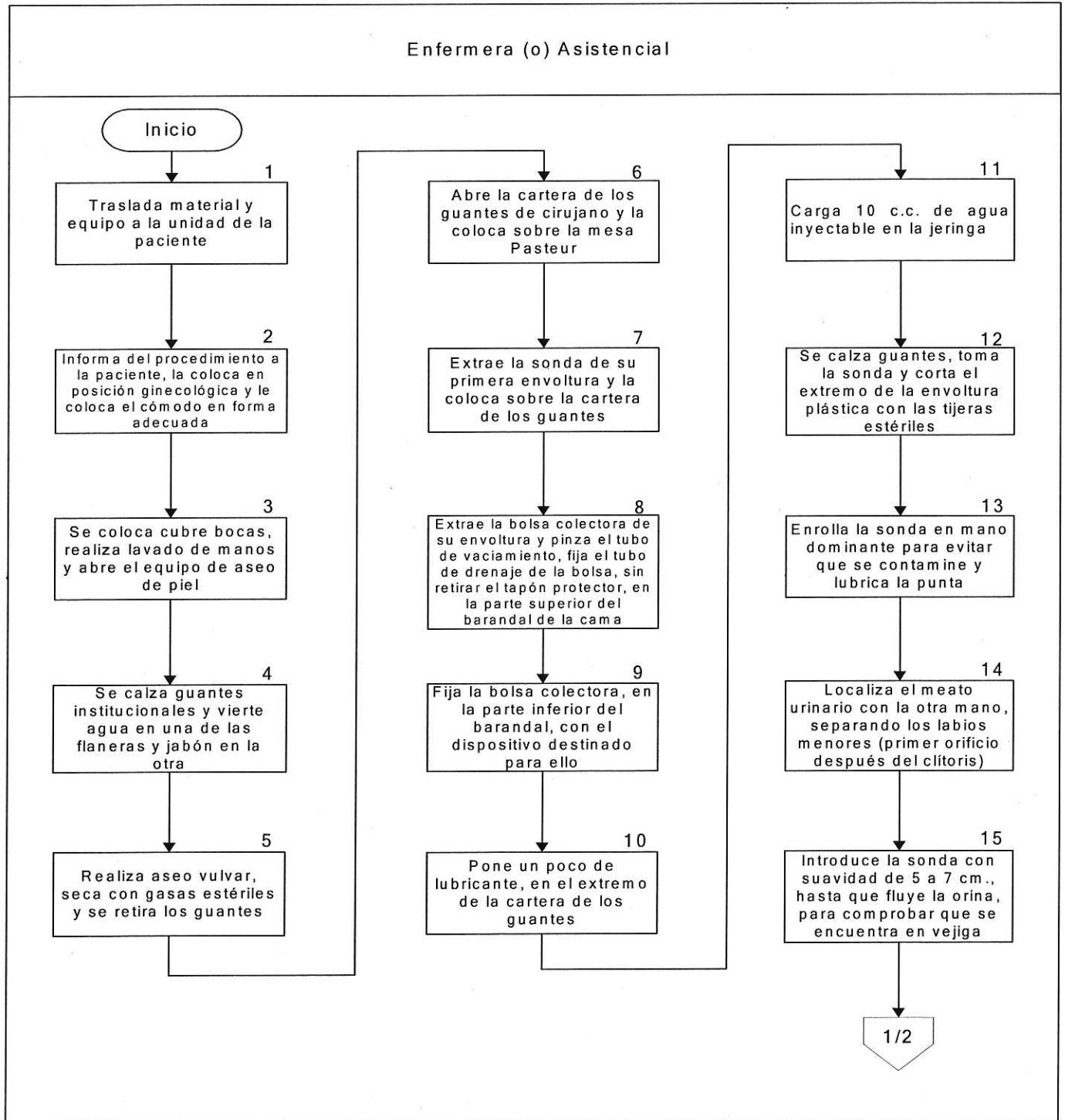
11. CATETERISMO VESICAL

	15	Introduce la sonda con suavidad de 5 a 7 cm., hasta que fluye la orina, para comprobar que se encuentra en vejiga
	16	Introduce la sonda un poco más, para asegurarse que la punta se encuentra en el interior de la vejiga
	17	Infla el globo, con la solución cargada en la jeringa, de acuerdo a capacidad indicada en la sonda (5 a 10 c.c.), deslizando suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar resistencia y la conecta al tubo de drenaje de la bolsa
	18	Coloca dispositivo de fijación, en cara interna del muslo de la paciente, previa aplicación de solución de benjuí
	19	Fija la sonda, con la cinta umbilical del parche, sujetando el tubo que sirve para llenar el globo, evitando que la sonda quede a tensión
	20	Retira los guantes y coloca membrete con fecha de instalación de la sonda en lugar visible, así como calibre de la sonda, turno en que fue instalado y cantidad de agua que contiene el globo.
	21	Retira el cómodo y deja en posición adecuada a la paciente
	22	Realiza anotaciones en hoja de enfermería
	23	Da cuidados posteriores al equipo.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

11. CATETERISMO VESICAL

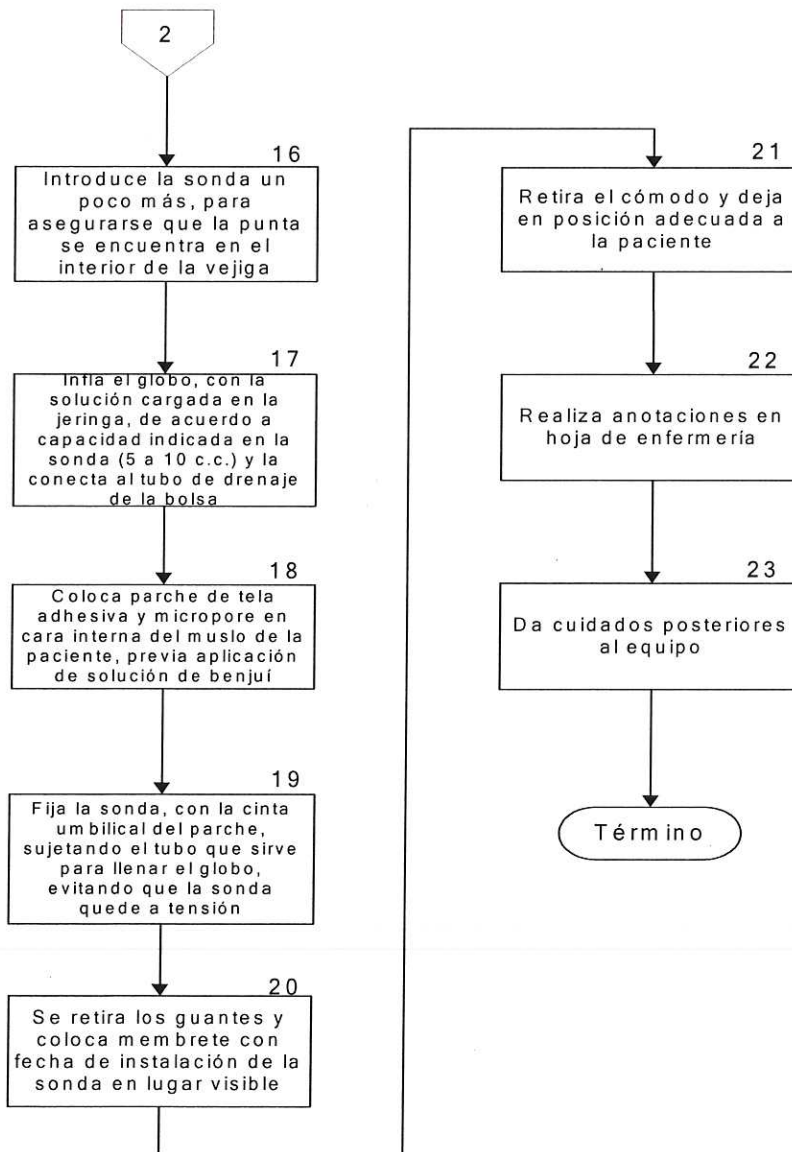
Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

11. CATETERISMO VESICAL

Enfermera (o) Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

12. CITOLOGÍA VAGINAL

12. CITOLOGÍA VAGINAL

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

12. CITOLOGÍA VAGINAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Obtener una muestra del tejido epitelial de la vagina y del cuello uterino por descamación para examinar las células y realizar diagnóstico oncológico temprano.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

12. CITOLOGÍA VAGINAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Personal de Enfermería.

- Informar a la paciente sobre el procedimiento, así como las características en que debe acudir la paciente para la toma de citología:
 - o 72 horas sin tener relaciones sexuales,
 - o Baño normal sin lavado vaginal,
 - o No presentar sangrado transvaginal,
 - o No utilizar medicamentos vía vaginal la noche previa al estudio.

2. Del Equipo de Salud.

- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.



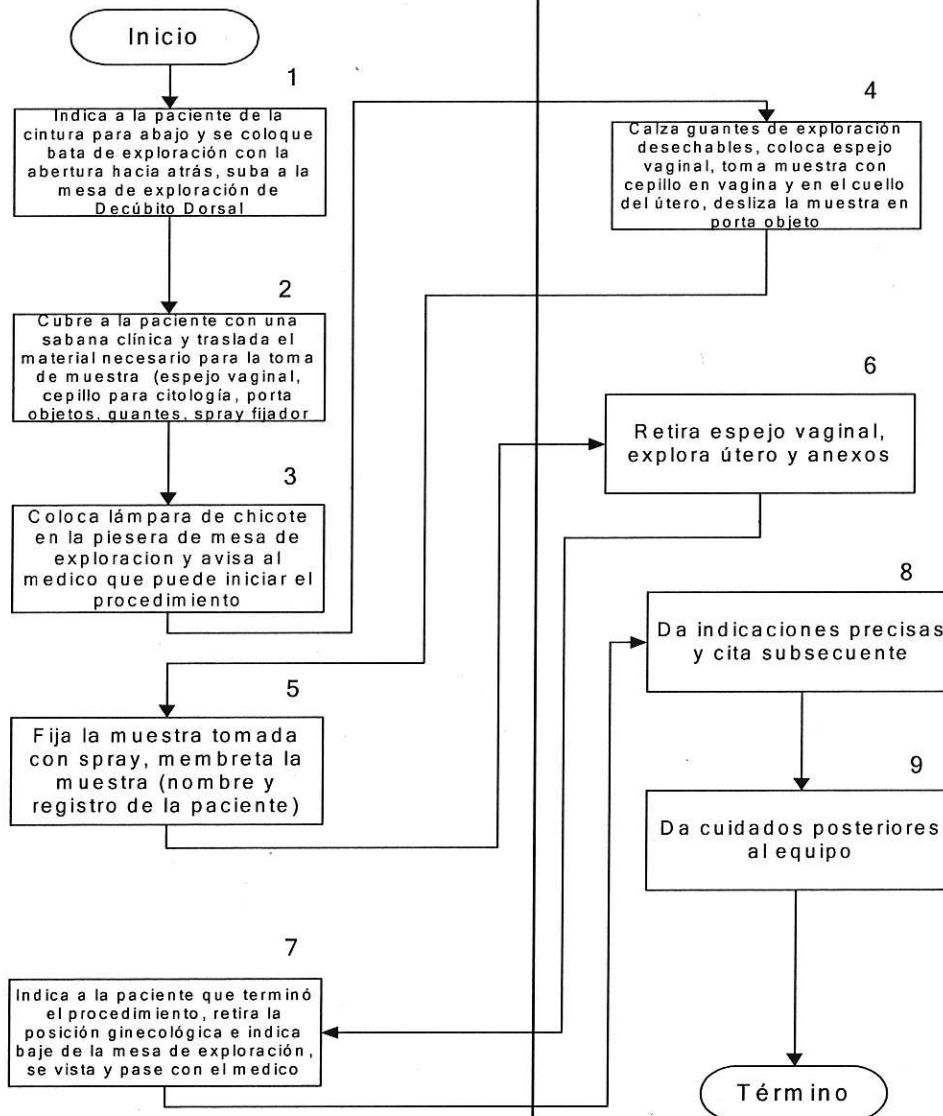
12. CITOLOGÍA VAGINAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCION
Enfermera (o) Asistencial	1	Indica a la paciente retirar su ropa de la cintura para abajo y se coloque bata de exploración con la abertura hacia atrás, suba a la mesa de exploración en Decúbito Dorsal (D. D.) y da posición ginecológica.
	2	Cubre a la paciente con una sabana clínica y traslada el material necesario para la toma de muestra a la Unidad de la paciente (espejo vaginal, cepillo para citología (citobruchs), porta objetos, guantes, spray fijador).
	3	Coloca lámpara de chicote en la piesera de mesa de exploración y avisa al médico que puede iniciar el procedimiento.
Médico Responsable	4	Calza guantes de exploración desechables, coloca espejo vaginal, toma muestra con cepillo en vagina y en el cuello del útero, desliza la muestra en porta objeto.
Enfermera Asistencial	5	Fija la muestra tomada con spray, membreta la muestra (nombre y registro de la paciente).
Médico Responsable	6	Retira espejo vaginal, explora útero y anexos.
Enfermera Asistencial	7	Indica a la paciente que terminó el procedimiento, retira la posición ginecológica e indica baje de la mesa de exploración, se vista y pase con el médico.
Médico Responsable	8	Da indicaciones precisas y cita subsecuente.
	9	Da cuidados posteriores al equipo.
		Termina Procedimiento.

12. CITOLOGÍA VAGINAL

Enfermera (o) Asistencial

Médico Responsable



HOJA		
1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

13. CRISTALOGRAFÍA

13. CRISTALOGRAFÍA

HOJA		
2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

13. CRISTALOGRAFÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO
Detectar oportunamente la ruptura de las membranas amnióticas evitando complicaciones perinatales

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

13. CRISTALOGRAFÍA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. De la Jefe de Servicio.

- Revisar que el material y equipo esté disponible.

2. De la Enfermera Asistencial.

_ Preparar el material y equipo necesario. (Laminillas portaobjetos de cristal limpias, espejo vaginal, isopos largos, lámpara de chicote).

- Membretar muestra con nombre de la paciente registro , fecha, No. de cama, servicio
- Contar con el equipo debidamente preparado (espejo vaginal, laminilla, hisopos, guantes, cubre bocas, lámpara de chicote)
- Asistir al médico durante el procedimiento
- Registrar en hoja de enfermería hora de procedimiento, médico que lo realizo, incidentes durante el mismo

3.- Del personal médico.

Realizar procedimiento con técnica estéril, informando a paciente del procedimiento a realizar

4- Del Equipo de Salud.

- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

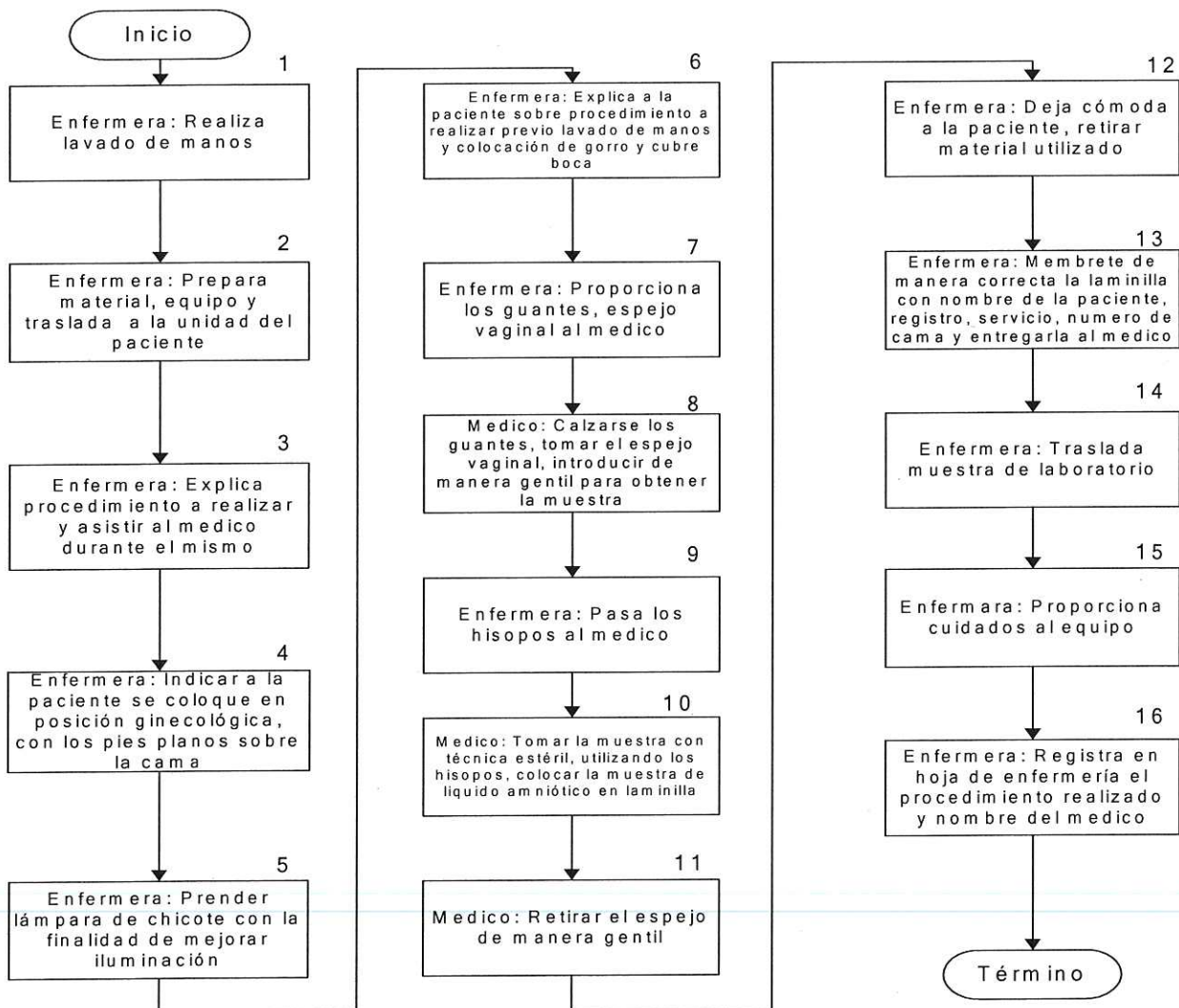
13. CRISTALOGRAFÍA

UNIDAD QUE INTERVIENE	Act. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Realiza lavado de manos.
	2	Prepara material, equipo y traslada a la unidad del paciente.
	3	Explica procedimiento a realizar y asistir al médico durante el mismo.
	4	Indica a la paciente se coloque en posición ginecológica, con los pies planos sobre la cama.
	5	Prender lámpara de chicote con la finalidad de mejorar iluminación.
	6	Explica a la paciente sobre procedimiento a realizar previo lavado de manos y colocación de gorro y cubre boca.
	7	Proporciona los guantes, espejo vaginal al médico.
Médico responsable	8	Calzarse los guantes, tomar el espejo vaginal, introducir de manera gentil para obtener la muestra.
Enfermera(o) Asistencial	9	Pasa los hisopos al médico.
Médico responsable	10	Toma la muestra con técnica estéril, utilizando los hisopos, colocar la muestra de liquido amniótico en laminilla.
	11	Retira el espejo de manera gentil
Enfermera(o) Asistencial	12	Deja cómoda a la paciente, retirar material utilizado.
	13	Membrete de manera correcta la laminilla con nombre de la paciente, registro, servicio, numero de cama y entregarla al médico
	14	Traslada muestra a laboratorio.
	15	Proporciona cuidados al equipo.
	16	Registra en hoja de enfermería el procedimiento realizado y nombre del médico.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

13. CRISTALOGRAFÍA

Enfermera (o) Asistencial y Médico Responsable





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mantener libre de secreciones y tejido muerto la herida quirúrgica dehiscente para estimular el crecimiento hístico y ayudar a la distribución de algún medicamento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. De la Jefe de Servicio.

- Verificar que el personal de enfermería realice la curación de acuerdo a indicación médica.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Tener el equipo completo y preparado: cubrebocas guantes estériles, gasas, apósitos, vendas, solución antiséptica, solución fisiológica, agua inyectable medicamento prescrito, y equipo para el aseo de piel.
- Realizar la curación en el cuarto de exploración.
- Llevar a cabo las precauciones estándar.
- Verificar que el procedimiento se realice con técnica estéril.
- Aplicar analgésico de acuerdo a indicación médica.

3. Del Equipo de Salud.

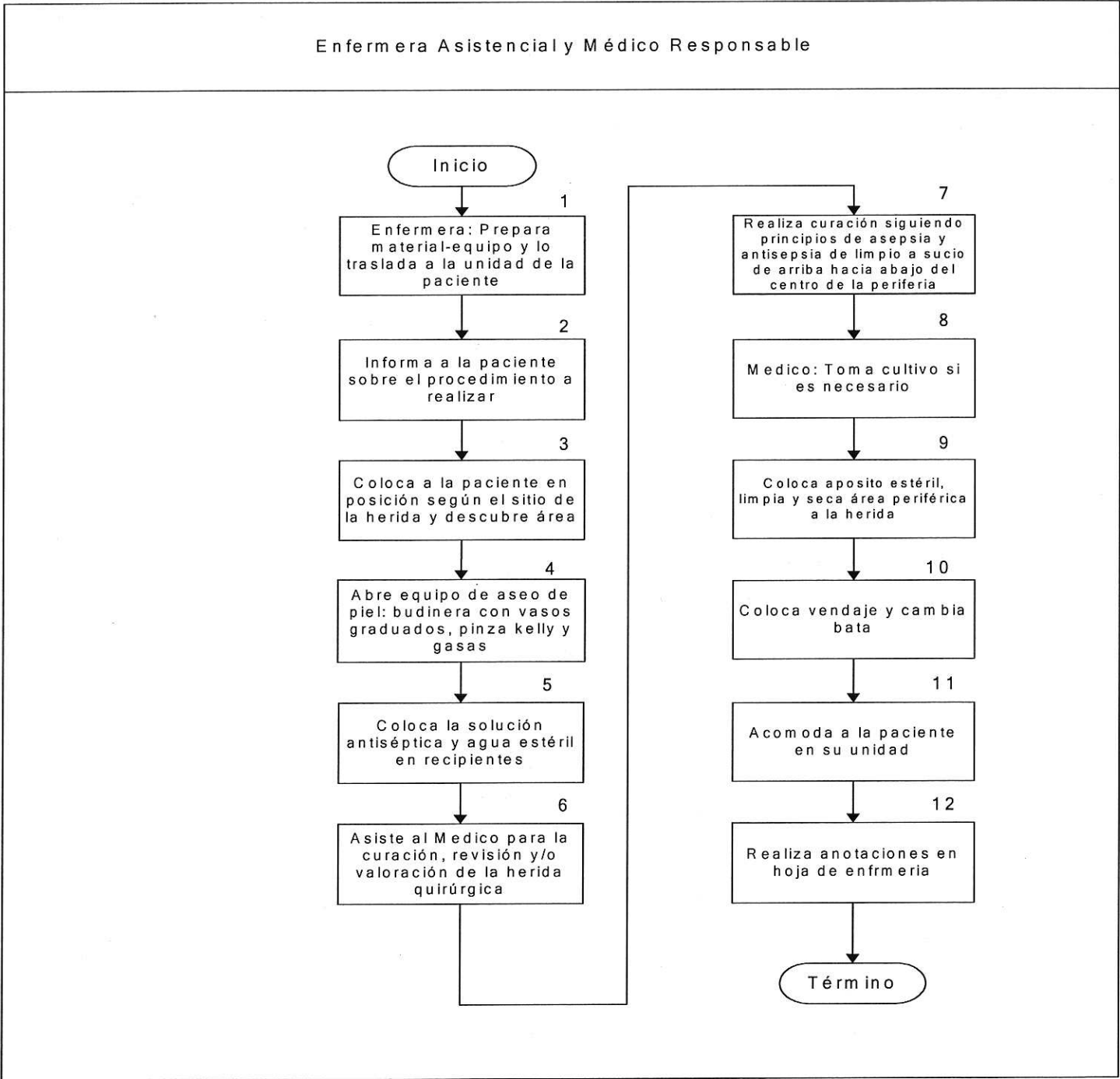
- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
- Desechar el material en el recipiente adecuado, según la NOM 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

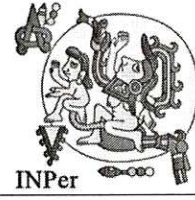
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Prepara material-equipo y lo traslada a la unidad de la paciente
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	3	Coloca a la paciente en posición según el sitio de la herida y descubre área.
	4	Abre equipo de aseo de piel: budinera con vasos graduados, pinza Kelly y gasas.
	5	Coloca solución antiséptica y agua estéril en recipientes.
	6	Asiste al Médico para la curación, revisión y/o valoración de la herida quirúrgica.
	7	Realiza curación siguiendo principios de asepsia y antisepsia de limpio a sucio de arriba hacia abajo del centro a la periferia
Médico Responsable	8	Toma cultivo si es necesario
	9	Coloca apósito estéril, limpia y seca área periférica a la herida.
	10	Coloca vendaje y cambia bata.
	11	Acomoda a la paciente en su unidad
	12	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería
		Termina Procedimiento.

14. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Obtener una muestra de secreciones de herida quirúrgica para tipificar el microorganismo patógeno y dar un tratamiento oportuno al paciente.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. Del Jefe de Servicio.

- Corroborar que el Personal de Enfermería esté capacitado y tenga la habilidad para colaborar con el médico en la realización del procedimiento.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Preparar el material y equipo necesarios para la realización del procedimiento: guantes institucionales, jeringa 10 cc, aguja c22, tubos de ensayo estéril para cultivo, apósitos.
- Colaborar con el médico durante la exploración del paciente.
- Observar y registrar las características de la secreción.
- Membretar la muestra con datos correctos del paciente.
- Enviar de forma inmediata la muestra al Laboratorio Central con requisición de estudio.

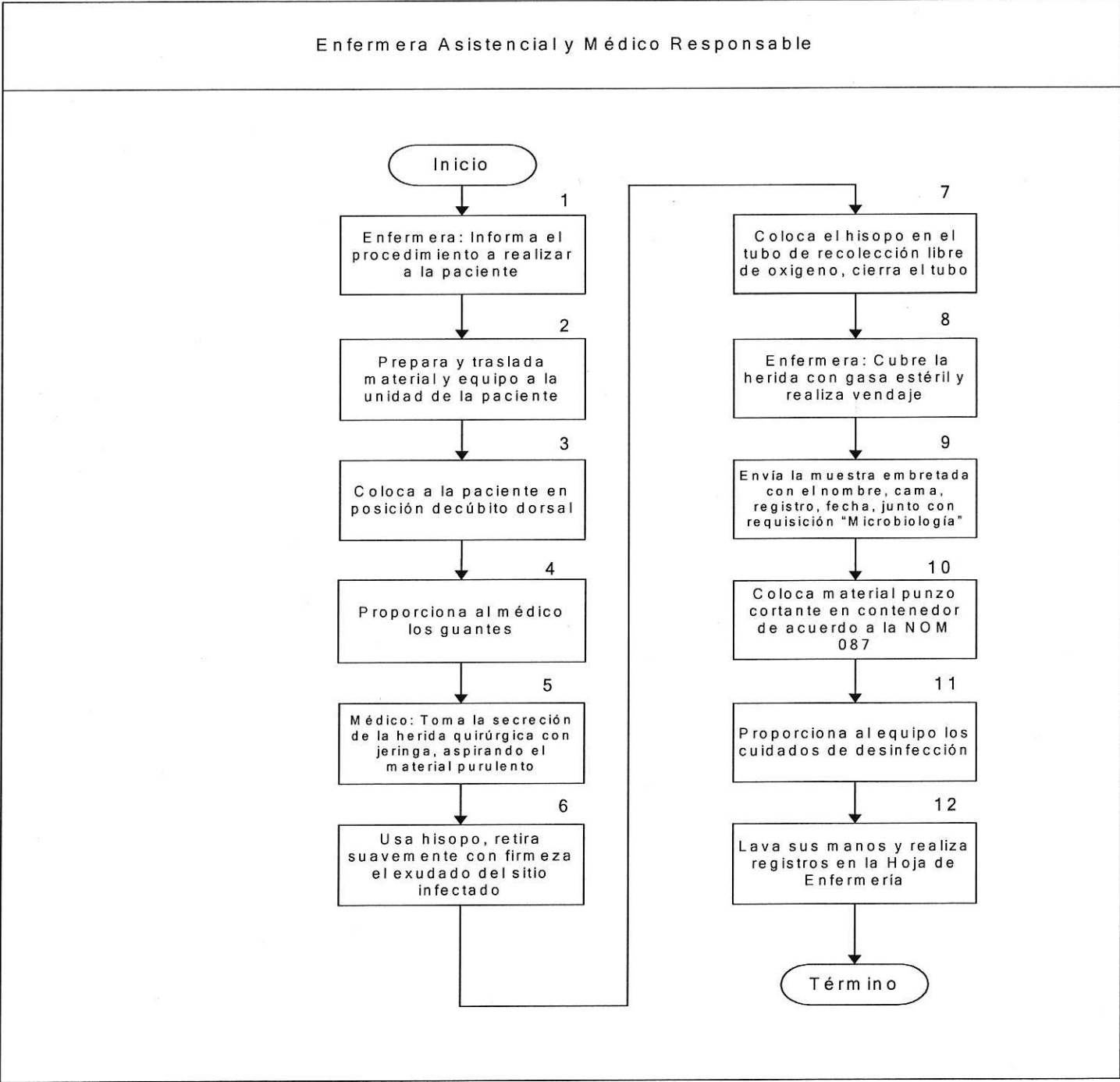
3. Del Equipo de Salud.

- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
- Desechar el material en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

UNIDAD QUE INTERVIENE	Act. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Informa sobre el procedimiento a realizar a la paciente.
	2	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	3	Coloca a la paciente en posición decúbito dorsal.
	4	Proporciona al médico los guantes.
Médico Responsable	5	Toma la secreción de la herida quirúrgica con jeringa, aspirando el material purulento.
	6	Usa hisopo, retira suavemente con firmeza el exudado del sitio infectado.
	7	Coloca el hisopo en el tubo de recolección libre de oxígeno, cierra el tubo.
Enfermera Asistencial	8	Cubre la herida con gasa estéril y realiza vendaje
	9	Envía la muestra membretada con el nombre, cama, registro, fecha, junto con la requisición correspondiente "Microbiología" (2430-05).
	10	Coloca material punzocortante en contenedor de acuerdo a la NOM 087.
	11	Proporciona al equipo los cuidados de desinfección.
	12	Lava sus manos y realiza registros en la Hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento

15. CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA





HOJA		
1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar cómodo a la paciente que lo solicite, para que efectúe sus funciones de eliminación.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.

- Vigilar que el personal de Enfermería realice la técnica oportunamente.

2. De la Enfermera (o) Asistencial.

- Colocar cómodo con guantes.
- Mantener la privacidad de la paciente.
- Proporcionar a la paciente un cómodo limpio y seco.
- Contar con el equipo necesario (cómodo, rollo de papel sanitario, toallas sanitarias, toallas desechables, guantes).
- Dar tiempo para que logre efectuar sus funciones de eliminación.

3. Del Equipo de Salud.

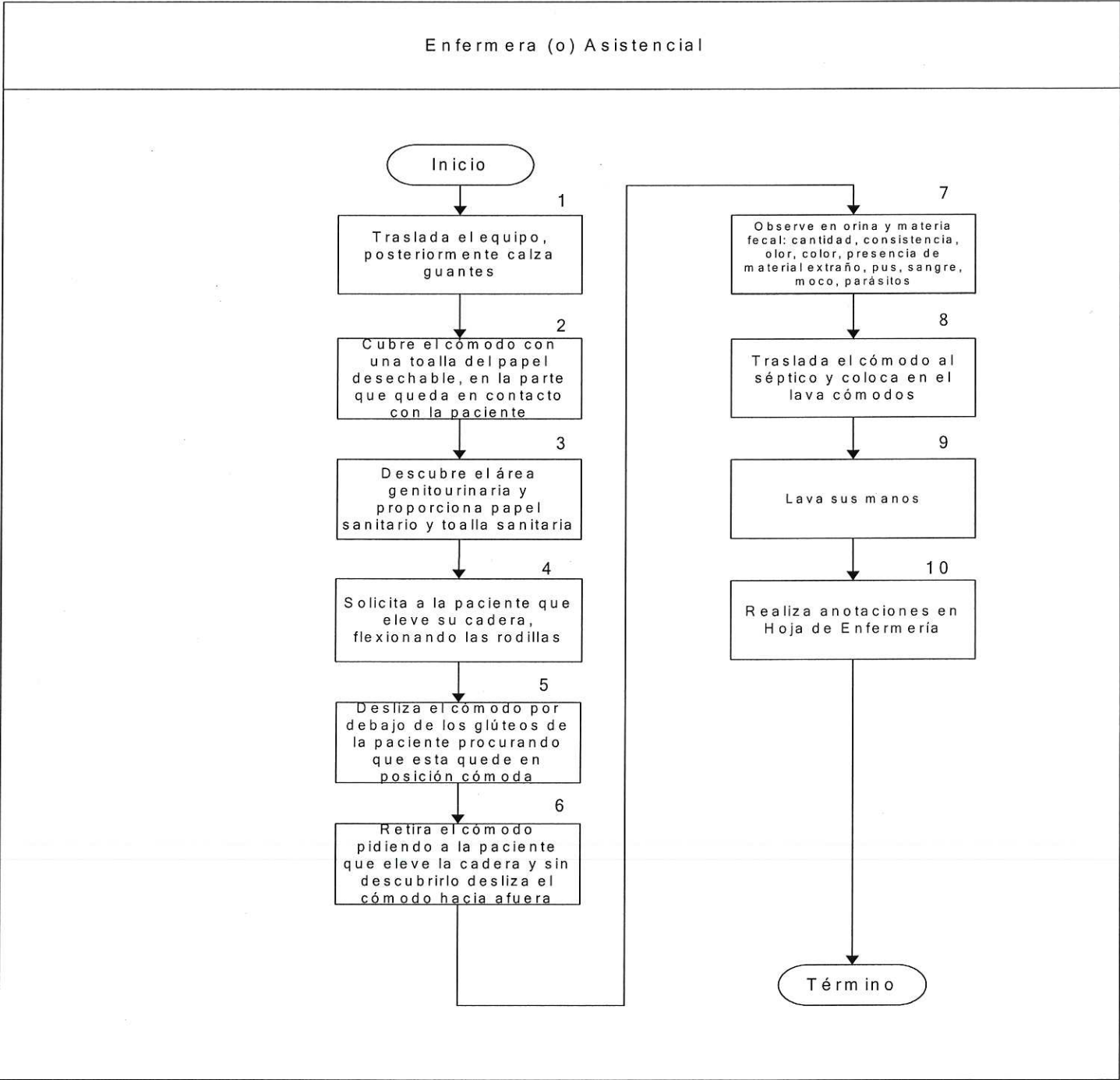
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada el equipo, posteriormente calza guantes.
	2	Cubre el cómodo con una toalla de papel desechable, en la parte que queda en contacto con la paciente.
	3	Descubre el área genitourinaria y proporciona papel sanitario y toalla sanitaria.
	4	Solicita a la paciente que eleve su cadera, flexionando las rodillas.
	5	Desliza el cómodo por debajo de los glúteos de la paciente procurando que esta quede en posición cómoda.
	6	Retira el cómodo pidiendo a la paciente que eleve la cadera y sin descubrirlo desliza el cómodo hacia fuera.
	7	Observa en orina y materia fecal: cantidad, consistencia, olor, color, presencia de material extraño, pus, sangre, moco, parásitos.
	8	Traslada el cómodo al séptico y coloca en el lava cómodos
	9	Lava sus manos
	10	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería (2500-10)
		Termina Procedimiento.

16. COLOCACIÓN DE CÓMODO





FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA
ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO**

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN MÉDICA
EN EL INSTITUTO.



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA
ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO**

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar atención médico quirúrgica a la paciente a través de la autorización del consentimiento informado de los padres y/o familiares, cuando sus funciones o capacidades mentales se encuentran alteradas o que por su edad, no se encuentra apta para decidir y facultar su manejo y tratamiento.

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación del:

De la Jefe o Jefe de Servicio y Personal de enfermería:

- Tener conocimiento de la presente norma técnica.

El diccionario de la Real Academia Española define *consentimiento* como la acción y efecto de consentir, esto es, permitir algo o condescender en que se haga. En el ámbito de la práctica médica, una persona deberá otorgar su *consentimiento informado* antes de ser ingresada en un hospital, iniciar un tratamiento médico o quirúrgico, participar en una investigación clínica o acceder a un procedimiento con fines diagnósticos considerado de alto riesgo.

El propósito del *consentimiento informado* es hacer efectivo el principio de respeto a la autonomía del individuo en la toma de decisiones médicas. El respeto a la autonomía es reconocer que las personas tienen derecho a opinar, tomar decisiones y actuar con base en sus valores y creencias personales. Esta autonomía se sustenta en el derecho legal y ético que una persona tiene sobre lo que ocurre a su cuerpo y en la obligación ética del médico de involucrar a sus pacientes en su tratamiento y cuidado de la salud. Para ejercer su derecho a la autonomía, el paciente debe recibir toda la información necesaria para comprender los riesgos y beneficios implicados, de manera que pueda ejercer su libre poder de elección.

Informado, es la palabra clave en este proceso. Ninguna persona puede tomar decisiones si la información de la que dispone es parcial, sesgada o incorrecta. Para poder decidir, la información recibida deberá ser clara, completa, veraz, oportuna y calificada, basada en la evidencia científica disponible.

Es el médico el responsable de proveer esta información, la cual deberá cubrir diversos aspectos respecto al estado de salud del individuo, la naturaleza del procedimiento (en qué consiste, qué se va a hacer), la razón o motivo por el cual se sugiere dicho procedimiento (para qué se hace y por qué el médico elige ésta y no otras opciones), las alternativas de tratamiento disponibles, los beneficios y riesgos posibles razonablemente previsibles conforme a la práctica médica (entre ellos, molestias y efectos secundarios, incluidos los derivados de no llevarse a cabo el procedimiento o tratamiento).

Es importante otorgar al individuo tiempo suficiente para analizar la información recibida, siempre que la situación lo permita. El libre poder de elección incluye la posibilidad de rechazar el tratamiento, procedimiento o la participación en cualquier tipo de investigación clínica. Esto último es muy importante. La expresión *consentimiento informado* puede dar a entender que sólo es posible consentir, cuando en realidad es perfectamente posible lo contrario: disentir. Una persona puede no otorgar su consentimiento en función de su propia escala de valores o sus prioridades personales. Sin embargo, el no consentimiento no implica que deba darse por concluida la atención médica. Un individuo puede rechazar un tratamiento específico pero aceptar (consentir) uno alternativo, aún cuando este último no sea el de preferencia del médico.

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO

Una de las primeras referencias al *consentimiento informado* se encuentra en el Código de Núremberg, redactado en 1947 en respuesta a la experimentación con seres humanos ocurrida durante la Segunda Guerra Mundial. Contra su voluntad, los prisioneros de guerra fueron incluidos en diversas investigaciones, falleciendo muchos de ellos como resultado de los experimentos. Con el fin de proteger a los individuos que participan en proyectos de investigación se redactó el Código, que tomó su nombre de la ciudad donde fue redactado. Este documento propone un decálogo de normas a las cuales los médicos deberán adherirse cuando realicen investigación con seres humanos, la primera de las cuales se refiere al *consentimiento voluntario* de los participantes.

En la actualidad, el *consentimiento informado* es requisito para diversos procedimientos dentro de la práctica de la medicina, y es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza de la enfermedad y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos o beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito solo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no es siempre la que prioriza la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de estos valores u objetivos; por lo tanto no es ya el médico quien decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a). Derecho a la información. La información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuestas a éstas y asesorar en caso que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia, es necesario conseguir la autorización de un representante legal; sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b). Libertad de elección después de haber sido informado adecuadamente. El paciente tiene posibilidad de otorgar o no el consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos(as), por mandato judicial, urgencia, peligro de los que viven con

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA
ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO**

él o ella y riesgo de suicidio, entre otros.

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencia en los que no existe la posibilidad de hablar con los familiares y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por privilegio terapéutico hasta estabilizar al o a la paciente y entonces poder informarle a éste o ésta o a los familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un o una paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamentos de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

Del personal médico:

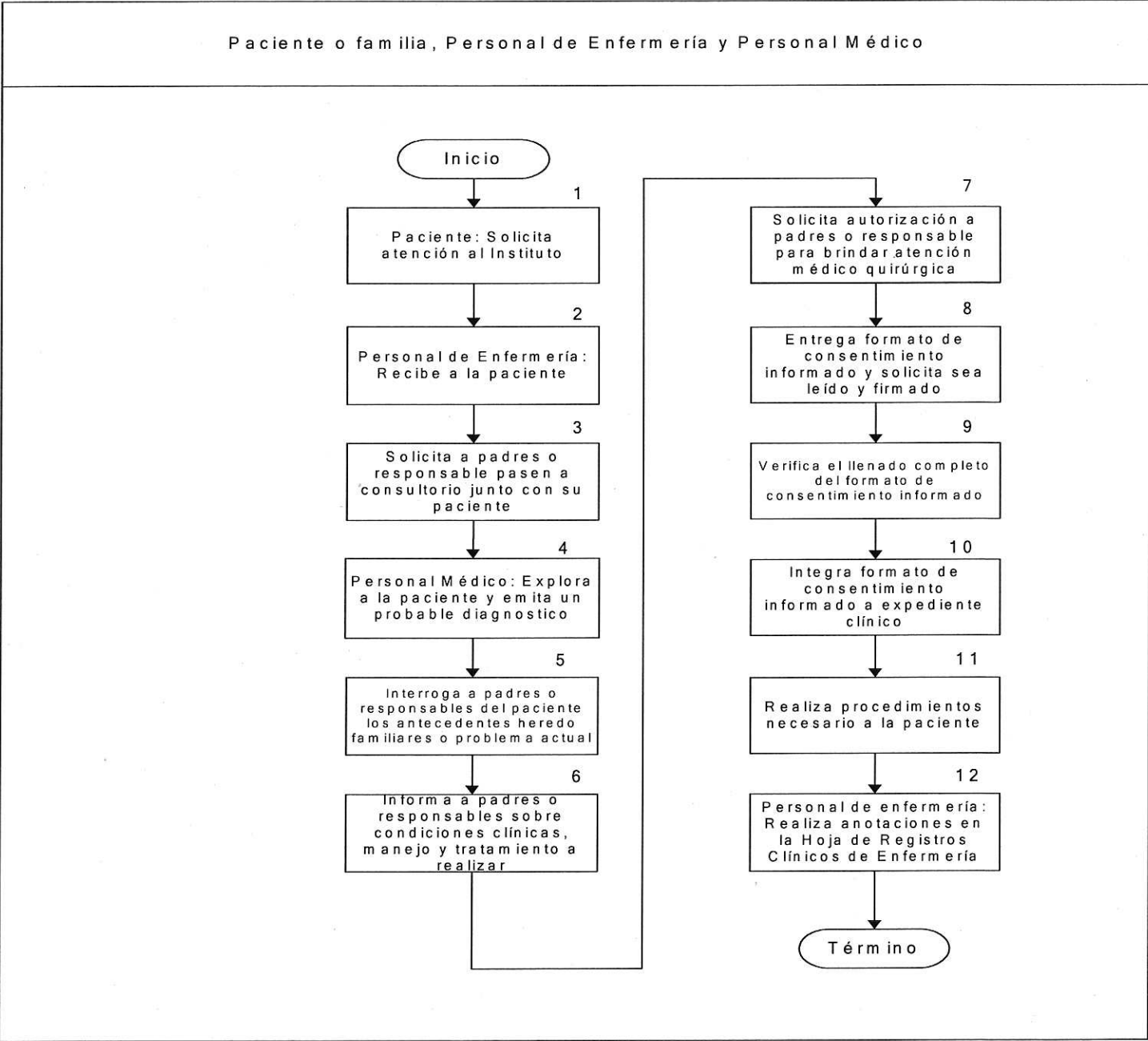
- Informar de forma clara precisa a familiares o responsable de la paciente el probable diagnóstico, manejo, tratamiento y pronóstico.
- Solicitar la firma del consentimiento informado a padres o responsables.
- Verificar el correcto y completo llenado del formato de consentimiento informado.
- Integrar el formato de consentimiento informado al expediente clínico, según NOM-168SSA1-1998.

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO.

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Paciente o familia	1	Solicita atención en el Instituto.
Personal de enfermería	2	Recibe a la paciente.
	3	Solicita a padres o responsable pasen a consultorio junto con su paciente.
Personal médico	4	Explora a la paciente y emita un probable diagnóstico.
	5	Interroga a padres o responsable del paciente los antecedentes heredo familiares o problema actual.
	6	Informa a padres o responsable sobre condiciones clínicas, manejo y tratamiento a realizar.
	7	Solicita autorización a padres o responsable para brindar atención médico quirúrgica.
	8	Entrega formato de consentimiento informado y solicita sea leído y firmado.
	9	Verifica el llenado completo del formato de consentimiento informado.
	10	Integra formato de consentimiento informado a expediente clínico.
Personal de enfermería	11	Realiza procedimiento necesario a la paciente.
	12	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería.
		Termina procedimiento.

HOJA 7		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTE QUE SOLICITA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO.





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.

18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES GRUPO I Y
PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.**

OBJETIVO ESPECÍFICO

Solicitar, administrar y registrar el uso de fármacos estupefacientes y psicotrópicos utilizados en el paciente para llevar su control y cumplir con la normativa establecida.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

De la Jefe de Servicio:

- Controlar los fármacos psicotrópicos según la Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), para cumplir con la normativa establecida.
 - Resguardar en un lugar seguro bajo llave los fármacos estupefacientes y psicotrópicos para evitar su pérdida o dispendio.
 - Solicitar los fármacos en Receta Especial para control de estupefacientes y psicotrópicos en formato No. 5350-35, conteniendo lo siguiente:
 - Nombre del servicio
 - Clave del servicio
 - Nombre del paciente
 - No. De Registro
 - Diagnóstico del paciente
 - Fecha
 - Descripción (Nombre del Fármaco, cantidad)
 - Nombre del médico del servicio
 - No de cédula profesional
 - No. De plaza
 - Firma de autorización y de recepción del fármaco
 - Verificar que el personal de enfermería registre correcta y completamente los datos requeridos en la hoja de registro de fármacos estupefacientes y psicotrópicos.
 - Fecha
 - Nombre del paciente
 - No. De Registro
 - No. De cama
 - Nombre del fármaco
 - Dosis ministrada
 - Nombre y clave de la enfermera que ministró el fármaco.
- Verificar que el equipo y material se encuentre disponible para realizar el procedimiento.
- Verificar que el traslado se realice en forma oportuna.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.**

- Nombre del fármaco
 - Dosis ministrada
 - Nombre y clave de la enfermera que ministró el fármaco.
-
- Llevar una libreta para el control en la recepción de fármacos surtidos de farmacia, cotejando la cantidad y fármaco solicitado contra la receta enviada.
 - Controlar la entrega de fármacos con nombre y número a la enfermera encargada de servicio, para su uso en el transcurso de tarde y noche.

Del Personal Asistencial:

- Conocer la definición, uso e indicaciones de los fármacos estupefacientes y psicotrópicos para su mejor control.

Estupefacientes Grupo I. Fentanest (citrato de fentanilo). Los estupefacientes únicamente se pueden surtir una vez, con receta especial con código de barras asignado por la Secretaría de Salud o por autoridades sanitarias estatales. La receta la retiene la farmacia, se descargan los datos en libro de control y se resguarda, estas recetas deben mostrarse y entregarse cuando las solicite el personal autorizado de la Secretaría de Salud, (Subdirección Ejecutiva de Regulación de Estupefacientes, Psicoterápicos y Sustancias Químicas en el DF y Estados).

Psicotrópicos Grupo II. Diazepam, Fenobarbital, Clorhidrato de Nalbufina, Etomidado, Tiopental, Midazolam, Flunitrazepam, Efedrina. Los medicamentos psicotrópicos del Grupo II, requieren para su adquisición receta médica que contenga impresos los siguientes datos: No de folio, nombre y domicilio completos, número telefónico y número de cédula profesional del médico, además fecha y firma del médico, la receta es retenida en la farmacia que la surta, sellada y registrada en los libros de control que al efecto se lleven y se archiva en orden alfabético y número progresivo.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.**

Psicotrópicos Grupo III. Naloxona. Los medicamentos psicotrópicos del Grupo III, requieren para su adquisición receta médica que contenga impresos los siguientes datos: No de folio, nombre y domicilio completos, número telefónico y número de cédula profesional del médico, además fecha y firma del médico, la receta es retenida en la farmacia que la surta, sellada y registrada en los libros de control que al efecto se lleven y se archiva en orden alfabético y número progresivo.

Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de recursos Materiales y Conservación verificar que el Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos.

- Surtir los fármacos psicotrópicos a través del recetario correspondiente.
- Designar una persona responsable para su control, el cual deberá observar lo siguiente:
 - La responsabilidad por posesión de medicamentos controlados recae en quien los tiene en su poder, por lo tanto siempre se debe contar con los documentos originales que comprueben su procedencia y tenencia legítima.
 - La documentación que respalde la posesión de medicamentos controlados tendrá que conservarse por tres años.
- Llevar el control de fármacos estupefacientes y psicotrópicos según la norma de la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

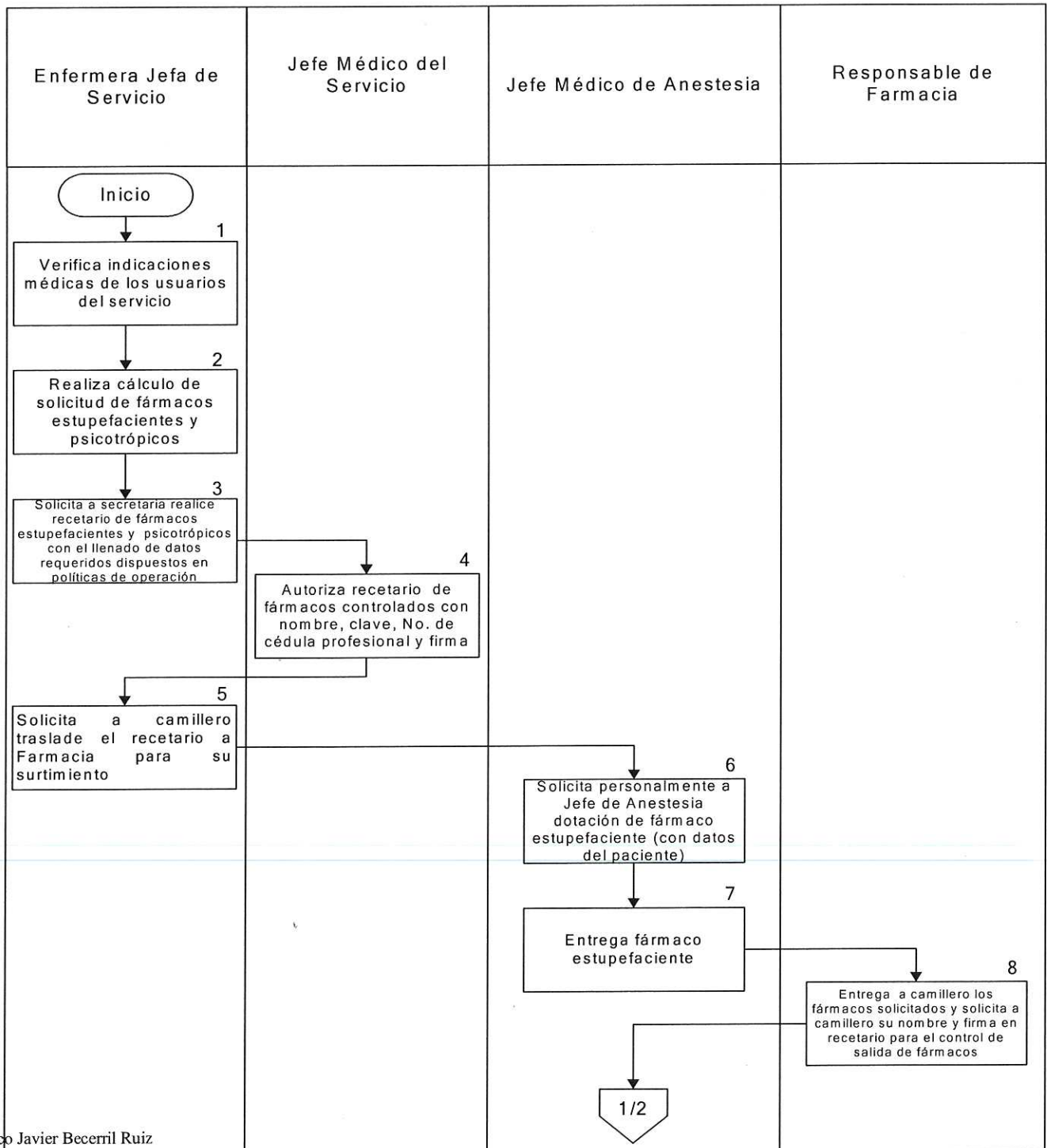
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.

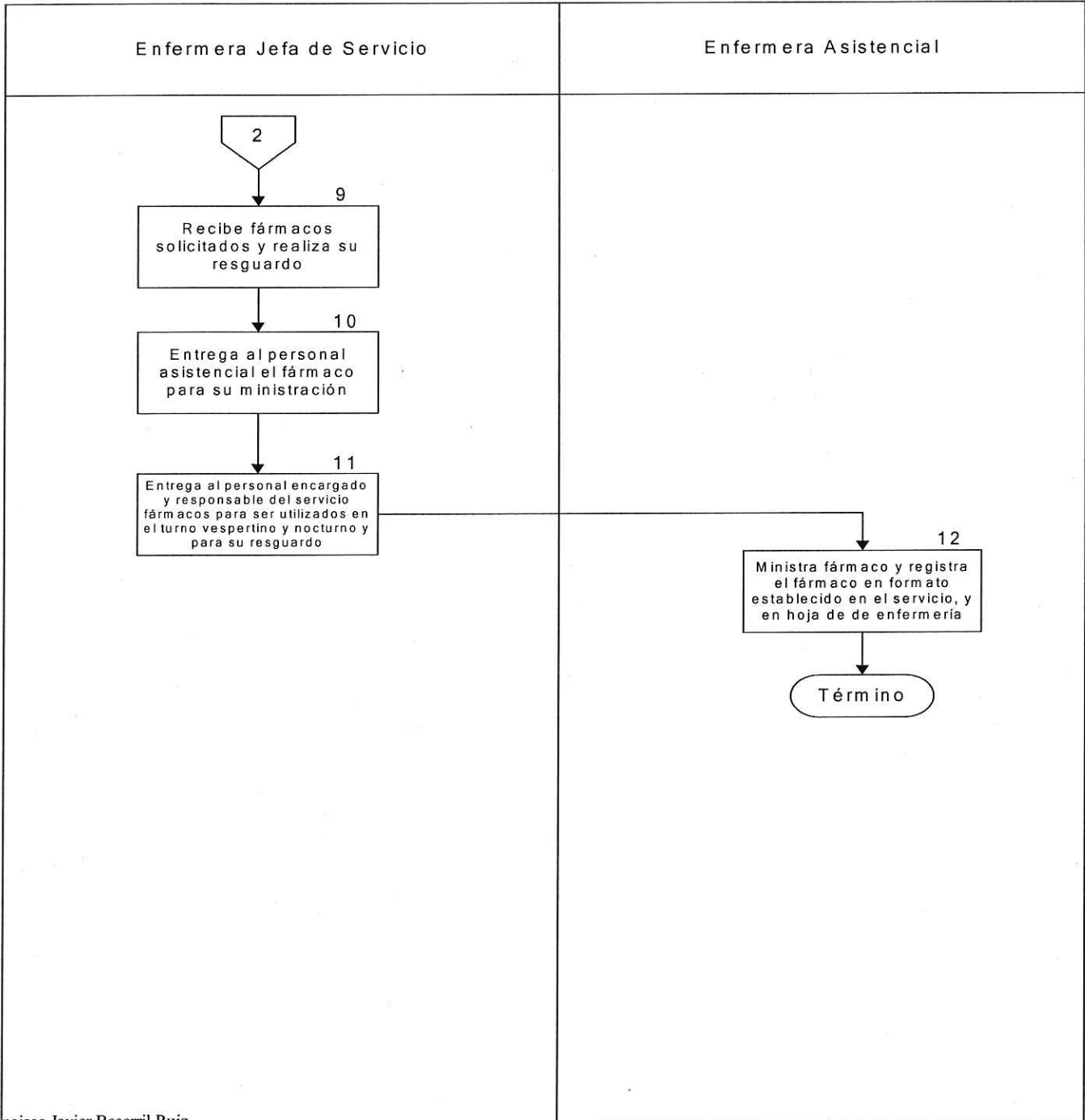
UNIDAD QUE INTERVIENE	Actividad No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe de Servicio	1	Verifica indicaciones médicas de los usuarios del servicio.
	2	Realiza cálculo de solicitud de fármacos estupefacientes y psicotrópicos.
	3	Solicita a secretaria realice recetario de fármacos estupefacientes y psicotrópicos con el llenado de datos requeridos dispuestos en políticas de operación.
	4	Autoriza recetario de fármacos controlados con nombre, clave, No. de cédula profesional y firma.
Jefe Médico del Servicio	5	Solicita a camillero traslade el recetario a Farmacia para su surtimiento
Enfermera Jefe de Servicio	6	Solicita personalmente a Jefe de Anestesia dotación de fármaco estupefaciente (con datos del paciente).
	7	Entrega fármaco estupefaciente
Responsable de Farmacia	8	Entrega a camillero los fármacos solicitados y solicita a camillero su nombre y firma en recetario para el control de salida de fármacos.
	9	Recibe fármacos solicitados y realiza su resguardo.
Enfermera Jefa de Servicio	10	Entrega al personal asistencial el fármaco para su ministración.
	11	Entrega al personal encargado y responsable del servicio fármacos para ser utilizados en el turno vespertino y nocturno y para su resguardo.
	12	Ministra fármaco y registra el fármaco en formato establecido en el servicio, y en hoja de registros clínicos de enfermería.(2500-10)
Enfermera Asistencial		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.



**18. CONTROL Y APLICACIÓN DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
GRUPO I Y PSICOTRÓPICOS DEL GRUPO II Y III.**





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM

19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conservar el cuerpo con la mejor apariencia posible, para disminuir la angustia de los familiares en el momento crítico y posteriormente ser entregado al departamento de anatomía patológica.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

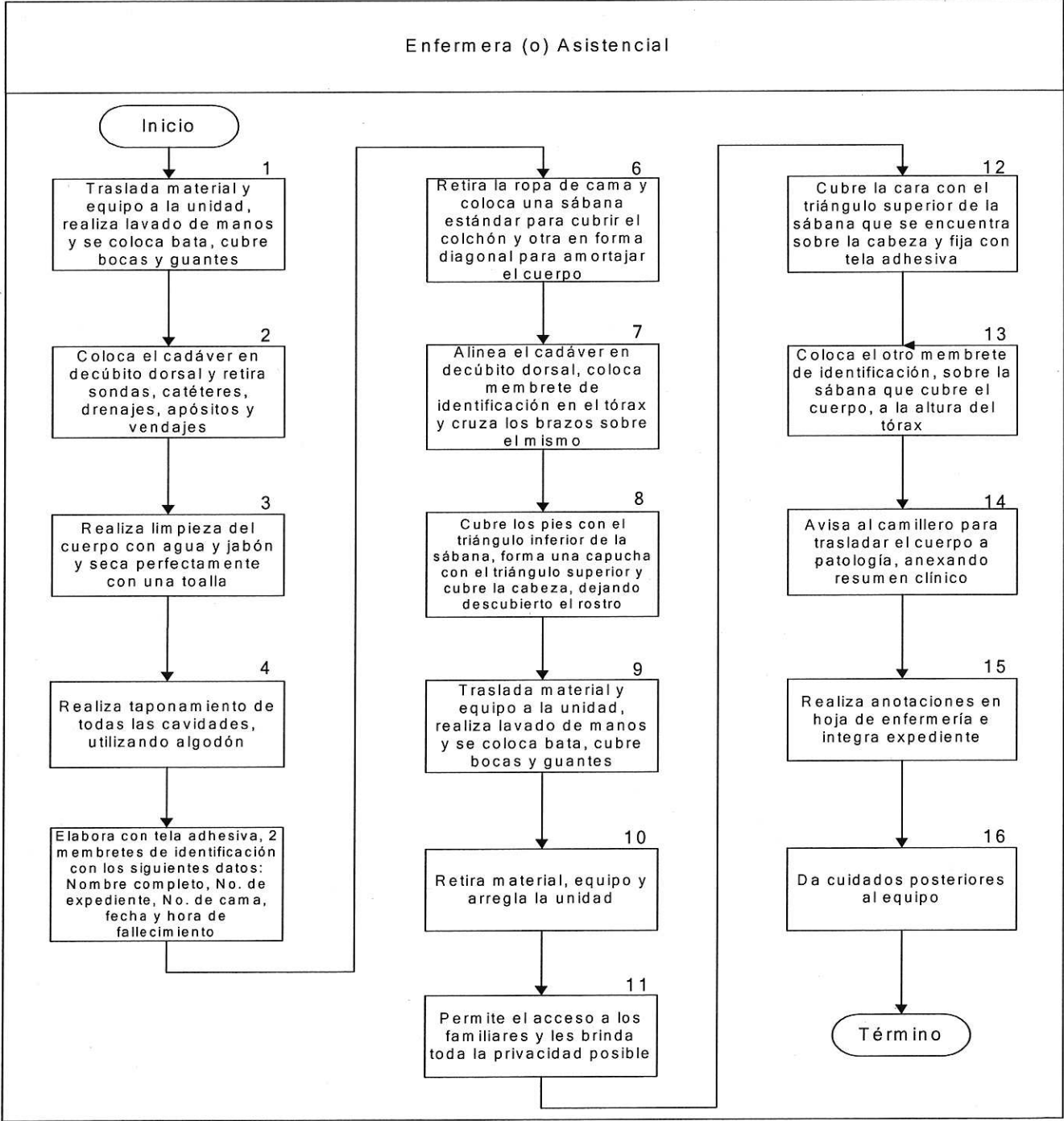
Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- Elaborar y enviar a la brevedad posible, los avisos de defunción a los departamentos correspondientes, cuando el médico haya certificado el fallecimiento
- Aislar el cadáver de las demás pacientes
- Avisar al departamento de recepción para permitir el acceso a los familiares
- Preparar y amortajar el cadáver, para enviarlo al departamento de anatomía patológica, con resumen clínico elaborado por el médico
- Preparar material y equipo:
 - Mesa Pasteur
 - Equipo para baño de esponja
 - 3 Sábanas estándar
 - 2 Batas
 - 2 Toallas estándar
 - Guantes desechables
 - Pinza Rochester pean
 - Tela adhesiva
 - Cubre bocas
 - Algodón

19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente, realiza lavado de manos y se coloca bata, cubre bocas y guantes
	2	Coloca el cadáver en decúbito dorsal y retira sondas, catéteres, drenajes, apósitos y vendajes
	3	Realiza limpieza del cuerpo con agua y jabón y seca perfectamente con una toalla
	4	Realiza taponamiento de todas las cavidades, utilizando algodón
	5	Elabora con tela adhesiva, 2 mambres de identificación con los siguientes datos: Nombre completo, No. de expediente, No. de cama, fecha y hora de fallecimiento
	6	Retira la ropa de cama y coloca una sábana estándar para cubrir el colchón y otra en forma diagonal para amortajar el cuerpo
	7	Alinea el cadáver en decúbito dorsal, coloca mambres de identificación en el tórax y cruza los brazos sobre el mismo
	8	Cubre los pies con el triángulo inferior de la sábana, forma una capucha con el triángulo superior y cubre la cabeza, dejando descubierto el rostro
	10	Retira material, equipo y arregla la unidad
	11	Permite el acceso a los familiares y les brinda toda la privacidad posible
	12	Cubre la cara con el triángulo superior de la sábana que se encuentra sobre la cabeza y fija con tela adhesiva
	13	Coloca el otro mambre de identificación, sobre la sábana que cubre el cuerpo, a la altura del tórax
	14	Avisa al camillero para trasladar el cuerpo a patología, anexando resumen clínico
	15	Realiza anotaciones en hoja de enfermería (F 2010-20).e integra expediente
	16	Da cuidados posteriores al equipo

19. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST MORTEM





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Sumergir el instrumental en una mezcla enzimática para evitar la diseminación de microorganismos y minimizar toda posibilidad de contaminación.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. De la Jefe de Servicio.

- Supervisar que el procedimiento de descontaminación se realice adecuadamente.
- Verificar que exista material necesario para el procedimiento

2. De la Enfermera Asistencial.

- Desechar la solución enzimática después de cada uso o cuando esté visiblemente sucia
- Conocer dilución y preparación de solución enzimática así como tiempos de exposición.
- Desechar la solución en tarja de cuarto séptico.
- Usar guantes durante todo el procedimiento.
- Eliminar el exceso de agua y enviar el instrumental descontaminado a la CEyE para su lavado y esterilización.
- Evitar contacto con la piel y ojos, utilizar protección ocular y guantes.
- En caso de contacto enjuagar con abundante agua.
- Usar en áreas ventiladas.

3. Del Equipo de Salud.

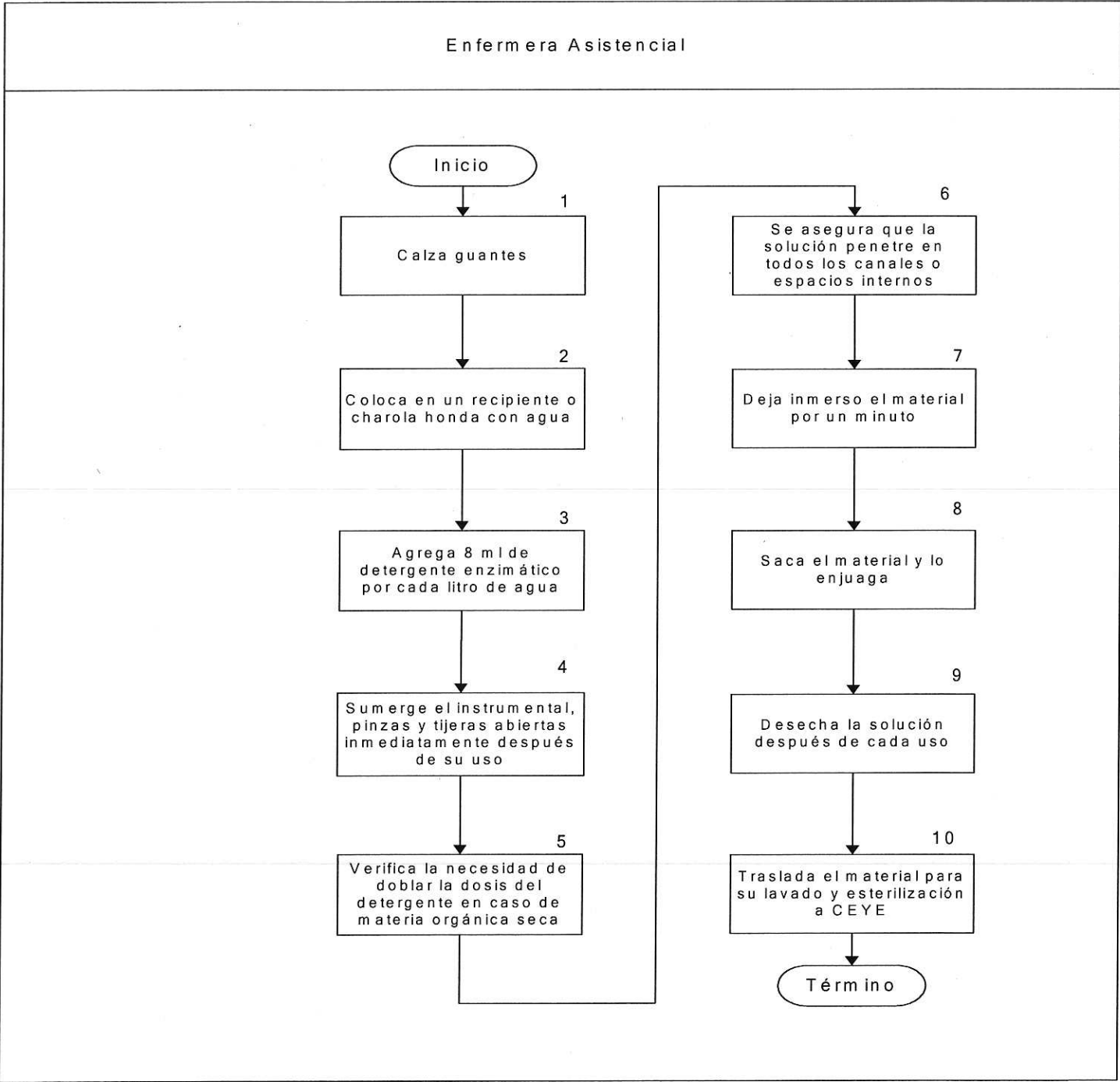
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.



20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial		
	1	Calza guantes
	2	Coloca en un recipiente o charola honda agua
	3	Agrega 8 ml de detergente enzimático por cada litro de agua.
	4	Sumerge el instrumental, pinzas y tijeras abiertas inmediatamente después de su uso hasta que toda la materia orgánica esté disuelta y removida y deja la inmersión por un minuto
	5	Verifica la necesidad de doblar la dosis del detergente en caso de materia orgánica seca
	6	Se asegura que la solución penetre en todos los canales o espacio internos
	7	Deja inmerso el material por un minuto
	8	Saca el material y lo enjuaga
	9	Desecha la solución después de cada uso
	10	Traslada el material para su lavado y esterilización a CEYE
		Termina el procedimiento

20. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON
PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO**

**21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON PADECIMIENTO
PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO**

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON
PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar y proporcionar cuidados de enfermería de forma oportuna a mujeres y familiares con padecimiento psiquiátrico y/o estado de ánimo alterado durante su estancia hospitalaria por proceso reproductivo.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON
PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO**

POLITICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. Del Jefe de servicio.

- Verificar que el personal a su cargo tenga conocimiento y aplique el presente procedimiento.
- Mantener comunicación activa con equipo de salud involucrado en la atención de la paciente hospitalizada.

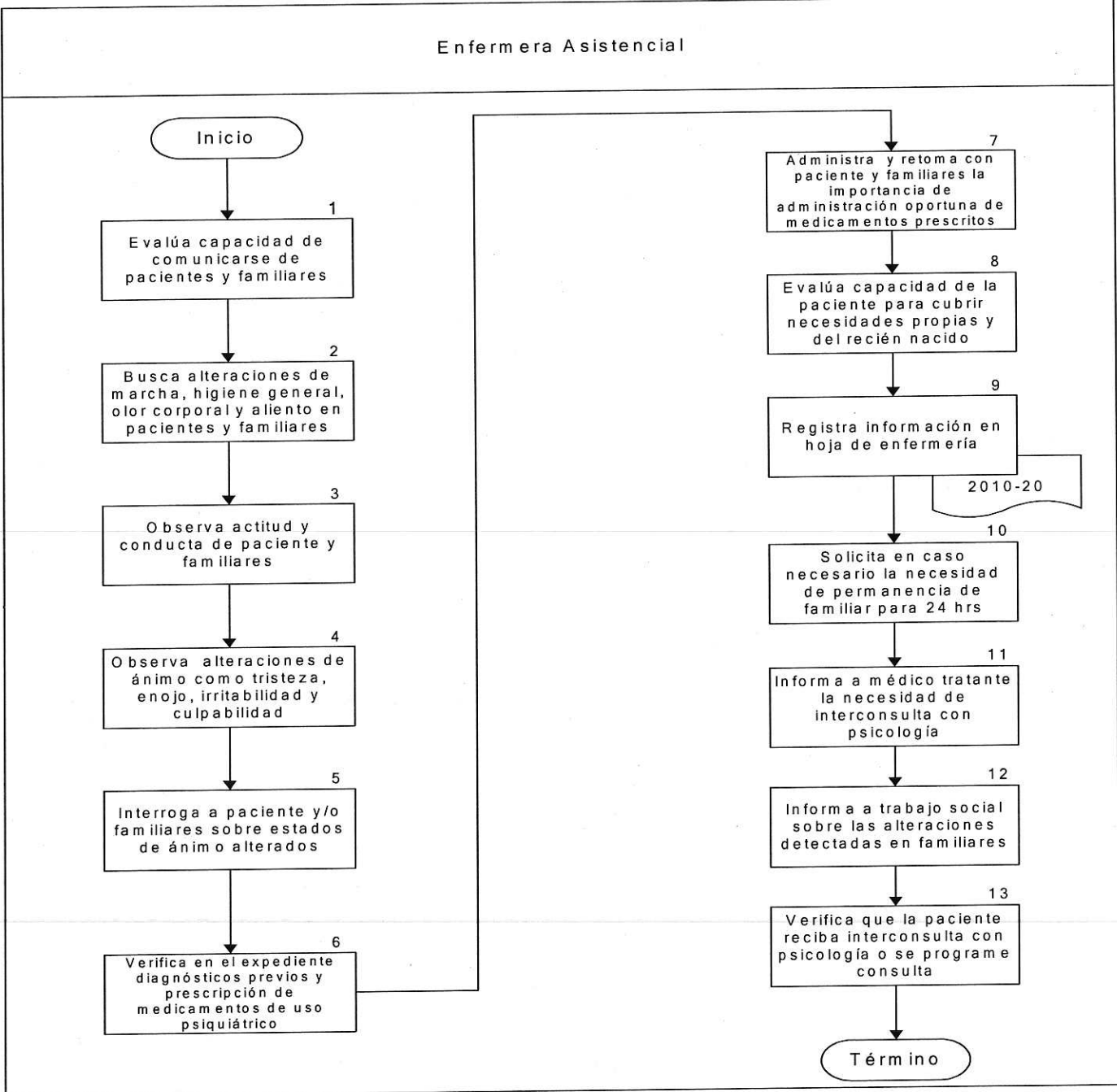
2. De la enfermera asistencial.

- Tener conocimiento de la presente norma técnica.
- Deberá de llevar a cabo una valoración minuciosa de la paciente y de los familiares durante el primer contacto con ellos.
- Informar oportunamente a los integrantes del equipo de salud involucrado en la atención de la paciente sobre cualquier alteración detectada.
- Garantizar su propia seguridad del paciente y la de los demás antes de intervenir con un paciente violento
- Orientar al paciente en la realidad actual (tiempo, lugar y persona)
- Facilitar una comunicación abierta durante todo el tiempo, mediante una actitud de escucha
- Retirar objetos punzantes, gafas, prótesis, cinturones u objetos superfluos que se encuentren al alcance del paciente y que puedan dañarlo.

21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON
PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Evalúa capacidad de la comunicación entre pacientes y familiares.
	2	Busca alteraciones de marcha, higiene general, olor corporal y aliento en pacientes y familiares.
	3	Observa actitud y conducta de paciente y familiares.
	4	Observa alteraciones de ánimo como tristeza, enojo, irritabilidad y culpabilidad.
	5	Interroga a paciente y/o familiares sobre estados de ánimo alterados.
	6	Verifica en el expediente diagnósticos previos y prescripción de medicamentos de uso psiquiátrico.
	7	Administra y retoma con paciente y familiares la importancia de administración oportuna de medicamentos prescritos.
	8	Evalúa capacidad de la paciente para cubrir necesidades propias y del recién nacido.
	9	Registra información en hoja de enfermería (2010-20).
	10	Solicita en caso necesario la permanencia de un familiar para 24 hrs.
	11	Informa al médico tratante la necesidad de interconsulta con psicología.
	12	Informa a trabajo social sobre las alteraciones detectadas en familiares.
	13	Verifica que la paciente reciba interconsulta con psicología o se programe consulta.
		Termina Procedimiento

21. DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES Y FAMILIARES CON PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O ESTADO DE ÁNIMO ALTERADO



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Medir cuantitativamente el nivel de glucosa en sangre, a través de un dispositivo capilar y glucómetro con fines diagnósticos.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. Del Jefe de Servicio.

- Verificar que el equipo y material estén disponibles y funcionales.
- Vigilar que se realice el procedimiento en las condiciones adecuadas.
- Verificar que el personal que realiza el procedimiento esté capacitado.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Preparar el equipo: glucómetro, lanceta, torundas con alcohol y tiras reactivas.
- Verificar que el número de código que aparece en la pantalla del glucómetro sea el mismo de las tiras reactivas.
- Realizar la determinación de glucosa preprandial y/o postprandial en las pacientes diabéticas por indicación médica.
- Desechar la tira reactiva y lancetas al contenedor, según Norma 087 del manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos.
- Verificar la fecha de caducidad de las tiras reactivas (indicada en el empaque o envoltura).
- Conocer y aplicar esquema de insulina en caso de hiperglucemia.

De 151 mg. a 200 mg.	2U. INS. Rápida.
De 201 mg. a 250 mg.	4U. INS. Rápida.
De 251 mg. a 300 mg.	6U. INS. Rápida.
Más de 301 mg.	Avisar a médico de guardia.
- Aplicar insulina por esquema, de acuerdo a la indicación médica del endocrinólogo y si el resultado es mayor de 151 mg.
- Realizar el procedimiento cada cuatro horas hasta estabilizar al paciente.
- Administrar aporte de glucosa al 5% o al 10% a dosis respuesta en caso de hipoglucemia si la paciente está en ayuno.
- Administrar aporte de 15 gr. de azúcar en medio vaso de agua y verificar determinación de glucosa 15 minutos después en caso de hipoglucemia.
- Informar oportunamente al médico de guardia en caso de determinación de glucosa alterado.

3. Del Equipo de Salud

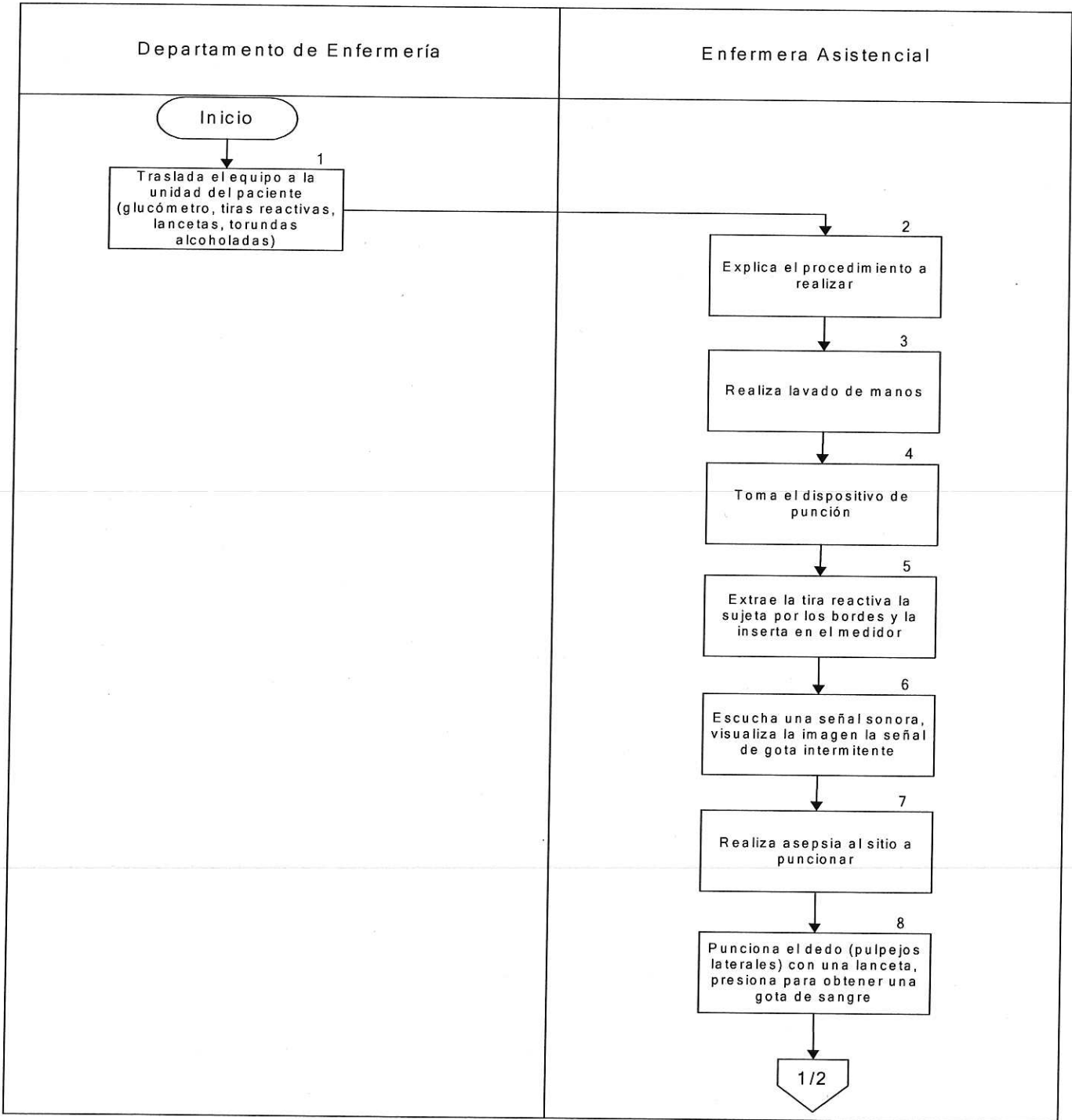
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Departamento de Enfermería	1	Traslada el equipo a la unidad del paciente (glucómetro, tiras reactivas, lancetas, torundas alcoholadas).
Enfermera Asistencial	2	Explica el procedimiento a realizar.
	3	Realiza lavado de manos.
	4	Toma el dispositivo de punción (Lanceta).
	5	Extrae la tira reactiva la sujeta por los bordes y la inserta en el medidor.
	6	Escucha una señal sonora, visualiza la imagen la señal de gota intermitente.
	7	Realiza asepsia al sitio a puncionar.
	8	Punciona el dedo (pulpejos laterales) con una lanceta, presiona para obtener una gota de sangre.
	9	Acerca el extremo externo de la tira reactiva para absorber la gota de sangre, hasta que el medidor dé otra señal sonora. Transcurridos 29 segundos aparece el resultado de la prueba en la pantalla.
	10	Extrae la tira reactiva del medidor y lo coloca en los desechos correspondientes.
	11	Realiza lavado de manos.
	12	Registra el resultado en la Hoja del Paciente Diabético.
	13	Traslada el equipo al cuarto clínico.

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

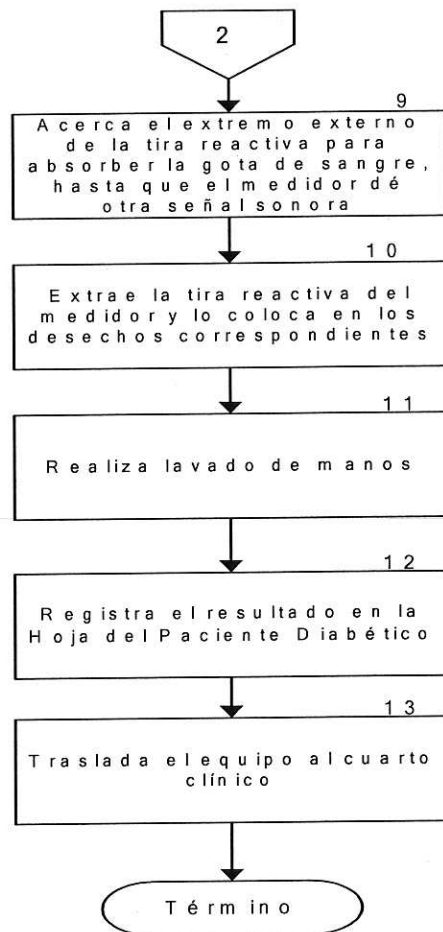


DÍA	MES	AÑO
04	11	16

22. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

Departamento de Enfermería

Enfermera Asistencial





FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

23. DIÁLISIS PERITONEAL



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Eliminar de la sangre los productos de desecho metabólico y los líquidos corporales, por medio de ósmosis y difusión a través de la membrana peritoneal, cuando el riñón se encuentra afectado e incapacitado para realizar esta función.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del jefe de servicio

- ❖ Tener disponible todo el material necesario para la correcta realización del procedimiento
- ❖ Instruir al personal acerca del procedimiento

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- ❖ Conocer la anatomía y fisiología de la cavidad peritoneal, así como los principios de ósmosis y difusión
- ❖ Aplicar los principios de la técnica aséptica y las precauciones universales
- ❖ Monitorizar signos vitales durante el procedimiento
- ❖ Proporcionar cuidados al sitio de inserción del catéter e identificar signos de infección del mismo (hiperemia, salida de secreción purulenta)
- ❖ Calentar la solución dializante a temperatura corporal, antes de infundirla, utilizando una lámpara de chicote, durante aproximadamente una hora
- ❖ Valorar el abdomen e identificar signos de obstrucción del catéter
- ❖ Preparar material y equipo

MATERIAL:

- Mesa pasteur
- Jeringas 1.3.5 ml
- Torundas.
- Bolsa de diálisis al 1.5%.2.25%, 4.25%
- Gasas estériles
- Compresas
- Clamp o pinza Rochester
- Gel alcoholado
- Alcohol
- Lebrillo
- Antiséptico (Except 50%)
- Cubrebocas
- Balanza de precisión
- Tripié
- Tijeras
- Horno de microondas
- Medicamentos indicados: heparina, lidocaína, antibióticos
- Tapón de titanio si la solución dializante es marca Baxter
- Guantes desechables estériles

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Reúne el material necesario e identifica la bolsa correspondiente a la concentración prescrita.
	2	Realiza lavado de manos.
	3	Calienta en el horno de microondas la bolsa de diálisis peritoneal a temperatura corporal.
	4	Explica al paciente el procedimiento que se le va realizar y le coloca el cubrebocas.
	5	Explica al paciente el procedimiento que se le va realizar y le coloca el cubreboca.
	6	Coloca sobre la mesa un rollo de cinta adhesiva, una pinza y el paquete de gasas estériles y la bolsa de diálisis.
	7	Revisa la fecha de caducidad, que no exista fuga en la bolsa, la concentración y las características del líquido dializante. Ahora retirar la envoltura de la bolsa de diálisis, Colocarla sobre tu mesa con las líneas hacia arriba.
	8	Desprende las líneas con cuidado de no tocar la porción que se conectará al paciente y de no llevar las manos más abajo o arriba del tórax.
	9	Administra medicación éste es el momento.
	10	Coloca una pinza en la línea de entrada para que haga peso y no se vaya a caer al suelo, usar la bolsa de salida como campo estéril.
	11	Prepara dos tiras de tela adhesiva de aproximadamente 15 cm de largo y pegarlas en tu bolsa se usan si se requiere pinzar.
	12	Realiza un nuevo lavado de manos o limpieza con gel desinfectante con la técnica antes descrita de manera escrupulosa.
	13	Despega la gasa de la línea de transferencia, de tal modo que sirva como campo estéril y aflojar un poco el tapón del conector sin quitarlo.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	14	Sujeta la punta de la línea de transferencia con el dedo índice y pulgar de la mano no diestra sin tocar el tapón que cubre la entrada. Y con la mano diestra sujetar el conector de la bolsa de diálisis (conector azul), ahora con el dedo medio de la mano diestra que sujeta el conector, jalar el tapón, y deja caer.
	15	Sostiene con la mano no dominante el conector azul (o verde) del sistema Ben Y, y el conector de las líneas de transferencia con cuidado de que no entren en contacto con nada.
	16	Retira girando el tapón de la bolsa de diálisis y aplica solución antiséptica (Except 50%).
	17	Gira y retira el tapón de seguridad de cambio anterior y aplicar (except al 50%)
	18	Conectar girando suavemente el conector de la bolsa de diálisis y la línea de transferencia sin tocar nada.
	19	Colgarla bolsa de solución en un tripié y la bolsa vacío en un lebrillo.
	20	Abre el seguro de la línea de transferencia para que drene líquido peritoneal a la bolsa de desecho, mínimo 5 minutos.
	21	Cierra el seguro de la línea de transferencia.
	22	Rompe el seguro de la bolsa de diálisis, aflojar la pinza que se colocó aquí para hacer peso y no se cayera tu línea. Contar 5 segundos, este tiempo es suficiente para eliminar el aire de las líneas. Pinzar nuevamente Así entrará a cavidad peritoneal el líquido dializante sin aire y no arrastrará restos de Isodine, evitando dolor por aire o irritación peritoneal por químicos.
	23	Abre la línea de transferencia, despinzar la línea de entrada de la bolsa de diálisis y coloca la pinza en la línea de salida, e iniciar la entrada de líquido a cavidad peritoneal.
	24	Anota en la hoja de diálisis la hora en que empieza a entrar la solución dializante a cavidad peritoneal.
	25	Proporciona la posición más conveniente a la paciente y una altura suficiente para la caída de la solución dializante. El tiempo de estancia indicado comienza a partir de este momento.

23. DIÁLISIS PERITONEAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	26	Una vez que se ha cumplido el tiempo de estancia del líquido dializante, abrir el paso del conector (no se desconecta) y se deja drenar hasta que las líneas de transferencia se sientan frías, que ya no gotee líquido dializante, o bien que ya suban burbujas de la bolsa de desecho por la línea de salida, o según el balance deseado. Entonces se procede a realizar el cambio de bolsa.
	27	Cierra la línea de transferencia una vez que ha terminado de entrar la solución, cerrar la línea de transferencia del catéter, hacer un nudo con la línea de entrada, bajarla junto con la bolsa de desecho. Y registrar la hora en la hoja de Diálisis.
	28	Fractura el cople de ruptura rojo, con este sistema ya no se tiene que desconectar.
	29	Desecha el líquido dializado en el drenaje, rompiendo la línea con protección con guantes.
	30	Realiza anotaciones en la hoja de enfermería y en la hoja de diálisis peritoneal
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

ANATOMIA DEL CATÉTER Y LÍNEAS DE TRANSFERENCIA.

SISTEMA PISA

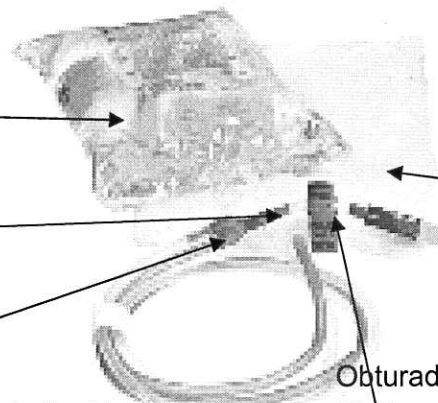
Solución dializante

Cople de ruptura (rojo)

Segmento de ruptura
(Seguro verde)

Línea Transparente: entrada de líquido dializante a cavidad peritoneal

Línea Verde: salida



Bolsa de drenaje

Tapón
(Verde, amarillo o rojo)

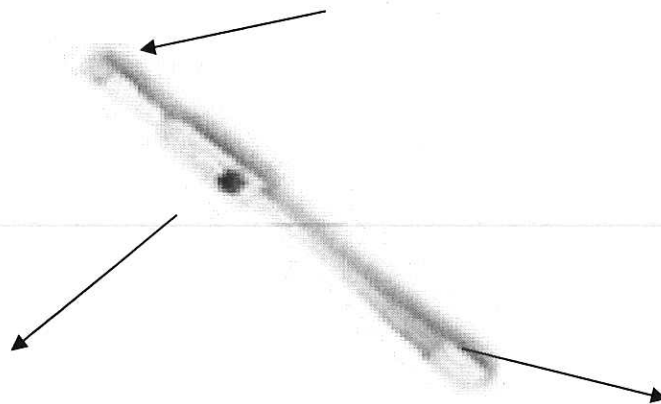
Obturador (inviolable)

Líneas de transferencia

Conector a la paciente

Llave

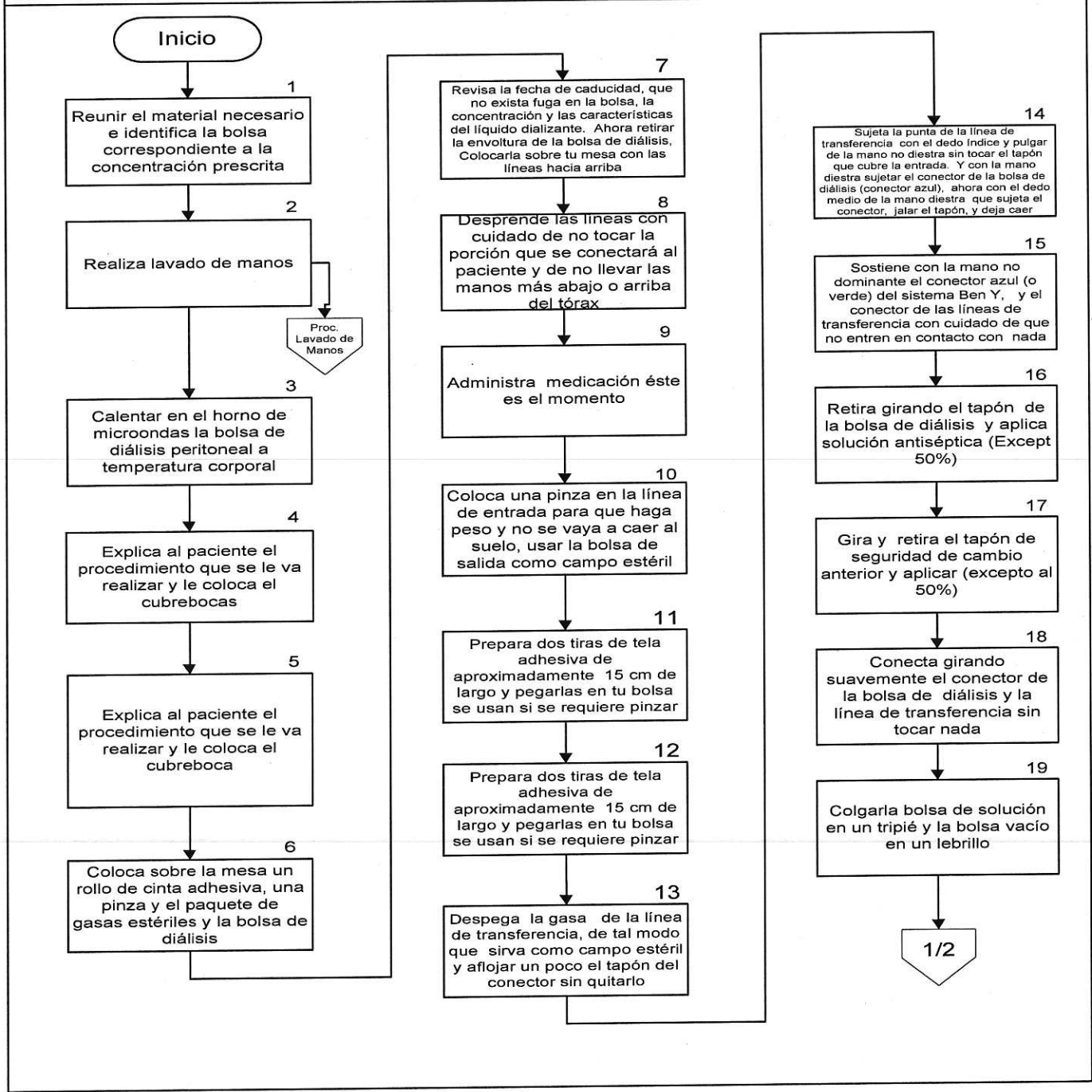
Conector a la bolsa de diálisis



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

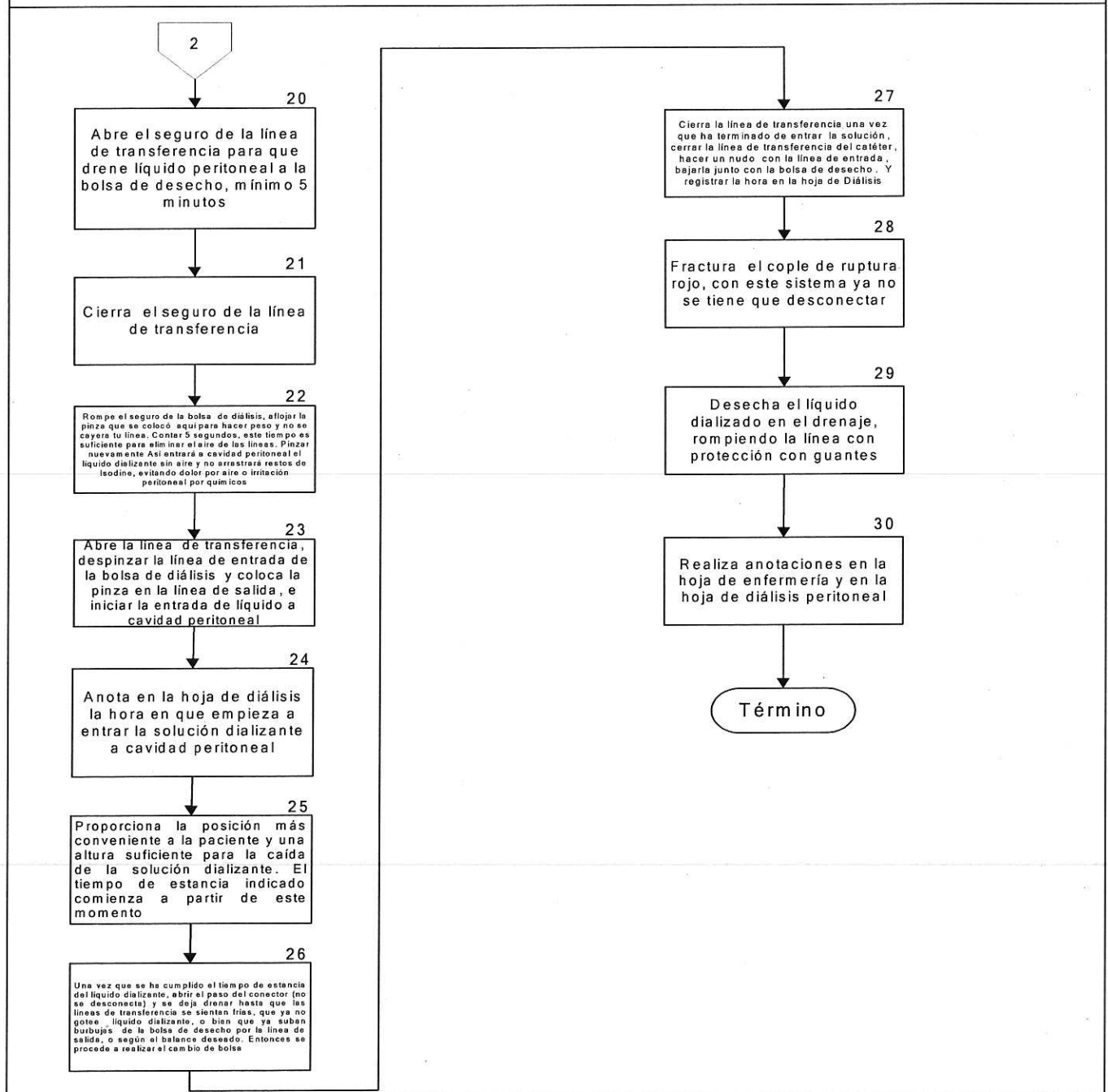
Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

23. DIÁLISIS PERITONEAL

Enfermera Asistencial





FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

24. ENEMA EVACUANTE

24. ENEMA EVACUANTE

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

24. ENEMA EVACUANTE

OBJETIVO ESPECÍFICO

Dejar libre de materia fecal el intestino para fines diagnósticos, terapéuticos y evitar que se evacue la paciente en la mesa de operaciones.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

24. ENEMA EVACUANTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. Del Jefe de Servicio.

- Revisar que el material y equipo se encuentren completos para realizar el procedimiento.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Realizar el procedimiento con guantes.
- Tener el equipo completo y preparado: charola de mayo con enema desechable, jalea lubricante, guantes desechables y gasas.
- Evitar movimientos bruscos ante la presencia de lesiones perianales y hemorroides.

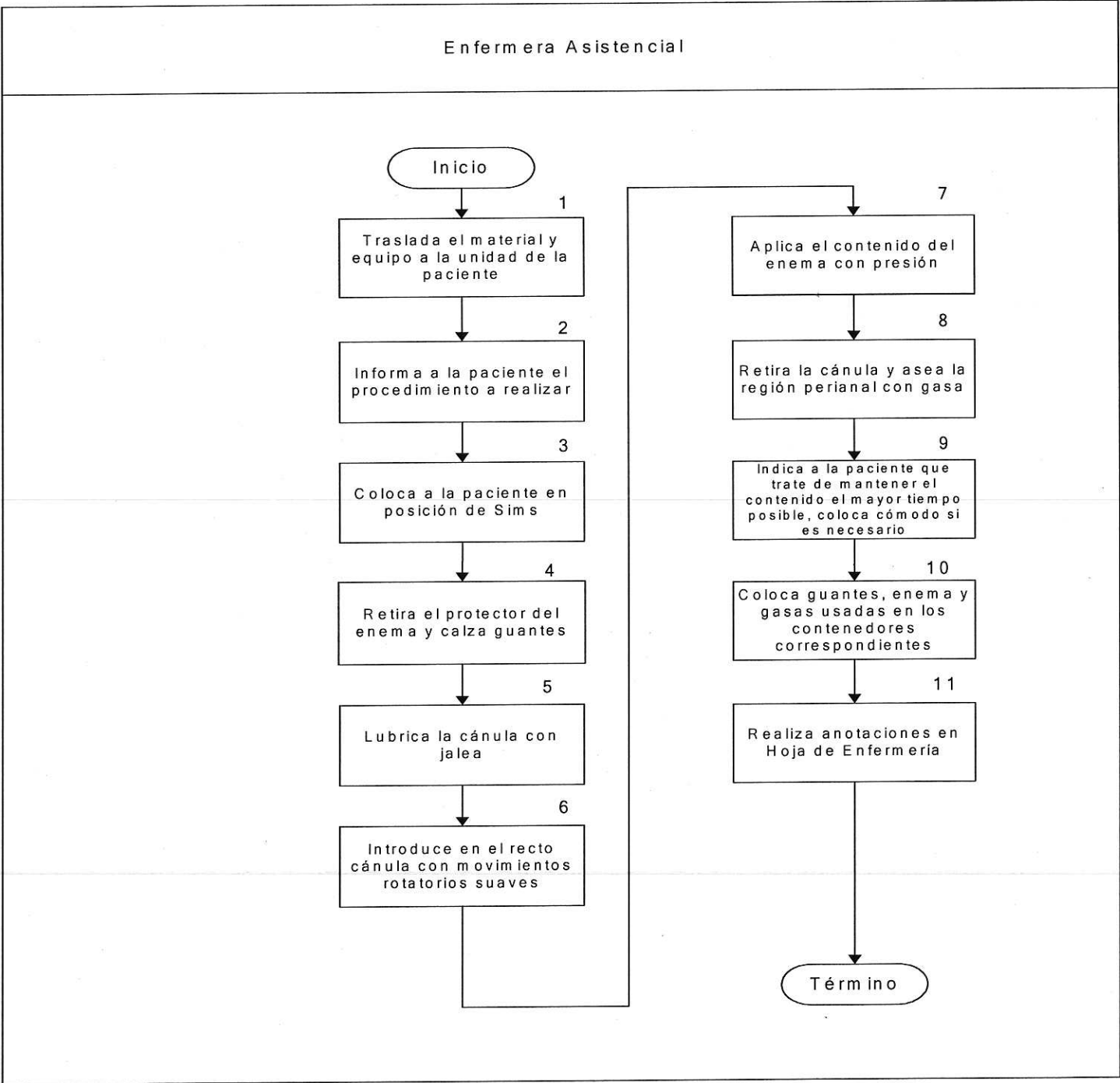
3. Del Equipo de Salud.

- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
- Desechar el material en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

24. ENEMA EVACUANTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Traslada el material y equipo a la unidad de la paciente.
	2	Informa a la paciente el procedimiento a realizar
	3	Coloca a la paciente en posición de Sims.
	4	Retira el protector del enema y calza guantes.
	5	Lubrica la cánula con jalea.
	6	Introduce en él recto cánula con movimientos rotatorios suaves.
	7	Aplica el contenido del enema con presión.
	8	Retira la cánula y asea la región perianal con gasa.
	9	Indica a la paciente que trate de mantener el contenido el mayor tiempo posible, coloca cómodo si es necesario
	10	Coloca guantes, enema y gasas usadas en los contenedores correspondientes.
	11	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería
		Termina Procedimiento.

24. ENEMA EVACUANTE



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

25. ENLACE DE TURNO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Guiar, normar y estandarizar las actividades del profesional de enfermería, para asegurar la prestación continua y oportuna de los servicios de enfermería al usuario.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la Enfermera, Jefe y/o la encargada de Servicio:

- Aplicar los conceptos básicos del enlace de turno:
 - o Enlace de turno: es la realización de actividades técnico-administrativas y asistenciales que desempeña el profesional de enfermería de dos turnos de trabajo (entrante y saliente) en mutua responsabilidad de la atención a pacientes, material, equipo e insumos, para la continua y eficaz prestación de los servicios de enfermería.
 - o Atención continua: cuidados de enfermería brindados de manera ininterrumpida, de acuerdo a las necesidades de los pacientes.
 - o Trabajo continuo: prestación de servicios acorde a los horarios y ubicación que se determinan en el marco legal que rige la Institución.
 - o Pendiente: se refiere a los cuidados responsabilidad de enfermería que, por falta o limitación en los recursos técnicos, materiales y/o humanos no fueron llevados a cabo dentro del horario de trabajo y deben ser subsanados en el continuo del siguiente turno, sin poner en riesgo la vida, funcionamiento o bienestar de los pacientes.
 - o Omisión: se refiere a los cuidados responsabilidad de enfermería, que por error involuntario no fueron llevados a cabo en tiempo y forma dentro del horario de trabajo y deben ser subsanados en el continuo del siguiente turno; que pueden poner en riesgo la vida, funcionamiento o bienestar de las y los pacientes, por lo tanto son susceptibles de ser sancionados de acuerdo a la normatividad institucional.
 - o Integración en la atención: es la prestación de cuidados de enfermería brindada por ambos turnos (entrante – saliente) que se basa en la jerarquización de las necesidades del paciente, para priorizar las intervenciones que limiten o disminuyan el riesgo que representan para su vida, funcionamiento o bienestar.
 - o Jerarquizar el cuidado enfermero: ordenar las necesidades de los pacientes de acuerdo a los riesgos que implican para la vida, el funcionamiento o el bienestar.
 - o Priorizar el cuidado enfermero: dar preferencia en la elección de intervenciones o actividades que cubran las necesidades de los pacientes.
 - o Entrega – Recepción de pacientes.
 - o Entrega – recepción de material, equipo e insumos controlados.
- Priorizar y detectar oportunamente las necesidades reales y potenciales de los usuarios de los servicios para brindar atención oportuna y eficaz.
- Establecer un ambiente laboral armónico a través de la comunicación asertiva y fomentar

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

relaciones humanas cordiales del profesional de enfermería.

- Disponer oportunamente del material y equipo indispensable para la prestación de servicios de enfermería a los usuarios de los servicios.
- Integrar las políticas, normas, reglamentos y códigos Institucionales en la prestación de servicios de enfermería.
- Organizar la Entrega – Recepción del personal operativo.
- En caso de dudas o desacuerdos sobre la priorización de intervenciones entre el personal asistencial de ambos turnos, decidir de mutuo acuerdo la división de intervenciones y asignarlas.
- Establecer las medidas disciplinarias contempladas en las Condiciones Generales de Trabajo, en caso de que el personal asistencial no cumpla en tiempo y forma con sus obligaciones dentro del enlace de turno.

2. Del personal asistencial de Enfermería:

- Realizar la entrega – recepción de los y/o las pacientes, de acuerdo a la distribución realizada por la enfermera Jefe o encargada de servicio en el horario establecido. (Todo el personal entrega y recibe pacientes)

- Realizar la entrega- recepción en la unidad del paciente
- Entrega – Recepción de pacientes dentro del siguiente horario:

Matutino – Vespertino: 14:00 a 14:20 hrs.
Vespertino – Nocturno: 20:00 a 20:30 hrs.
Nocturno – Matutino: 7:00 a 7:20 hrs.

- Priorizar y detectar oportunamente las necesidades reales y potenciales de los usuarios de los servicios de enfermería para brindar atención oportuna y eficaz.
- Si la paciente ingresa al servicio a la hora de recepción será responsabilidad del personal entrante la recepción y la instalación, responsabilidad del personal saliente.
- Entrega – Recepción de material, equipo e insumos dentro del siguiente horario:

Matutino – Vespertino: 14:20 a 14:30 hrs.
Vespertino – Nocturno: 20:30 a 21:00 hrs.
Nocturno – Matutino: 7:20 a 7:30 hrs.

- Disponer oportunamente del material y equipo indispensable para la prestación de servicios de enfermería a los usuarios de los servicios.
- Realizar el vale correspondiente, llenando el formato Solicitud de Equipo Medico (F- 2011-02), en caso de faltantes de material, equipo o insumos.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

- Brindar cuidados de Enfermería generales y específicos de forma ininterrumpida, a través de la integración del cuidado de Enfermería en el siguiente horario:

Matutino – Vespertino: 14:20 a 14:30 hrs.
Vespertino – Nocturno: 20:30 a 21:00 hrs.
Nocturno – Matutino: 7:20 a 7:30 hrs.

- Garantizar la calidad de la prestación de los servicios de enfermería en forma continua.
- Establecer un ambiente laboral armónico a través de la comunicación asertiva y fomento de relaciones humanas cordiales del profesional de enfermería.
- Integrar las políticas, normas, reglamentos y códigos Institucionales en la prestación de servicios de enfermería.

25. ENLACE DE TURNO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe y/ o Encargada de Servicio.	1	Realiza la distribución de pacientes para la entrega – recepción del personal asistencial, de acuerdo al rol del servicio.
	2	Lleva a cabo la entrega – recepción de pacientes a través de un recorrido por el servicio, resaltando las observaciones específicas en aquellos pacientes que lo ameriten.
	3	<p>Debe informar quien entrega:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones generales en que se entrega a las y los pacientes. ▪ Eventos relevantes en la atención de enfermería de acuerdo al estado clínico de los pacientes, incluidos cuidados pendientes u omisiones en la atención y que deben estar contenidos en los registros Clínicos de Enfermería. ▪ Disposición de recursos técnicos, materiales y físicos para la atención de enfermería. ▪ Instrumentos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, timbiriche, registro de ingresos/egresos, recetarios) ▪ Insumos de control estricto.
	4	<p>Debe solicitar quien recibe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aclaración de dudas sobre la atención brindada por el personal asistencial de enfermería y sobre la disposición de los recursos físicos y materiales. ▪ Verifica que los registros Clínicos de Enfermería contengan los aspectos relevantes del cuidado enfermero.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe y / o Encargada de Servicio.	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elabora instrumentos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, censo diario, registro de ingresos/egresos, recetarios). ▪ Insumos de control estricto.
Enfermera Asistencial (quien entrega)	5	<p>Debe informar lo contenido en los Registros Clínicos de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación ▪ Diagnóstico y tratamiento médico. ▪ Condiciones en que recibió al paciente. ▪ Cumplimiento del tratamiento medico. ▪ Cuidados específicos de enfermería proporcionados durante el turno. ▪ Eventos relevantes, incluidos cuidados pendientes u omisiones en la atención ▪ Condiciones en que se entrega al paciente.
Enfermera Asistencial (quien recibe)	6	<p>Verifica y corrobora en los Registros Clínicos de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación. ▪ Diagnóstico y tratamiento medico. ▪ Condiciones de drenajes, sondas y catéteres. ▪ Condiciones en que se recibió al paciente, cumplimiento de tratamiento medico, cuidados específicos brindados y condiciones de entrega, así como cuidados pendientes u omisiones. ▪ Condiciones de orden y limpieza en la unidad del paciente.

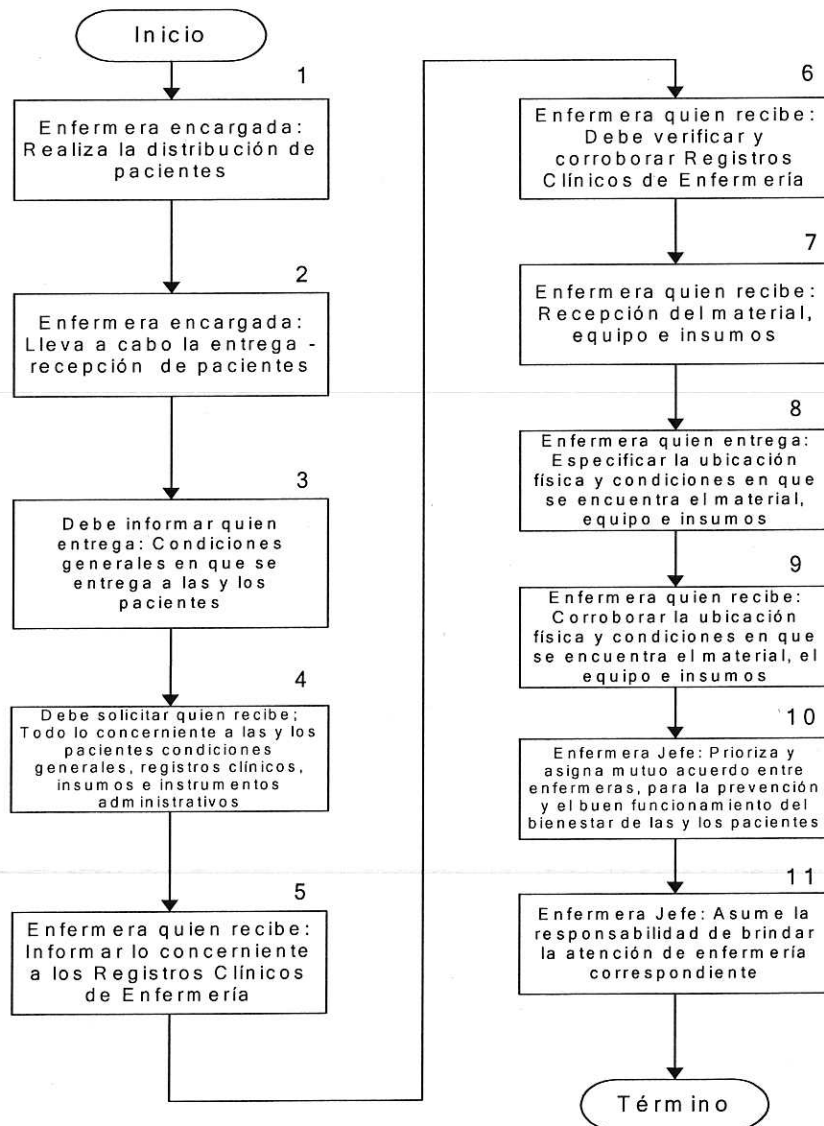
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

25. ENLACE DE TURNO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial (quien recibe)	7	Recibe material, equipo e insumos de acuerdo a la asignación realizada por la Enfermera Jefe y/o encargada de servicio.
Enfermera Asistencial (quien entrega)	8	Especifica la ubicación física y condiciones en que se encuentran el material, equipo e insumos.
Enfermera Asistencial (quien recibe)	9	Corroborar la ubicación física y condiciones en que se encuentra el material, el equipo e insumos.
Enfermera Jefe y/o Encargada de Servicio.	10	Prioriza y asigna de mutuo acuerdo entre las enfermeras, las intervenciones que limiten o disminuyan los riesgos para la vida, el funcionamiento o bienestar de las y los pacientes; por lo cual deben ser realizadas de manera inmediata, de acuerdo a la complejidad y tiempo de realización del o los procedimientos y considerando el tiempo estipulado para la integración.
Enfermera Jefe y/o Encargada de Servicio.	11	Asume la responsabilidad una vez cumplido con el tiempo estipulado para el enlace, de brindar la atención de enfermería correspondiente.
		Termina procedimiento

25. ENLACE DE TURNO

Enfermera Asistencial, Enfermera Jefe y/o Encargada de Servicio





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

26. EXAMEN GENERAL DE ORINA

26. EXAMEN GENERAL DE ORINA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

26. EXAMEN GENERAL DE ORINA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Obtener una muestra de orina para realizarle estudios y determinar sus características cualitativas, cuantitativas e identificar la presencia de alteraciones.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

26. EXAMEN GENERAL DE URINA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.

- Verificar que el personal de Enfermería esté capacitado para realizar el procedimiento, con técnica estéril.
- Proporcionar el material y equipo necesario para realizar el procedimiento.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Preparar el material y equipo para realizar el procedimiento: gasas estériles, un par de guantes institucionales, un frasco estéril desechable, membrete para identificación de muestra.
- Tomar la muestra posterior al baño de la paciente o de un aseo vulvar.
- Mantener la individualidad de la paciente.
- Seguir las normas de asepsia.
- Enviar la muestra de inmediato con el formato para el estudio "Líquidos Biológicos" (2430-16).

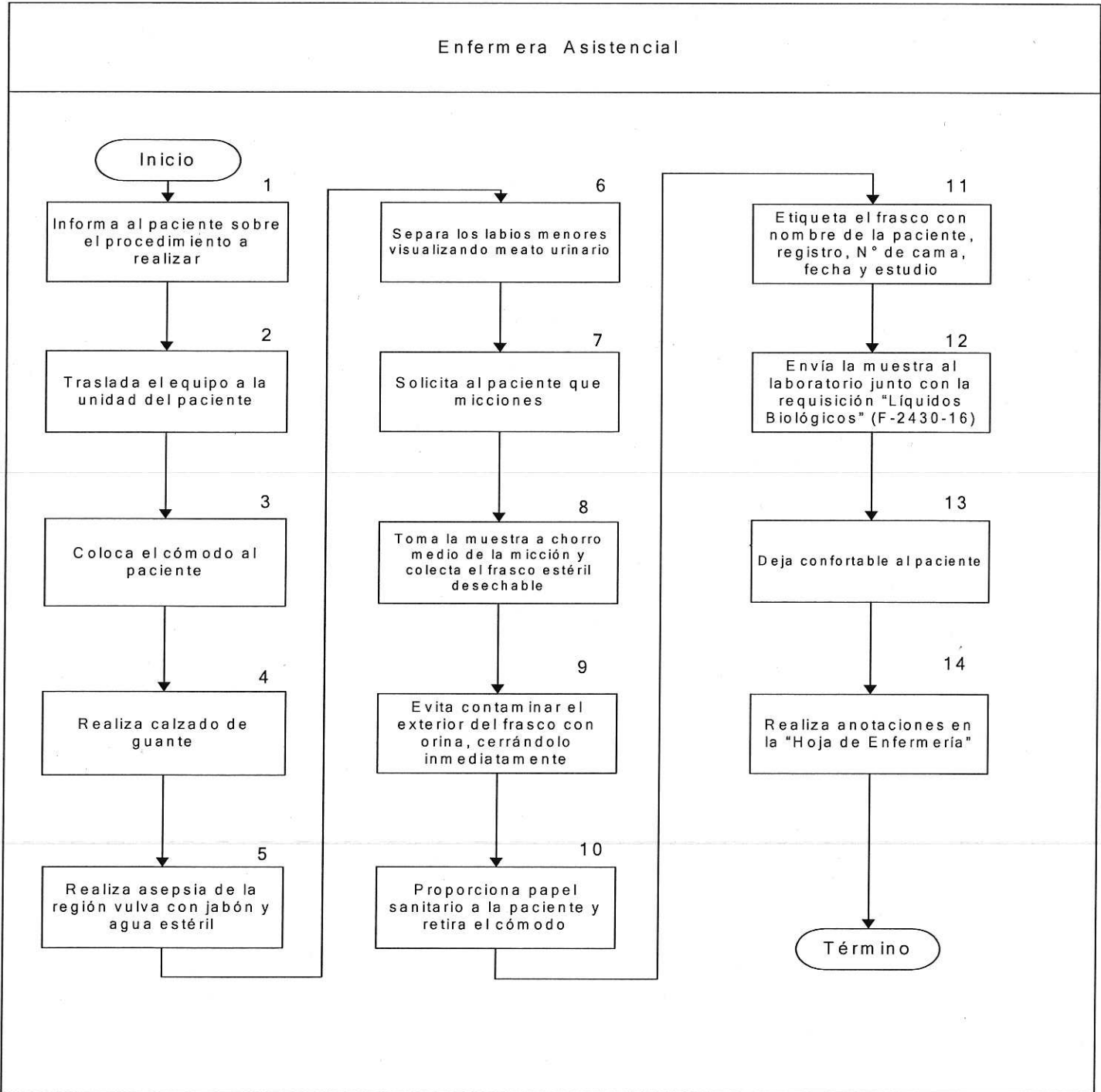
3. Del Equipo de Salud.

- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
- Desechar el material en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

26. EXAMEN GENERAL DE ORINA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Informa al paciente sobre el procedimiento a realizar.
	2	Traslada el equipo a la unidad del paciente.
	3	Coloca el cómodo al paciente.
	4	Realiza calzado de guante.
	5	Realiza asepsia de la región vulva con jabón y agua estéril.
	6	Separa los labios menores visualizando meato urinario.
	7	Solicita al paciente que miccione.
	8	Toma la muestra a chorro medio de la micción y colecta en frasco estéril desechable.
	9	Evita contaminar el exterior del frasco con orina, cerrándolo inmediatamente.
	10	Proporciona papel sanitario a la paciente y retira el cómodo.
	11	Etiqueta el frasco con nombre de la paciente, registro, No. de cama, fecha y estudio.
	12	Envía la muestra al Laboratorio junto con la requisición "Líquidos Biológicos" (2430-16).
	13	Deja confortable al paciente.
	14	Realiza anotaciones en la "Hoja de Enfermería" (2010-20).
		Termina Procedimiento.

26. EXAMEN GENERAL DE ORINA





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

27. EXPLORACIÓN DE MAMAS

27. EXPLORACIÓN DE MAMAS



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

27. EXPLORACIÓN DE MAMAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar mediante la palpación anomalías en las glándulas mamarias.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

27. EXPLORACIÓN DE MAMAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Se realizará el procedimiento a toda paciente referida por su médico tratante con fines diagnósticos.

Será responsabilidad de la Jefe de Servicio

- Coordinar la asignación de consultorios
- Asignar al personal de enfermería para la asistencia durante la exploración

Será responsabilidad del personal de enfermería

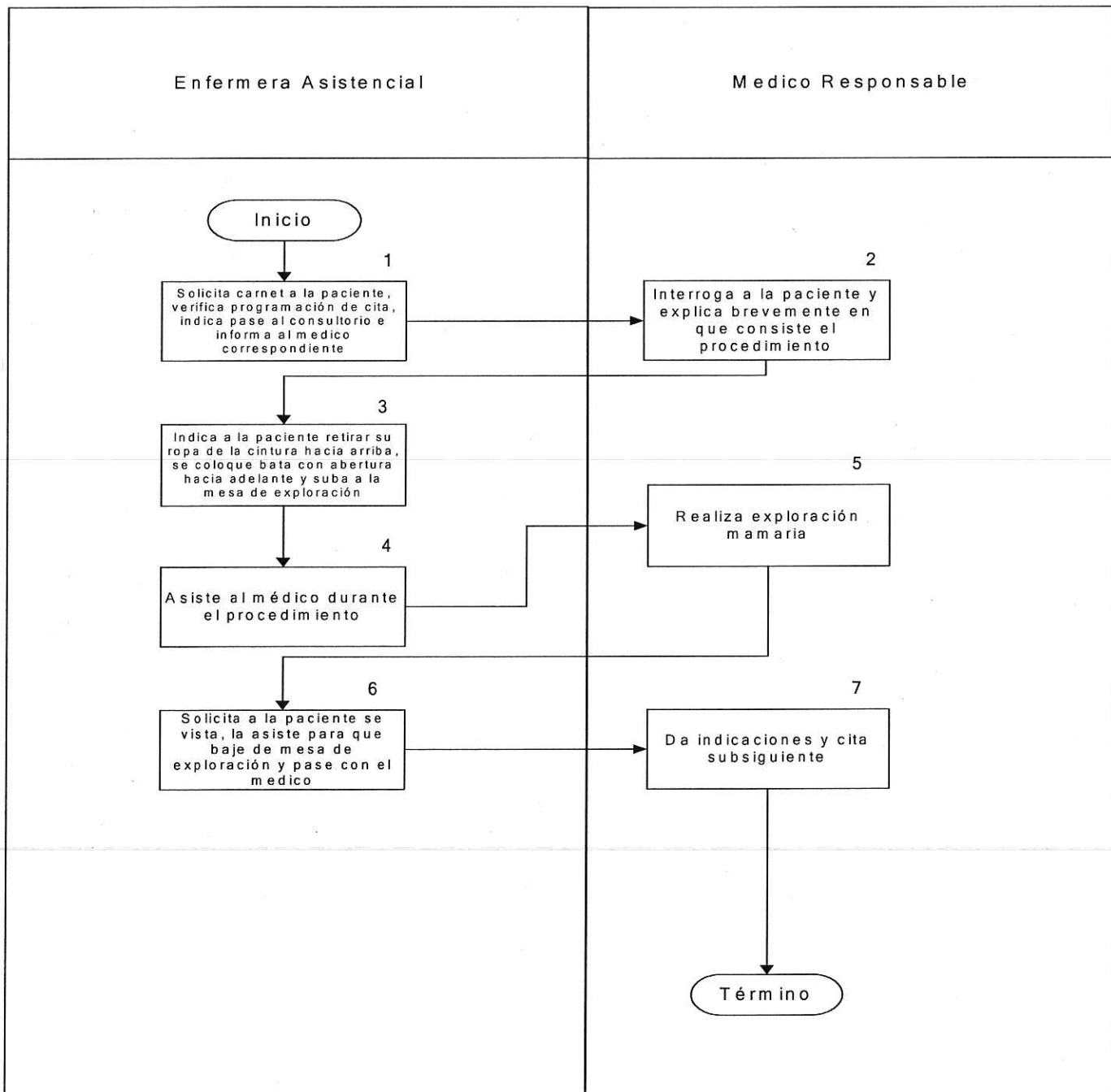
- Equipar los consultorios previo al inicio de la consulta
- Conservar la individualidad de la paciente
- Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento
- Acompañar a la paciente durante la exploración

27. EXPLORACIÓN DE MAMAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Solicita carnet a la paciente, verifica programación de cita, indica pase al consultorio e informa al médico correspondiente.
Médico Responsable	2	Interroga a la paciente y explica brevemente en que consiste el procedimiento.
Enfermera Asistencial	3	Indica a la paciente retirar su ropa de la cintura hacia arriba, se coloque bata con abertura hacia delante y suba a la mesa de exploración.
	4	Asiste al médico durante el procedimiento.
Médico Responsable	5	Realiza exploración mamaria.
Enfermera Asistencial	6	Solicita a la paciente se vista, la asiste para que baje de mesa de exploración y pase con el médico.
Médico Responsable	7	Da indicaciones y cita subsecuente.
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

27. EXPLORACIÓN DE MAMAS



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

28. EXPLORACIÓN FÍSICA

28. EXPLORACIÓN FÍSICA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

28. EXPLORACIÓN FÍSICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar la técnica correcta de exploración física a la paciente Gineco-Obstétrica para identificar oportunamente alteraciones en el equilibrio hemodinámico a través de la inspección, auscultación, palpación y percusión, obteniendo datos para conocer el estado clínico de la paciente.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

28. EXPLORACIÓN FÍSICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación del jefe de Servicio:

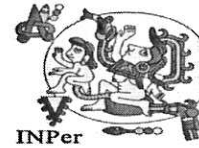
- Verificar que el material y equipo se encuentre disponible.
- Respetar la individualidad de la paciente.
- Contar con el material y equipo necesario (estetoscopio, martillo de reflejos, cinta métrica, estuche de diagnóstico).

Del Equipo de Salud:

- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
- Desechar el material en el recipiente adecuado, según la Norma 087- RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos)

28. EXPLORACIÓN FÍSICA

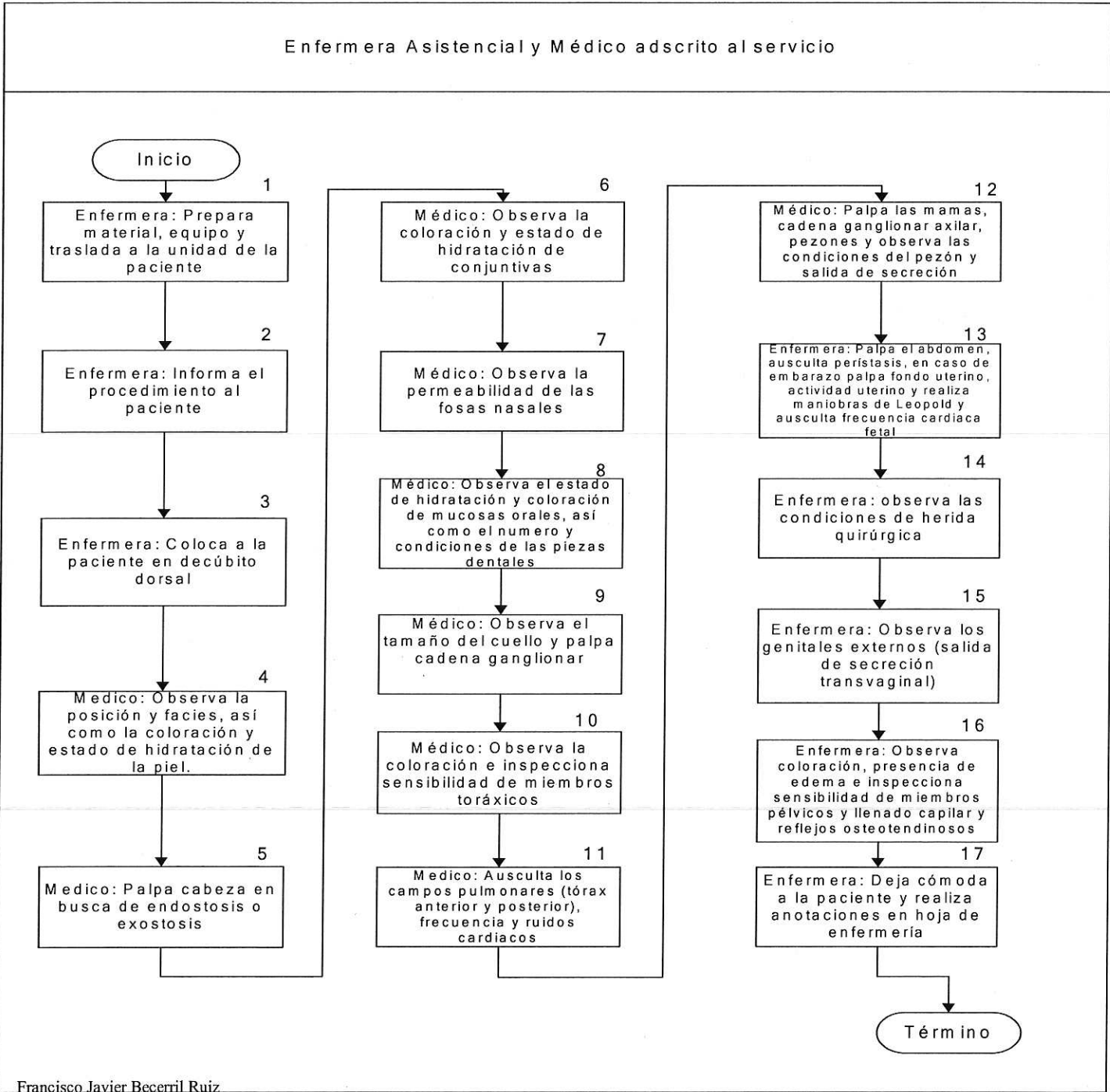
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial Médico adscrito al servicio	1	Prepara material y equipo y traslada a la unidad de la paciente.
	2	Informa el procedimiento a la paciente.
	3	Coloca a la paciente en decúbito dorsal.
	4	Observa la posición y facies, así como la coloración y estado de hidratación de la piel.
	5	Palpa cabeza en busca de endostosis o exostosis.
	6	Observa la coloración y estado de hidratación de conjuntivas.
	7	Observa la permeabilidad de las fosas nasales.
	8	Observa el estado de hidratación y coloración de mucosas orales, así como número y condiciones de las piezas dentales.
	9	Observa el tamaño del cuello y palpa cadena ganglionar.
	10	Observa la coloración e inspecciona sensibilidad de miembros torácicos.
	11	Ausculta los campos pulmonares (tórax anterior y posterior), frecuencia y ruidos cardíacos.
	12	Palpa las mamas, cadena ganglionar axilar, pezones y observa las condiciones del pezón y salida de secreción.



28. EXPLORACIÓN FÍSICA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	13	Palpa el abdomen, ausculta peristalsis, en caso de embarazo palpa fondo uterino, actividad uterino y realiza maniobras de Leopold y ausculta frecuencia cardiaca fetal
	14	Observa las condiciones de herida quirúrgica (en caso de existir)
	15	Observa los genitales externos (salida de secreción transvaginal).
	16	Observa coloración, presencia de edema e inspecciona sensibilidad de miembros pélvicos y llenado capilar y reflejos osteotendinosos
	17	Deja cómoda a la paciente y realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento.

28. EXPLORACIÓN FÍSICA





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

29. EXPLORACIÓN VAGINAL

29. EXPLORACIÓN VAGINAL



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

29. EXPLORACIÓN VAGINAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Explorar el desarrollo anatómico y condiciones de los genitales internos de la paciente, así como detectar alteraciones mediante la inspección y observación.



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

29. EXPLORACIÓN VAGINAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD DEL:

1. Jefe de Servicio.

- Vigilar que la exploración vaginal se realice en las condiciones adecuadas y con el respeto requerido.

2. Personal de Enfermería.

- Realizar la exploración vaginal, en aquellas pacientes que presenten alteraciones patológicas y así lo ameriten.
- Respetar y hacer que se respete la individualidad de la paciente.
- Permanecer junto a la paciente durante la exploración.
- Informar a la paciente en caso requerido.
- Favorecer un ambiente de confianza paciente-médico-enfermera.
- Avisar al Jefe de Servicio de Enfermería cualquier incidente presentado durante la exploración vaginal.
- Trasladar a la paciente al cuarto donde se realizará la exploración.



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

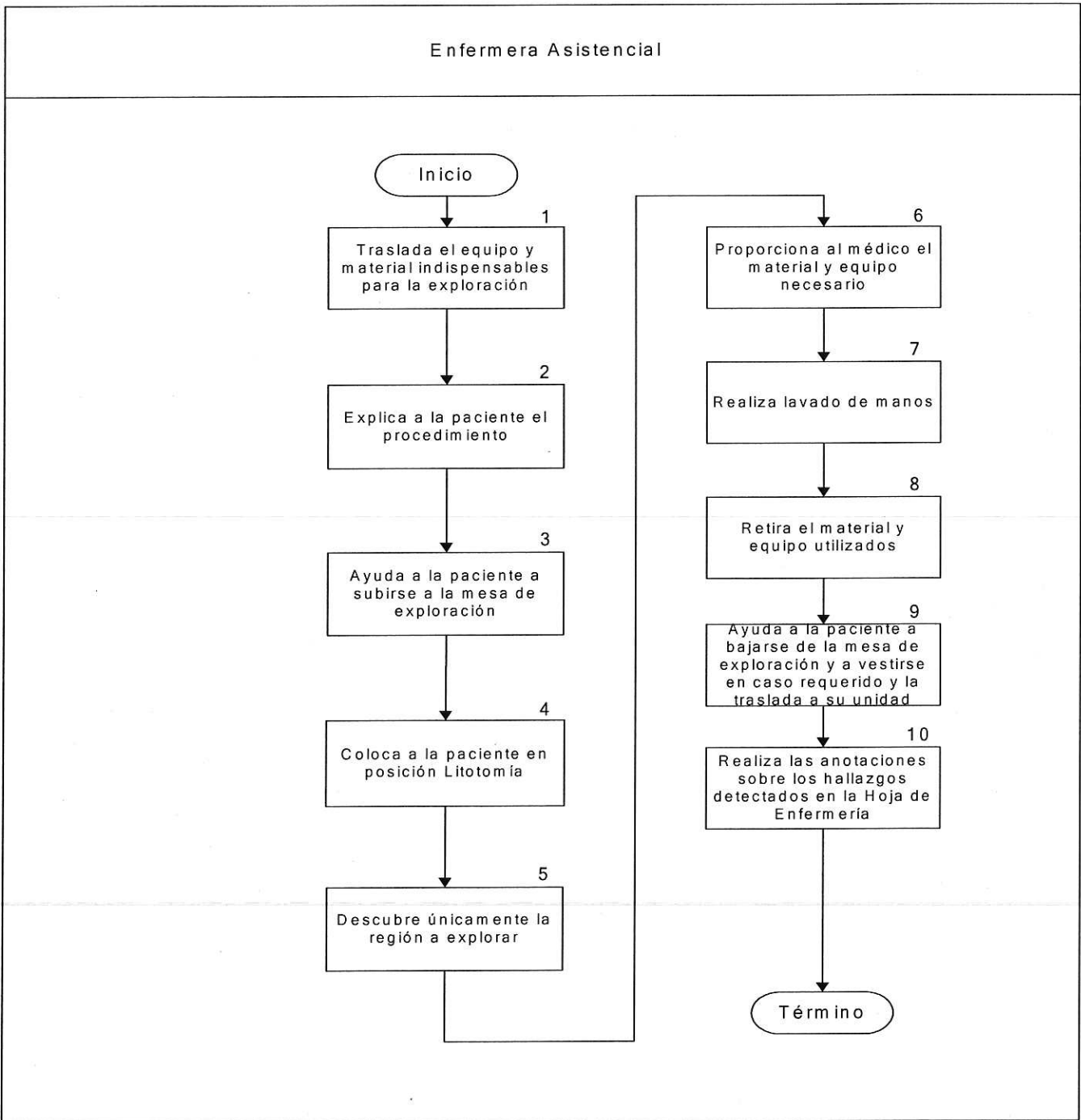
29. EXPLORACIÓN VAGINAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Traslada el equipo y material indispensables para la exploración (guantes, espejo vaginal, lubricante, gasas, cubre bocas, solución jabonosa, agua estéril).
	2	Explica a la paciente el procedimiento.
	3	Ayuda a la paciente a subirse a la mesa de exploración.
	4	Coloca a la paciente en posición de litotomía.
	5	Descubre únicamente la región a explorar.
	6	Proporciona al médico el material y equipo necesario.
	7	Realiza lavado de manos.
	8	Retira el material y equipo utilizados.
	9	Ayuda a la paciente a bajarse de la mesa de exploración y a vestirse en caso requerido y la traslada a su unidad.
	10	Realiza las anotaciones sobre los hallazgos detectados en la hoja de enfermería.
		Termina Procedimiento.



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

29. EXPLORACIÓN VAGINAL





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

30. EXUDADO CERVICOVAGINAL

30.- EXUDADO CERVICOVAGINAL



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

30. EXUDADO CERVICOVAGINAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar las características de la secreción vaginal con fines diagnósticos y terapéuticos.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

30. EXUDADO CERVICOVAGINAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN DEL:

1. Jefe de Servicio.

- Disponer del material y equipo para que se realice el procedimiento.
- Contar con el área física idónea para realizar el procedimiento.

2. Personal de Enfermería.

- Preparar el material y equipo necesarios para la realización del procedimiento:
 - o Espejo vaginal.
 - o Guantes institucionales.
 - o Aplicadores o isopos.
 - o Tubos de ensayo con medios de cultivo.
 - o Cubre bocas.
- Asistir al médico durante la exploración de la paciente para tomar el exudado vaginal.
- Membretar la muestra con datos de la paciente.
- Enviar de forma inmediata la muestra a Laboratorio Central con requisición de estudio de "Microbiología" (2430-05).

3. Médico Responsable.

- Realizar el procedimiento con técnica estéril.

4. Del Equipo de Salud.

- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

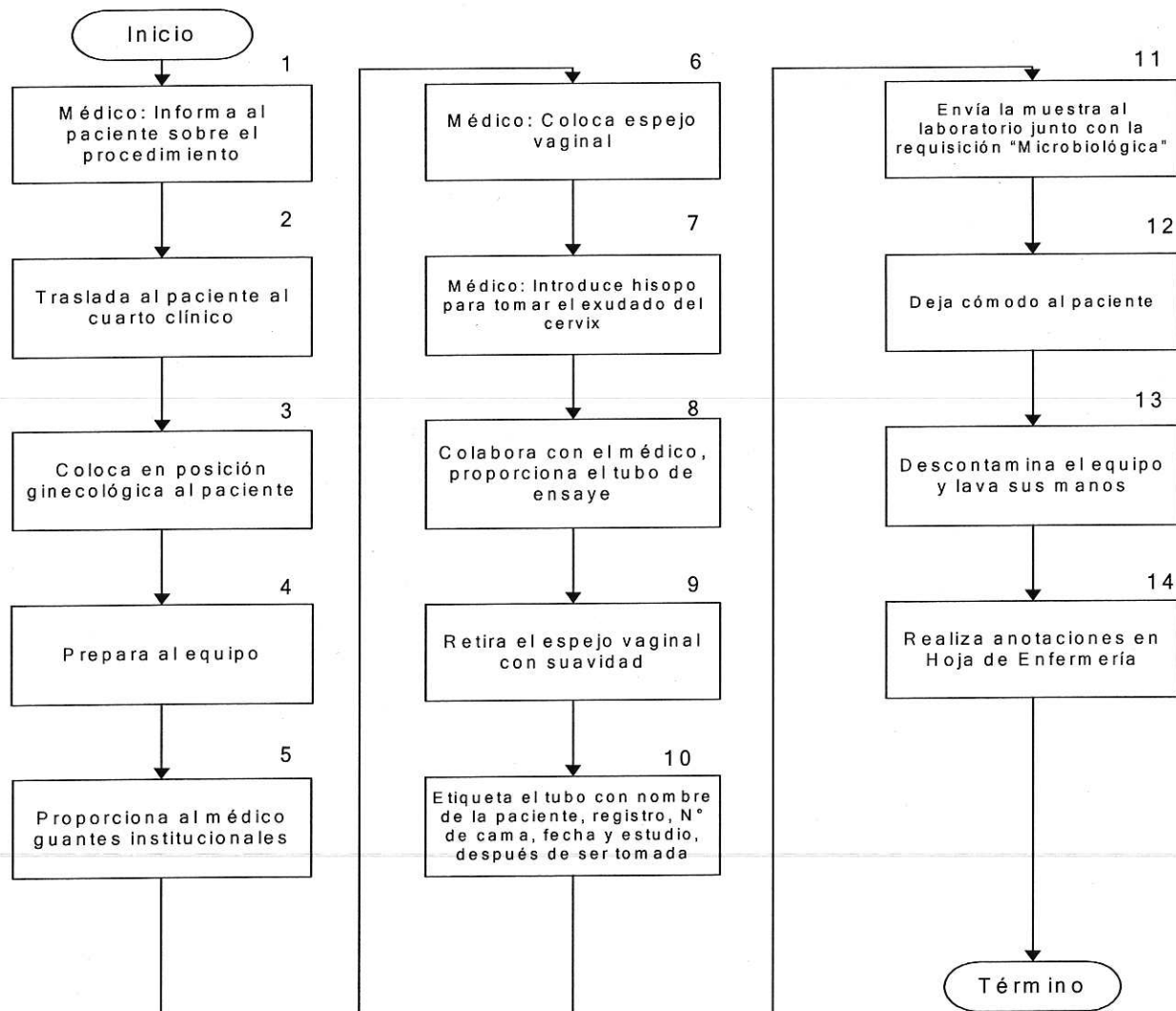
30.EXUDADO CERVICOVAGINAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Médico Responsable	1	Informa al paciente sobre el procedimiento.
Enfermera Asistencial	2	Traslada al paciente al cuarto clínico.
	3	Coloca en posición ginecológica al paciente.
	4	Prepara el equipo.
	5	Proporciona al médico guantes institucionales.
Médico Responsable	6	Coloca el espejo vaginal.
	7	Introduce hisopo para tomar el exudado del cervix.
Enfermera Asistencial	8	Colabora con el médico, proporciona el tubo de ensaye.
	9	Retira el espejo vaginal con suavidad.
	10	Etiqueta el tubo con nombre de la paciente, registro, No. de cama, fecha y estudio, después de ser tomada.
	11	Envía la muestra al Laboratorio junto con la requisición "Microbiología" (2430-05).
	12	Deja cómodo al paciente.
	13	Descontamina el equipo y lava sus manos.
	14	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería (2010-20).
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

30.EXUDADO CERVICOVAGINAL

Enfermera Asistencial y Médico Responsable





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

OBJETIVO ESPECÍFICO

Evitar el acumulo de secreciones bronquiales facilitando su expectoración o aspiración y prevenir complicaciones, como atelectasias, a través del drenaje postural, la percusión torácica y la espirometría incentivada.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- Conocer la anatomía y fisiología del tracto traqueo bronquial.
- Conocer los efectos de la cirugía y la inmovilización, sobre la expansión y la ventilación pulmonar, así como el proceso patológico de la atelectasia.
- Enseñar a la paciente a toser y respirar profundamente, en forma eficaz.
- Proporcionar fisioterapia pulmonar profiláctica y terapéutica.
- Monitorizar y evaluar, signos vitales y saturación de oxígeno, antes, durante y después del procedimiento.
- Identificar las contraindicaciones para realizar la fisioterapia pulmonar:
 - No aplicar drenaje postural en posición de trendelenburg a pacientes con hipertensión intracraneal, cardiopatía aguda, fracturas de columna o que hayan terminado de comer (esperar de 1 a 2 horas.).
 - Evitar percutir sobre la columna vertebral, prominencias óseas, glándulas mamarias, región hepática y renal.
 - No aplicar percusión, a pacientes con fracturas costales, de columna, tórax inestable, hemorragia o embolia pulmonar, mastectomía, metástasis costales y neumotórax.
 - Suspender el procedimiento, si la paciente presenta taquicardia, palpitaciones, disnea o dolor torácico
- Proporcionar sesiones de 15 a 20 minutos
- Preparar material y equipo:
 - Mascarilla con boquilla inflable
 - Pañuelos desechables
 - Estetoscopio
 - Espirómetro o inspirometro
 - Almohadas
 - Toalla o sábana clínica

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN PERCUSIÓN TORÁCICA
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	2	Informa del procedimiento a la paciente, si se encuentra en estado de alerta
	3	Realiza lavado de manos e identifica los bronquios afectados, mediante auscultación y/o placas de RX
	4	Ayuda a la paciente a sentarse en el borde de la cama, con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante y los pies apoyados sobre un banco
	5	Cubre la espalda de la paciente, con una toalla o lienzo, para evitar irritación de la piel.
	6	Se coloca en la parte opuesta al área, que requiere el tratamiento.
	7	Percute la pared torácica, desde las costillas inferiores, hasta los hombros, en forma rítmica, utilizando la mascarilla o la mano, con el pulgar unido a los otros dedos, para formar un hueco, de 2 a 3 minutos.
	8	Suspende alternadamente las maniobras, para permitirle respirar y toser a la paciente.
	9	Deja en posición cómoda a la paciente
	10	Realiza anotaciones en hoja de enfermería
	11	Da cuidados posteriores al equipo.
		Termina Procedimiento

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DRENAJE POSTURAL
Enfermera (o) Asistencial	1	Realiza los pasos 1, 2, y 3 del procedimiento anterior.
	2	Ayuda a la paciente, a colocarse en la primera posición planificada para drenar (en caso de pacientes intubadas, solicitar ayuda al camillero).
	3	Asegura la comodidad y el apoyo de la paciente, utilizando almohadas y las diferentes posiciones que proporciona la cama.
	4	Le indica a la paciente que tosa y en caso necesario, aspira las secreciones.
	5	Cambia la posición de la paciente, para drenar el siguiente segmento y así sucesivamente, hasta completar toda la secuencia planificada (ver Fig. cuadro 1).
	6	Coloca a la paciente, en posición semifowler
	7	Realiza anotaciones en hoja de enfermería
	8	Da cuidados posteriores al equipo.
		Termina Procedimiento

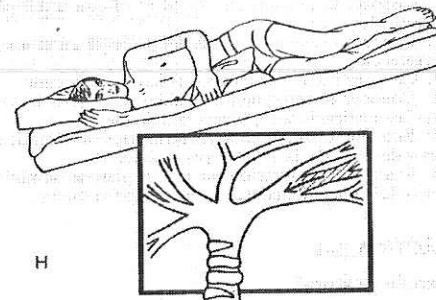
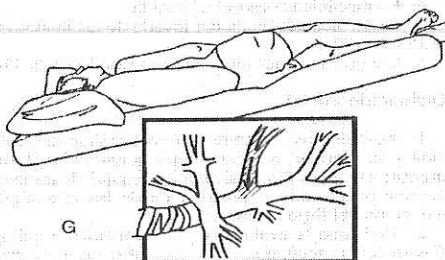
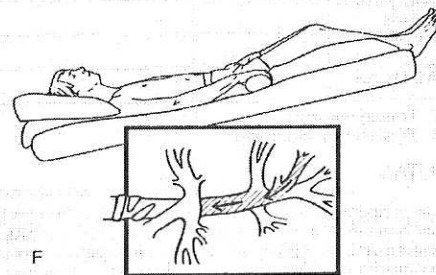
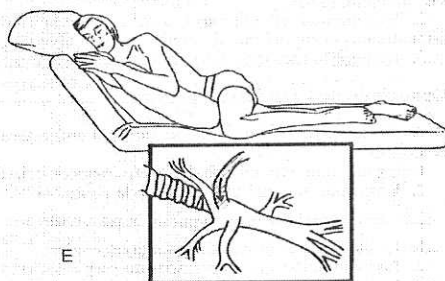
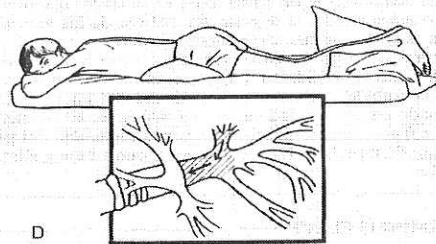
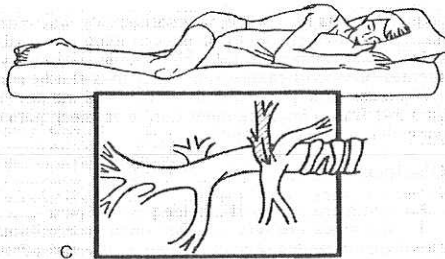
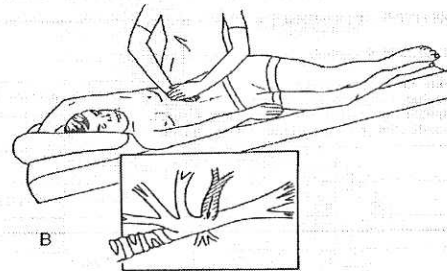
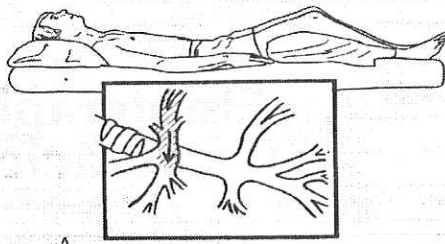
31. FISIOTERAPIA PULMONAR

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Repetir los pasos 1, 2, y 3 del procedimiento anterior
	2	Colocar a la paciente en posición de fowler, o bien, la ayuda a sentarse en el reposet
	3	Proporciona el espirómetro y le pide lo sostenga con las manos, en posición vertical
	4	Indicar a la paciente, ajustar los labios alrededor de la boquilla e inspirar o espirar profundamente, hasta levantar las bolas, que se encuentran dentro de las cámaras, mantener así durante tres segundos y después espirar lentamente
	5	Pedir a la paciente, que intente subir las bolas del espirómetro, hasta el techo de las cámaras, para incrementar el volumen inspirado
	6	Una vez alcanzado el volumen máximo, pide que repita el ejercicio 10 veces, con intervalos de descanso
	7	Deja en posición cómoda a la paciente
	8	Realiza anotaciones en hoja de enfermería.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

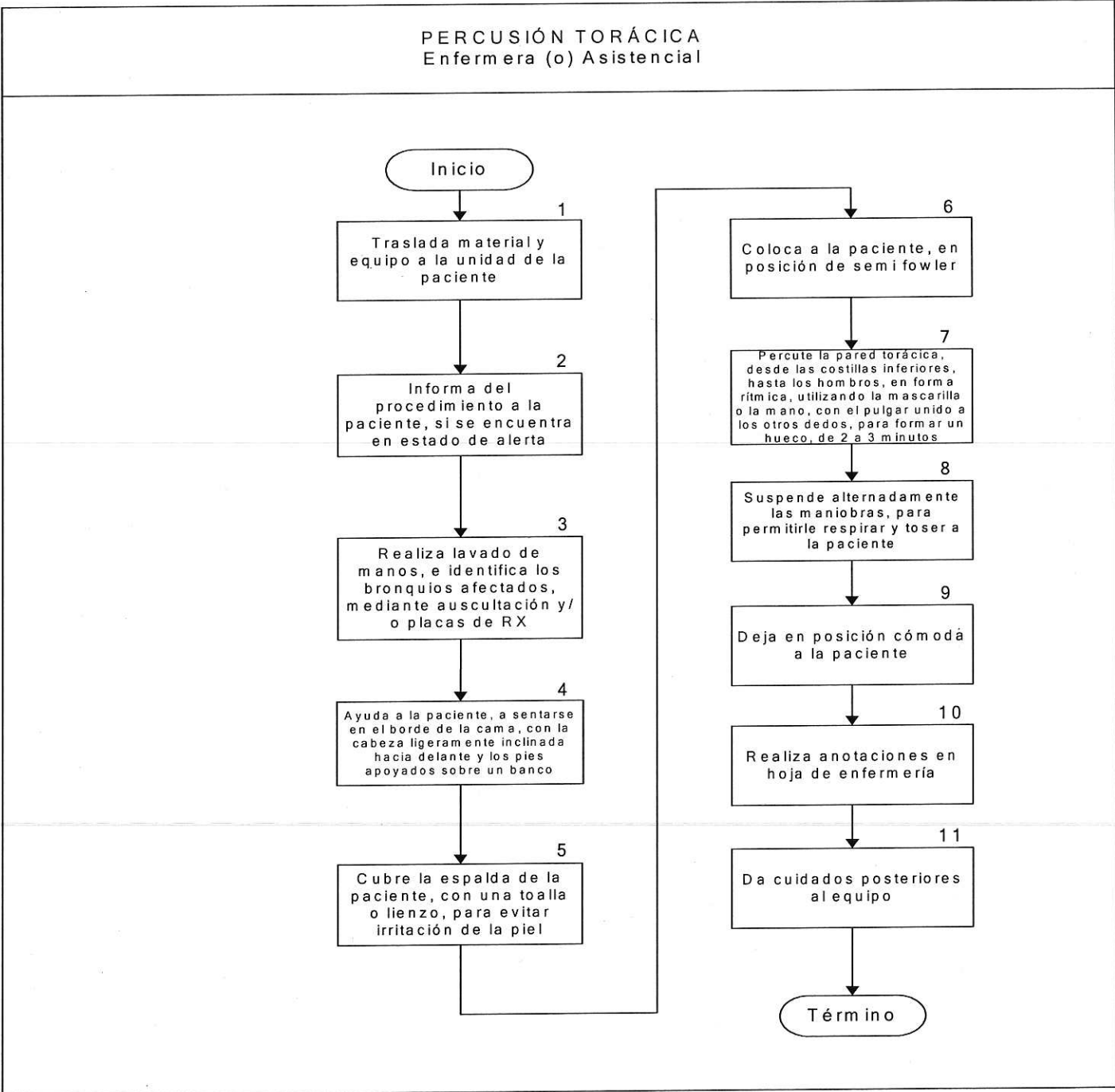
31. FISIOTERAPIA PULMONAR

88 SISTEMA PULMONAR

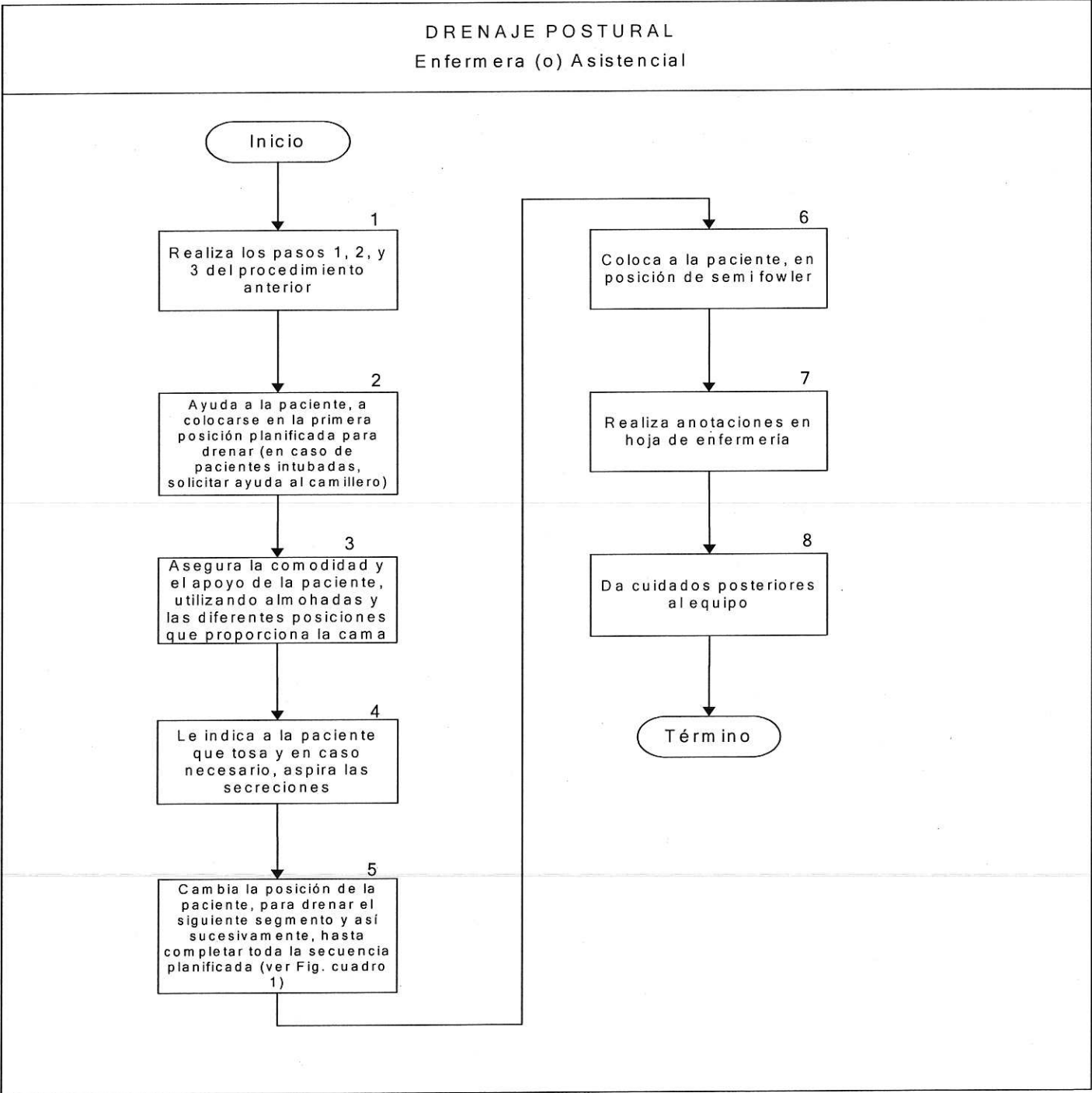


(La figura continúa en la pág. siguiente)

31. FISIOTERAPIA PULMONAR

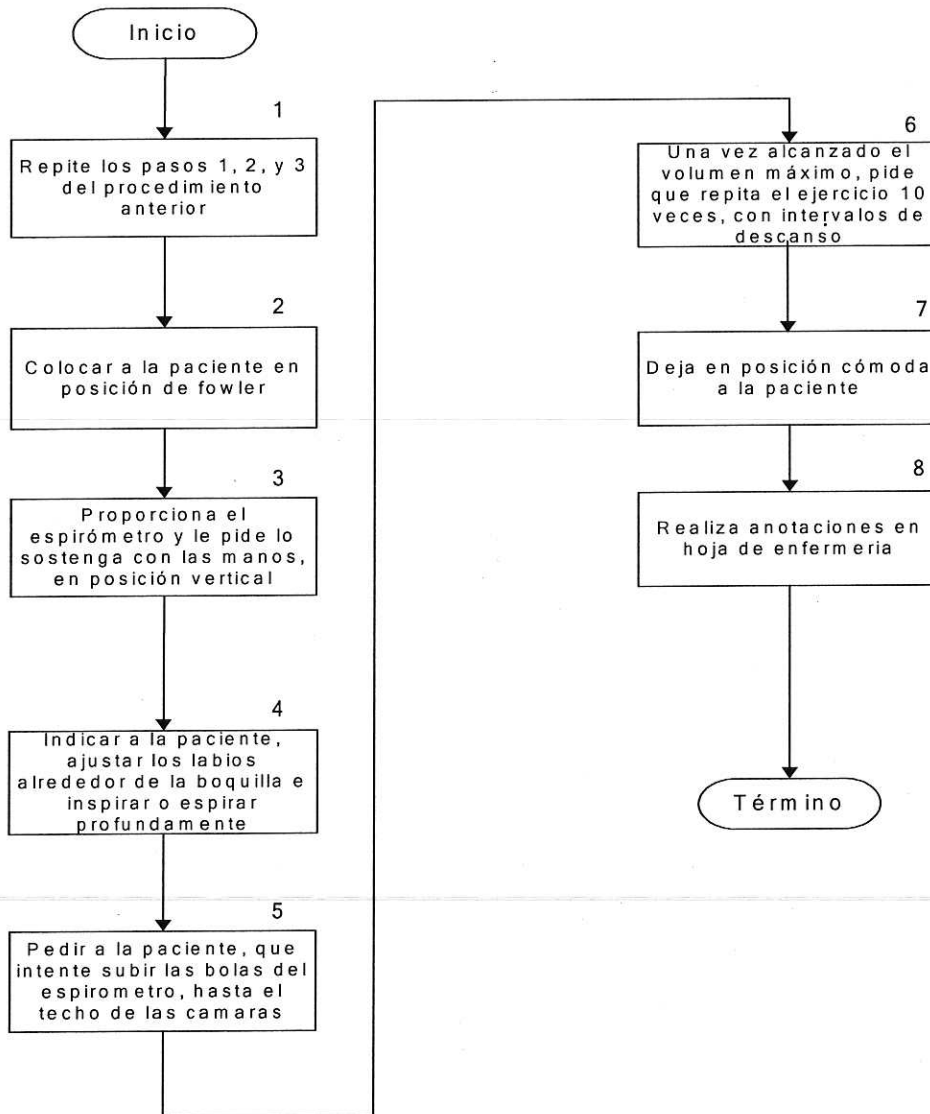


31. FISIOTERAPIA PULMONAR



31. FISIOTERAPIA PULMONAR

ESPIROMETRÍA INCENTIVADA
Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

32. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

32.- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

HOJA 2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

32. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

OBJETIVO ESPECÍFICO

Medir frecuencia y el ritmo de los latidos del corazón del feto a través del detector de latido fetal (Doppler), para detectar vitalidad.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

32. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.

- Verificar que el material y equipo se encuentren disponibles.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Valorar frecuencia cardíaca fetal a la semana 10 de gestación.
- Conocer la cifra normal de la frecuencia cardíaca; entre 120 – 160 latidos por minuto.
- Utilizar un medio de conducción (jalea hidrosoluble alcohol).
- Contar con el material y equipo necesario:
 - o Doppler.
 - o Torundas con alcohol.
 - o Reloj.

3. Del Equipo de Salud.

- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

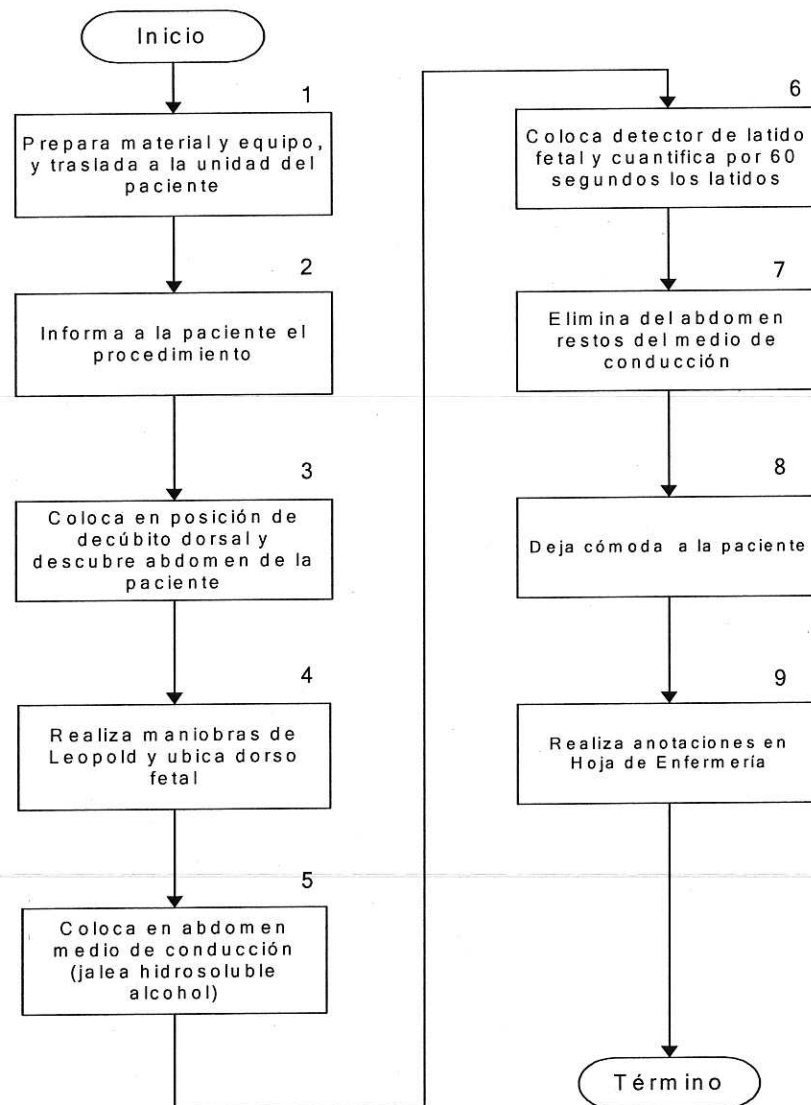
32. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Prepara material y equipo, y traslada a la unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente el procedimiento.
	3	Coloca en posición decúbito dorsal y descubre abdomen de la paciente.
	4	Realiza maniobras de Leopold y ubica dorso fetal.
	5	Coloca en abdomen medio de conducción (jalea hidrosoluble alcohol).
	6	Coloca detector de latido fetal y cuantifica por 60 segundos los latidos.
	7	Elimina del abdomen restos del medio de conducción
	8	Deja cómoda a la paciente
	9	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería (2010-20).
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

32. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

Enfermera (o) Asistencial





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar vitalidad y alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

De la Jefe de Servicio.

- Verificar que el material y equipo se encuentre disponible.

De la Enfermera Asistencial.

- Tomar frecuencia cardíaca fetal por 60 segundos cuando utilice estetoscopio de pinar.
- Valorar frecuencia cardíaca fetal a la semana 10 de gestación.
- Conocer la cifra normal de la frecuencia cardíaca entre 120 - 160 latidos por minuto.
- Utilice medio de conducción (jalea hidrosoluble alcohol).
- Contar con el material y equipo necesario.
- Torundas con alcohol.
- Reloj.
- Estetoscopio pinard.

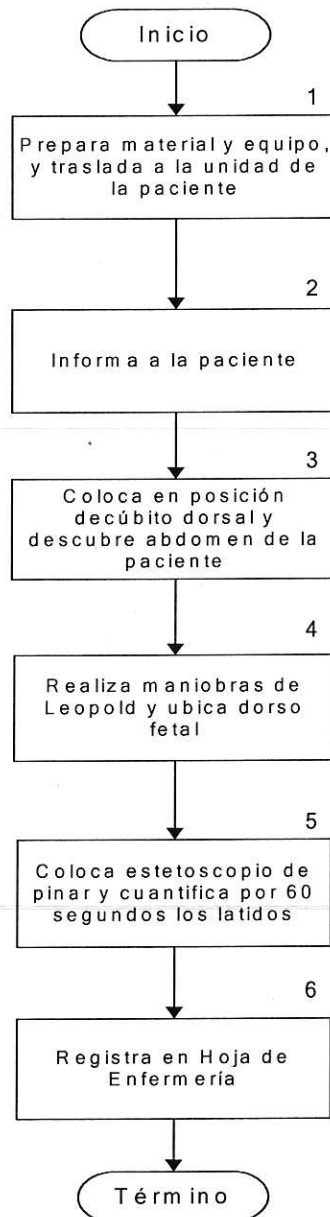
33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Prepara material y equipo, y traslada a la unidad de la paciente.
	2	Informa a la paciente el procedimiento.
	3	Coloca en posición decúbito dorsal y descubre abdomen de la paciente.
	4	Realiza maniobras de Leopold y ubica dorso fetal.
	5	Coloca estetoscopio de pinar y cuantifica por 60 segundos los latidos.
	6	Registra en hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

33. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

Enfermera (o) Asistencial





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

34. HEMOCULTIVO

34. HEMOCULTIVO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

34. HEMOCULTIVO

CONCEPTO

Un hemocultivo es un cultivo microbiológico de la sangre. Es un método diagnóstico en medicina empleado para detectar infecciones que se transmiten a través de torrente sanguíneo bacteriemia o septicemias

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

34. HEMOCULTIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Establece con certeza el diagnóstico etiológico, la identificación del microorganismo causal y el estudio de su sensibilidad a los antimicrobianos para elegir el tratamiento más eficaz.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

34. HEMOCULTIVO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. Del Jefe de Servicio.

- Verificar que el personal esté capacitado para colaborar con el médico, en la toma de hemocultivo.
- Verificar que se realice el procedimiento con técnica estéril.
- Verificar que se cuente con el material (frasco de cultivo).
- Las muestras de sangre para hemocultivos deben obtenerse por venopunción.
- El momento más adecuado para extraerlas debe coincidir con aquel en el que existe un mayor número de bacterias en sangre, lo que procede a la aparición de la fiebre.
- En muchos de nuestros hospitales la extracción se realiza cuando la temperatura aumenta por encima de 38,5°C
- La contaminación de los hemocultivos por microorganismos de la flora cutánea durante la extracción se evitará, en la medida de lo posible, con la adecuada preparación de la piel mediante una antisepsia adecuada

2. De la Enfermera Asistencial.

- Lavar las manos antes y después del procedimiento.
- Contar con el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Contar con la iluminación adecuada para la realización del procedimiento.
- Evitar el torniquete más de un minuto.
- Auxiliar al médico durante el procedimiento.
- Cumplir con la Norma 087 de RPBI.

Material y equipo necesarios (Kit para aseo de catéter o el siguiente material)

- 1 equipo para aseo de piel.
- 1 lámpara de chicote.
- 1 bulto con campos estériles.
- 1 frasco para toma de hemocultivo.
- 1 aguja hipodérmica calibre 19 a 23 y longitud de 2.5 a 2.8 cm.
- 1 Jeringa de 5, 10 ml estéril.
- 1 par de guantes.
- 1 bata desechable.
- 1 protector de hule
- 1 gorro desechable.
- 1 cubrebocas.
- Soluciones antisépticas.
- 1 Ligaduras.

3. Del Médico:

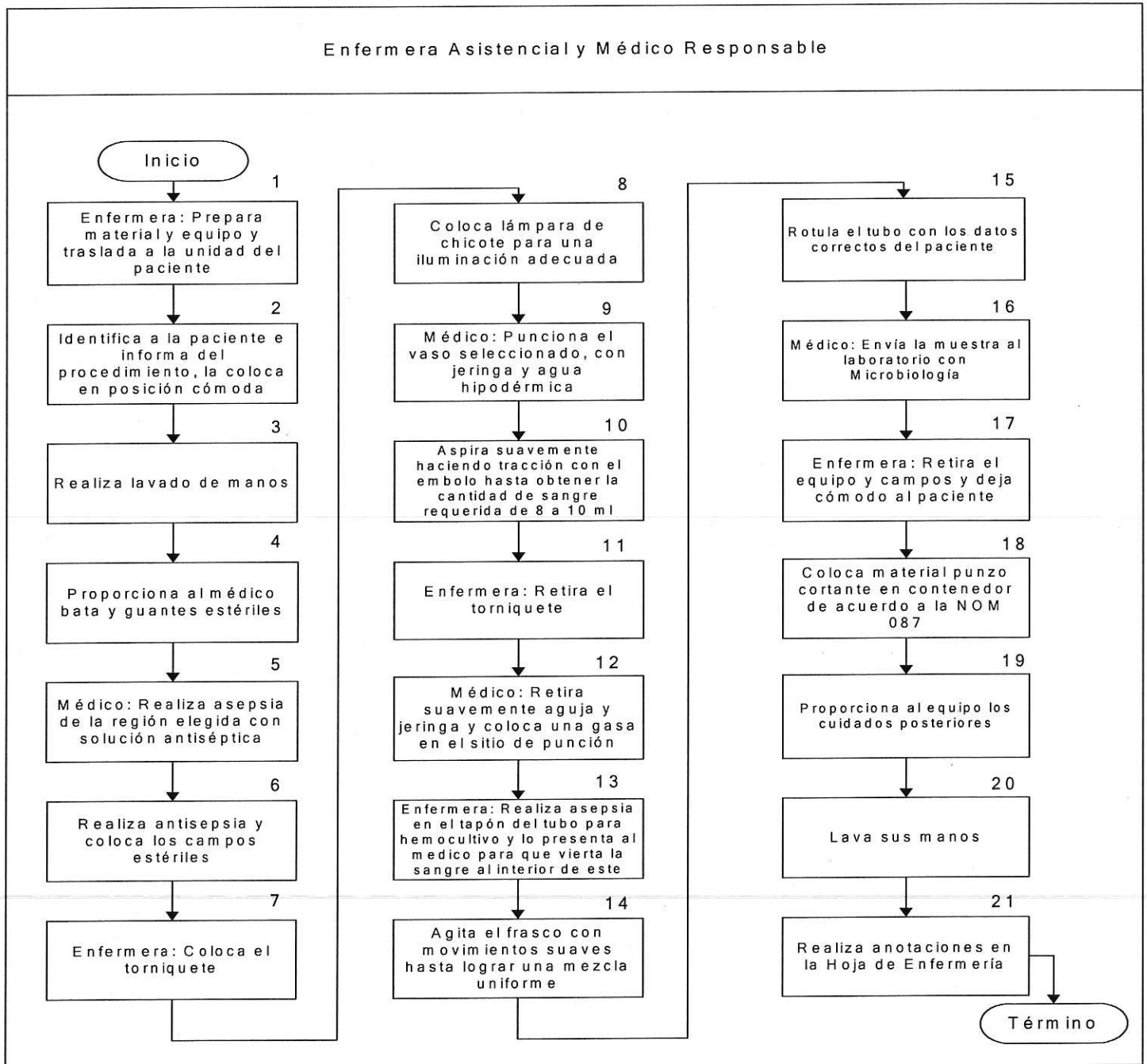
- Colocarse gorro y cubrebocas.
- Realizar lavado de manos con técnica quirúrgica.
- Realizar el procedimiento con técnica estéril.
- Evitar la contaminación de la muestra realizando asepsia de la región.

34. HEMOCULTIVO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Prepara material y equipo y se traslada a la unidad de la paciente.
	2	Identifica a la paciente e informa del procedimiento, la coloca en posición cómoda.
	3	Realiza lavado de manos.
	4	Proporciona al médico bata y guantes estériles.
Médico Responsable	5	Realiza asepsia de la región elegida con solución antiséptica.
Enfermera Asistencial	6	Realiza antisepsia y coloca los campos estériles.
	7	Coloca el torniquete.
Médico Responsable	8	Coloca lámpara de chicote para una iluminación adecuada.
	9	Punciona el vaso seleccionado, con jeringa y aguja hipodérmica.
Enfermera Asistencial	10	Aspira suavemente haciendo tracción con el émbolo hasta obtener la cantidad de sangre requerida de 8 a 10 ml.
	11	Retira el torniquete.
Médico Responsable	12	Retira suavemente aguja y jeringa y coloca una gasa en el sitio de punción.
Enfermera Asistencial	13	Realiza asepsia en el tapón del tubo para hemocultivo y lo presenta al médico para que vierta la sangre al interior de éste.
	14	Agita el frasco con movimientos suaves hasta lograr una mezcla uniforme.
	15	Rotula el tubo con los datos correctos del paciente.
	17	Retira equipo, campos y deja cómodo al paciente.
	18	Coloca material punzo cortante en contenedor de acuerdo a la NOM 087.
	19	Proporciona al equipo los cuidados posteriores.
	20	Lava sus manos.
	21	Realiza anotaciones en la Hoja de Enfermería
		Termina Procedimiento

34. HEMOCULTIVO

Enfermera Asistencial y Médico Responsable





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

CONCEPTO

Introducir un tubo de plástico maleable a través de la nasofaringe del paciente hasta el estómago para permitir tanto la extracción de secreciones gástricas como la introducción de soluciones en el estómago.



HOJA 3		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

OBJETIVOS

1. Alimentación del paciente a través de la sonda
2. Drenar líquido del estómago por aspiración o a gravedad
3. Mantener la cavidad gástrica vacía
4. Lavado gástrico

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del jefe de servicio

- ✓ Solicitar stock de sondas levín necesarias
- ✓ Vigilar que el personal aplique adecuadamente la técnica

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- ✓ Conocer y aplicar los principios de las precauciones universales
- ✓ Saber la anatomía y fisiología del aparato respiratorio
- ✓ Conocer la anatomía y fisiología del aparato digestivo alto
- ✓ Monitorizar signos vitales y saturación de oxígeno durante el procedimiento
- ✓ Colocar la sonda en refrigeración, para aumentar su rigidez y facilitar su introducción
- ✓ Preparar material y equipo:
 - Mesa Pasteur
 - Riñón y vaso de acero inoxidable de 250 ml.
 - Tijeras
 - Equipo de succión intermitente (opcional)
 - Sonda Levin de. 16 o 18 Fr.
 - Jeringa desechable de 20 c.c.
 - Fijación para sonda nasogástrica o parche de micropore
 - Solución de benjuí
 - Lubricante hidrosoluble
 - Guantes desechables
 - Bolsa colectora
 - Llave de tres vías
 - Cubre bocas
 - Estetoscopio
 - 1 toalla.

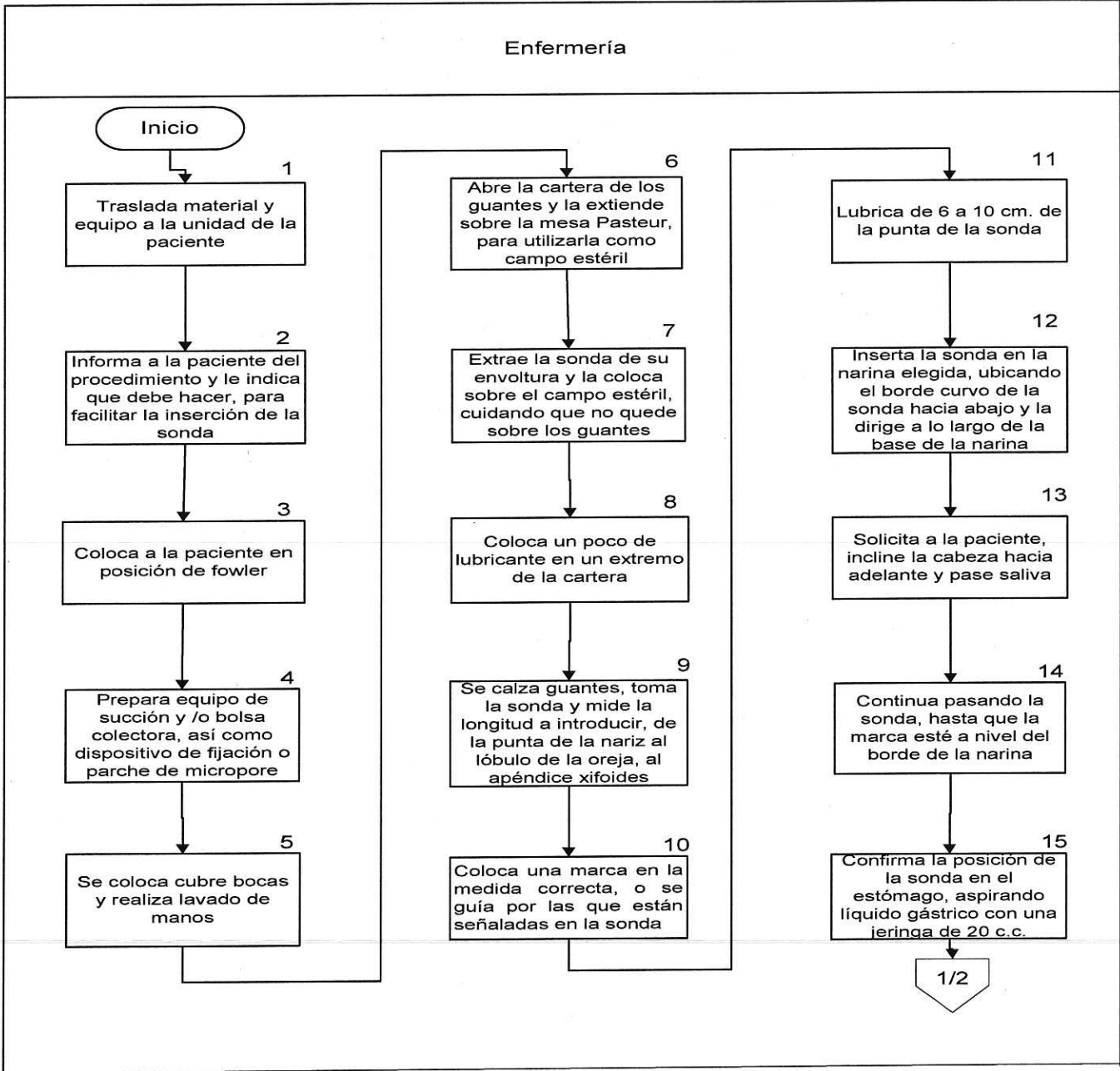
35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermería	1	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente y explica el procedimiento a realizar, indicándole lo que debe hacer, para facilitar la inserción de la sonda
	2	Realiza el lavado de manos.
	3	Coloca a la paciente en posición fowler con hiperextensión del cuello (Posición Rossiere)
	4	Prepara equipo de succión y/o bolsa colectora, así como dispositivo de fijación o parche de micropore y organiza el material que va a utilizar
	5	Coloca cubre bocas y realiza lavado de manos
	6	Abre la cartera de los guantes y la extiende sobre la mesa Pasteur, para utilizarla como campo estéril
	7	Extrae la sonda de su envoltura y la coloca sobre el campo estéril, cuidando que no quede sobre los guantes
	8	Coloca un poco de lubricante en un extremo de la cartera
	9	Calza los guantes, toma la sonda y mide la longitud a introducir, de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja, al apéndice xifoides
	10	Coloque una marca en la medida correcta, o se guía por las que están señaladas en la sonda
	11	Lubrica de 6 a 20 cm. de la punta de la sonda. Advierte al paciente que la inserción va a comenzar, insiste en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante el procedimiento.
	12	Inserta la sonda en la narina elegida, ubicando el borde curvo de la sonda hacia abajo y la dirige hacia atrás y hacia abajo en dirección de la oreja.
	13	Solicita a la paciente, incline la cabeza hacia adelante y pase saliva después de que el tubo ha pasado por la nasofaringe para cerrar la glotis y disminuir el riesgo de que la sonda entre a tráquea.

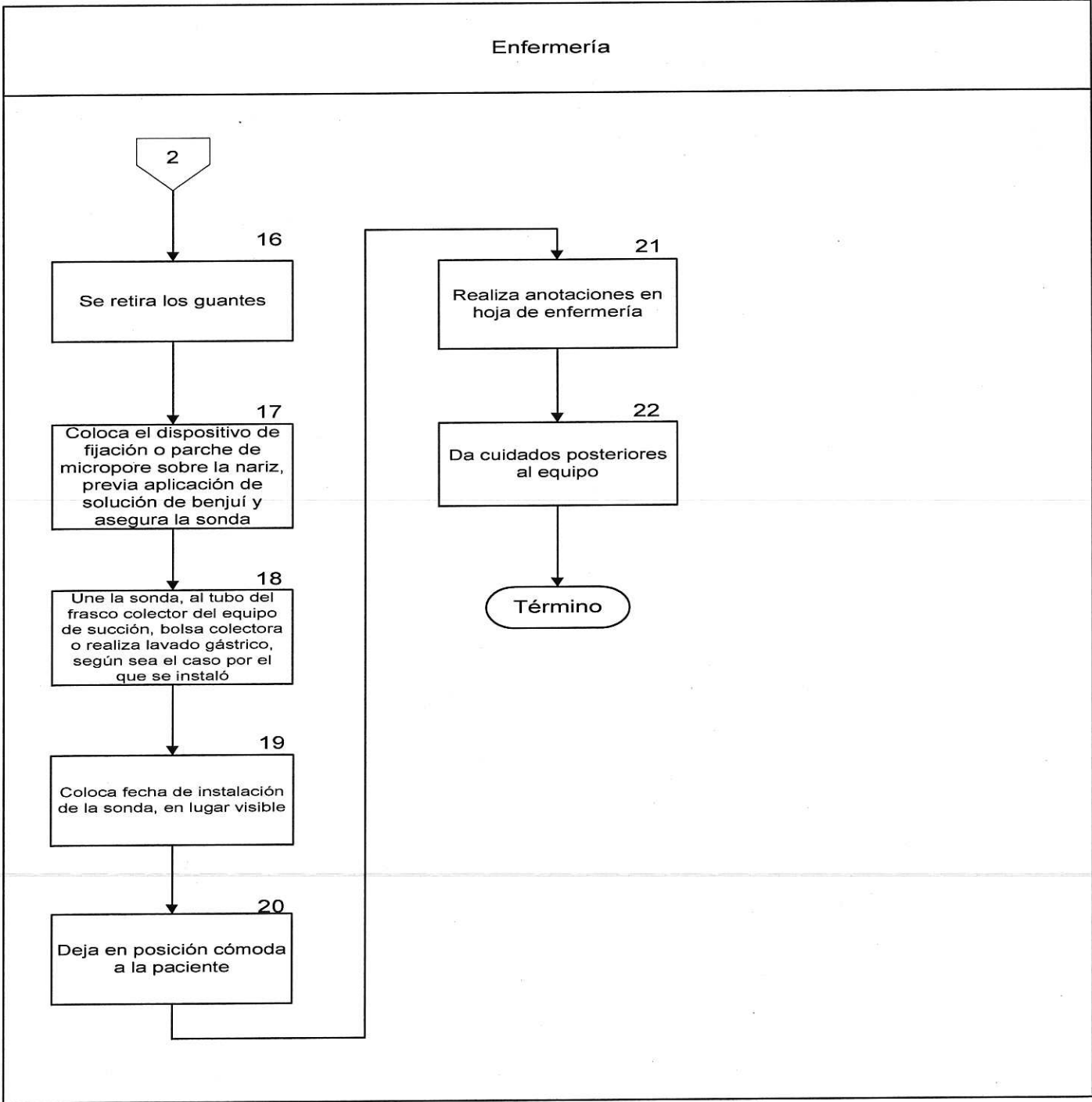
35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

	14	<p>Continua pasando la sonda girándola a 180 grados (para reducir la fricción), avance la sonda cada vez que el paciente deglute hasta que la marca esté a nivel del borde de la nariz.</p> <p>*No forzar la sonda cuando encuentre resistencia o el paciente presente arcadas, se atragante o se ponga cianótico, pare y tire hacia atrás un poco. Revise la posición de la sonda en la pared posterior de la garganta.</p>
	15	Confirma la posición de la sonda en el estómago, aspirando líquido gástrico con una jeringa de 20 c.c.
	16	Retira los guantes
	17	Coloca el dispositivo de fijación y asegura la sonda
	18	Une la sonda, al tubo del frasco colector del equipo de succión, bolsa colector o realiza lavado gástrico, según sea el caso por el que se instaló. Coloca un segundo dispositivo de fijación, sobre el hombro para mejor fijación de la sonda.
	19	Coloca fecha de instalación de la sonda, en lugar visible y los centímetros que quedan fuera como referencia
	20	Deja en posición cómoda a la paciente
	21	Realiza anotaciones en hoja de enfermería
	22	Da Cuidados posteriores al equipo
		Termina Procedimiento

35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA



35. INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS



HOJA 2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar y dar atención oportuna e inmediata a pacientes con datos clínicos de efectos adversos al paso de medicamentos y otras sustancias, para evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida y estancia hospitalaria.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

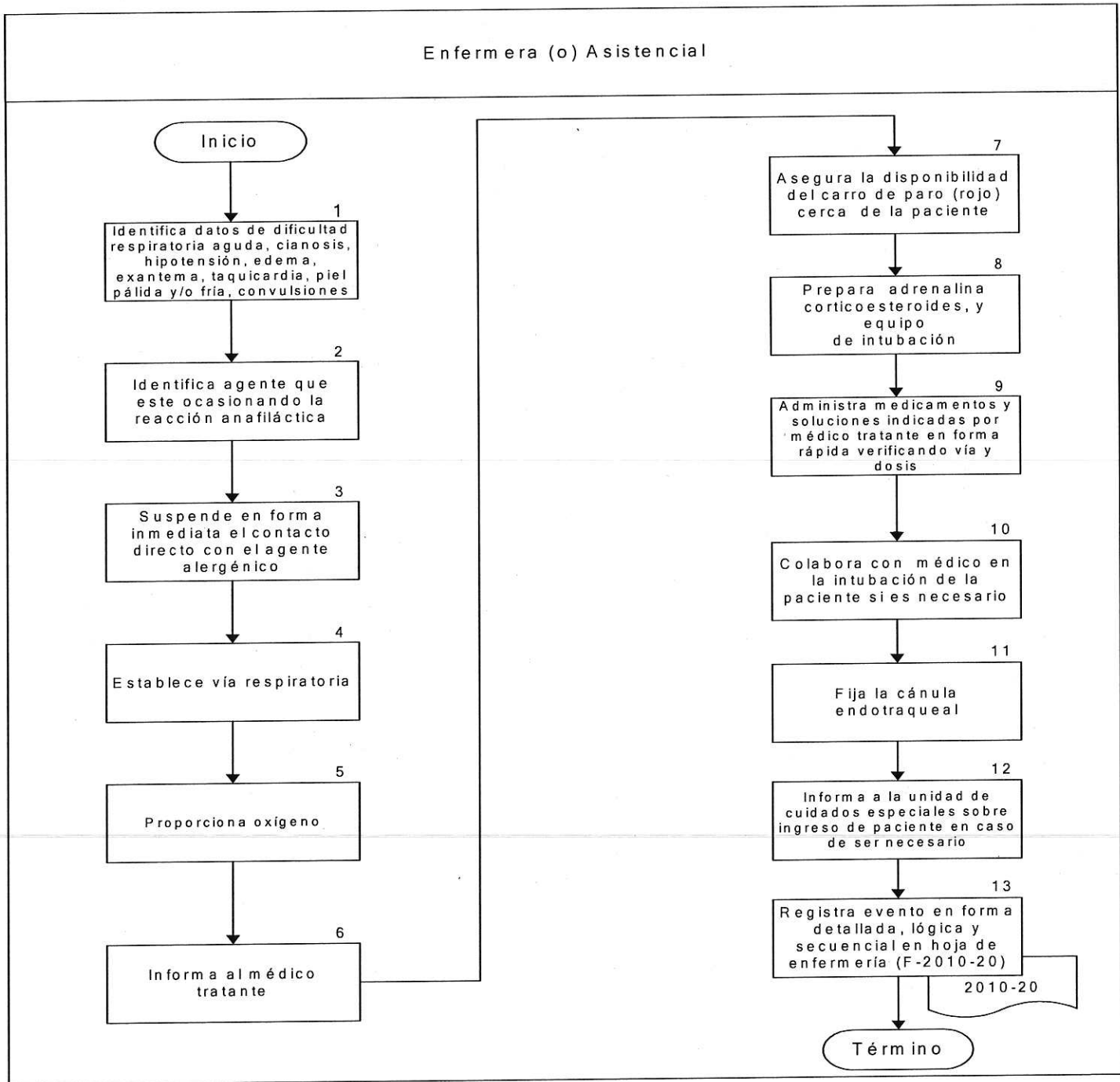
1. De la Jefa de Servicio.
 - Asegurar que el personal a su cargo conozca la presente norma técnica.
 - Asegurar que se cuente con el equipo y el material necesarios para el desarrollo seguro del procedimiento.
2. De la Enfermera (o) Asistencial.
 - Deberá conocer la presente norma técnica.
 - Deberá contar con los conocimientos disciplinares necesarios para intervenir oportunamente y de manera segura en colaboración con el equipo de salud involucrado en la atención de la paciente.
 - Corroborar la regla de oro en la administración de medicamentos.
 - Asegurar la utilización inmediata de equipo y material.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Identifica datos de dificultad respiratoria aguda, cianosis, hipotensión, edema, exantema, taquicardia, piel pálida y/o fría, convulsiones.
	2	Identifica agente que este ocasionando la reacción anafiláctica.
	3	Suspende en forma inmediata el contacto directo con el agente alergénico.
	4	Establece vía respiratoria.
	5	Proporciona oxígeno.
	6	Informa al médico tratante.
	7	Asegura la disponibilidad del carro de paro (rojo) cerca de la paciente.
	8	Prepara adrenalina corticoesteroides, y equipo de intubación.
	9	Administra medicamentos y soluciones indicadas por médico tratante en forma rápida verificando vía y dosis.
	10	Colabora con médico en la intubación de la paciente si es necesario.
	11	Fija la cánula endotraqueal.
	12	Informa a la unidad de cuidados especiales sobre ingreso de paciente en caso de ser necesario.
	13	Registra evento en forma detallada, lógica y secuencial en Hoja de Enfermería (2500-10)
		Termina Procedimiento

36. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

37. LAVADO DE MANOS

37. LAVADO DE MANOS

HOJA 2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

37. LAVADO DE MANOS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir la flora residente y transitoria de la piel de las manos, para evitar o disminuir la presencia de infecciones nosocomiales

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

37. LAVADO DE MANOS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. De la Jefe de Servicio y del Personal Asistencial

- Conocer, aplicar y realizar la nueva técnica y recomendaciones internacionales sobre el lavado de manos que el departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención difundió a través de un folleto.
- Conocer que el lavado de manos es la principal y primera estrategia para evitar las infecciones nosocomiales.

Dentro de las unidades hospitalarias, el lavado de manos que realiza el personal de salud, debe ser riguroso para el manejo previo y posterior de cualquier enfermo, sobre todo en las áreas de mayor riesgo como son las terapias intensivas, áreas neonatales y quirófano.

La OMS en el año 2006, publica una guía clínica de lavado de manos con recomendaciones específicas, las cuales están basadas en evidencias de la literatura internacional, tomando en cuenta las áreas de las manos que la técnica anterior no recibía un cuidado especial, como lo indican en las zonas marcadas en el esquema.

Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas o manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospecha fundada o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular, así como después de ir al baño.

Proceder a la higiene de las manos:

- a) Antes y después del contacto directo con pacientes
- b) Después de quitarse los guantes.
- c) Antes de manipular un dispositivo invasivo (se usen guantes o no) como parte de la asistencia al paciente.
- d) Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta y vendajes de heridas.
- e) Atención al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

37. LAVADO DE MANOS

- f) Después de tener contacto con objetos inanimadas (incluso equipo médico) en la inmediata vecindad del paciente.
- Lavarse las manos con agua y jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación de gel con base de alcohol antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
 - No se recomienda utilizar simultáneamente jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación con base de alcohol para el lavado de manos.
 - La realización de la técnica de lavado de manos con agua y jabón asegura que de 40 a 60 segundos se tienen las manos totalmente limpias.
 - El uso del gel en el lavado de manos asegura su limpieza en 20 a 30 segundos.
 - La institución tiene la obligación de proporcionar al personal de salud productos para el lavado de manos eficaces y poco irritantes.
 - Solicitar al personal usuario la evaluación de los productos utilizados respecto a la textura, olor y tolerancia cutánea.
 - Solicitar a los fabricantes información de sus productos.
 - Asegurar dispensadores suficientes y accesibles.
 - No añadir o rellenar despachadores a medio uso.
 - Incluir dentro de los cursos de capacitación el lavado de manos.
 - Solicitar a los proveedores soluciones (cremas, lociones o emolientes ante la presencia de reacciones adversas por el uso de las sustancias utilizadas).
 - El uso de guantes no sustituye la limpieza de manos por fricción o lavado.
 - Utilizar guantes siempre cuando se manejen líquidos corporales (medida estándar de seguridad), mucosas y piel con pérdida de la continuidad.
 - Cambiar guantes durante la atención del paciente cuando se pase de un área contaminada o sucia a una limpia.
 - Evitar el uso de uñas postizas.
 - Mantener las uñas naturales cortas y alineadas.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

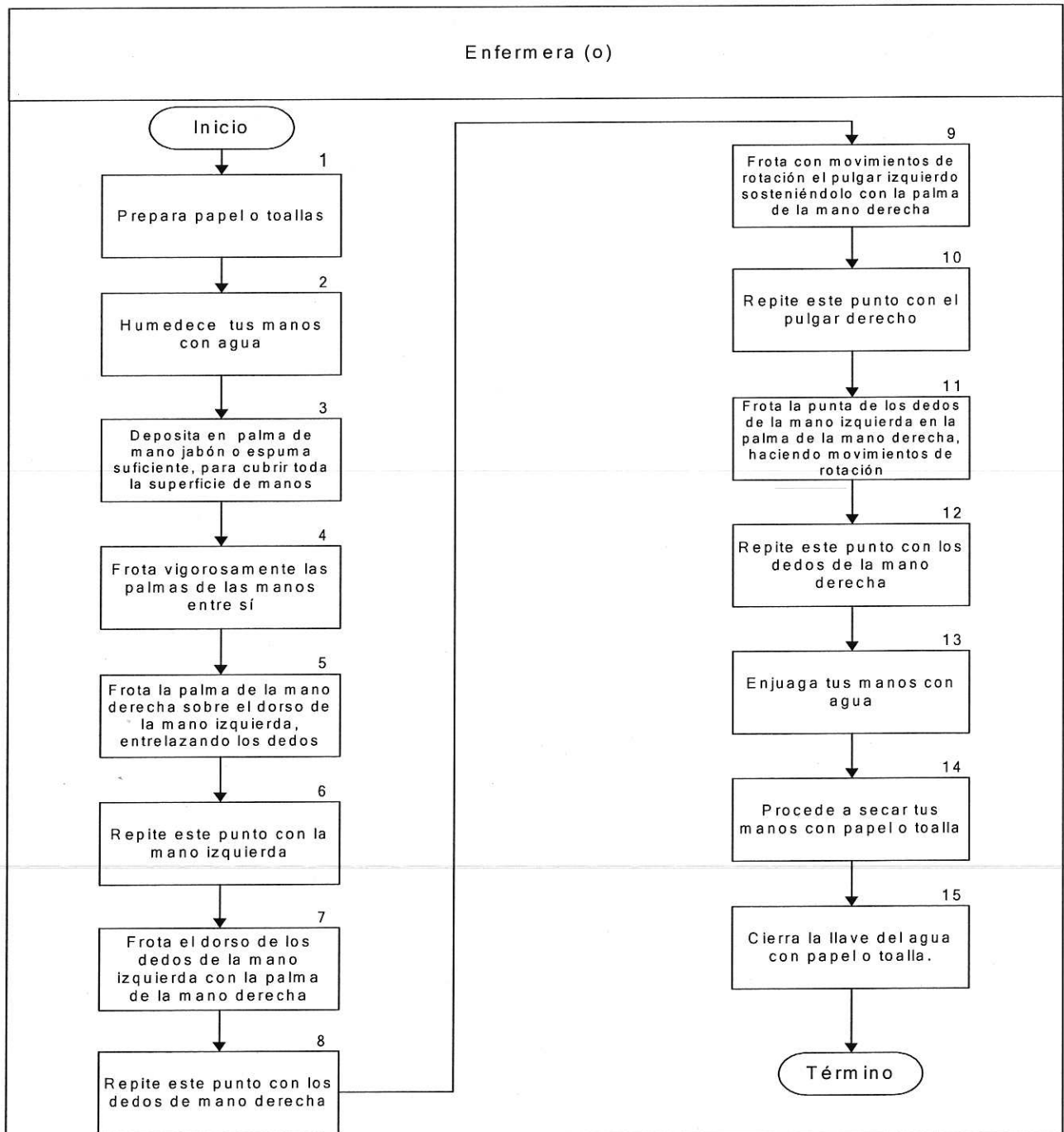
37. LAVADO DE MANOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o)	1	Prepara papel o toallas.
	2	Humedece tus manos con agua.
	3	Deposita en palma de mano jabón o espuma suficiente, para cubrir toda la superficie de manos.
	4	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	5	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	6	Repite este punto con la mano izquierda.
	7	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha.
	8	Repite este punto con los dedos de mano derecha.
	9	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	10	Repite este punto con el pulgar derecho.
	11	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	12	Repite este punto con los dedos de la mano derecha.
	13	Enjuaga sus manos con agua.
	14	Procede a secar sus manos con papel o toalla.
	15	Cierra la llave del agua con papel o toalla.

Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

37. LAVADO DE MANOS

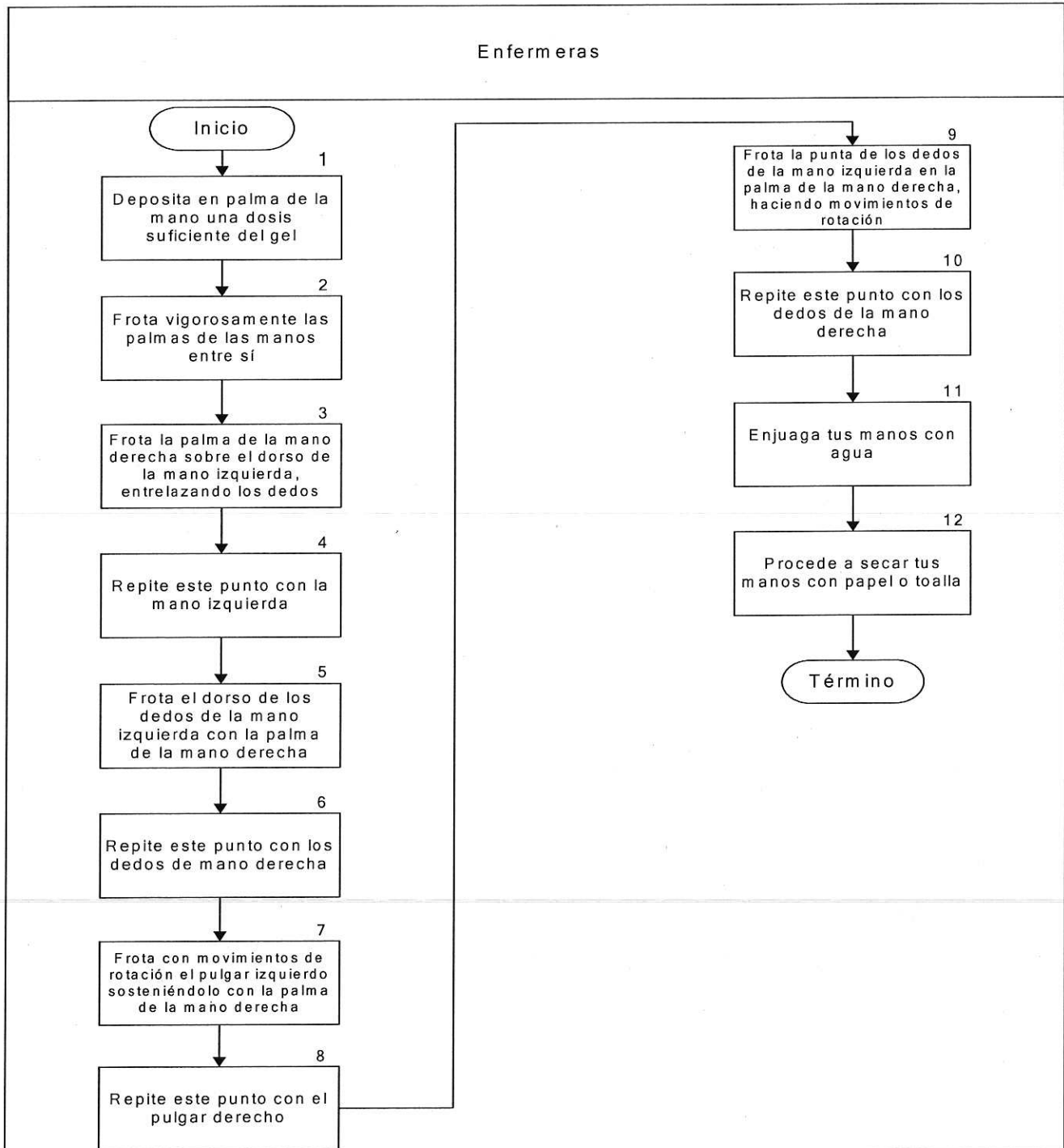


37. LAVADO DE MANOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN LAVADO DE MANOS CON GEL A BASE DE ALCOHOL
Enfermeras	1	Deposita en palma de la mano una dosis suficiente del gel.
	2	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	3	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	4	Repite este punto con la mano izquierda.
	5	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha.
	6	Repite este punto con los dedos de mano derecha.
	7	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	8	Repite este punto con el pulgar derecho.
	9	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	10	Repite este punto con los dedos de la mano derecha.
	11	Enjuaga tus manos con agua.
	12	Procede a secar tus manos con papel o toalla. Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

37. LAVADO DE MANOS





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar el cambio de apósito de una herida quirúrgica, con la finalidad de disminuir el riesgo de infección.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

Jefe de servicio.

- Verificar que el equipo y el material estén disponibles.
- Verificar que el personal a su cargo realice el cambio de apósito mediante la técnica establecida.

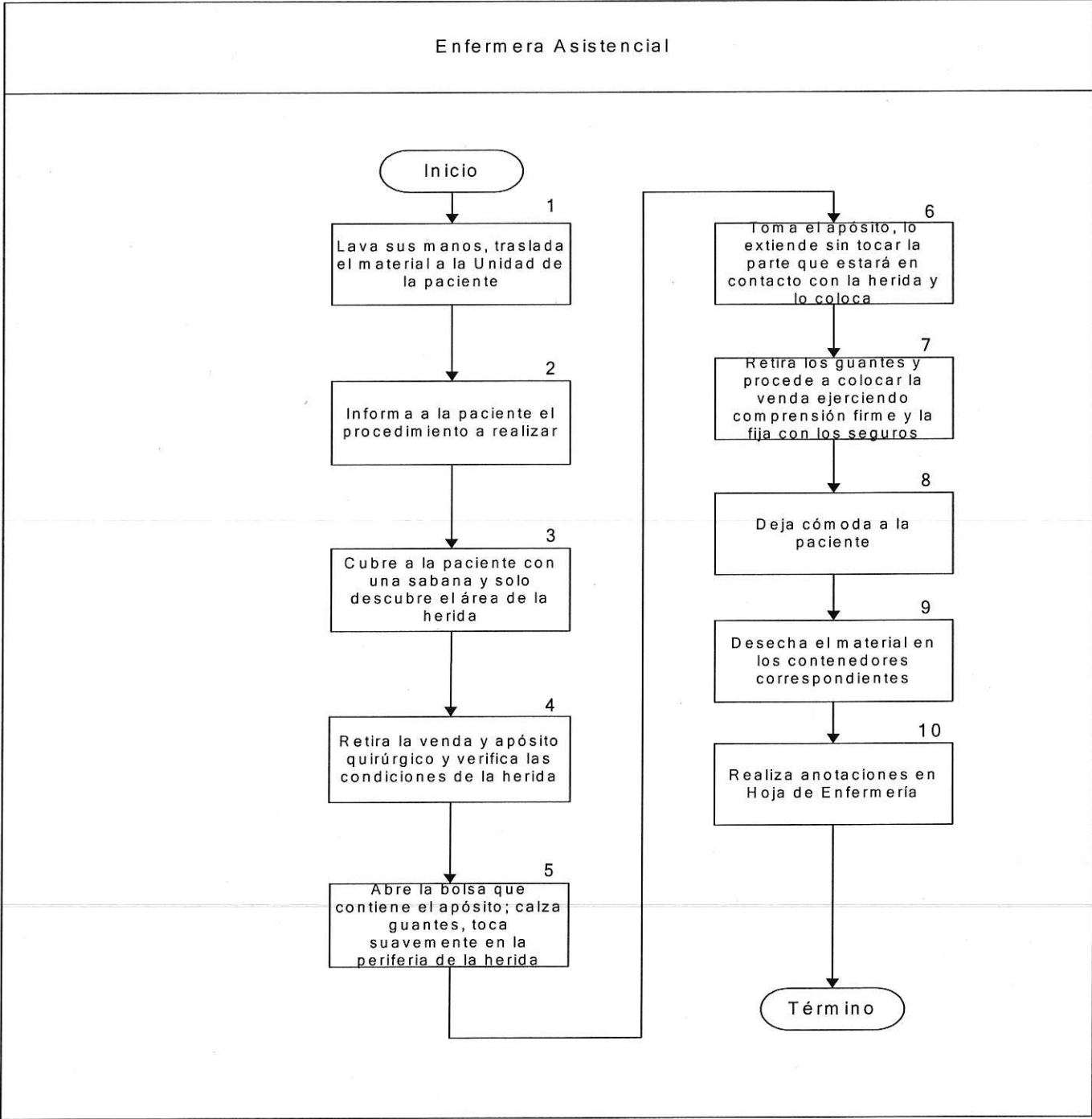
Enfermera asistencial.

- Mantener la individualidad de la paciente.
- Lavar sus manos antes y después de manipular a un paciente.
- Evitar manipular el apósito quirúrgico dentro de las primeras 24 horas posterior al evento quirúrgico.
- Verificar las condiciones de la herida quirúrgica, y reportar cualquier anomalía en la zona con la finalidad de prevenir infecciones nosocomiales como se marca en la norma 002.
- Utilizar guantes estériles y cubre bocas para el cambio de apósito quirúrgico.
- Contar con el material y equipo necesario (guantes estériles, cubre bocas, apósito estéril, soluciones antisépticas, solución fisiológica, agua estéril).
- Colocar el material utilizado en los contenedores correspondientes, según la norma 087 de manejo de residuos biológico infecciosos.
- Cambiar el apósito en caso de que se encuentre con sangrado abundante o secreciones y hasta el momento del retiro del apósito

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Lava sus manos, traslada el material a la Unidad de la paciente.
	2	Informa a la paciente el procedimiento a realizar.
	3	Cubre a la paciente con una sábana y sólo descubre el área de la herida.
	4	Retira la venda y apósito quirúrgico y verifica las condiciones de la herida.
	5	Abre la bolsa que contiene el apósito; calza guantes, toca suavemente en la periferia de la herida.
	6	Toma el apósito, lo extiende sin tocar la parte que estará en contacto con la herida y lo coloca.
	7	Retira los guantes y procede a colocar la venda ejerciendo compresión firme y la fija con los seguros.
	8	Deja cómoda a la paciente.
	9	Desecha el material en los contenedores correspondientes.
	10	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento.

38. MANEJO DE APÓSITO QUIRÚRGICO



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

OBJETIVO ESPECÍFICO

Contar con información especializada y unificar criterios en el manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos para dar cumplimiento a la legislación en materia ambiental y minimizar los riesgos del personal involucrado en el manejo de residuos hospitalarios.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN DEL:

1. Jefe del Servicio.

- Verificar la adecuada separación de los residuos infecciosos.

2. Del Personal de Enfermería.

- Tener los cuidados de higiene necesarios antes y después del procedimiento.
- Conocer la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECO-95, sobre Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
- Identificar, clasificar, separar y envasar los Residuos Biológico Infecciosos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.
- Clasificar y separar los Residuos Sólidos Municipales:
 - o Papel en general (impresión, papel bond y carbón, periódico, revistas, entre otros).
 - o Cartón.
 - o Envolturas y envases de alimentos y bebidas.
 - o Cajas de cartón y laminados sin medicamentos.
 - o Empaques secundarios o envolturas desechables de material de curación.
 - o Restos de alimentos del personal de la unidad (orgánicos).
 - o Latas de metal y aluminio (inorgánicos).
 - o Cigarros y colillas.
 - o Papel higiénico y toallas sanitarias de baños.
 - o Restos de madera o jardinería.
 - o Vidrio.
- Clasifica y separa los CRETIB (residuos peligrosos, que significan Corrosivos, Reactivos, Explosivos, Tóxicos, Inflamables y Biológico-Infecciosos):

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

- Grupo 1 Sangre (sangre, paquete globular, plasma y suero, vacutainer con sangre y tubos con sangre).
 - Grupo 2 Cultivos y cepas (cajas de petri desechables que contengan medios de cultivo y agentes biológicos (vacunas)).
 - Grupo 3 No anatómicos (jeringas sin aguja, guantes, cubrebocas, gasas, algodón y compresas, abatelenguas, mangueras, sondas y equipos de venoclisis, cinta microporo y tela adhesiva, utensilios desechables de pacientes, papel higiénico y toallas sanitarias de baño de paciente).
 - Grupo 4 Patológicos (orina y heces tanto de pacientes como de animales, expectoraciones y aspirados, cadáveres de animales, órganos y tejidos corporales, biopsias y vísceras).
 - Grupo 5 Objetos Punzo-cortantes (jeringas con aguja, agujas, frascos viales de vacuna, bisturíes, cristalería rota que se haya contaminado con algún residuo biológico, rastrillos, navajas, lancetas, pipetas y catéteres con aguja metálica).
- Tener el equipo debidamente preparado.



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

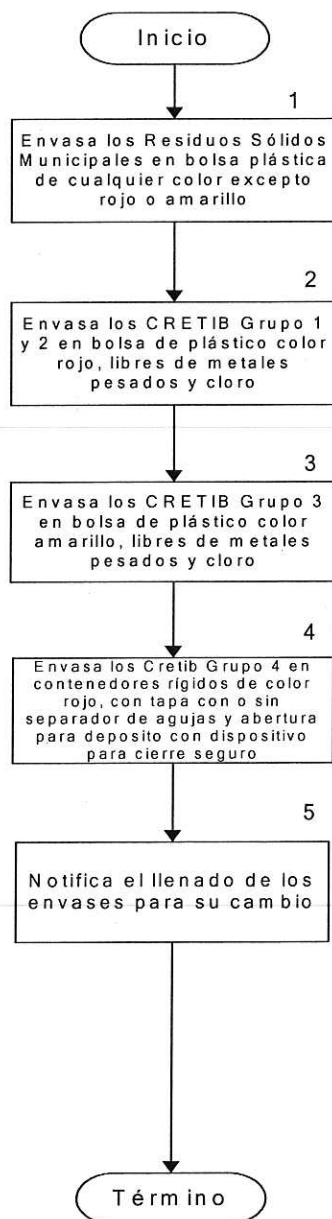
39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o)	1	Envasa los Residuos Sólidos Municipales en bolsa plástica de cualquier color excepto rojo o amarillo.
	2	Envasa los CRETIB Grupo 1 y 2 en bolsa de plástico color rojo, libres de metales pesados y cloro, con la leyenda "Peligro Residuos Peligrosos Biológico Infeccioso" y el Símbolo Universal de Riesgo Biológico.
	3	Envasa los CRETIB Grupo 3 en bolsa de plástico color amarillo, libres de metales pesados y cloro, con la leyenda "Peligro Residuos Peligrosos Biológico Infeccioso" y el Símbolo Universal de Riesgo Biológico.
	4	Envasa los CRETIB Grupo 4 en contenedores rígidos de color rojo, con tapa con o sin separador de agujas y abertura para depósito con dispositivo para cierre seguro, libres de metales pesados y cloro y con el símbolo Universal de Riesgo Biológico.
	5	Notifica el llenado de los envases para su cambio. Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

39. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (NORMA 087 RPBI)

Enfermera (o)





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar a partir de la palpación abdominal la presentación, posición, situación y actitud fetal en relación a la madre.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación del Jefe(a) del Servicio:

- Revisar la correcta realización del procedimiento.

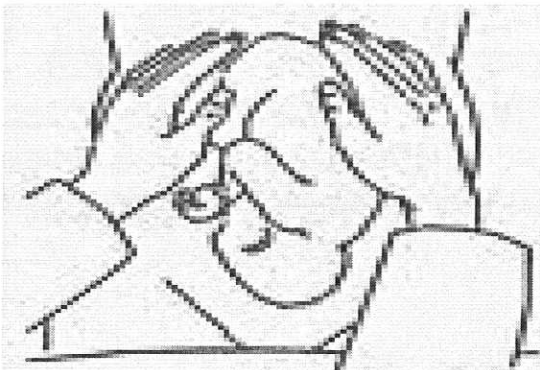
Será responsabilidad de el/la Enfermero(a) Asistencial:

- Realizar de manera sistemática y continua (en cada consulta) las Maniobras de Leopold a las pacientes hospitalizadas y en trabajo de parto, se recomienda que dicho procedimiento sea realizado a partir de la semana 28 de gestación.
- Repetir las maniobras en caso necesario para verificar de manera precisa la situación y posición de las partes fetales.
- Realizar el procedimiento a fin de localizar de manera rápida y precisa la frecuencia cardiaca fetal.
- Notificar a el/la médico(a) tratante sobre los hallazgos encontrados en la paciente, a fin de garantizar el diagnóstico oportuno.

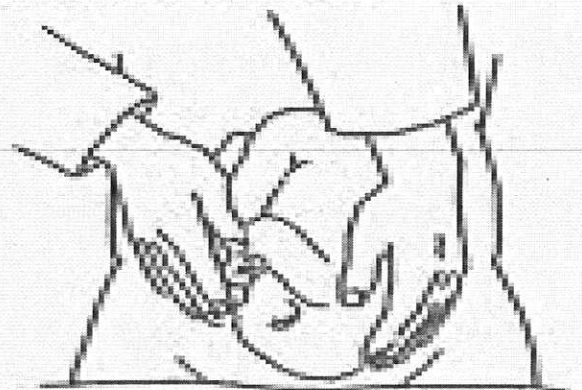
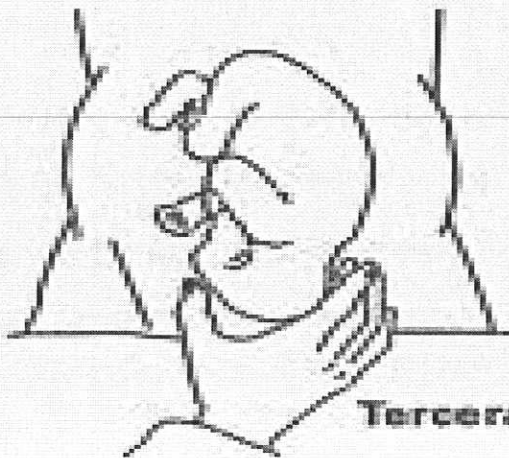
Será obligación del Equipo de Salud:

- Respetar la individualidad de las pacientes y proporcionar un trato digno en todo momento.
- Efectuar el correcto lavado de manos antes y después de la atención de la paciente, así como al finalizar el procedimiento.

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD



Primera y segunda palpitaciones



Tercera y cuarta palpitaciones

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera(o) Asistencial	1	Explica a la paciente el procedimiento a realizar.
	2	Coloca a la paciente en decúbito supino y descubre el abdomen de la paciente. PRIMERA MANIOBRA
	3	Mira hacia la cabeza de la paciente y delimita el fondo uterino con las puntas de los dedos de ambas manos para determinar situación y la naturaleza del polo fetal.
	4	Cuando en el fondo uterino está la cabeza fetal, se percibe como una masa dura, redonda y menos móvil. SEGUNDA MANIOBRA
	5	Coloca ambas manos, una de cada lado del abdomen, sostiene el útero con una mano y desliza la otra mano sobre el lado opuesto para localizar el dorso fetal (situación).
	6	En situación longitudinal los laterales están ocupados por la columna vertebral (larga, firme y lineal) y pequeñas partes de las extremidades.
	7	Las partes menores (brazos y piernas) se perciben pequeñas, de ubicación irregular y pueden ser activa o pasivamente móviles. TERCERA MANIOBRA
	8	Gira la cara hacia los pies de la paciente y coloca la punta de los tres primeros dedos y el pulgar de una mano (en forma de "c") por arriba de la sínfisis del pubis.
	9	Pida a la paciente que inhale todo el aire posible.
	10	Hunda sus dedos hacia abajo con lentitud y profundidad alrededor de la parte de la presentación, revisando de esta manera el contorno, tamaño y consistencia de la parte palpada.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

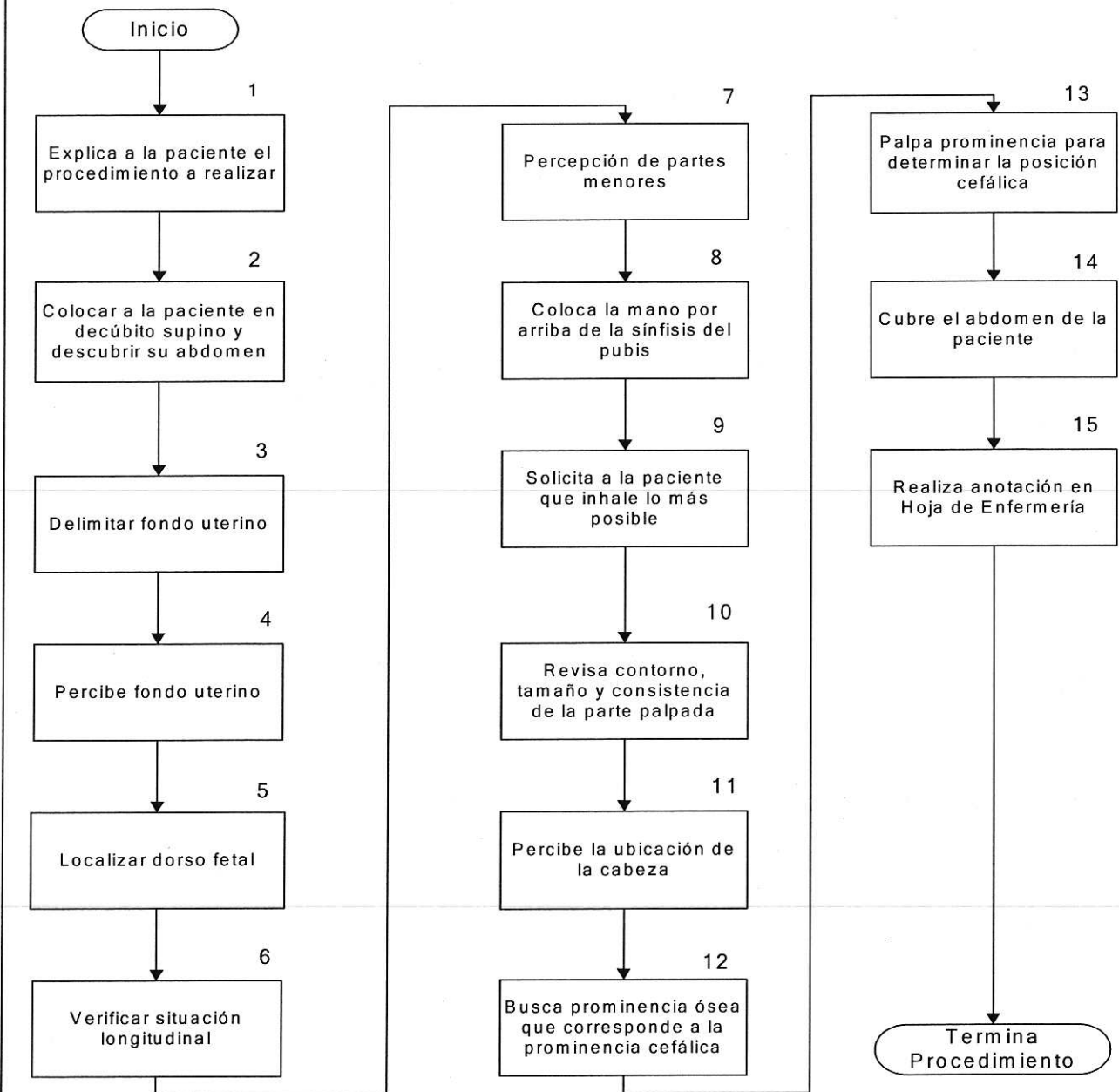
40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera(o) Asistencial	11	La cabeza se percibe dura y lisa; móvil si no está encajada e inmóvil si lo está. La región pélvica se percibe blanda e irregular.
		CUARTA MANIOBRA
	12	Mira hacia los pies de la paciente y mueve suavemente los dedos por los lados del abdomen en dirección hacia la pelvis, hasta que los dedos de una de las manos encuentren una prominencia ósea que corresponde a la prominencia cefálica.
	13	Si la presentación es de vértice, se palpa la prominencia cefálica para determinar la posición de la cabeza, si la cabeza no se encuentra muy introducida en la pelvis, se podrá palpar la barbilla, si el grado de flexión no es muy pronunciado. Si la cabeza se encuentra extendida como en la presentación cara, el occipucio podrá caer sobre la columna vertebral. Si la cabeza esta bien flexionada, ni la barbilla ni el occipucio serán palpables.
	14	Cubre el abdomen de la paciente.
	15	Realiza anotaciones en la "Hoja de Enfermería".
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

40.- MANIOBRAS DE LEOPOLD

Enfermera(o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

41.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

41.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

41.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer de forma indirecta el ritmo de crecimiento fetal, así como detectar alteraciones del mismo.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

41.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad de el/la Jefe(a) de Servicio:

- Revisar que el personal de Enfermería cuente con los conocimientos y el equipo indispensable para la realización del procedimiento.

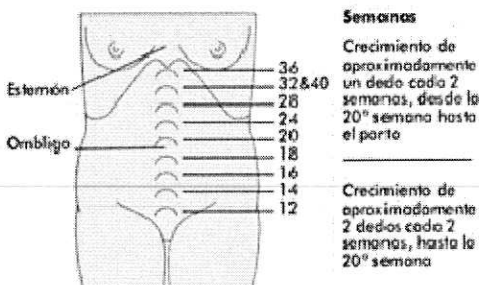
Será responsabilidad de el/la Enfermero(a) Asistencial:

- Mantener en buen estado y en su lugar las cintas métricas.
- Conocer que el crecimiento uterino debe ir acorde con la edad gestacional.
- Conocer que el fondo uterino es palpable sobre la sínfisis del pubis a partir de la semana 12 de gestación.

Será responsabilidad del Equipo de Salud:

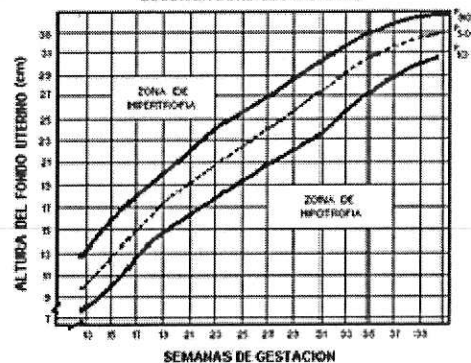
- Respetar la individualidad de la paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención de la paciente y de la realización del procedimiento.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

Crecimiento del útero durante el embarazo



APENDICE A (NORMATIVO)

ALTIMA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



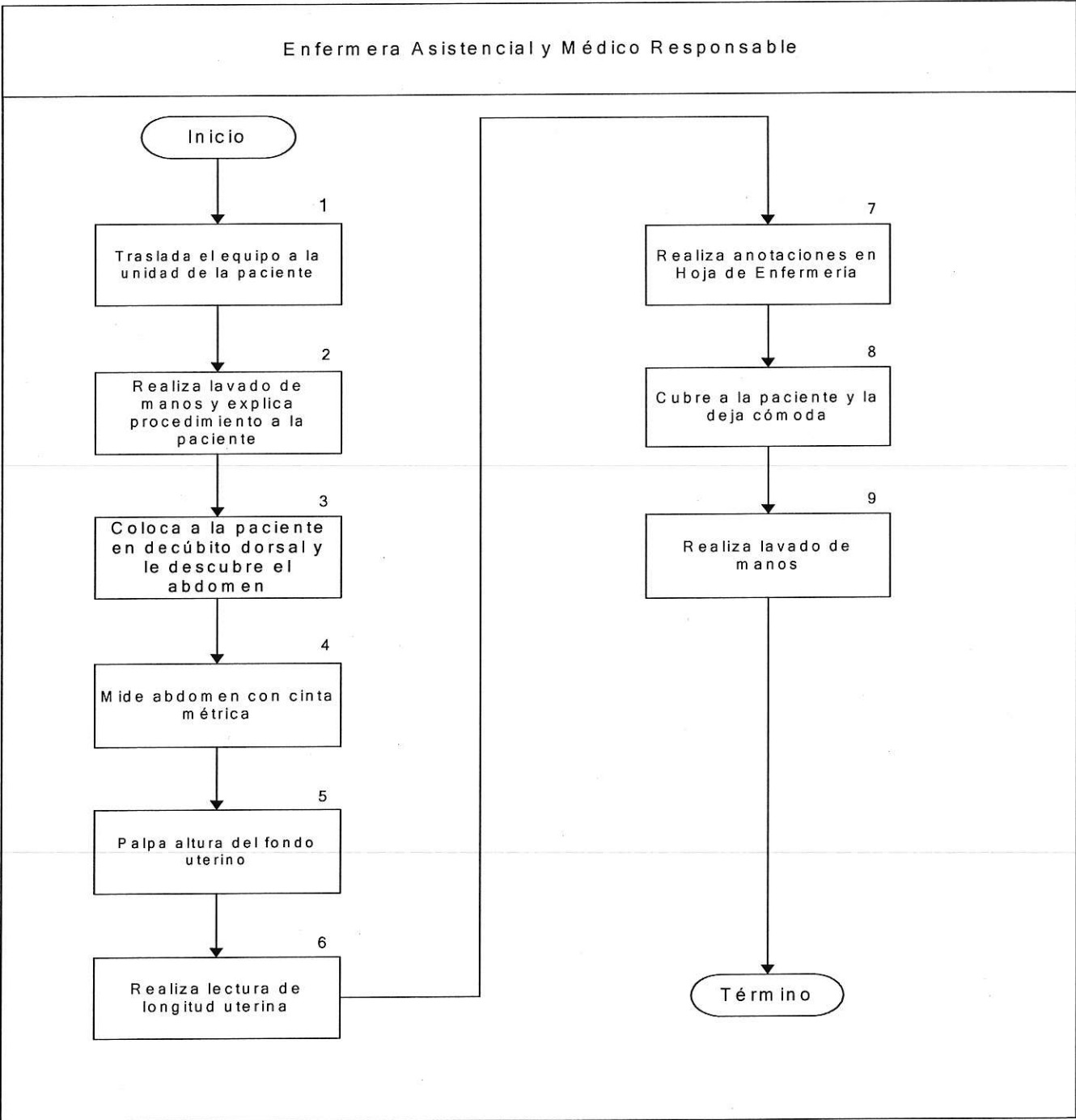
FUENTE: FEDERA, R.N. y COLS.: CLAP, 1990

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

41.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial y Médico Responsable	1	Traslada el equipo necesario a la unidad de la paciente.
	2	Realiza lavado de manos y explicar a la paciente el procedimiento
	3	Coloca a la paciente en decúbito dorsal y le descubre el abdomen.
	4	Coloca la cinta métrica en el borde superior de la sínfisis del pubis en la línea media abdominal y detiene este extremo con los dedos índice y medio de una mano.
	5	Desplaza con la otra mano, la cinta métrica entre los dedos medio e índice hasta palpar la altura del fondo uterino.
	6	Realiza la lectura de la longitud del útero en centímetros. Traslada esta medida a una gráfica para facilitar la visualización de los datos y desviación de la normalidad en caso de ocurrir.
	7	Realiza anotaciones en la Hoja de Enfermería
	8	Cubre a la paciente y la deja cómoda.
	9	Realiza lavado de manos.
		Termina Procedimiento.

41.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

42.- MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES

42.- MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

42.- MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES

OBJETIVO ESPECÍFICO

Transferir a las pacientes de un servicio a otro, a través de diversos medios de traslado (camilla, silla de ruedas, etc.) para proporcionarles seguridad y confort.



HOJA		
3		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

42.- MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES

Políticas de Operación

Será obligación de él o la Jefe de Servicio:

- Avisar al camillero del traslado de la paciente
- Verificar que el equipo y material se encuentre disponible para realizar el procedimiento.
- Verificar que el traslado se realice en forma oportuna.
- Solicitar al personal de mantenimiento la revisión y reparación de los medios de traslado.

Será obligación de el/la Enfermero(a) Asistencial:

- Verificar las indicaciones médicas.
- Verificar los datos de identificación de los pacientes.
- Verificar el funcionamiento adecuado de los medios de traslado.
- Coordinar a los camilleros para llevar a cabo el traslado de los pacientes.

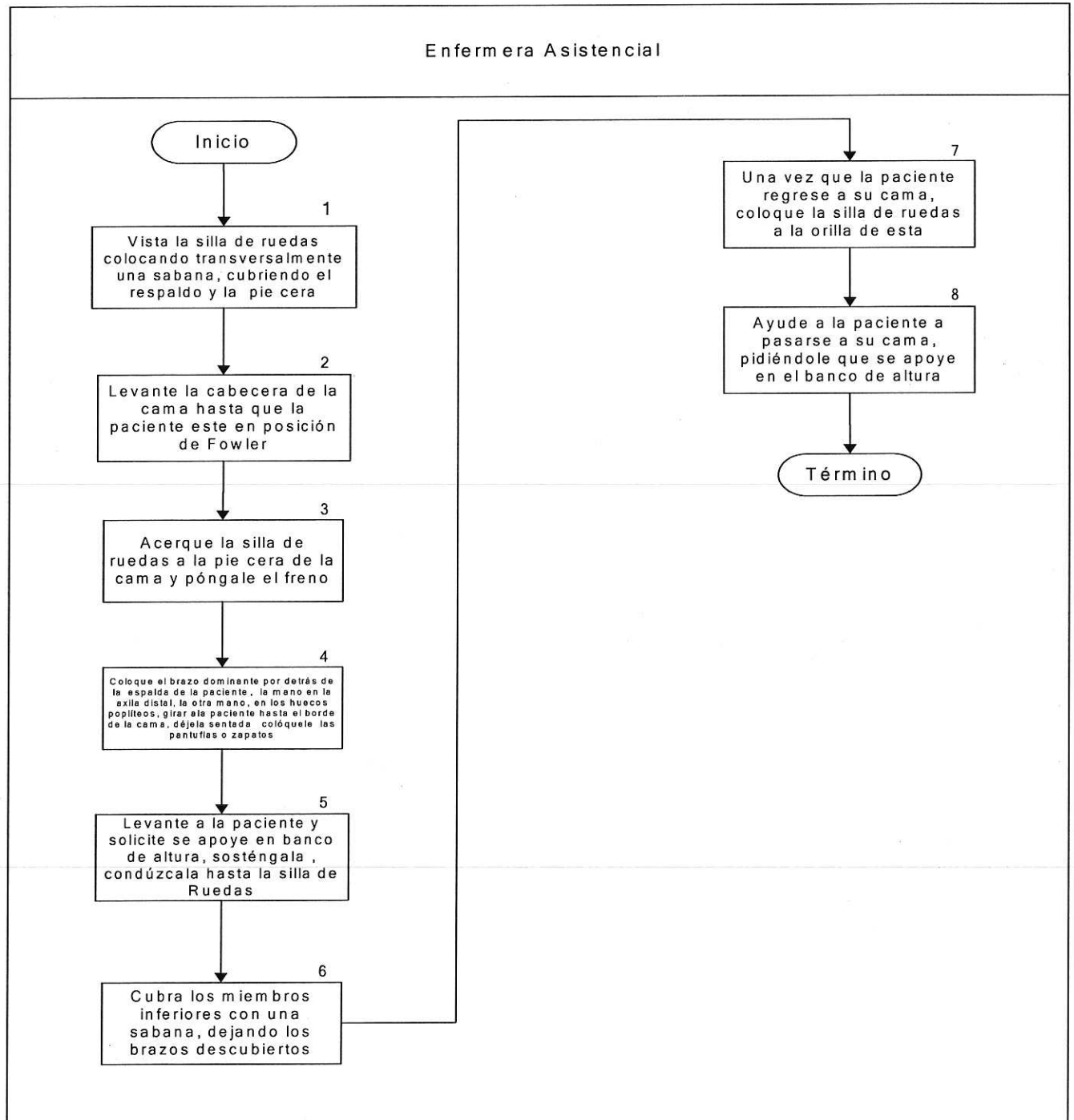
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

42.- MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN TRASLADO EN SILLA DE RUEDAS
Enfermera Asistencial	1	Vista la silla de ruedas colocando transversalmente una sabana, cubriendo el respaldo y el pie cera.
	2	Levante la cabecera de la cama hasta que la paciente este en posición de Fowler.
	3	Acerque la silla de ruedas al pie cera de la cama y póngale el freno.
	4	Coloque el brazo dominante por detrás de la espalda de la paciente, la mano en la axila distal, la otra mano en los huecos poplíteos, girar a la paciente hasta el borde de la cama, déjela sentada colóquele las pantuflas o zapatos.
	5	Levante a la paciente y solicite se apoye en banco de altura, sosténgala, condúzcala hasta la silla de Ruedas.
	6	Cubra los miembros inferiores con una sábana, dejando los brazos descubiertos.
	7	Una vez que la paciente regrese a su cama, coloque la silla de ruedas a la orilla de esta.
	8	Ayude a la paciente a pasarse a su cama, pidiéndole que se apoye en el banco de altura.
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

42.- MEDIOS DE TRASLADO DE LAS PACIENTES



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

CONCEPTO

Introducir fármacos quimioterápicos a través de vía intravenosa con el objeto de producir una acción destructiva sobre las células malignas.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

OBJETIVO

Otorgar una atención oportuna, eficaz y de calidad a toda paciente con cáncer en base a lineamientos establecidos, teniendo como finalidad la recuperación de la paciente.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Políticas de operación

Será obligación de el/la Jefe(a) de Servicio:

- Revisar que el material, equipo y fármacos se encuentren disponibles.
- Coordinar con el servicio de farmacología la preparación, horarios de inicio y término de ciclos quimioterapéuticos.
- Enviar a farmacología el material necesario para la preparación de la quimioterapia.

Será obligación de el/la Enfermero(a) Asistencial:

- Conocer los medicamentos quimioterapéuticos, los efectos, velocidad de infusión e interacción medicamentosa.
- Uso de medidas estándar para la instalación del fármaco (bata, goggles y guantes).
- Prever la(s) medida(s) de protección para la administración de la quimioterapia.
- Seguir las indicaciones del laboratorio que fabrica la quimioterapia.

Conceptos básicos

El término quimioterapia suele reservarse a los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. Dichos fármacos se denominan medicamento, citostáticos o citotóxicos.

La terapia antineoplásica tiene una gran limitación, que es su escasa especificidad. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácidos nucleicos, división celular o síntesis de proteínas. Debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo. Por tanto, la quimioterapia es la utilización de diversos fármacos que tiene la propiedad de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de células.

Existen más de 100 fármacos antineoplásicos que se suelen usar en combinación:

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Agentes alquilantes: su mecanismo de acción general, es el daño inducido al ADN celular , y de esta manera alterar o evitar la duplicación celular. Ejemplos: clorambucil, melfalan.

Antimetabolitos: Sustancias análogas a componentes naturales:

Análogo del ácido fólico: metotrexato

Análogo de la purina: 6-mercaptopurina

Análogos de la pirimidina: 5-fluoracilo, ara-c

Alcaloides de la vinca:

Antibióticos antitumorales:

Tratamiento hormonal del cáncer:

Cisplatino y derivados:

Efectos Secundarios

El tratamiento quimioterápico puede deteriorar físicamente a los pacientes con cáncer. Los agentes quimioterápicos destruyen también las células normales sobre todo las que se dividen más rápidamente, por lo que los efectos secundarios están relacionados con estas células que se destruyen. Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico y los más importantes son:

Alopecia o caída del cabello: Es el efecto secundario más visible debido al cambio de imagen corporal y que más afecta psicológicamente a los enfermos, este depende de la cantidad e intensidad de la dosis y no ocurre en todos los casos.

Náuseas y vómitos: Los medicamentos quimioterápicos, producen la liberación de serotonina y dopamina, sustancias que estimula la zona desencadenante de quimiorreceptores que se encuentran en el centro del cerebro, produciendo el vómito.

Diarrea o estreñimiento. Algunos fármacos pueden disminuir los movimientos intestinales, favoreciendo la absorción del líquido de las heces, por lo que éstas se vuelven secas y duras. El resultado es un cuadro de estreñimiento.

Otras veces, el tratamiento produce diarrea por que las paredes del intestino se debilitan con la quimioterapia de manera que no funcionan correctamente y la deposición puede ser más líquida.

Anemia: Debido a la destrucción de la médula ósea, que disminuye el número de glóbulos rojos al igual que la inmunodepresión y hemorragia. A veces hay que recurrir a la transfusión de sangre o a la administración de eritropoyetina para mitigar la anemia.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Inmunodepresión: Prácticamente todos los regímenes de quimioterapia pueden provocar una disminución de la efectividad del sistema inmune, como la neutropenia que puede conducir a la infección, a la sepsis y a la muerte si no se detecta y trata a tiempo.

Hemorragia: Debido a la disminución de plaquetas por destrucción de la médula ósea.

Cardiotoxicidad: La quimioterapia aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ejemplo: *adriamicina*).

Hepatotoxicidad

Nefrotoxicidad

Síndrome de lisis tumoral: Ocurre con la destrucción por la quimioterapia de las células malignas de grandes tumores como los linfomas.

- Vigilar las condiciones clínicas de la paciente durante la ministración de quimioterapia.

Tener conocimiento sobre el manejo, preparación, almacenamiento, transporte y desechos de los medicamentos quimioterapéuticos.

Preparación

- Verificar el medicamento, la dosis y la vía de administración, previa orden médica escrita
- Revisar la fecha de expiración de los medicamentos. Las casas comerciales varían el nombre del medicamento por lo tanto, se debe referenciar únicamente por el nombre genérico
- Preparar los medicamentos en un sitio limpio, privado, donde el tráfico sea mínimo, no existan interrupciones, riesgos de contaminación, o corrientes de aire
- No se permite comer, ingerir bebidas, fumar o usar cosméticos en el área de preparación.
- Los medicamentos se deben preparar en una cabina biológicamente segura (cámara de flujo laminar vertical)
- Realizar el lavado de manos antes y después de cada procedimiento.
- Evitar la exposición a fármacos utilizando las siguientes técnicas de protección:
 - Usar guantes quirúrgicos de látex sin polvo y cambiarlos con la preparación de cada 5 medicamentos.
 - Usar bata desechable de baja permeabilidad, con frente cerrado, manga larga y puños elásticos, los puños deben quedar debajo de los guantes.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

- Las batas y los guantes deben estar dentro del área de trabajo
- Usar protector de la cara o gafas, respirador purificado, sino se dispone de la cabina.
- Preparar las drogas prescritas usando técnica aséptica en concordancia con las instrucciones del producto, relacionadas con las técnicas de dilución y reconstitución
- Seleccionar agujas, jeringas, catéteres intravenosos con cierres para prevenir la contaminación por escapes, y desecharlas en recipientes plásticos resistentes a la perforación
- Los medicamentos deben ser reconstituídos, adicionando el diluyente al frasco en forma lenta para evitar la formación de presión y de espuma
- Envolver una gasa estéril con alcohol alrededor del cuello del frasco para evitar la aerolización del producto y por ende la contaminación del ambiente, previos al retiro de la cantidad del medicamento como la aguja del frasco.
- Inspeccionar las ampollas antes de abrirlas para asegurar que la punta esté libre de solución
- Envolver la ampolla o frasco en una gasa estéril humedecida en alcohol antes de abrirla para reducir la aerolización

Almacenamiento

El objetivo de realizar un adecuado almacenamiento va encaminado a favorecer la disponibilidad del medicamento, disminuir su pérdida y capacidad farmacológica, por lo que se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Restringir el acceso a las áreas donde se almacenan los medicamentos antineoplásicos
- Colocar avisos preventivos en las áreas donde se almacenan estos medicamentos
- Mantener el protocolo del procedimiento que se debe seguir en caso de derrames y contaminación de la persona que manipula el medicamento en las áreas de preparación, almacenamiento, en un lugar visible y actualizándolo permanentemente.

En caso de que las bolsas preparadas con el medicamento queden en los servicios de hospitalización, se deben dejar en un lugar seguro, en empaque doble de plástico, que no esté en contacto con otros medicamentos y tener

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

un mecanismo de información para que el personal, que rota por el servicio, conozca la existencia de estos medicamentos.

Transporte

El transporte de estos medicamentos ya preparados requieren precauciones especiales como:

- Empacar herméticamente el material antineoplásico antes de su transporte en doble bolsa amarilla o recipiente de plástico grueso, lavable, no poroso, sin perforaciones y de superficie lisa
- Rotular el empaque con un aviso preventivo antes de su transporte
- Instruir a todo el personal involucrado en el transporte sobre los riesgos potenciales de la inadecuada manipulación de estas sustancias
- El transporte lo debe realizar el personal entrenado en el manejo de estos medicamentos.
 - Colocar guantes, jeringas con agujas y torundas en los contenedores correspondientes, según la norma 087 de manejo de residuos (RPBI).

Será responsabilidad de el/la Médico(a) Tratante:

- Informar al paciente sobre los beneficios y riesgos terapéuticos del tratamiento
- Obtener el consentimiento del paciente antes de iniciar el tratamiento.

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

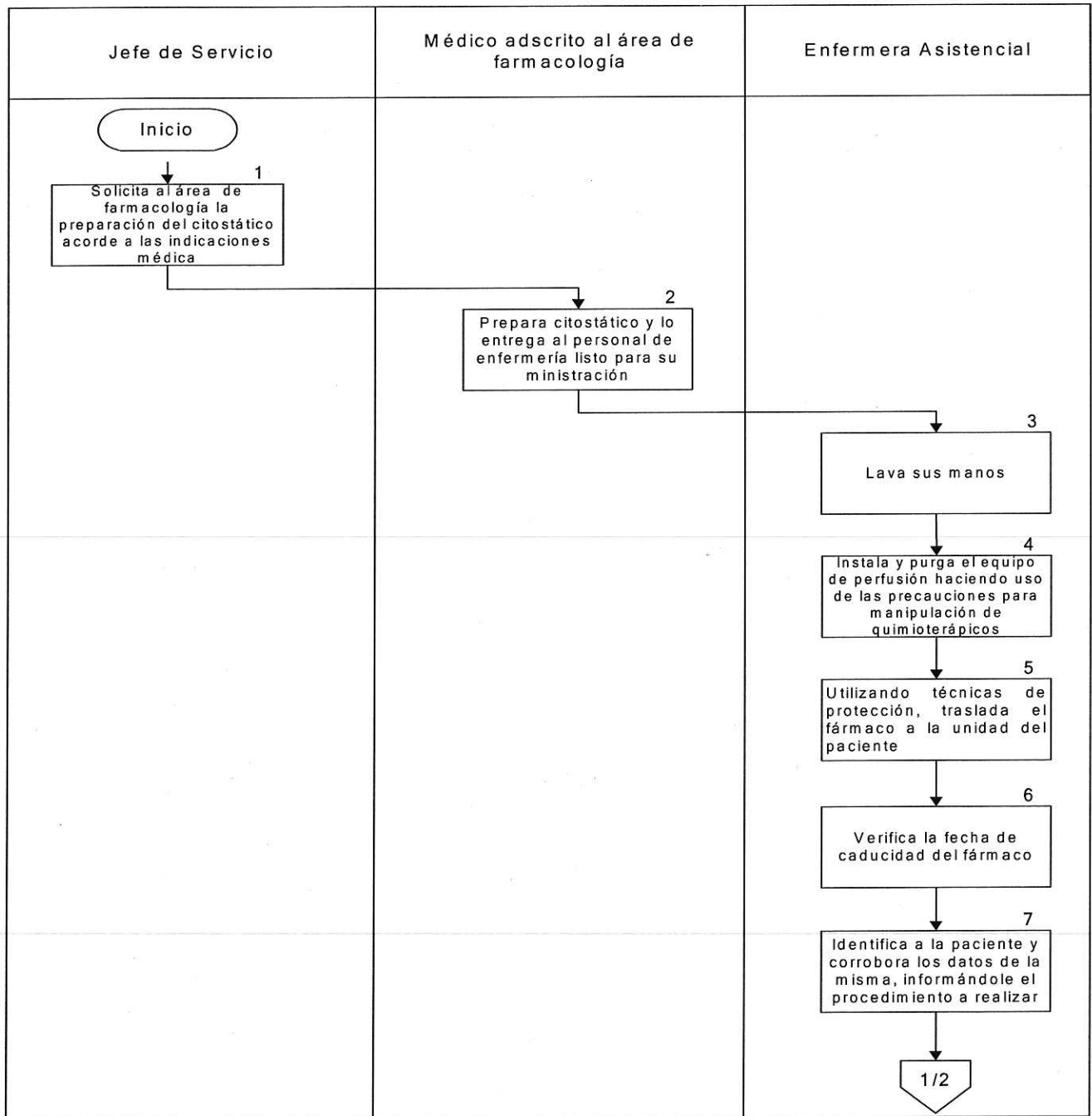
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Jefe de servicio	1	Solicita al área de farmacología la preparación del citostático acorde a las indicaciones médica.
Médico adscrito al área de farmacología	2	Prepara citostático y lo entrega al personal de enfermería listo para su ministración.
Enfermera asistencial	3	Lava sus manos.
	4	Instala y purga el equipo de perfusión haciendo uso de las precauciones para manipulación de quimioterápicos.
	5	Utilizando técnicas de protección, traslada el fármaco a la unidad del paciente.
	6	Verifica la fecha de caducidad del fármaco.
	7	Identifica a la paciente y corrobora los datos de la misma, informándole el procedimiento a realizar.
	8	Corrobora el medicamento, la dosis y la vía de administración previa orden médica. (8 correctos)
	9	Corrobora que el acceso venoso de la paciente este funcional.
	10	Conecta el sistema de perfusión a la bomba de infusión verificando que la llave de este se encuentre cerrado.
	11	Programa la bomba de infusión con la dosis y tiempo indicados.
	12	Conecta el sistema de perfusión al catéter de la paciente.

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	13	Pone en funcionamiento la bomba de infusión abriendo la llave del sistema de perfusión corroborando el correcto funcionamiento.
	14	Da las indicaciones pertinentes a la paciente.
	15	Retira guantes y cubre bocas.
	16	Lava sus manos.
	17	Desecha el equipo y guantes y etiqueta la bolsa con la norma institucional como "toxico venenoso".
	18	Hace las anotaciones pertinentes en la hoja de registros de enfermería. Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

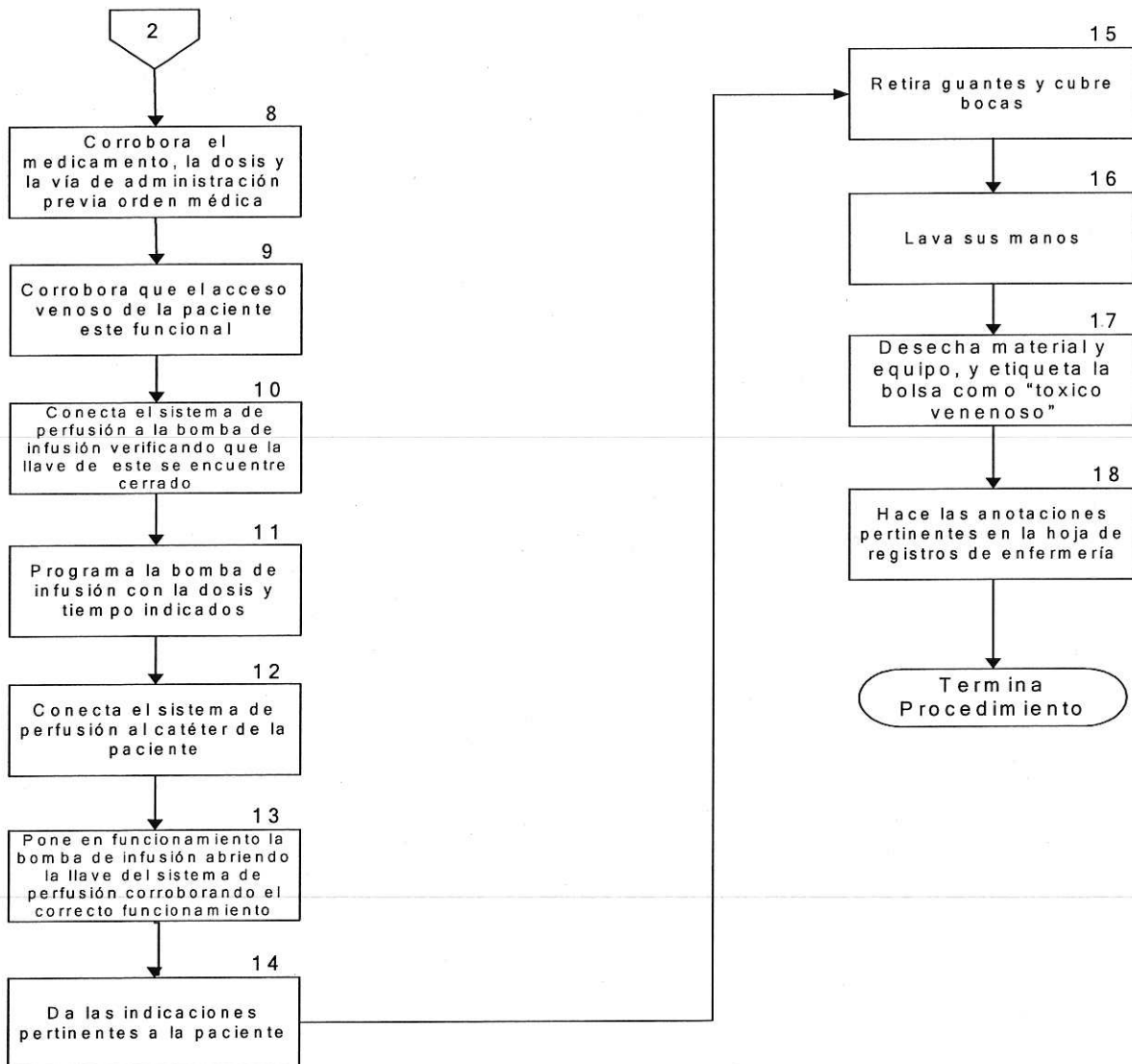
43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

43.- MINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

44. OXIGENOTERAPIA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar una concentración determinada de oxígeno a través de diferentes dispositivos que permitan mejorar la oxigenación tratar la hipoxemia, disminuir el esfuerzo respiratorio, disminuir la sobrecarga cardiaca.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERA RESPONSABILIDAD DE LA JEFE DE SERVICIO:

- Verificar que haya en existencia el material necesario
- Que la técnica se realice de acuerdo al presente manual

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- Revisar que el material y equipo se encuentren disponibles.
- Preparar material y equipo necesarios (puntas nasales, mascarilla, mezclador de gases, flujómetro, agua estéril y oxímetro).
- Revisar que el equipo de oxigenación, mezclador y flujómetro estén disponibles y funcionales.
- Verificar la prescripción médica, sistema y tipo de oxigenoterapia aplicada al paciente, concentración, flujo de litros por minuto y condiciones de funcionamiento del equipo.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler, para asegurar una expansión pulmonar adecuada.
- Estimular al paciente para práctica de ejercicios de respiración profunda, producción de tos y dar fisioterapia torácica si está indicado.
- Asegurar un estado de hidratación adecuado, especialmente si las características de las secreciones son espesas y adhesivas.
- Humectar el oxígeno cuando la velocidad de flujo es mayor de 4 l/min.
- Vigilar las condiciones del paciente mediante la verificación de signos vitales, coloración de la piel, datos de dificultad respiratoria y toxicidad por oxígeno, nivel del estado de conciencia.
- Apoyar al paciente en los momentos de angustia, hasta que adquieran seguridad.
- Observar en forma constante a los pacientes con enfermedades obstructivas crónicas, en relación con signos de necrosis por bióxido de carbono:
 - a. Pulsos periféricos pletóricos.
 - b. Hipertensión.
 - c. Aumento de la frecuencia del pulso.
 - d. Piel caliente y viscosa.
 - e. Edema cerebral (datos).

Del Equipo de Salud

- Realizar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

Observar las siguientes medidas de seguridad

- Colocar las señales de precaución de "NO FUMAR".
- Retirar o guardar equipos eléctricos, como las máquinas de afeitar, radios, televisores, etc.
- Evitar los materiales que generen electricidad estática, como mantas de lana.
- Evitar el uso de materiales inflamables o volátiles.
- Asegurar el buen funcionamiento de monitores, máquinas de diagnóstico portátiles, etc.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

Sistemas de oxigenoterapia

Existen tres tipos principales de equipos para proporcionar oxígeno:

- Flujo bajo

El paciente respira una cantidad de aire ambiental junto con el oxígeno. Para que el sistema sea eficaz, el paciente debe ser capaz de mantener un volumen corriente normal, tener un patrón respiratorio normal y ser capaz de cooperar. Los sistemas de flujo bajo son la cánula nasal, mascarilla de oxígeno simple, la mascarilla de respiración con bolsa de reserva.

- Flujo alto

Los sistemas de flujo alto administran todos los gases a la concentración de oxígeno que se administra (FiO₂) preseleccionada. Estos sistemas no se ven afectados por los cambios en el patrón ventilatorio. Entre las cuales se encuentra la máscara de Venturi.

- Flujo mixto

Utilizan técnicas de flujo bajo y alto. Entre estos se encuentran las campanas de oxígeno, los tubos en T y tiendas de oxígeno.

El tipo de sistema de administración seleccionado depende de:

- La concentración de oxígeno que requiere el paciente.
- La concentración de oxígeno que se logra con el sistema de administración.
- La precisión y el control de la concentración de oxígeno.
- El factor humedad.
- El bienestar y economía del paciente

Descripción de las diferentes técnicas para la administración de oxígeno:

Por cánula nasal: Consiste en unos tubos plásticos flexibles que se adaptan a las fosas nasales y que se mantienen sobre los pabellones auriculares.

Administración por mascarilla:

Equipo

- Mascarilla.
- Fuente de oxígeno.
- Medidor de Flujo (flujometro).
- Humidificador.
- Solución estéril

Administración de oxígeno con máscara Venturi:

La administración de oxígeno con mascarilla Venturi es para asegurar la administración precisa de la concentración de oxígeno, al mezclarse con el aire ambiente que penetra por los orificios especiales de la mascarilla. Al mismo tiempo, conserva un flujo fijo de oxígeno, y a su vez, el exceso de oxígeno sale por los orificios de la mascarilla, llevándose consigo el exceso de bióxido de carbono espirado. Se puede administrar humedad conectando el sistema a un nebulizador y fuente de aire comprimido, el procedimiento para su



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

administración es igual que el utilizado en la administración con mascarilla facial simple.
Equipo

- Mascarilla de Venturi.
- Adaptador de acuerdo a la concentración de oxígeno que se desee.
- Fuente de oxígeno.
- Medidor de Flujo (flujómetro).

Administración de oxígeno con mascarilla con bolsa reservorio

La mascarilla con reservorio tiene una bolsa inflable que almacena oxígeno al 100%, durante la inspiración, el paciente inhala el oxígeno de la bolsa a través de la mascarilla, pero sin que la bolsa se colapse totalmente, y durante la espiración, la bolsa se llena nuevamente de oxígeno. Las perforaciones laterales de la mascarilla sirven como salida en la espiración. El procedimiento es igual al de la mascarilla simple, únicamente que se debe regular la concentración precisa de oxígeno.

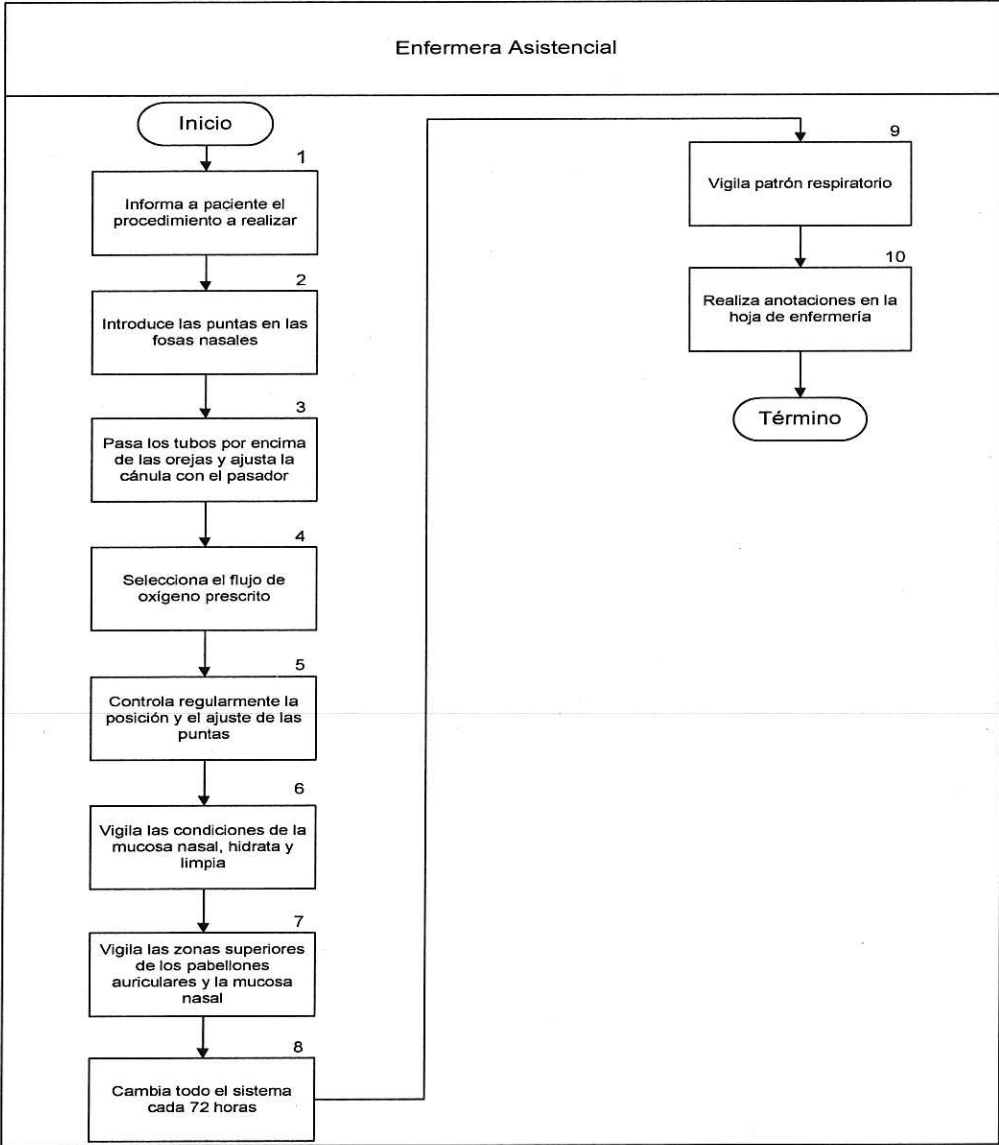


44. OXIGENOTERAPIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN: <i>Administración de oxígeno por cánula nasal</i>
Enfermera asistencial	1	Informa a la paciente acerca del procedimiento que va a realizar.
	2	Introduce las puntas en las fosas nasales.
	3	Pasa los tubos de las puntas por encima de las orejas de la paciente y ajusta la cánula con el pasador, de manera que esté por debajo de la barbilla. (Los tubos deben adaptarse a la cara y el cuello de la paciente sin presiones ni molestias).
	4	Selecciona en el flujometro el flujo de oxígeno prescrito.
	5	Controla regularmente la posición y el ajuste de las puntas nasales, para que no pueden soltarse fácilmente.
	6	Vigila las condiciones de la mucosa nasal, hidrata y limpia.
	7	Vigila las zonas superiores de los pabellones auriculares y la mucosa nasal.
	8	Cambia todo el sistema cada 72 horas.
	9	Vigila patrón respiratorio.
	10	Realiza anotaciones en la hoja de enfermería.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

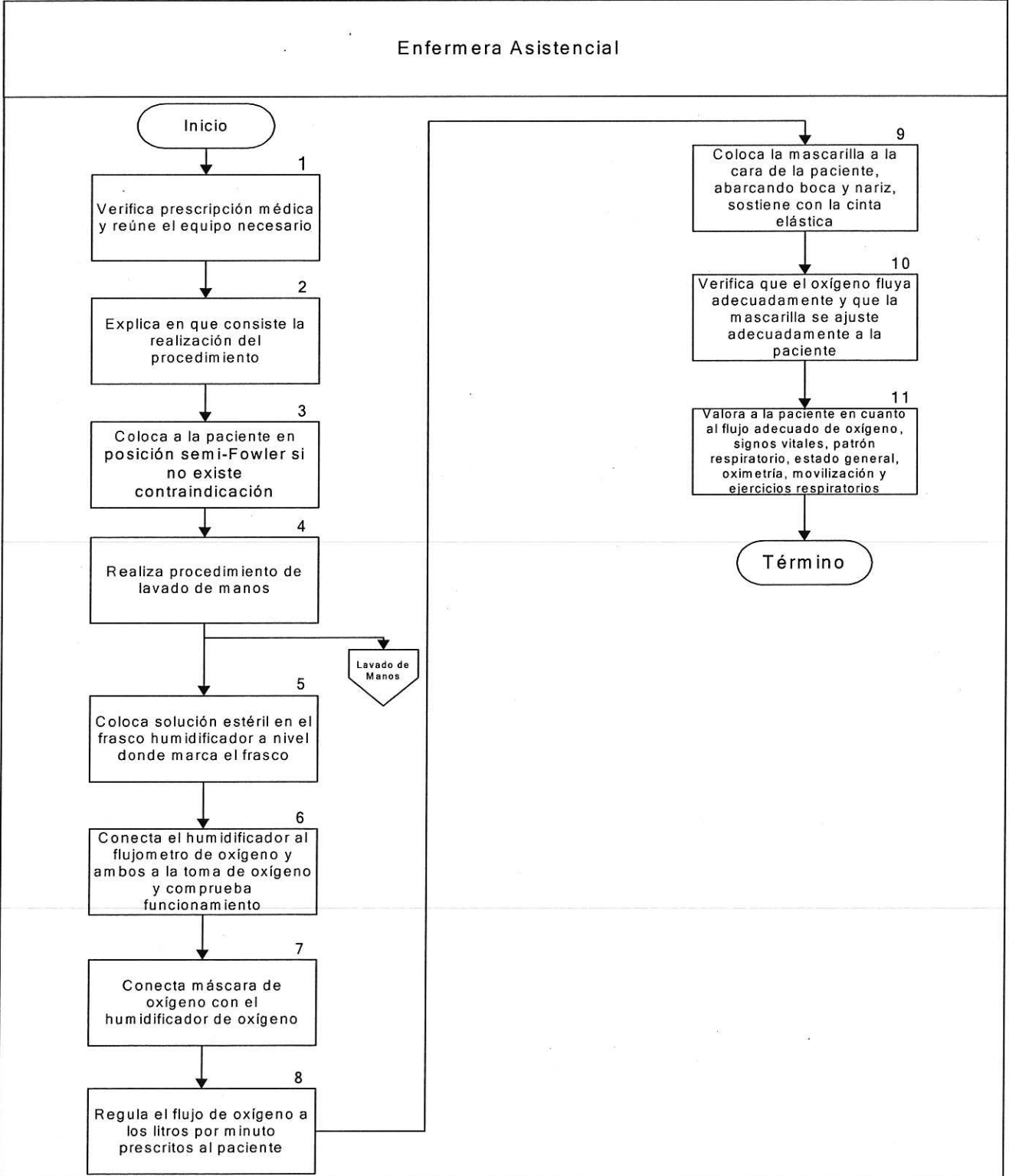
44. OXIGENOTERAPIA



44. OXIGENOTERAPIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN: <i>Administración de oxígeno por mascarilla</i>
Enfermera asistencial	1	Verifica la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno y reúne el equipo necesario.
	2	Explica a la paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
	3	Coloca a la paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
	4	Realiza procedimiento de lavado de manos.
	5	Coloca solución estéril en el frasco humidificador a nivel donde marca el frasco.
	6	Conecta el humidificador al flujometro de oxígeno y ambos a la toma de oxígeno y comprueba el funcionamiento.
	7	Conecta máscara de oxígeno con el humidificador de oxígeno.
	8	Regula el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente.
	9	Coloca la mascarilla a la cara de la paciente, abarcando boca y nariz, sostiene con la cinta elástica.
	10	Verifica que el oxígeno fluya adecuadamente a través de todo el sistema y que la mascarilla se ajuste adecuadamente a la paciente para que no presente fugas.
	11	Valora a la paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general de la paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.
		Termina Procedimiento

44. OXIGENOTERAPIA





44. OXIGENOTERAPIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN: <i>Administración de oxígeno con máscara Venturi</i>
Enfermera asistencial	1	Verifica la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno y reúne el equipo.
	2	Explica a la paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
	3	Coloca a la paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
	4	Realiza el procedimiento de lavado de manos.
	5	Conecta un extremo del tubo conector con el adaptador de la máscara Venturi y el otro extremo a la boquilla del medidor de flujo.
	6	Regula el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos a la paciente.
	7	Presta atención al silbido producido por el arrastre del aire ambiente a través del pulverizador de la máscara de Venturi.
	8	Coloca la mascarilla a la cara de la paciente, abarcando boca y nariz, sostiene con la cinta elástica y moldea la tira de metal para que se adapte al dorso de la nariz.
	9	Verifica que el oxígeno fluya adecuadamente a través de todo el sistema y que la mascarilla se ajuste adecuadamente a la paciente para que no presente fugas.
	10	Valora a la paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.
	11	Llena la bolsa reservorio con oxígeno hasta inflarla y ajustar el flujometro entre 6 a 10 l/min.

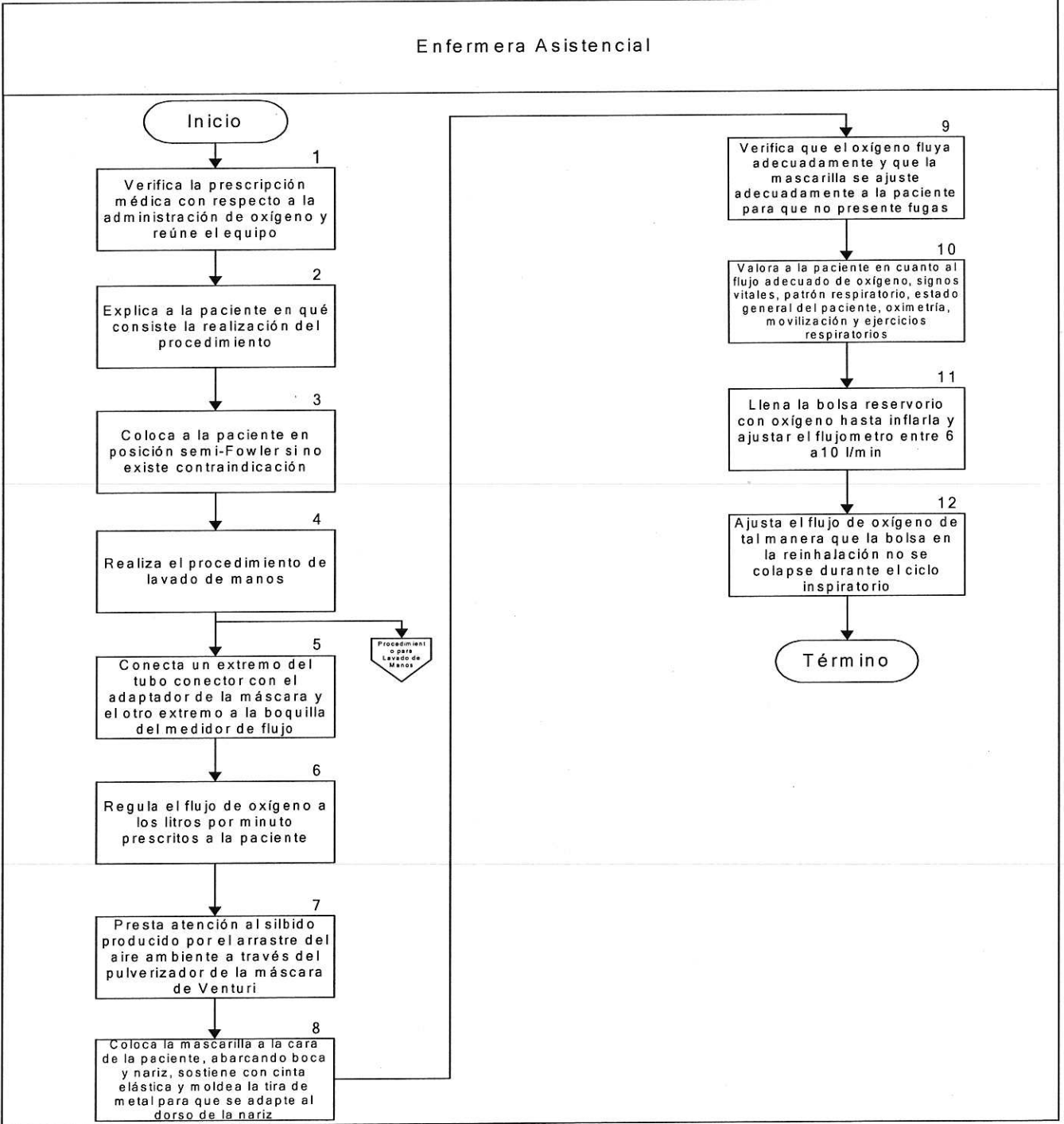
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN: <i>Administración de oxígeno con máscara Venturi</i>
	12	Ajusta el flujo de oxígeno de tal manera que la bolsa en la reinhalación no se colapse durante el ciclo inspiratorio.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

44. OXIGENOTERAPIA

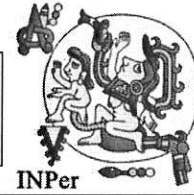




DÍA	MES	AÑO
04	11	16

45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

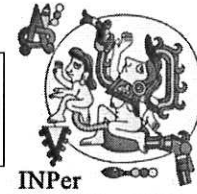


DÍA	MES	AÑO
04	11	16

45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Garantizar un egreso hospitalario seguro de la madre y su recién nacido (R.N) que permita al binomio una integración al ámbito familiar y a la vida diaria sin riesgos.



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

POLITICAS DE OPERACIÓN

1. De la jefa de servicio

- Asegurar que el personal a su cargo conozca la presente norma técnica.
- Mantener con el personal a su cargo una comunicación horizontal para el desarrollo del procedimiento en forma oportuna y eficaz.
- Favorecer una coordinación interdisciplinaria efectiva para el desarrollo oportuno del procedimiento.

2. De la enfermera (o) asistencial

- Tener conocimiento de la presente norma técnica.
- Contar con el conocimiento disciplinar necesario y actualizado en el área de obstetricia y neonatología con la finalidad de proporcionar información que permita dar seguridad a la paciente y recién nacido a su egreso hospitalario.

3. Del equipo de salud

- Facilitar trámites administrativos en los departamentos correspondientes con la finalidad de agilizar egreso hospitalario

45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Verifica el alta médica de la madre y/o del R.N directamente con médico tratante o en su defecto en expediente clínico.
	2	Valora las capacidades de la madre para realizar actividades de la vida diaria y proporcionar cuidados al recién nacido.
	3	Informa a paciente y familiares sobre datos de alarma y cuidados específicos en la madre y en el recién nacido para evitar situaciones de riesgo.
	4	Reafirma información sobre lactancia materna.
	5	Favorece que la madre y los familiares manifiesten dudas de la información proporcionada.
	6	Aclara dudas acerca de cuidados específicos y prescripciones médicas.
	7	Solicita y verifica con paciente y/o familiar el empaquetamiento de objetos personales para ser llevados a domicilio.
	8	Confirma con la paciente la recepción completa de documentos de alta de la madre y/o del recién nacido.
	9	Verifica correspondencia entre identificaciones maternas, recién nacido y documentación entregada.
	10	Registra información proporcionada (2010-20 y/o 2010-12).



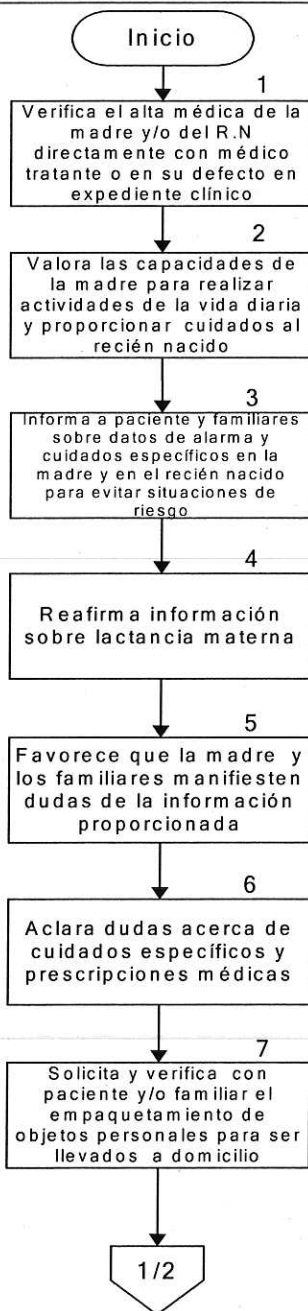
45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

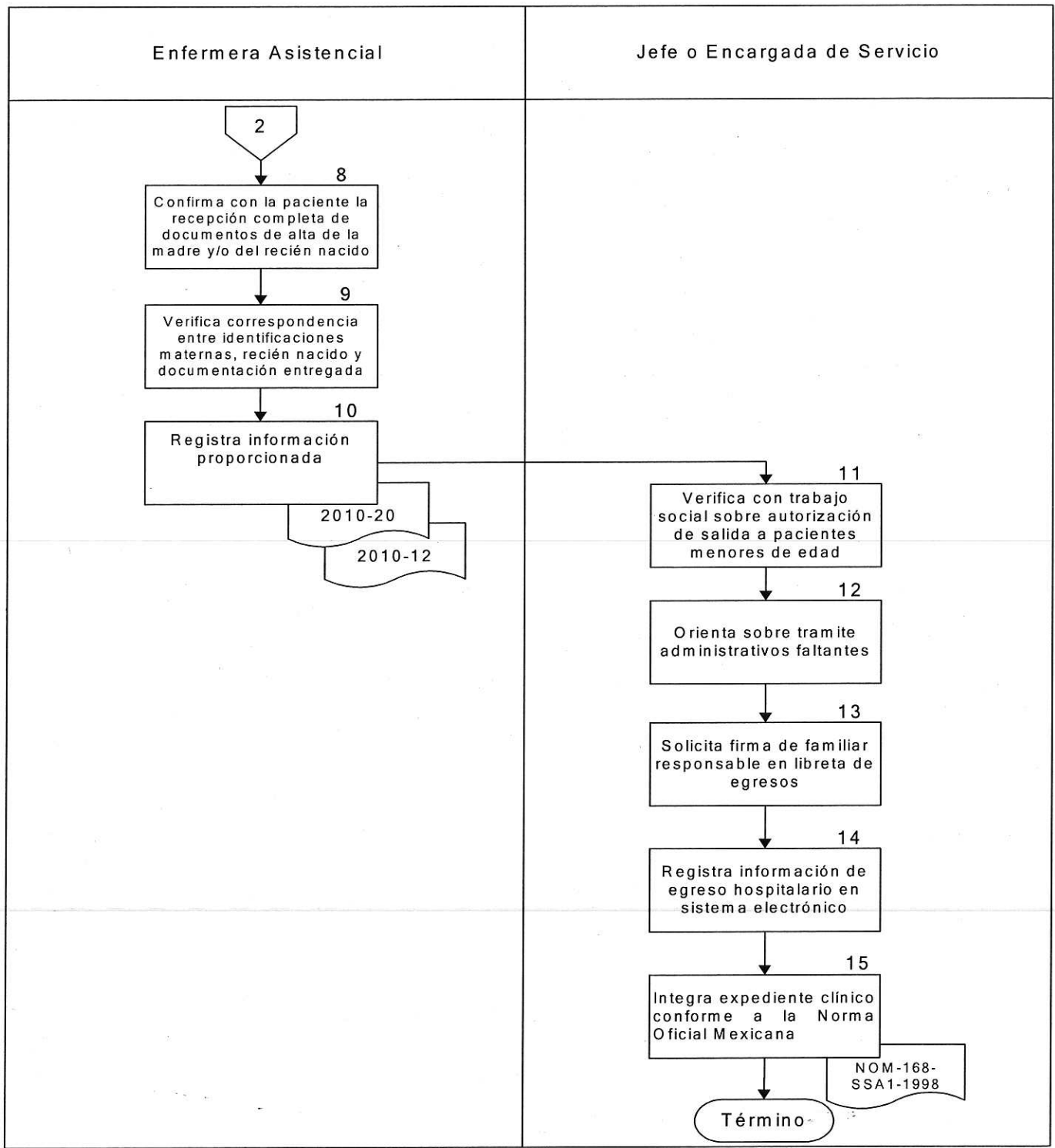
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Jefe o encargada de servicio	11 12 13 14 15	<p>Verifica con trabajo social sobre autorización de salida a pacientes menores de edad.</p> <p>Orienta sobre tramite administrativos faltantes.</p> <p>Solicita firma de familiar responsable en libreta de egresos.</p> <p>Registra información de egreso hospitalario en sistema electrónico.</p> <p>Integra expediente clínico conforme a la Norma Oficial Mexicana (NOM-168 SSA1-1998).</p> <p style="text-align: center;">Termina procedimiento.</p>

45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO

Enfermera Asistencial



45. PLAN DE ALTA PARA PACIENTE ADULTA Y NEONATO





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

04	11	16
----	----	----

46. POSICIONES

46. POSICIONES



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

46. POSICIONES

OBJETIVO ESPECÍFICO

Colocar a la (el) paciente en la posición correcta para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como proporcionar comodidad y prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc....) en pacientes inconscientes.



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

46. POSICIONES

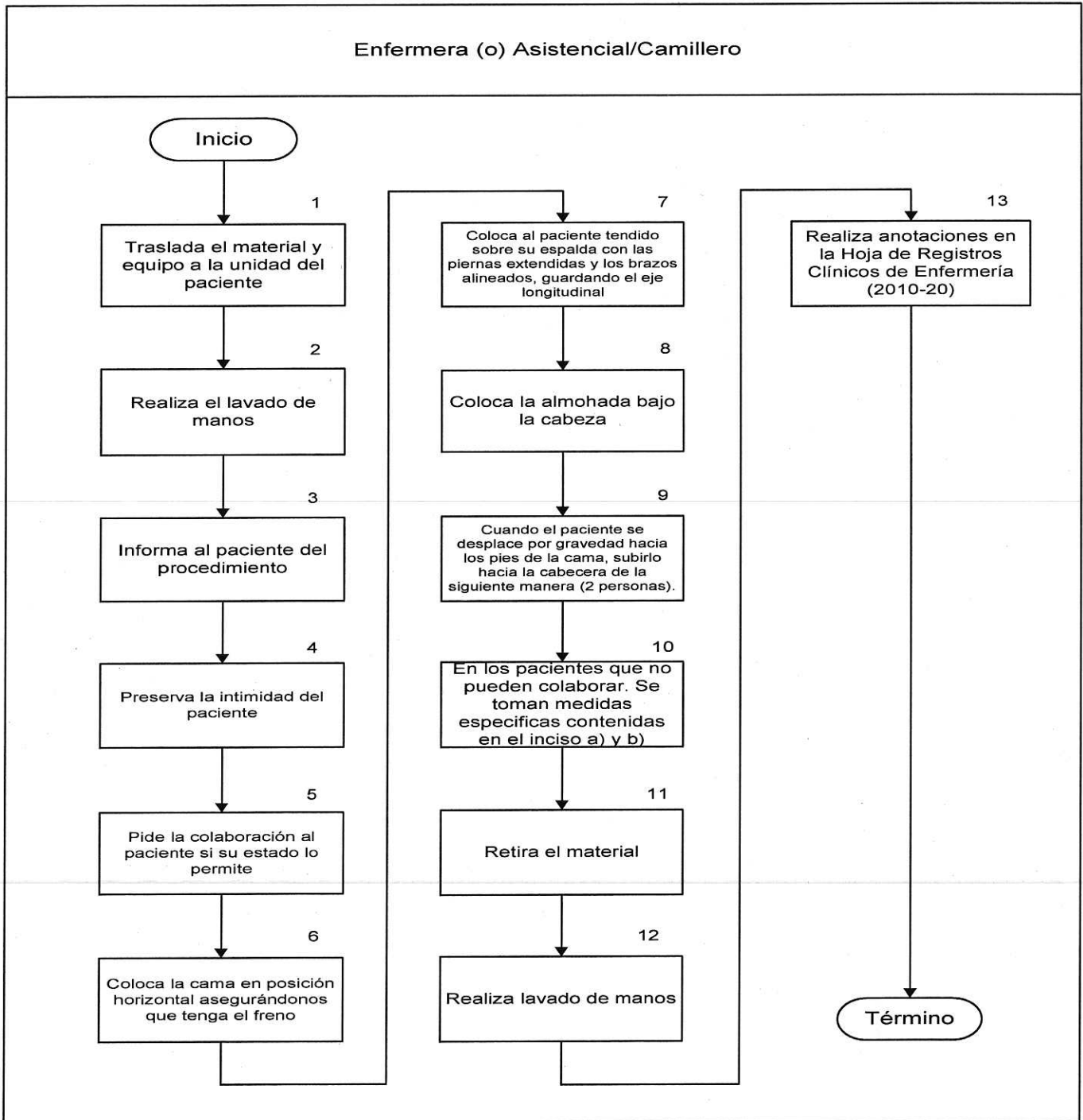
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: DECÚBITO SUPINO
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada el material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Realiza lavado de manos
	3	Informa al paciente del procedimiento.
	4	Preserva la intimidad del paciente.
	5	Pide la colaboración al paciente si su estado lo permite.
	6	Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que tenga el freno.
	7	Coloca al paciente tendido sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos alineados, guardando el eje longitudinal.
	8	Coloca la almohada bajo la cabeza.
	9	<p>Cuando el paciente se desplace por gravedad hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera de la siguiente manera (2 personas).</p> <p>a. Coloca una mano bajo los muslo y otra bajo los hombros</p> <p>b. Pide al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.</p>

46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: DECÚBITO SUPINO
Enfermera (o) Asistencial		c. Indica al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.
Enfermera (o) asistencial/Camillero	10	* En los pacientes que no pueden colaborar: a. Coloca una sábana doblada a modo de entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos. b. El personal se situara a cada lado del paciente y con la ayuda de la sabana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando así movimientos de fricción. Eleva la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.
Enfermera asistencial	11	Retira el material.
	12	Realiza lavado de manos
	13	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20)
		Termina Procedimiento

46. POSICIONES

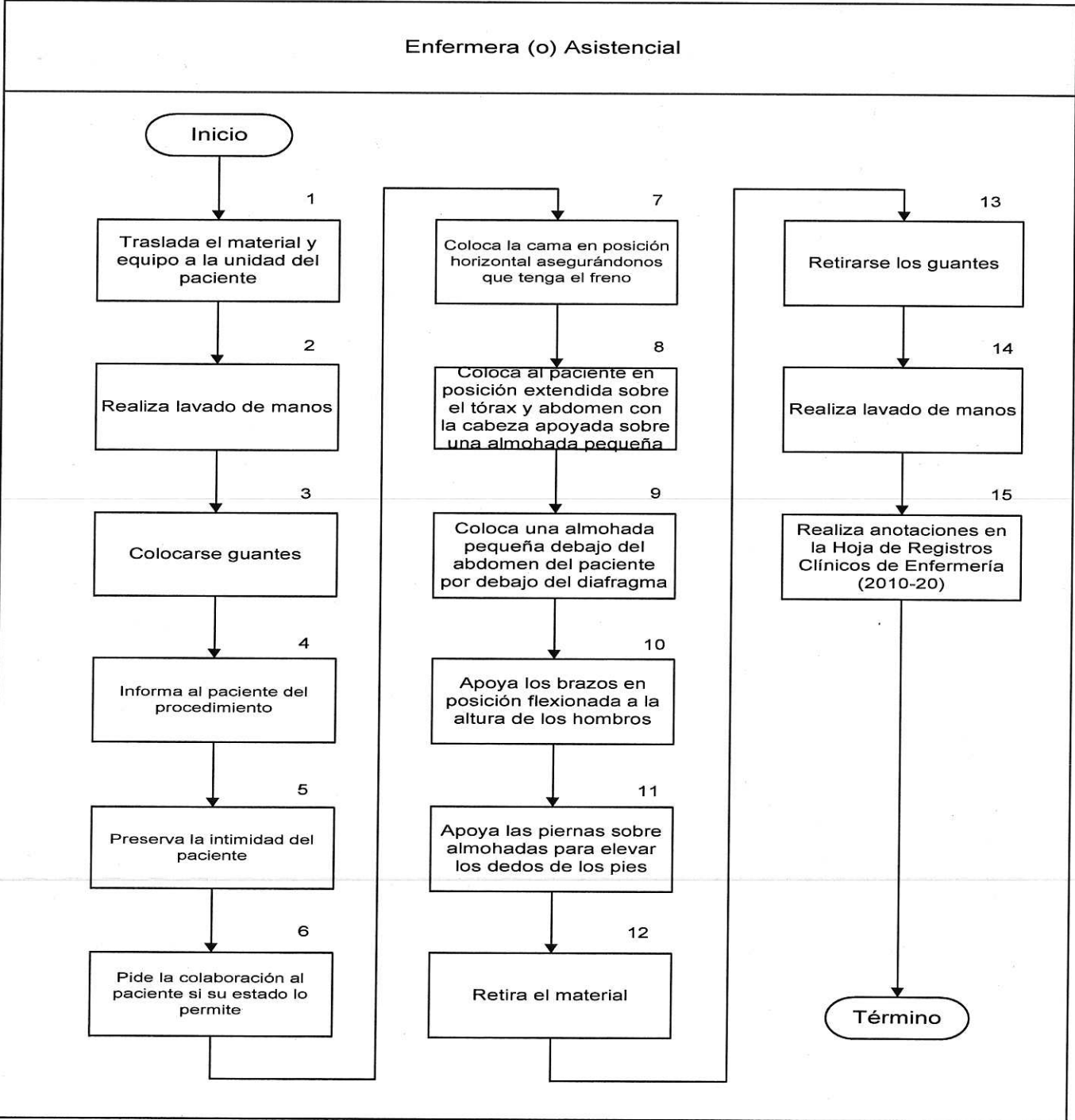
Enfermera (o) Asistencial/Camillero



46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: POSICIÓN PRONO
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada el material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Realiza lavado de manos
	3	Colocarse guantes
	4	Informa al paciente del procedimiento.
	5	Preserva la intimidad del paciente.
	6	Pide la colaboración al paciente si su estado lo permite.
	7	Coloca la cama en posición horizontal asegurándonos que tenga el freno.
	8	Coloca al paciente en posición extendida sobre el tórax y abdomen con la cabeza apoyada sobre una almohada pequeña.
	9	Coloca una almohada pequeña debajo del abdomen del paciente por debajo del diafragma.
	10	Apoya los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
	11	Apoya las piernas sobre almohadas para elevar los dedos de los pies
	12	Retira el material
	13	Retirarse los guantes
	14	Realiza lavado de manos
	15	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20)
		Termina Procedimiento

46. POSICIONES

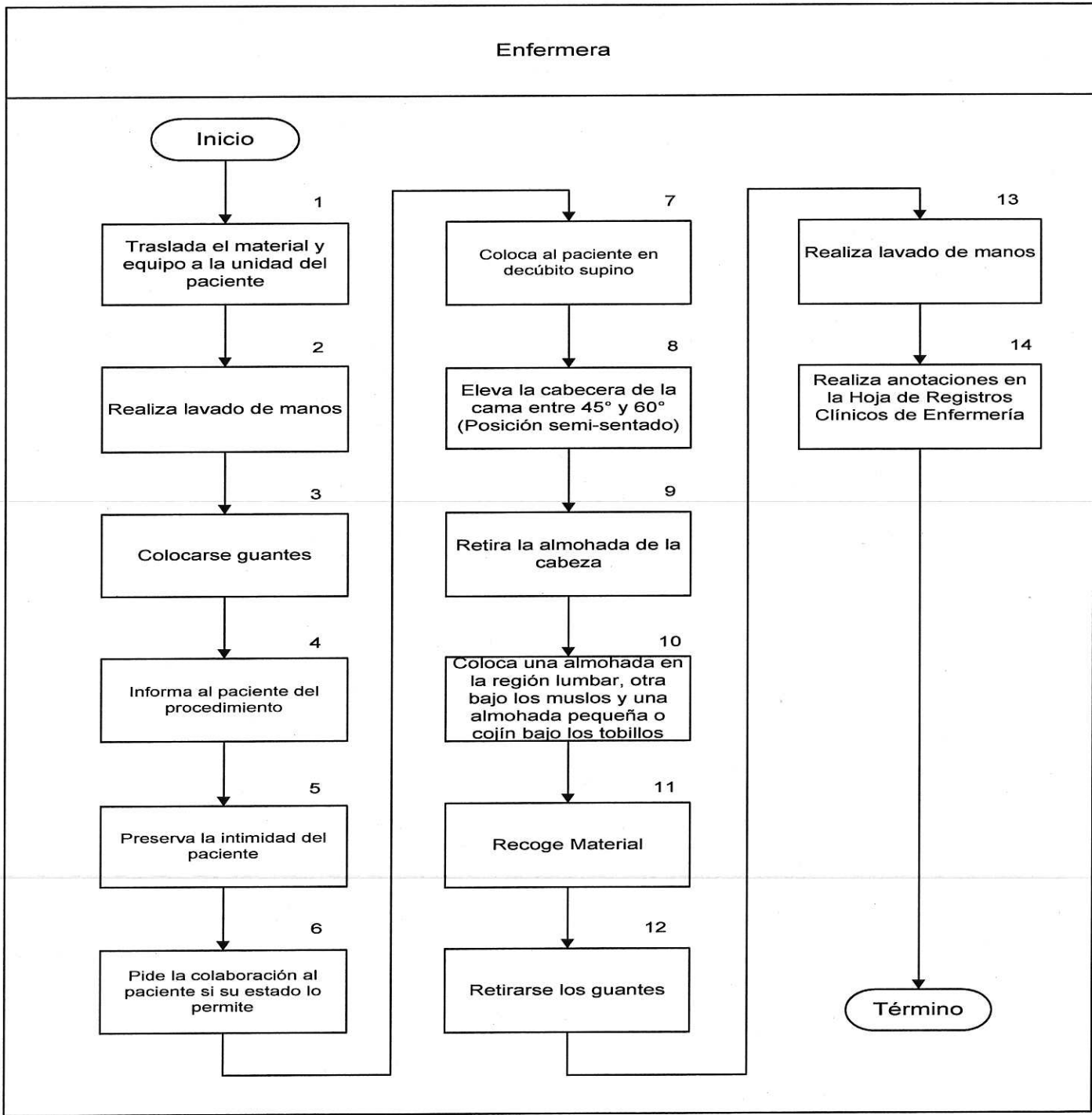




46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: FOWLER
Enfermera	1	Traslada material y equipo a la unidad del paciente
	2	Realiza lavado de manos.
	3	Coloca guantes.
	4	Informa al paciente.
	5	Preserva la intimidad del paciente.
	6	Pedir colaboración del paciente si su estado lo permite.
	7	Coloca al paciente en decúbito supino.
	8	Eleva la cabecera de la cama entre 45° y 60° (Posición semi-sentado).
	9	Retira la almohada de la cabeza.
	10	Coloca una almohada en la región lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña o cojín bajo los tobillos.
	11	Recoge Material
	12	Retirarse los guantes
	13	Realiza lavado de manos
	14	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20)
		Termina Procedimiento

46. POSICIONES

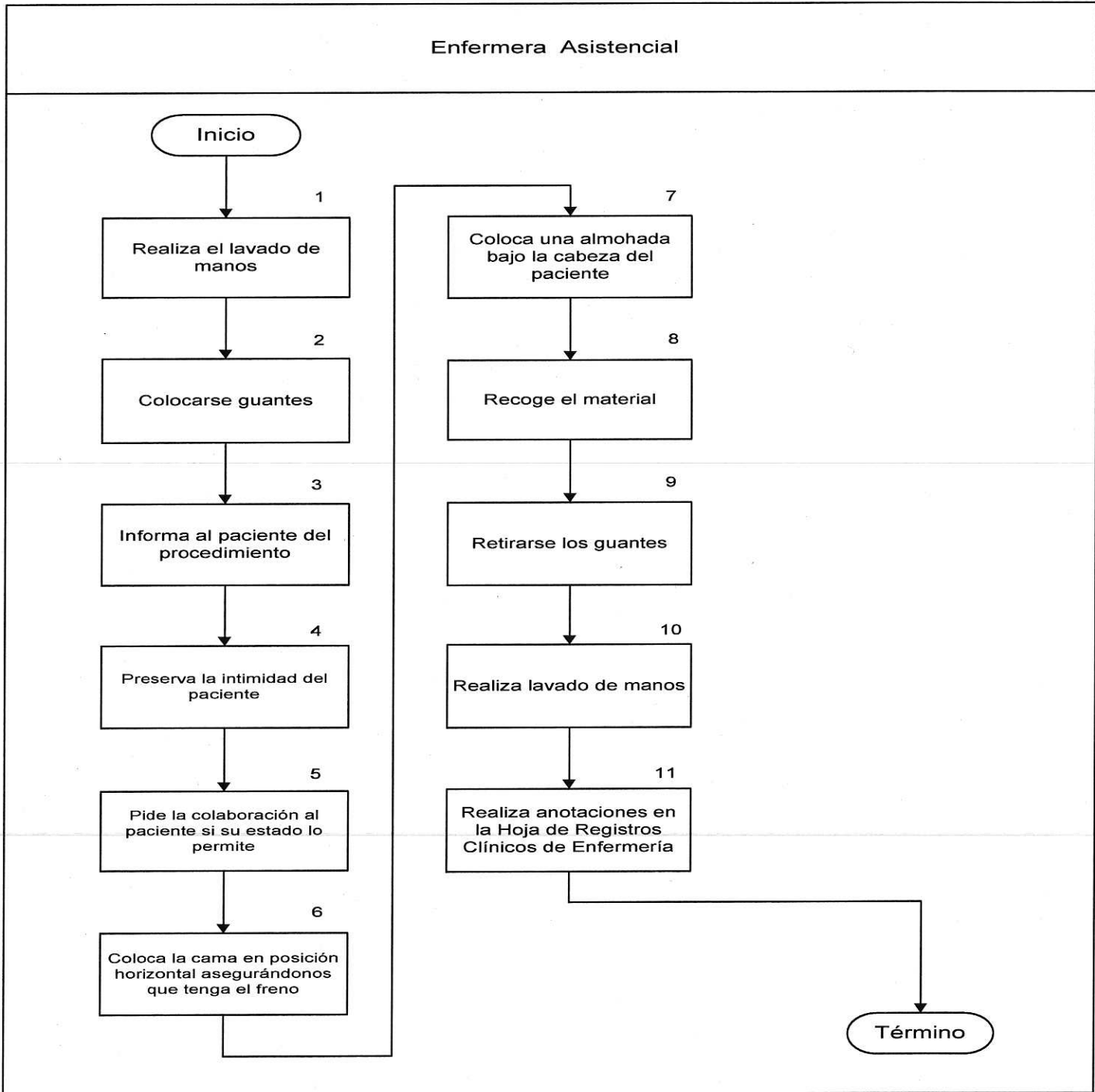


46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: TRENDELEMBURG
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos.
	2	Colocarse guantes.
	3	Informa al paciente.
	4	Preserva la intimidad del paciente.
	5	Pide colaboración al paciente si su estado lo permite.
	6	Coloca la cama en posición horizontal asegurándonos que tenga el freno.
	7	Coloca una almohada bajo la cabeza del paciente.
	8	Recoge el material.
	9	Retirase los guantes.
	10	Realiza lavado de manos.
	11	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20)
		Termina Procedimiento

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

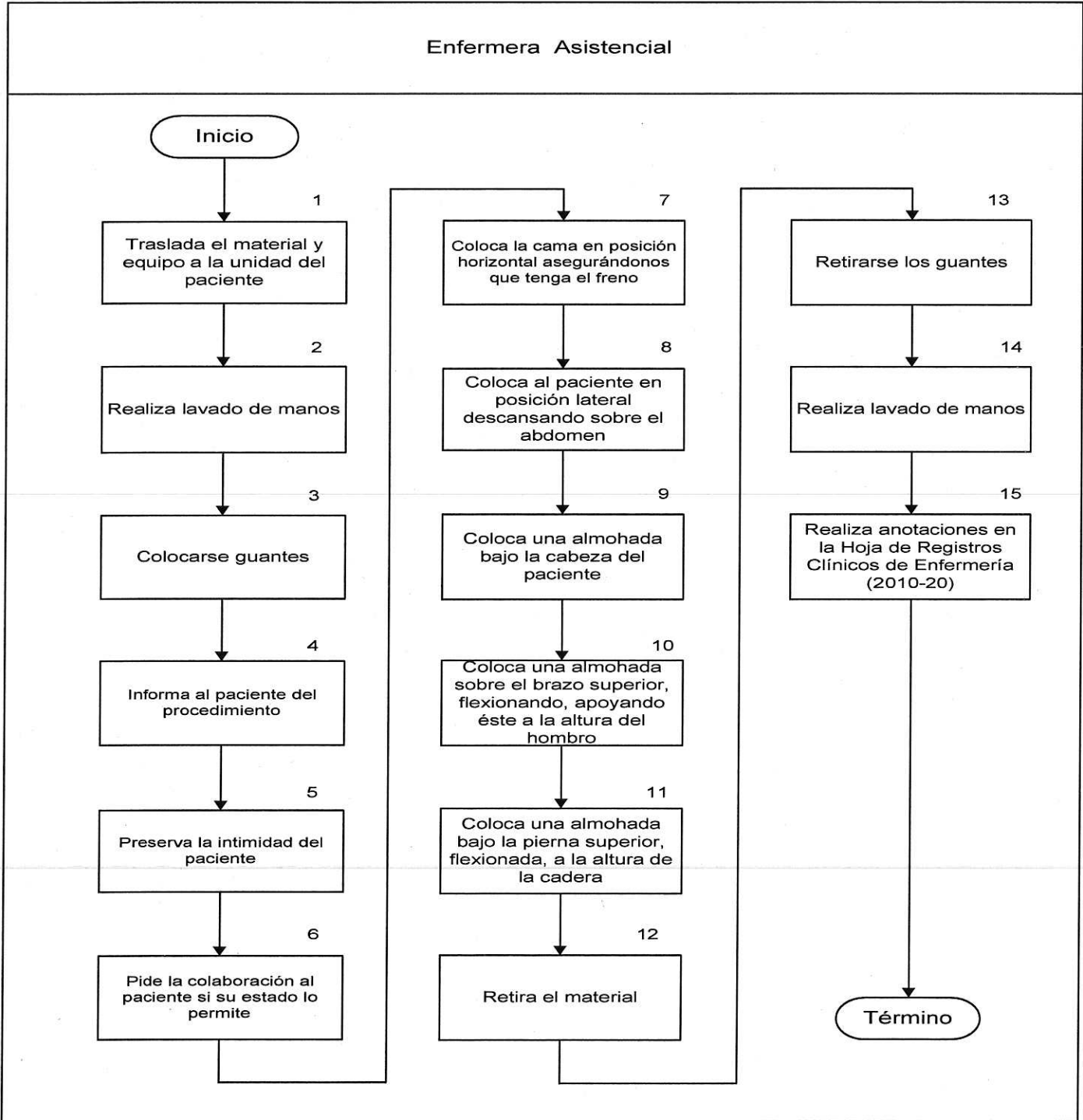
46. POSICIONES



46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: SIMS
Enfermera Asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Realiza lavado de manos.
	3	Colocarse guantes.
	4	Informa al paciente.
	5	Preserva la intimidad del paciente.
	6	Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
	7	Coloca la cama en posición horizontal asegurándonos que tenga el freno.
	8	Coloca al paciente en posición lateral descansando sobre el abdomen.
	9	Coloca una almohada bajo la cabeza del paciente.
	10	Coloca una almohada sobre el brazo superior, flexionado, apoyando éste a la altura del hombro.
	11	Coloca una almohada bajo la pierna superior, flexionada, a la altura de la cadera.
	12	Recoge el material.
	13	Retirarse los guantes.
	14	Realiza lavado de manos.
	15	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20)
		Termina Procedimiento

46. POSICIONES



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: LITOTOMIA
Enfermera Asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Realiza lavado de manos.
	3	Colocarse guantes.
	4	Informa al paciente.
	5	Preserva la intimidad del paciente.
	6	Pide colaboración al paciente si su estado lo permite.
	7	Retira ropa interior si la tuviera.
	8	Coloca la cama en posición horizontal.
	9	Coloca al paciente en posición supina.
	10	Pide a la paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas. Si necesita ayuda se la proporcionaremos.



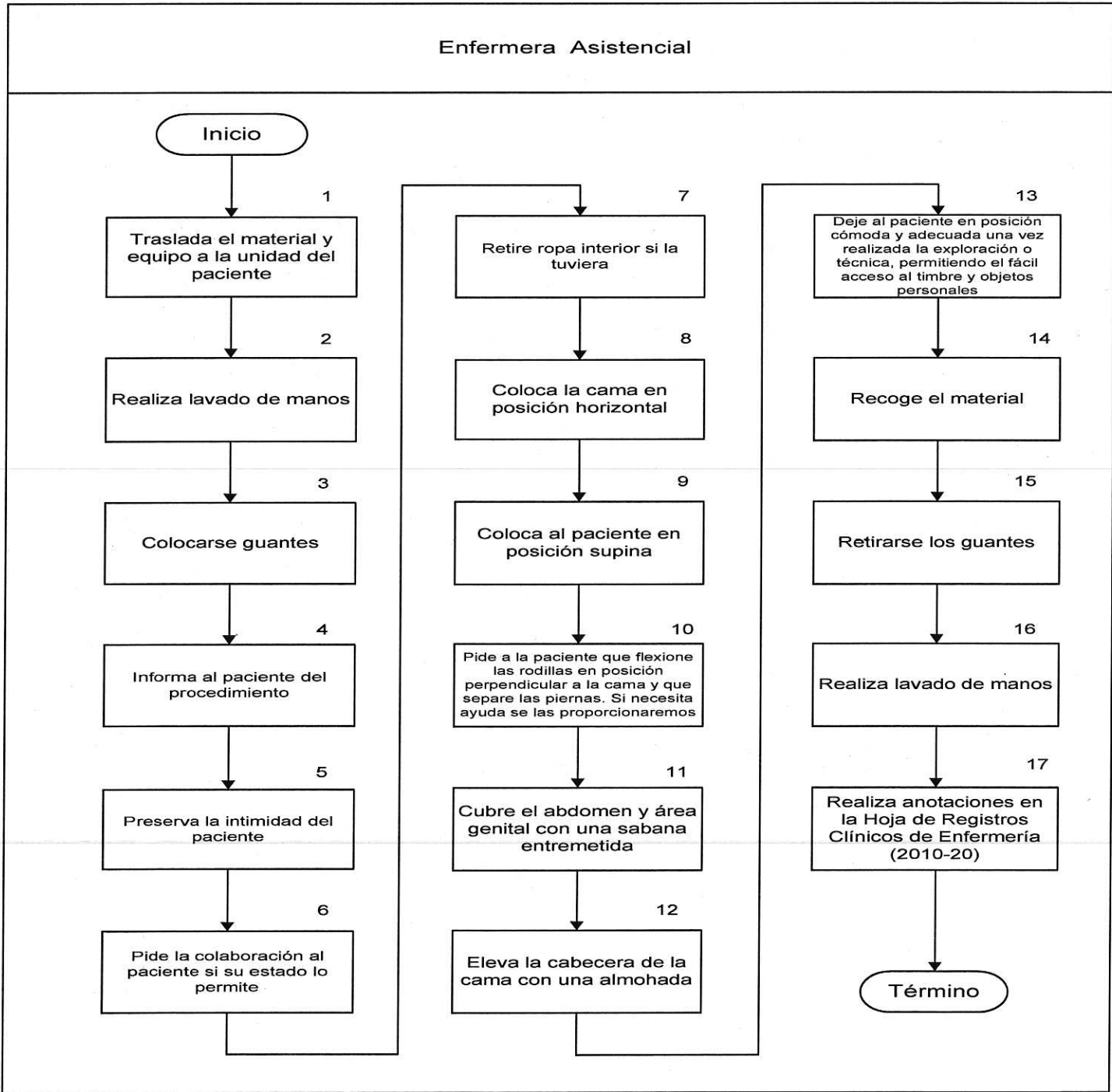
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: LITOTOMIA
Enfermera Asistencial	11	Cubre el abdomen y área genital con una sabana entremetida.
	12	Eleva la cabecera de la cama con una almohada.
	13	Deja al paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
	14	Recoge el material.
	15	Retirarse los guantes.
	16	Realiza lavado de manos.
	17	Realiza anotaciones en Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20)
		En caso de utilizar una mesa de exploración ginecológica, la paciente descansa sobre su espalda y se le pide que se baje hasta colocar las nalgas en el extremo de la mesa de examen y que apoye los pies sobre los estribos
		Termina Procedimiento



46. POSICIONES

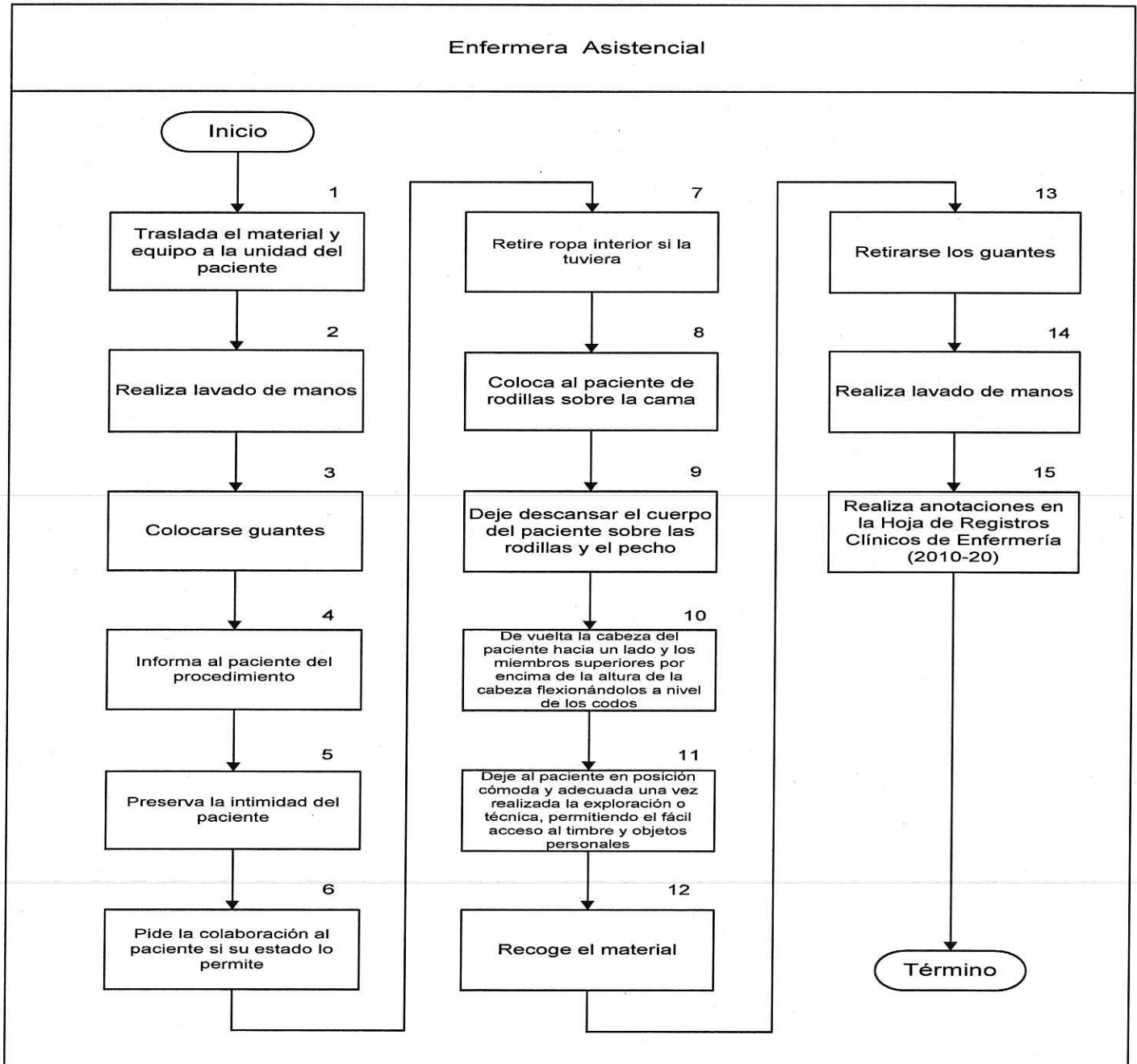


46. POSICIONES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN: GENUPECTORAL
Enfermera Asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Realiza lavado de manos.
	3	Colocarse guantes.
	4	Informa al paciente.
	5	Preserva la intimidad del paciente.
	6	Pide la colaboración del paciente si su estado lo permite.
	7	Retira la ropa interior si la tuviera.
	8	Coloca al paciente de rodillas sobre la cama.
	9	Deje descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y el pecho.
	10	De vuelta la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos. Cubrir al paciente con una sábana.
	11	Deje al paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
	12	Recoge el material.
	13	Retirarse los guantes.
	14	Realiza lavado de manos.
	15	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería (2010-20).
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

46. POSICIONES



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47.PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

47.PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES ADULTAS

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS**

OBJETIVO ESPECÍFICO

Introducir y aplicar sustancias medicamentosas a la paciente adulta por diferentes vías, con fines preventivos, diagnósticos y tratamiento, para instituir un manejo oportuno e inmediato.

La ministración de medicamentos a la paciente adulta por diferentes vías, es una responsabilidad trascendental que implica tiempo, dedicación y conocimiento por parte del personal de enfermería.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad de:

La (el) Jefa (e) de Servicio:

- Tener conocimiento de la presente norma técnica.
- Verificar las indicaciones clínicas de cada una de las pacientes que se encuentran en el servicio y solicitar los medicamentos por recetario colectivo.
- Solicitar los fármacos y material para la realización del procedimiento.
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento en forma oportuna.
- Verificar que el personal a su cargo utilice el material indicado, realice el manejo y desecho del material según la norma 087 establecida.

Del Personal Asistencial:

Siendo la (el) enfermera (o) la (el) responsable de la preparación y la ministración de los fármacos, el personal debe tener conocimiento acerca de las diferentes vías de ministración con fines preventivos, diagnósticos y tratamiento, para instituir un manejo oportuno e inmediato, así mismo detectar oportunamente alguna reacción adversa que pueda presentarse, y favorecer su pronta recuperación.

- Identificar a la paciente correctamente: nombre completo, número de registro, número de cama, sexo, fecha de nacimiento.
- Verificar en las indicaciones médicas, que los fármacos sean correctos. (presentación, dosis, vía, horario, dilución).
- Verificar nombre, firma y clave del médico que indica el medicamento.
- Mantener bajo control los **medicamentos de alto riesgo**.
- Anotar el uso de fármacos controlados en el formato correspondiente.
- Mantener actualizado al personal de enfermería sobre fármacos.
- Evitar errores al momento de preparar y ministrar medicamentos.
- Optimizar la utilización de los medicamentos
- Intervenir oportunamente en las reacciones adversas de los medicamentos en la paciente

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS**

MEDIDAS GENERALES

- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención de la paciente, y de la realización del procedimiento.
- Cumplir con indicaciones médicas solo por escrito.
- Cumplir indicaciones verbales solo en caso de **emergencia**.
- Conocer y aplicar siempre los "ocho correctos".
 - Paciente correcto
 - Horario correcto
 - Fármaco correcto
 - Dosis correcta
 - Vía correcta
 - Tiempo de infusión correcta
 - Dilución correcta
 - Registro de enfermería correcto
- Conocer la nomenclatura y símbolos más comunes.
- Conocer la farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos empleados.
- Revisar el expediente clínico o interrogatorio directo (paciente, familiar) sobre alergias a medicamentos o reacciones anafilácticas anteriores.
- Mantener el área de preparación de medicamentos limpia y en orden.
- Conocer los medicamentos y su efecto más utilizados en el área.
- Iniciar de inmediato el medicamento en el momento indicado.
- Conservar bien cerrados los envases de los medicamentos.
- Conservar en refrigeración los medicamentos que así lo requiera.
- Mantener protegidos de la luz los medicamentos que así lo requieran.
- Leer literatura anexa al medicamento.
- Monitoreo de los signos vitales durante la ministración del medicamento que así lo requiera.
- Vigilancia estrecha en presencia de signos de anafilaxia.
- Diluir todo el medicamento que sea ministrado.
- Mantener los medicamentos controlados bajo llave.
- Verificar permeabilidad de catéter y sondas antes de ministrar el medicamento.
- Ministran aminas por venas de grueso calibre o catéter central
- Realizar el destete de aminas, gradualmente de acuerdo al estado hemodinámico de la paciente
- Verificar caducidad de los medicamentos, y NO aplicarlos si ya están caducados.
- Administrar el fármaco en el tiempo y cantidad de solución indicado.
- Verificar si la dosis del medicamento es única.
- Nunca mezclar soluciones alcalinas (bicarbonato de sodio, gluconato de calcio) y ministrarlo por una sola vía.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS**

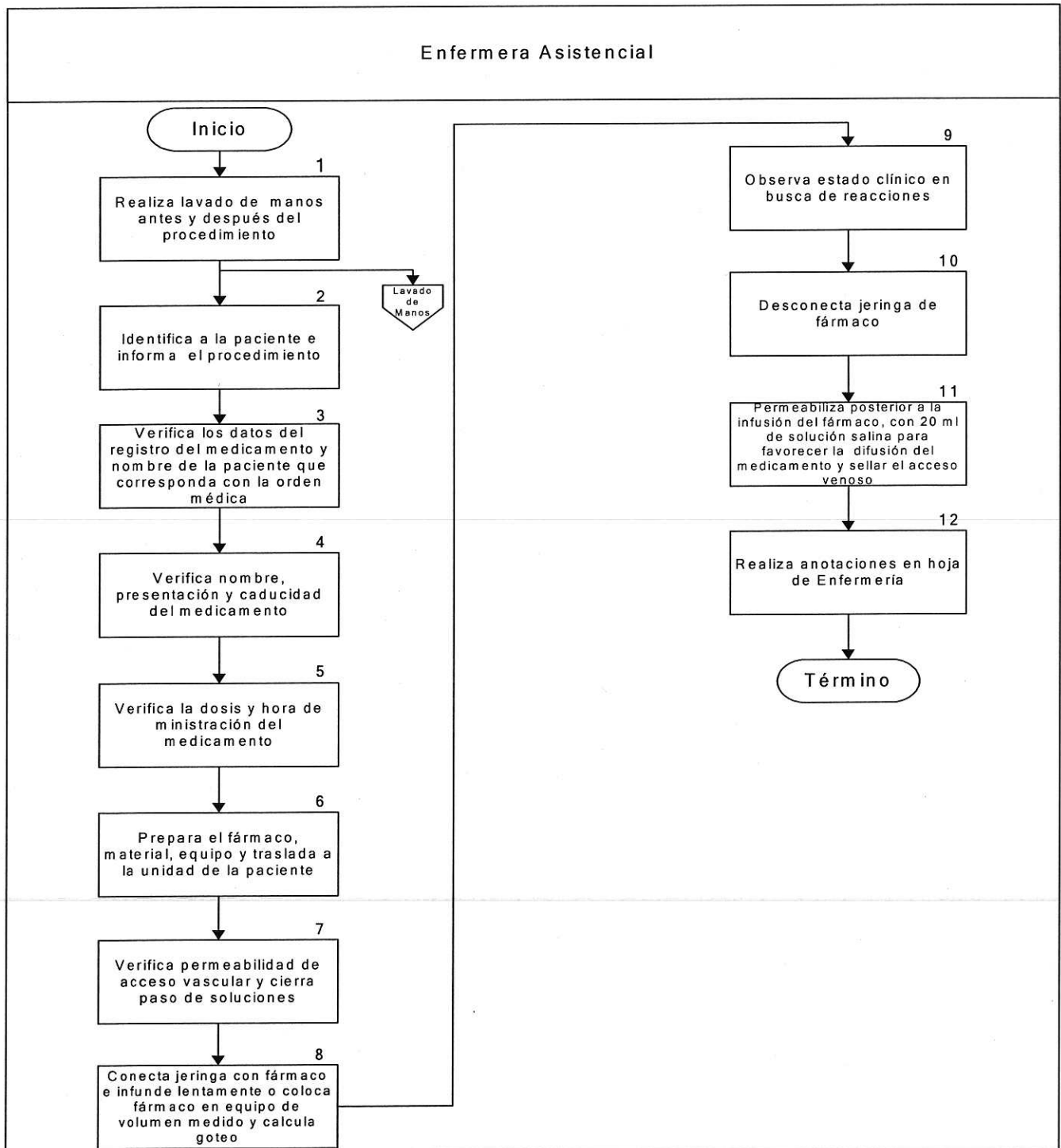
- Anotar fecha de inicio de los medicamentos una vez abierto (insulina, heparina)
- Irrigar catéteres y sondas, posterior al paso de medicamentos.
- Revisar la dotación de medicamentos por paciente para 24 horas.
- Uso de bombas de infusión para mayor control y precisión de ciertos medicamentos (aminas, magnesio, hidralazina, sedación).
- Realizar la anotación inmediata posterior a la ministración del medicamento en la hoja correspondiente.
- Cumplir con la NORMA 087 - RPBI.
- Verificar en el expediente clínico la historia de efectos adversos y reacciones anafilácticas a algún medicamento de la paciente.
- Cambiar los equipos de volumen medido cada 72 horas

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN: MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAVENOSA (IV)
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Identifica a la paciente e informa el procedimiento.
	3	Verifica los datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que corresponda con la orden médica.
	4	Verifica nombre, presentación y caducidad del medicamento.
	5	Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento.
	6	Prepara el fármaco, material, equipo y traslada a la unidad de la paciente.
	7	Verifica permeabilidad de acceso vascular y cierra paso de soluciones.
	8	Conecta jeringa con fármaco e infunde lentamente o coloca fármaco en equipo de volumen medido y calcula goteo.
	9	Observa estado clínico en busca de reacciones.
	10	Desconecta jeringa de fármaco.
	11	Permeabiliza posterior a la infusión del fármaco, con 20 ml de solución salina para favorecer la difusión del medicamento y sellar el acceso venoso.
	12	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería
Termina Procedimiento		

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47.PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS



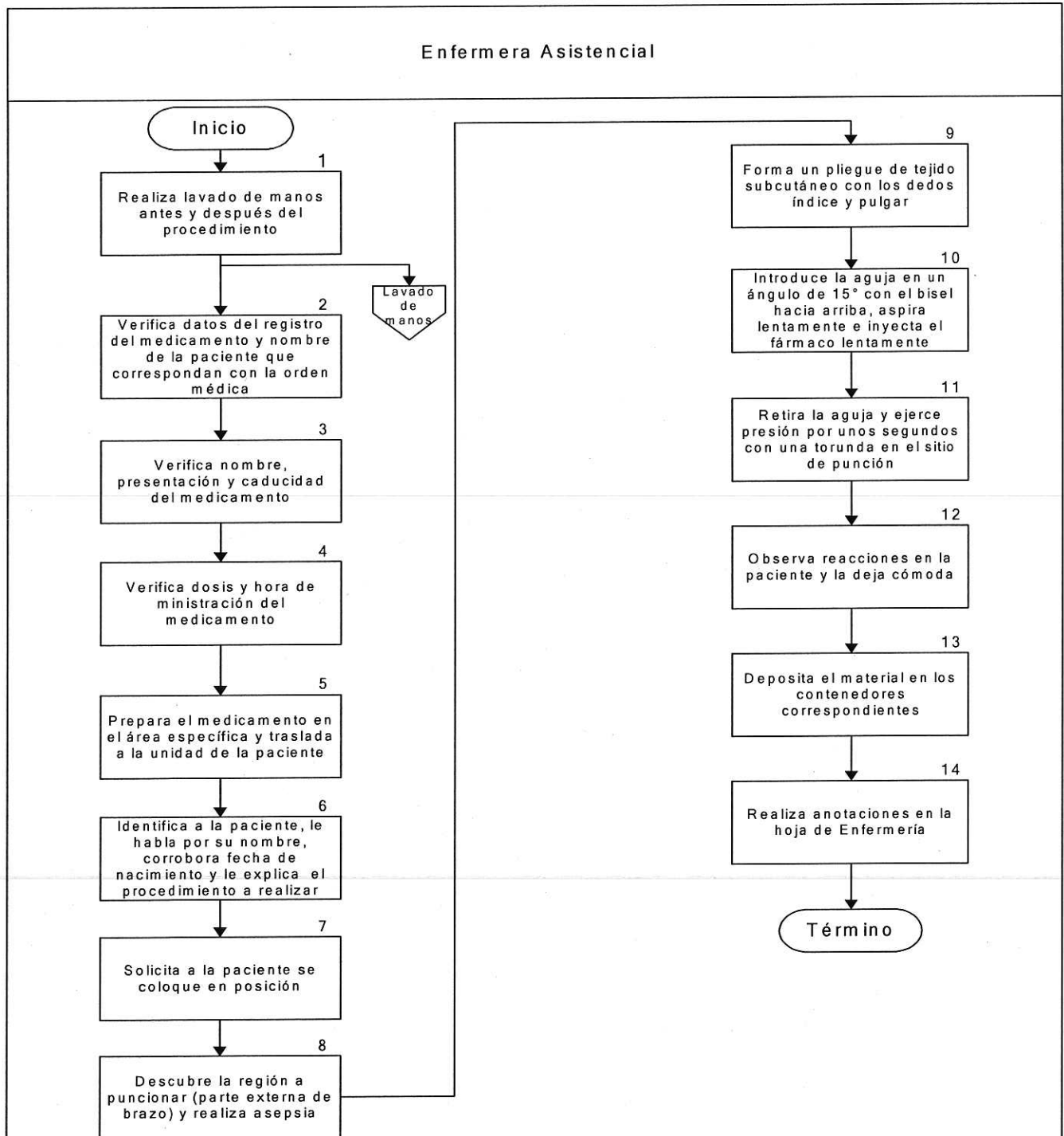
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTANEA (SUBC)
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verifica datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, presentación y caducidad del medicamento.
	4	Verifica dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre, corrobora fecha de nacimiento y le explica el procedimiento a realizar.
	7	Solicita a la paciente se coloque en posición.
	8	Descubre la región a puncionar (parte externa de brazo) y realiza asepsia.
	9	Forma un pliegue de tejido subcutáneo con los dedos índice y pulgar.
	10	Introduce la aguja en un ángulo de 15° con el bisel hacia arriba, aspira lentamente e inyecta el fármaco lentamente.
	11	Retira la aguja y ejerce presión por unos segundos con una torunda en el sitio de punción.
	12	Observa reacciones en la paciente y la deja cómoda.
	13	Deposita el material en los contenedores correspondientes.
	14	Realiza anotaciones en la hoja de Enfermería. Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

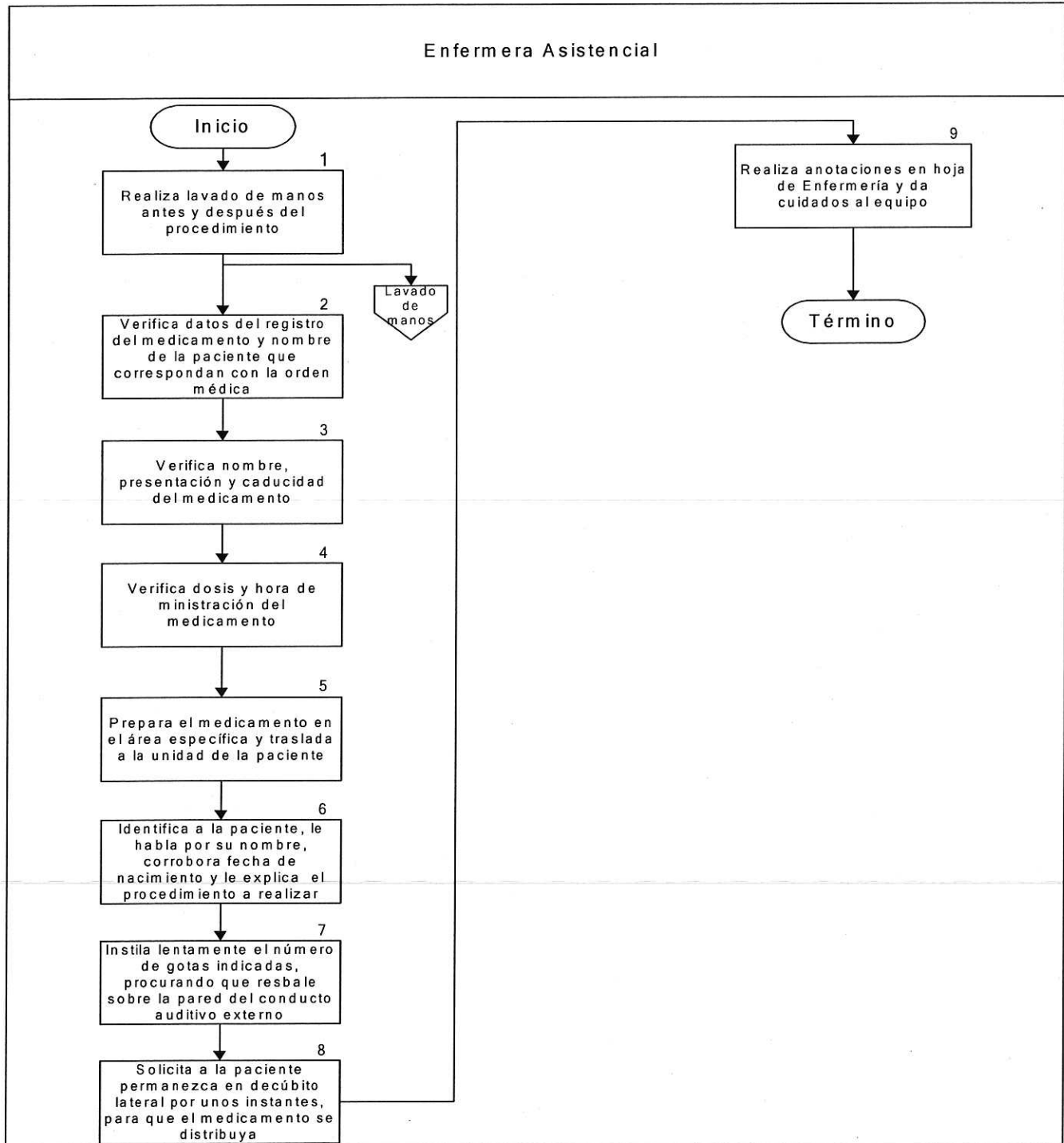


**47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS**

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR INSTILACIÓN VÍA ÓTICA
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verificar datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, presentación y la caducidad del medicamento.
	4	Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre, corrobora fecha de nacimiento y le explica el procedimiento a realizar.
	7	Instila lentamente el número de gotas indicadas, procurando que resbale sobre la pared del conducto auditivo externo.
	8	Solicita a la paciente permanezca en decúbito lateral por unos instantes, para que el medicamento se distribuya.
	9	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería y da cuidados al equipo.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

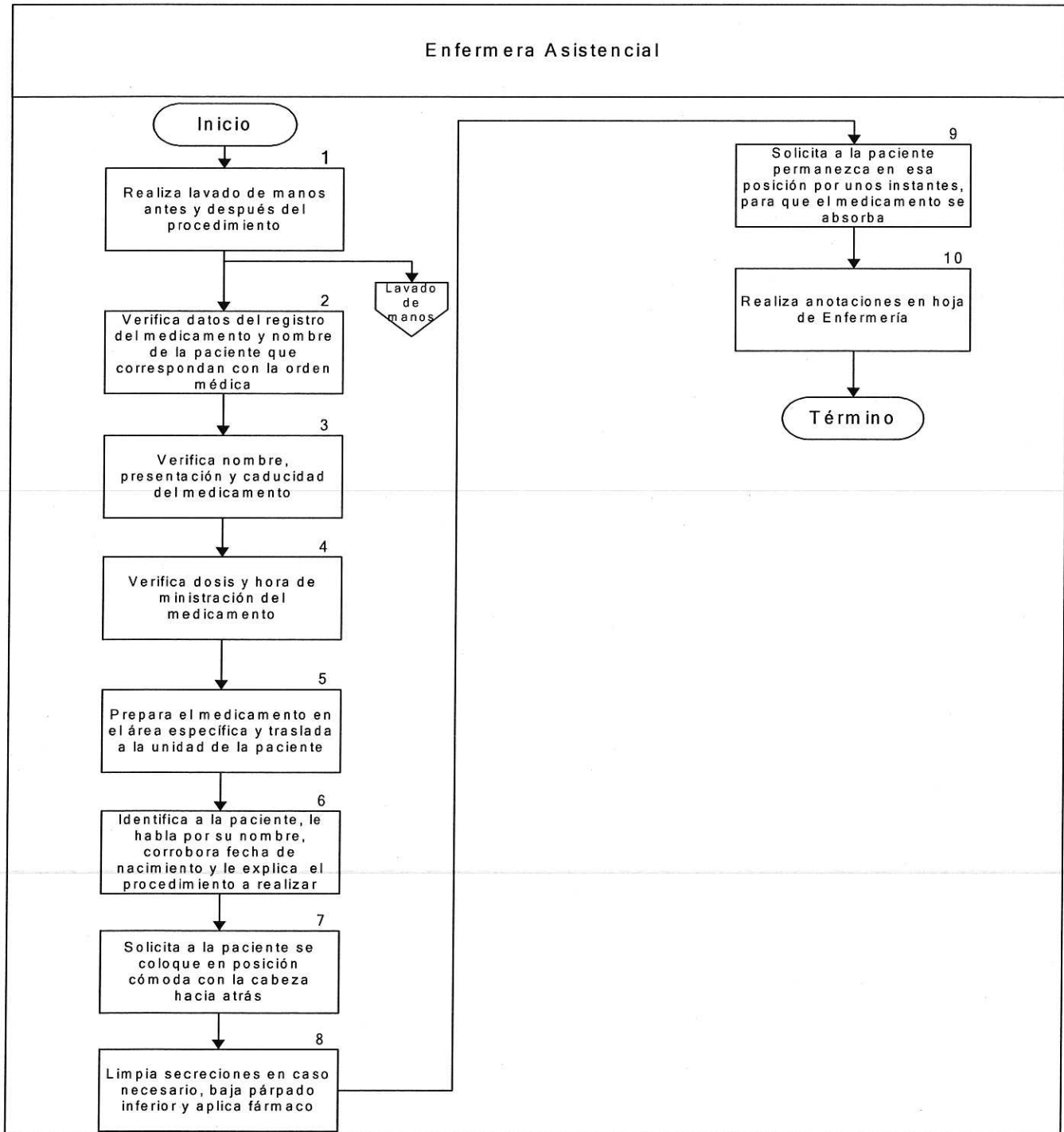


47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verifica datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, presentación y caducidad del medicamento.
	4	Verifica dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y lo traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre y corrobora fecha de nacimiento, le explica el procedimiento a realizar.
	7	Solicita a la paciente se coloque en posición cómoda con la cabeza hacia atrás.
	8	Limpia secreciones en caso necesario, baja párpado inferior y aplica fármaco.
	9	Solicita a la paciente permanezca en esa posición por unos instantes, para que el medicamento se absorba.
	10	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS



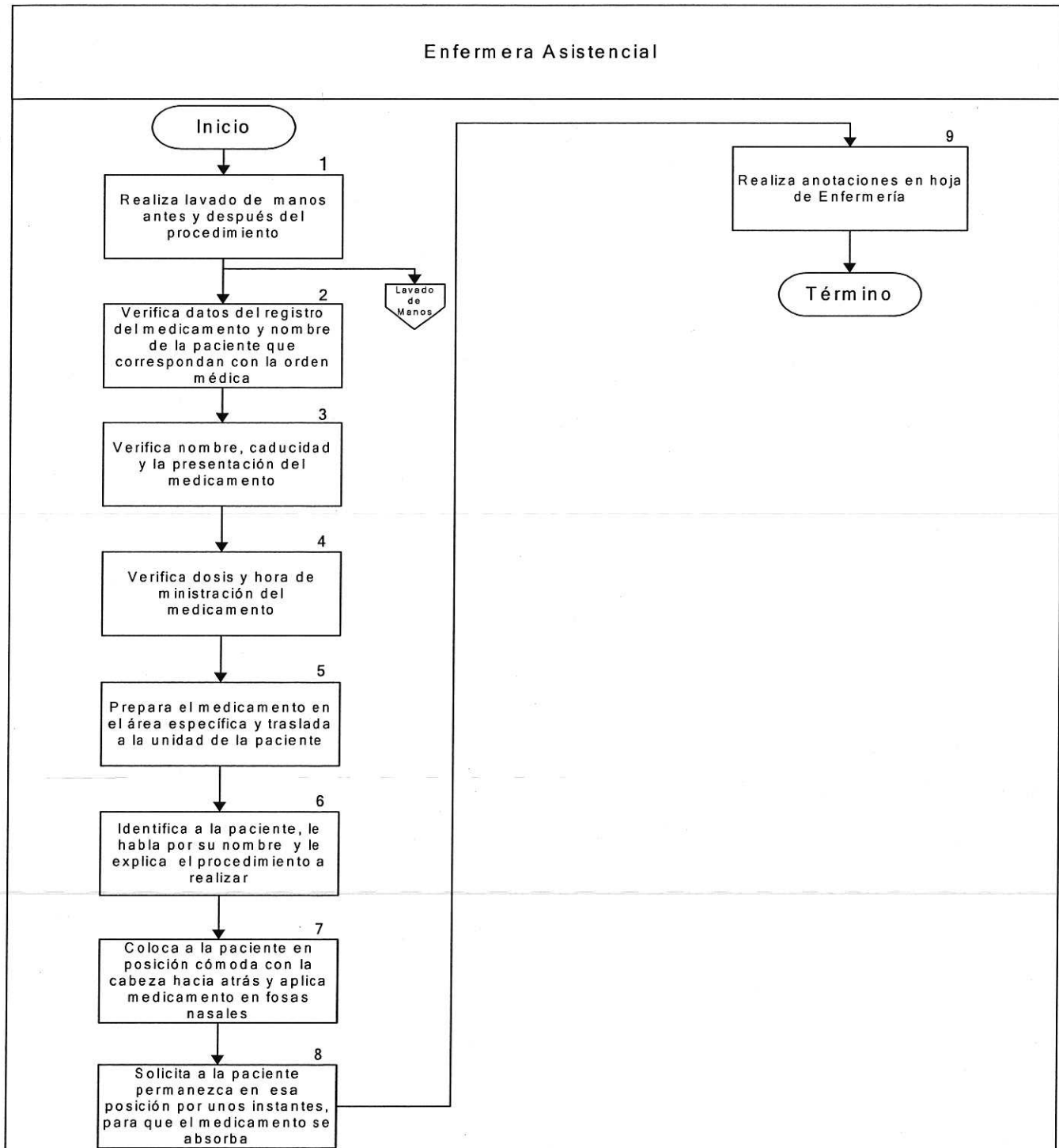
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verifica datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, caducidad y la presentación del medicamento.
	4	Verifica dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre y le explica el procedimiento a realizar.
	7	Coloca a la paciente en posición cómoda con la cabeza hacia atrás y aplica medicamento en fosas nasales.
	8	Solicita a la paciente permanezca en esa posición por unos instantes, para que el medicamento se absorba.
	9	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

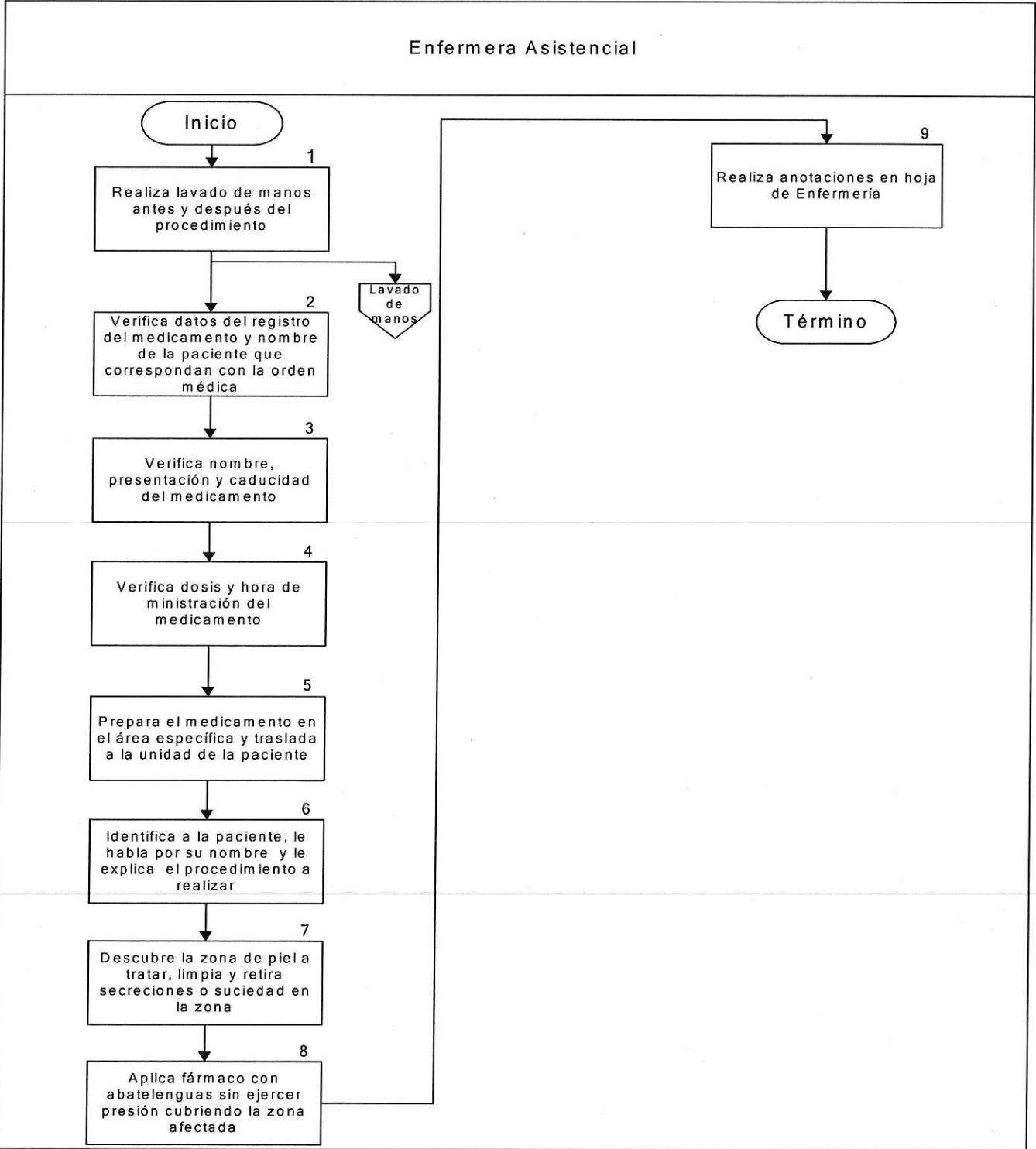


DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA TOPÍCA
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verifica datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, presentación y caducidad del medicamento.
	4	Verifica dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre y le explica el procedimiento a realizar.
	7	Descubre la zona de piel a tratar, limpia y retira secreciones o suciedad en la zona.
	8	Aplica fármaco con abate lenguas sin ejercer presión cubriendo la zona afectada.
	9	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
Termina Procedimiento		

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS



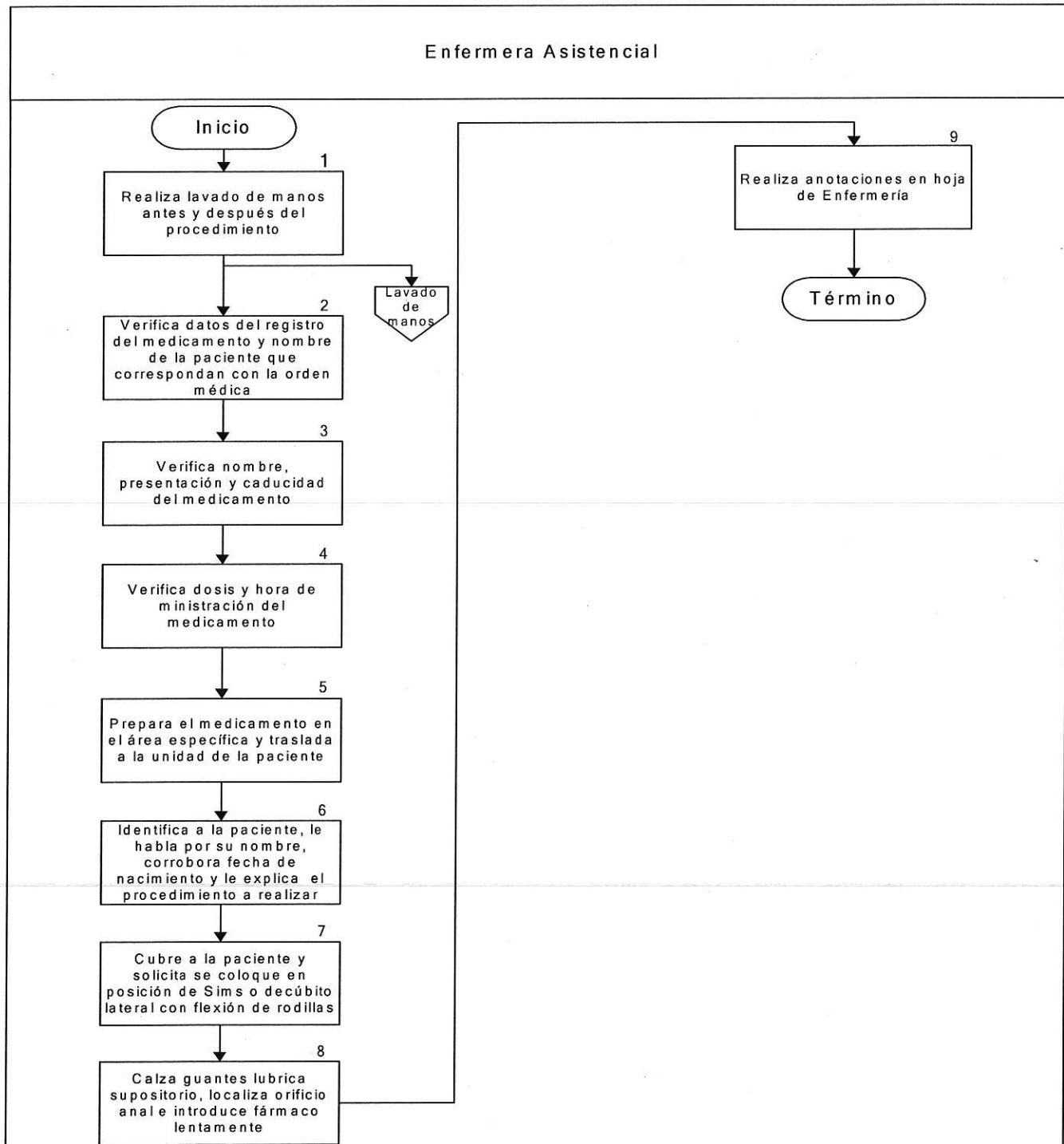
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verifica datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, presentación y caducidad del medicamento.
	4	Verifica dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre, corrobora fecha de nacimiento y le explica el procedimiento a realizar.
	7	Cubre a la paciente y solicita se coloque en posición de Sims o decúbito lateral con flexión de rodillas.
	8	Calza guantes lubrica supositorio, localiza orificio anal e introduce fármaco lentamente.
	9	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
Termina Procedimiento		

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS



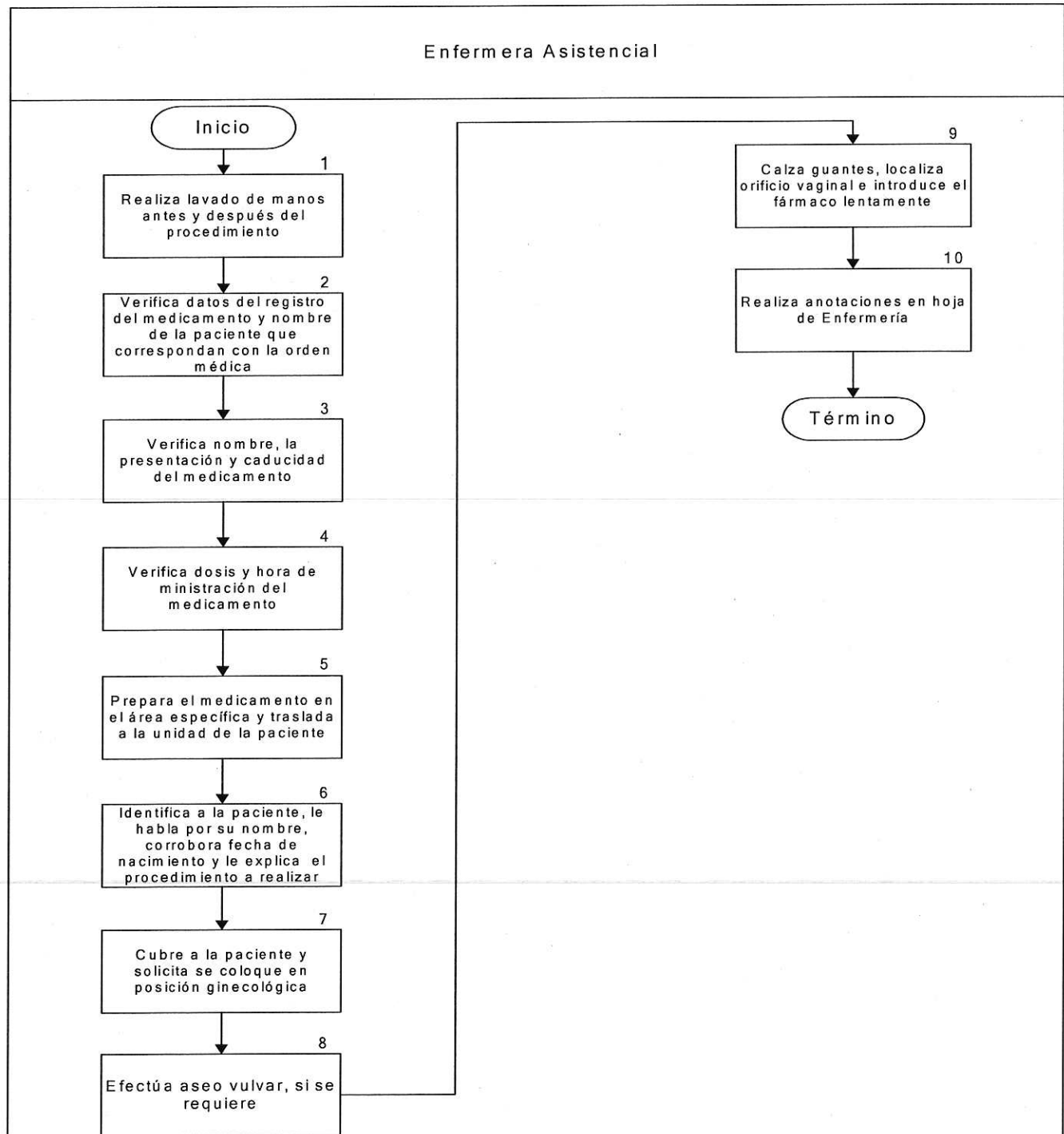
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VAGINAL
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento.
	2	Verifica datos del registro del medicamento y nombre de la paciente que correspondan con la orden médica.
	3	Verifica nombre, la presentación y caducidad del medicamento.
	4	Verifica dosis y hora de ministración del medicamento.
	5	Prepara el medicamento en el área específica y traslada a la unidad de la paciente.
	6	Identifica a la paciente, le habla por su nombre, corrobora fecha de nacimiento y le explica el procedimiento a realizar.
	7	Cubre a la paciente y solicita se coloque en posición ginecológica.
	8	Efectúa aseo vulvar, si se requiere.
	9	Calza guantes, localiza orificio vaginal e introduce el fármaco lentamente.
	10	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

47. PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
PACIENTES ADULTAS



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aplicar las medidas de seguridad para proteger a la paciente adulta hospitalizada para evitar caídas, que pongan en riesgo su vida y estancia hospitalaria.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

De la Jefe de Servicio:

- Conocer las condiciones físicas del servicio, para solicitar la intervención del departamento de mantenimiento, para que se realicen las correcciones pertinentes.
- Verificar que el personal a su cargo conozca y lleve a cabo las medidas para prevenir caídas en el paciente.

Del Personal Asistencial:

- Conocer el procedimiento y aplicarlo de acuerdo a la normativa internacional.
- Valorar el riesgo de caída al ingreso y a lo largo de su estancia.
- Realizar y registrar los resultados de dichas valoraciones.
- Planificar los cuidados de prevención de acuerdo a los factores de riesgo presente.
- Registrar la respuesta de la paciente a los cuidados en el formato de registros Clínicos de enfermería.
- Educar a la paciente y familiares sobre prevención de caídas en el ambiente hospitalario.

En caso de caídas:

- Valorar las consecuencias de la caída y avisar al médico de guardia si fuera necesario.
- Registrar en la hoja de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente-antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.
- Cubrir el Informe de caídas y entregar a la supervisora de la unidad.
- Vigilar el estado de la paciente en horas sucesivas.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

Concepto de caída

La OMS define caídas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

La causa de las caídas es multifactorial y por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones constituye un importante problema en el área hospitalaria.

Se ha observado que en los hospitales cerca del 14% de las caídas, se presentan por un factor del medio ambiente o del personal que otorga la atención o por ambos. Los factores asociados a los pacientes están vinculados con la edad avanzada, condiciones crónicas, hospitalizaciones prolongadas, antecedentes de caídas, problemas de incontinencia urinaria, alteración cognitiva y uso de medicamentos psicoactivos, entre otros.

Al profesional de enfermería, se le considera parte fundamental del grupo multidisciplinario, que tiene la responsabilidad de brindar atención integral al paciente identificando oportunamente el riesgo para prevenir daños, y de esta manera, contribuir a la disminución de la morbilidad y bajar los costos hospitalarios; sin embargo, existen factores intrínsecos y extrínsecos que debe considerar para la evaluación de dicho riesgo.

Valoración del Riesgo de Caídas

La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas adecuadas a cada persona. En la planificación de actividades de prevención se debe considerar la valoración global de la paciente contemplando cada uno de los factores de riesgo predisponentes.

Se considerará que toda paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todas las pacientes que ingresen en cualquiera de las unidades de hospitalización.

Además se valorará siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos y extrínsecos previamente definidos. Se realizará una nueva valoración siempre que se modifique el estado de la paciente a lo largo de su estancia.

Factores Intrínsecos

Son aquellos que están relacionados con el propio paciente y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

EDAD

Niños menores de 6 años, el lactante puede caer de la cama o cuna cuando se le deja solo y los barandales no son instalados y/o no funciona el sistema de seguridad, con frecuencia tienen caídas cuando empiezan a caminar. El niño en edad preescolar no mide el peligro al intentar trepar, subir o bajar cualquier superficie.

El adulto mayor de 65 años presenta riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.

FACTORES EXTRÍNSECOS

Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien elementos de uso personal. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.

Arquitectónicas de la unidad hospitalaria

- Ausencia del timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de la luz descompuesto.
- Escalones a la entrada o salida del baño.
- Ausencia de barras de sujeción en baños y áreas de regaderas.
- Área de regaderas con piso deslizante y sin tapetes antiderrapante.
- Escaleras o rampas sin antiderrapante.
- Escaleras con escalones irregulares.
- Lavabos y retretes muy bajos.
- Pisos disparejos.

Equipo y mobiliario

- Sistema no audible ni visible de timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz descompuesto, focos fundidos dentro o fuera de la habitación o del control de enfermeras.
- Mobiliario fuera de su lugar (buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas entre otros).
- Silla de baño mojada, resbaladiza o ausencia de ésta (silla desplegable).
- Presencia de cables, cordones y obstáculos en general.
- Ausencia de dispositivos específicos para la deambulación, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo. Utilización de tripies, sillas de ruedas, bombas de infusión o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulación. Llantas de tripies en malas condiciones. Camas y camillas sin cinturones de seguridad, barandales laterales, piecera o cabecera. Camas, camillas o sillas de ruedas con frenos en mal estado o no funcionales.
 - Iluminación deficiente.
- Fuera del alcance del paciente: timbre de llamado,

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

De Proceso

- intercomunicador o interruptor de luz, artículos personales, banco de altura.
- Omitir subir los barandales de cama o camilla.
 - No verificar el funcionamiento de los sistemas de seguridad: como barandales de las camas, camillas y sillas de ruedas.
 - Cambios bruscos de postura, incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
 - Movilización del paciente sin ayuda de otro miembro del equipo o familiar.
 - Faltas de normas de seguridad en la unidad hospitalaria.
 - Falta de orientación al paciente y familiar de las medidas de seguridad, para deambular con los equipos de venoclisis, tubo de drenaje urinario, entre otros.
 - Falta de orientación en el uso de sillas de ruedas, freno y descansa pies.
 - No delimitación de áreas con piso mojado al realizar la limpieza.
 - Alta de establecimiento de un sistema de reporte y mantenimiento preventivo

FÁRMACOS Y SUS EFECTOS

Diurético	Deshidratación, incontinencia, urgencia de micción, hipopotasemia, hiponatremia, Hiperglucemia, hiperuricemia, desequilibrio hidroelectrolítico.
Laxantes y enemas	Urgencia de evacuar, evacuaciones frecuentes, diarrea, pueden alterar el equilibrio hidroelectrolítico.
Antihipertensivos, calcio antagonista, betas bloqueadores.	Cifras de presión arterial inferiores a las normales, descenso nocturno de la presión arterial, hipotensión ortostática y postprandial, síncope, depresión, adinamia, insuficiencia cardíaca, arritmias.
Inotrópicos	Alteraciones gastrointestinales, síndrome confusional, alteraciones en el gasto cardíaco, arritmias ventriculares.
Digitalicos	Arritmias cardíacas, mareo, desmayo, confusión depresión cansancio, debilidad,
Antiarrítmicos	Alteraciones visuales, pérdida de apetito, diarrea, vómito, cefalea. Alteraciones en el sistema de conducción, alteración en el gasto cardíaco, alteraciones visuales, ataxia, temblor, cefalea, parestesias.
	Confusión, sedación, somnolencia, temblor, bradicardia, anorexia,

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

Antidepresivos	vómitos, diarrea.
Sedantes	Alteraciones de la atención y de la memoria, estados contusionales, trastornos de la coordinación motora y de la estabilidad postural, cefaleas, mareos e irritabilidad
Hipnóticos	Sensación de torpeza y cansancio diurno, marcada reducción de funciones cognitivas como la memoria o la concentración, trastornos de la estabilidad postural.
Antiinflamatorios no esteroideo (AINE)	Hemorragia del tubo digestivo alto, vértigo, hipotensión.
Broncodilatadores	Efectos secundarios debidos a estimulación adrenérgico. Temblor fino de extremidades a dosis altas puede ocasionar hipotensión, taquicardia, cefalea ocasional.
Antiácidos	En utilización prolongada alcalosis sistémica (posible afectación renal).
Antihistamínicos	Somnolencia, confusión, ansiedad, angustia, depresión, falta de coordinación
Hipoglucemiantes	Cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales, debilidad, cefalea, vértigo, pérdida del equilibrio, adinamia, alteraciones visuales, coma.
Neurolépticos	Hipotensión ortostática, agitación, cefalea, vértigo, nauseas, taquicardia.

El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado de la paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad de la paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.

Medidas de seguridad.

Información a la paciente:

- Orientar a la paciente sobre "el orden" físico de la habitación.
- Informar a los familiares de la importancia de comunicar al equipo de enfermería la situación de acompañamiento o no de la paciente.
- Informar y/o recordar a la paciente que no debe levantarse de la cama ni deambular por la habitación o en los pasillos, cuando el suelo esté mojado.
- Indicar a la paciente que utilice las barras de apoyo en el baño o ducha y que avise siempre que necesite ayuda.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

- Informar a la paciente y familiares de los riesgos derivados de la toma de determinadas medicaciones (diuréticos, hipnóticos, sedantes entre otros).

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario

- **Barandales de cama.** Proporcionan a los pacientes un punto de apoyo seguro para moverse de un lado a otro, deben funcionar perfectamente, y han de estar situados en ambos lados de la cama, estar firmes y rebasar la altura del colchón, de tal forma que proporcionen soporte al paciente.
- **Timbre e intercomunicador.** Dispositivos para solicitar ayuda, deben estar instalados en la cabecera de la cama con una extensión que llegue al miembro superior dominante.
- **Lámpara de cabecera.** Proporciona luz tenue suficiente para iluminar el área de la unidad del paciente, debe tener un interruptor accesible y seguro.
- **Banco de altura.** Sirve de apoyo y sostén para subir y bajar de la cama, debe ser seguro y firme con gomas antiderrapantes en las patas, y permanecer bajo la cama cuando no esté en uso.

Acciones encaminadas a mantener un entorno seguro:

- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, alargaderas, etc.)
- Retirar muebles bajos que supongan un riesgo de tropezones. Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesillas, etc.)
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche.
- Situar el timbre y lo que precise al alcance del/la paciente (artículos personales, lentes, etc.).
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente en los desplazamientos de pacientes. En el caso de camas articuladas en altura (con elevador), colocarlas en la posición más baja durante la noche.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Ayudar a levantar de la cama a la paciente
- Ayudar en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados, paseos.
- Informar sobre la forma adecuada de levantarse.
- Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible
- (Gafas, audífonos, etc.) O en caso contrario, asegurar que las tenga siempre a mano y proporcionar ayuda si precisa.
- Ayudar a levantarse y acostarse de la cama (y otras movilizaciones)

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

- Evitar objetos cerca del paciente que puedan producir algún tipo de lesión
- (Vasos de cristal, botellas, cuchillos, etc.)
- Aplicar procedimiento de sujeción mecánica, según se requiera e informar al familiar y paciente del porque la sujeción.
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

Escala de Valoración del Grado de Riesgos de Caídas en el Paciente Hospitalizado

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería Comisión Permanente de Enfermería

VALORACIÓN POR TURNO

CRITERIOS DE RIESGO

Criterios de riesgo

TM T T
V N

Limitación física

Estado mental alterado

**Tratamiento farmacológico que
implica riesgo**

**Problemas de idioma o
socioculturales**

**Pacientes sin factores de riesgo
evidentes**

Total

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

**PUNTOS Y CÓDIGOS PARA LA
CLASIFICACIÓN DE RIESGO**

Escala	Puntos	Tarjeta
Alto riesgo	4 a 10	ROJA
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLA
Bajo riesgo	0 a 1	AMARILLA

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Limitación física	2	Presenta cualquier factor riesgo señalado como limitante.
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados.
Problemas de comunicación	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
Sin factores de riesgo	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Recibe a la paciente a su ingreso.
	2	Realiza presentación con la paciente y lleva a cabo la valoración para identificar factores de riesgos de caída (factores intrínsecos, extrínsecos y farmacológicos).
	3	Verifica que la unidad cuente con las medidas de seguridad establecidas.
	4	Revisa el expediente para detectar posibles riesgos de caídas.
	5	Aplica la escala de valoración para riesgo de caídas.
	6	Informa a los pacientes, familiares o visitantes sobre el sistema empleado en la identificación del paciente con riesgo.
	7	Evalúa y orienta a la paciente, familiares o visitantes sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad.
	8	Instala las medidas de seguridad; explica y orienta a la paciente acerca del uso del timbre, sube los barandales, coloca el banco de altura y coloca al alcance de la paciente los objetos de uso personal.
	9	Acude inmediatamente al llamado de la paciente.
	10	Verifica y permite que la paciente con secuelas neurológicas permanezca acompañada.
	11	Realiza recorridos y vigilancia frecuente de los pacientes asignados.
	12	Proporciona cómodo a la paciente que se encuentre bajo reposo.
	13	Ayuda a incorporarse a la paciente cuando se levante por primera vez, sentándola al borde de la cama por unos instantes, después de un procedimiento quirúrgico permanece con ella hasta que se levante.
	14	Traslada a la paciente en camilla asegurándose que los barandales de protección estén levantados. En caso necesario sujeta al paciente
	15	Moviliza y asiste en la deambulacion por la enfermera y/o el familiar u otro miembro del equipo de salud.

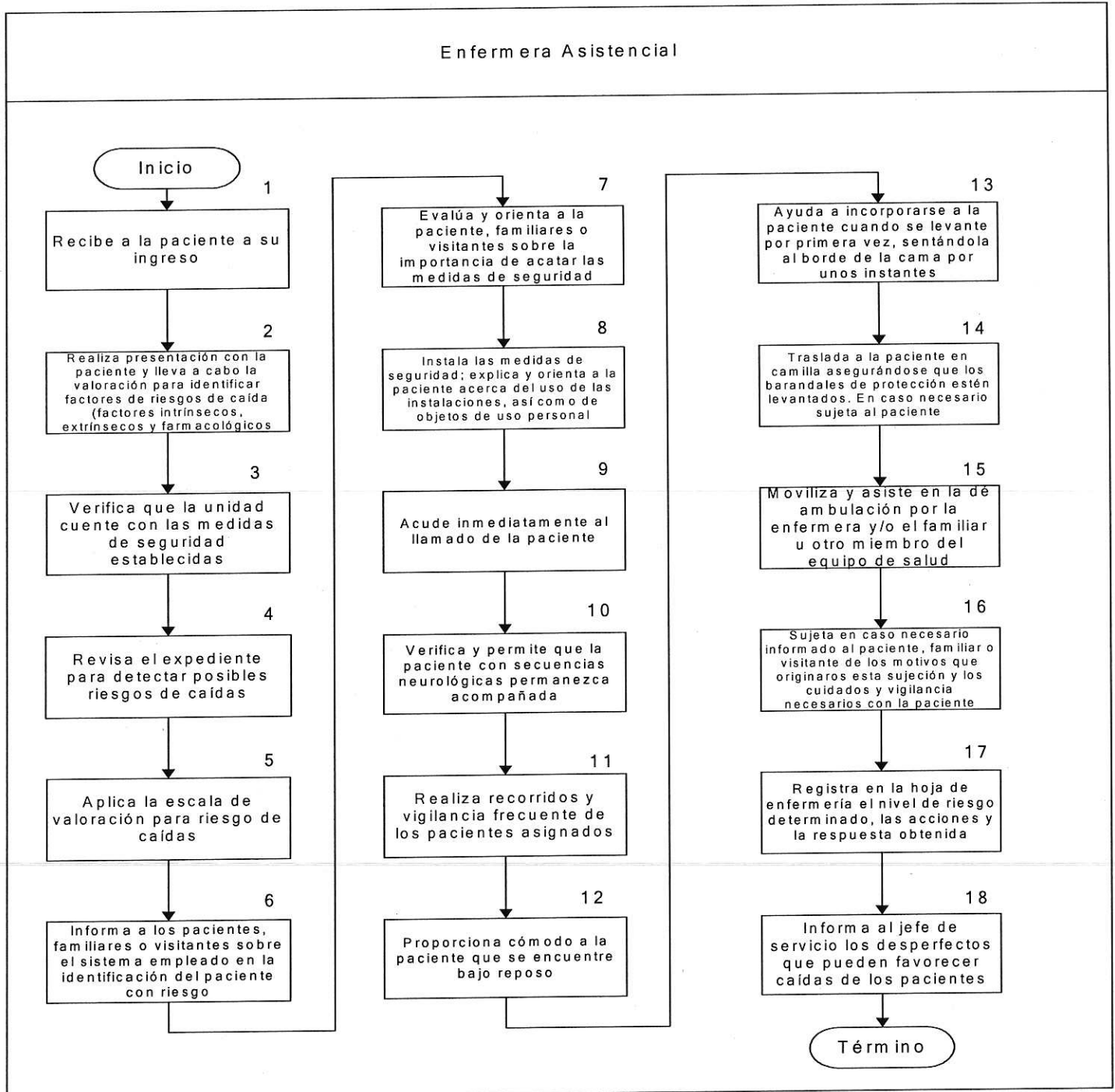
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

16	Sujeta en caso necesario informando suficientemente al paciente, familiar o visitante los motivos que determinaron esta sujeción y los cuidados y vigilancia que deben tener a fin de evitar complicaciones en las zonas comprometidas (solicita consentimiento informado del familiar).
17	Valora a la paciente previo al baño en regadera Registra en la hoja de enfermería el nivel de riesgo determinado, las acciones y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado.
18	Informa al jefe de servicio los desperfectos que pueden favorecer caídas de los pacientes
Termina Procedimiento	

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

48. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

49.RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS

49. RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

49.RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar la técnica establecida en la recolección de orina para ser analizada en forma cuantitativa y cualitativa.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

49.RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS

POLÍTICAS OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.
 - Revisar que el material y equipo esté disponible.
2. De la Enfermera (o) Asistencial.
 - Membretar el recipiente con datos correspondientes a la identificación del paciente.
 - Preparar equipo y material necesarios (recipiente, embudo, vaso graduado y guantes).
 - Iniciar la colección de orina a las 7:00 horas.
 - Cuantificar y coleccionar orina después de cada micción.
3. Del Equipo de Salud.
 - Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
 - Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
 - Desechar el material en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

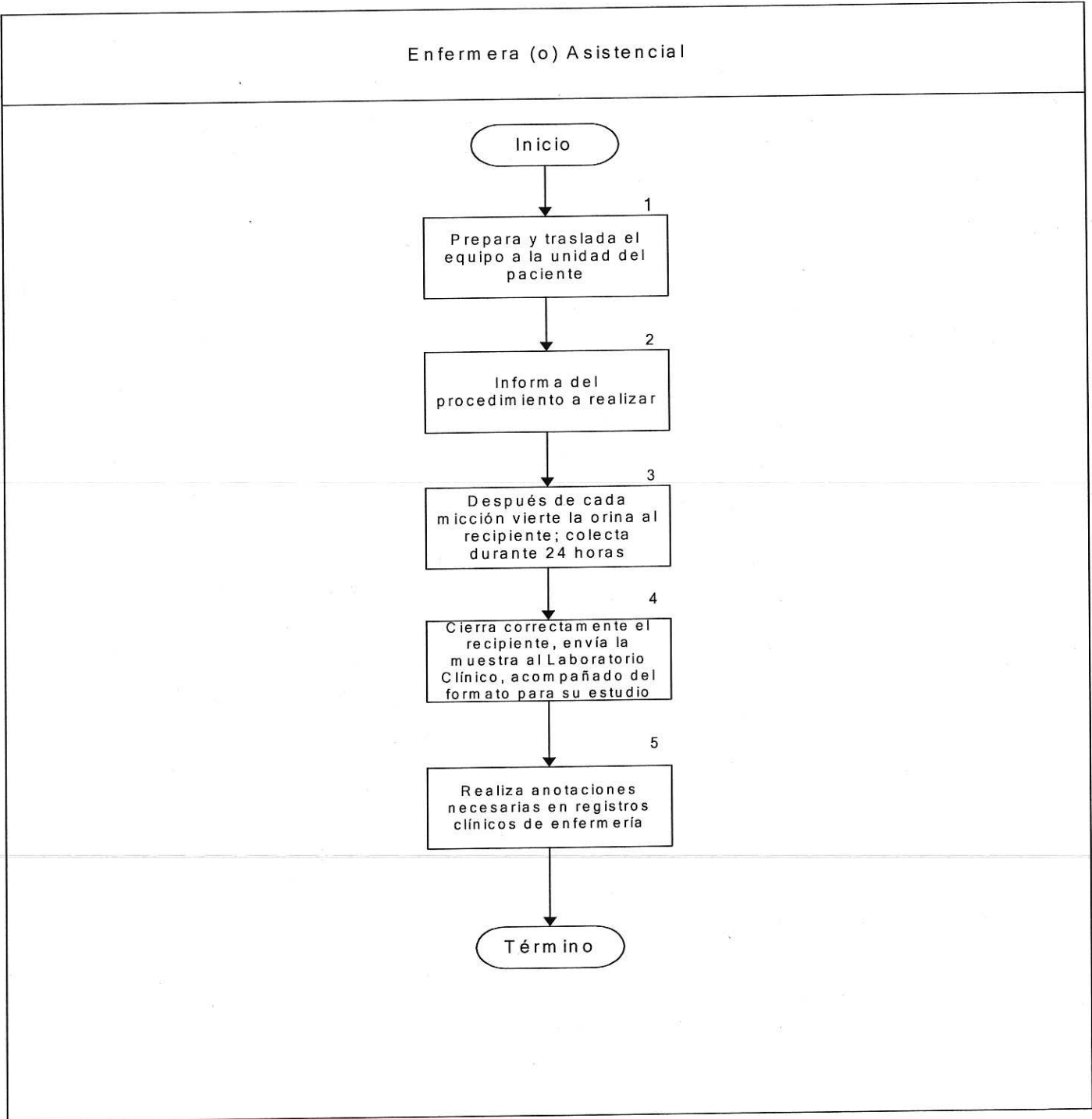


HOJA 4		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

49. RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera(o) Asistencial	1	Prepara y traslada el equipo a la unidad del paciente.
	2	Informa del procedimiento a realizar.
	3	Después de cada micción vierte la orina al recipiente; colecta durante 24 horas.
	4	Cierra correctamente el recipiente, envía la muestra al Laboratorio Clínico, acompañado del formato para su estudio.
	5	Realiza anotaciones necesarias en registros clínicos de enfermería (2500-10).
		Termina Procedimiento.

49. RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HORAS



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO



HOJA 2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

OBJETIVO GENERAL

Conocer y registrar las cifras de los signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial) para detectar alteraciones e informar de manera oportuna.



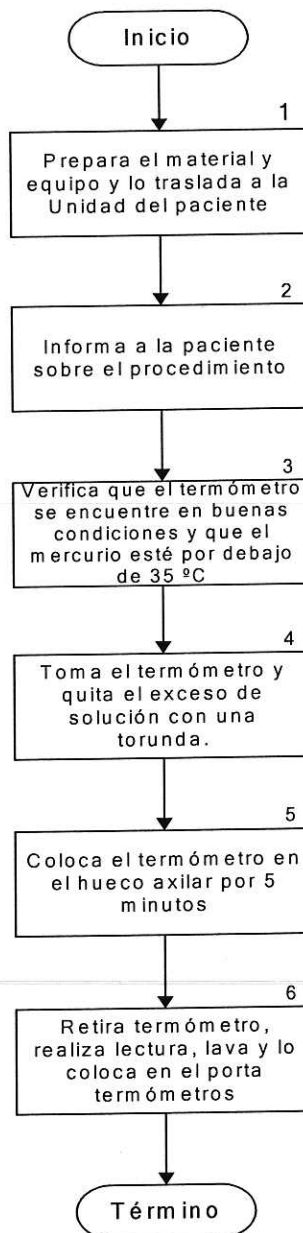
50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN TEMPERATURA
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Verifica que el termómetro se encuentre en buenas condiciones.
	4	Toma el termómetro y quita el exceso de solución con una torunda, lo enciende.
	5	Coloca el termómetro en el hueco axilar hasta que escuche la alarma sonora.
	6	Retira termómetro, realiza lectura, limpia y lo coloca en la porta termómetros.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

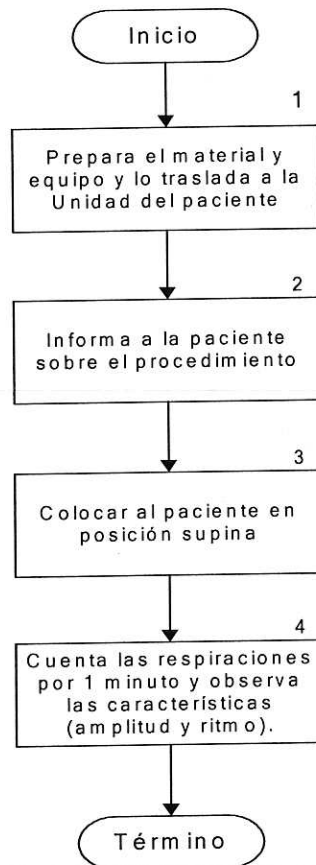
50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN FRECUENCIA RESPIRATORIA
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Colocar al paciente en posición supina
	4	Cuenta las respiraciones por 1 minuto y observa las características (amplitud y ritmo).
		Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

Enfermera Asistencial

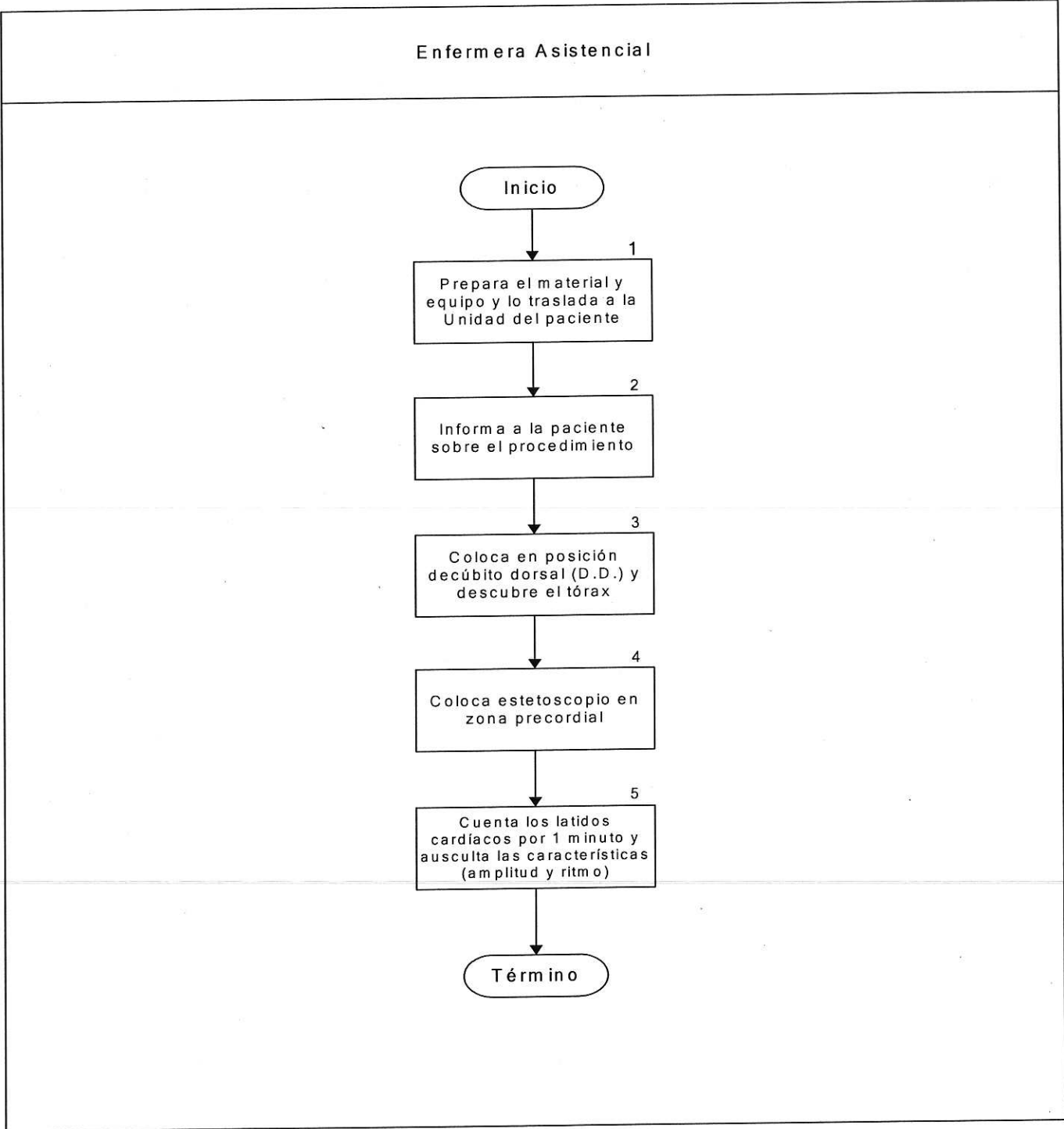


DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN FRECUENCIA CARDIACA
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca en posición decúbito dorsal (D.D.) y descubre el tórax.
	4	Coloca estetoscopio en zona precordial.
	5	Cuenta los latidos cardíacos por 1 minuto y ausculta las características (amplitud y ritmo).
		Termina Procedimiento

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO



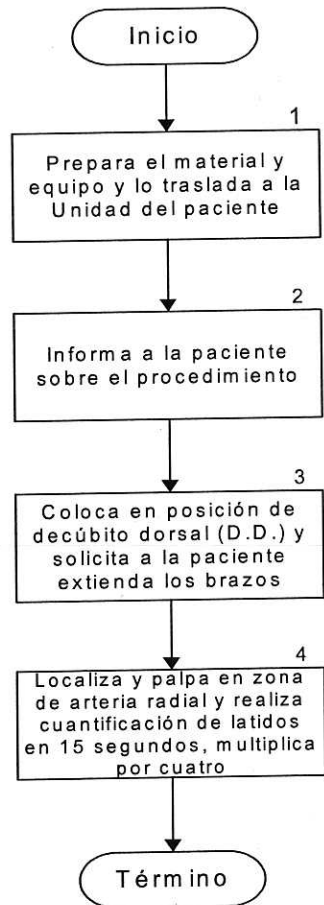
50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN PULSO
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca en posición de decúbito dorsal (D.D.) y solicita a la paciente extienda los brazos.
	4	Localiza y palpa en zona de arteria radial y realiza cuantificación de latidos en 15 segundos, multiplica por cuatro.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

Enfermera Asistencial



50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN PRESION ARTERIAL
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición sedente o decúbito dorsal, le descubre el brazo y el antebrazo.
	4	Coloca el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio antecubital (arriba del codo), verificando que el brazalete esté totalmente sin aire (desinflado). El indicador de la presión debe marcar cero.
	5	Localiza el pulso braquial (arteria braquial) con la yema de los dedos índice y medio (situados en la parte interna del espacio antecubital).
	6	Coloca las olivas del estetoscopio en sus oídos y coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial del brazo del paciente elegido para la toma.
	7	Cierra la válvula de la perilla insufladora del esfigmomanómetro, utilizando el tornillo.
	8	Insufla el brazalete hasta que el indicador de presión (columna de mercurio o manómetro) marque 200 mm Hg.
	9	Desinfla gradualmente el brazalete, abriendo lentamente la válvula de la perilla del esfigmomanómetro y deja salir el aire a una velocidad aproximada de 2 a 3 mm Hg.
	10	Escucha el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff).
	11	Continúa disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, el último latido o cambio brusco.
	12	Intensidad corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff). Desinfla por completo el brazalete y el estetoscopio del sistema de toma de presión.

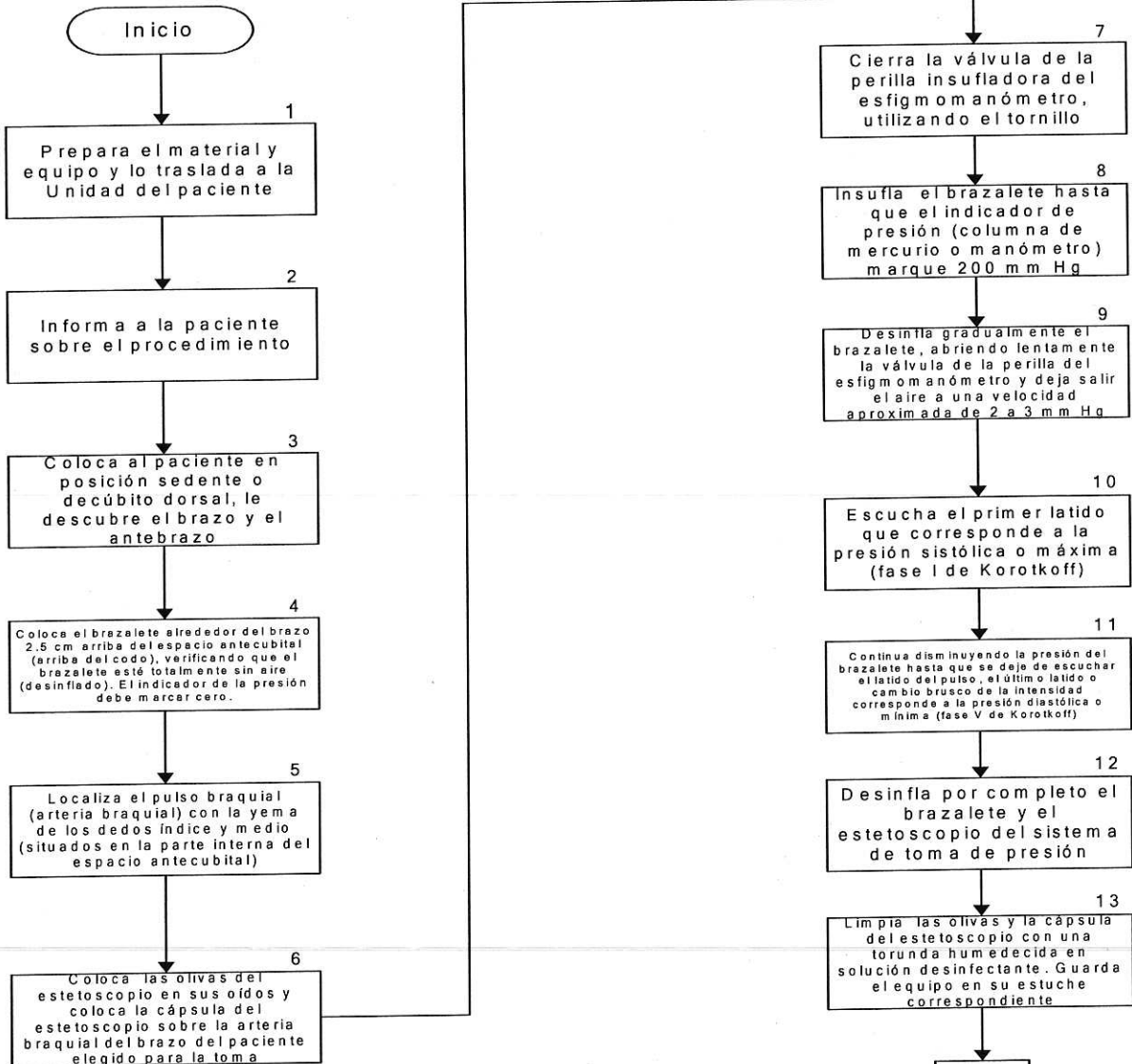
50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN PRESION ARTERIAL
	13	Limpia las olivas y la cápsula del estetoscopio con una torunda humedecida en solución desinfectante. Guarda el equipo en su estuche correspondiente.
	14	Registra datos, en la Hoja de Enfermería y/o en la Hoja de Control de Signos Vitales.
	15	Deja cómodo al paciente.
	16	Retira equipo y material. Da cuidados posteriores a su uso.
		Termina Procedimiento

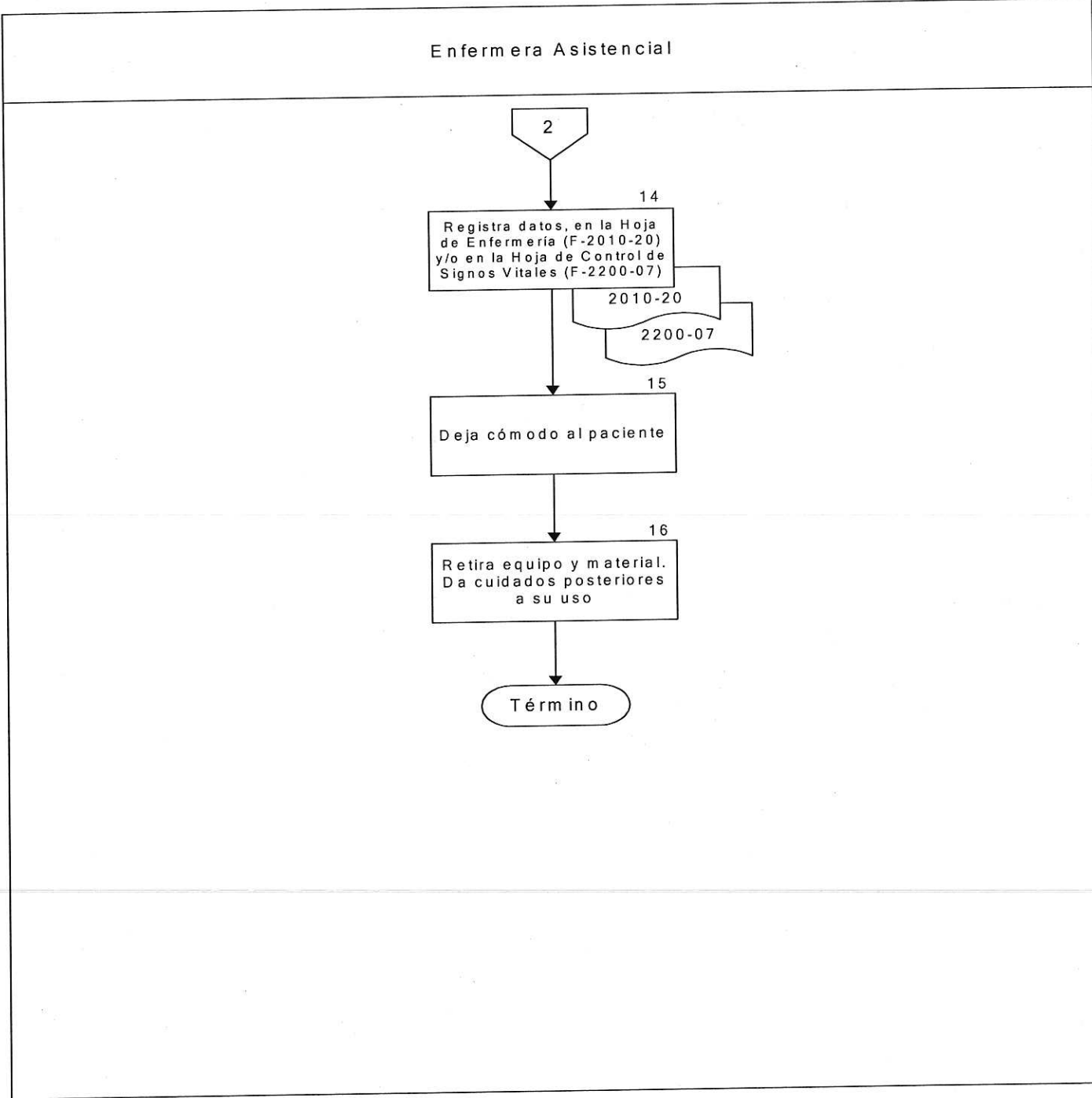
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO

Enfermera Asistencial



50. SIGNOS VITALES EN EL ADULTO





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

51. SOLICITUD DE DIETA

51. SOLICITUD DE DIETA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

51. SOLICITUD DE DIETA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Solicitar la dieta de la paciente de acuerdo a sus condiciones clínicas e indicaciones médicas, para proveer los nutrientes necesarios y satisfacer sus necesidades.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

51. SOLICITUD DE DIETA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del:

Jefe de Servicio.

- Verificar indicaciones médica
- Comunicarse al servicio de alimentación y dietética, para solicitar la dieta.
- Comunicar al servicio de alimentación y dietética oportunamente cualquier observación o cambio de la dieta.

Personal de Enfermería.

- Verificar que la dieta sea la indicada por el médico
- Corroborar que la dieta sea proporcionada a la paciente dentro de los horarios establecidos.
- Corroborar la ingesta de la dieta por la paciente
- Los horarios establecidos varía en el servicio de terapia intensiva sin embargos e trataran de respetar al máximo

Nutriente es toda sustancia contenida en los alimentos, que nos es necesaria para vivir y mantenernos en salud.

Nutrientes esenciales son aquellos que el organismo no puede sintetizar (a partir de otros) y, por tanto, depende absolutamente de su ingesta en los alimentos.

Los nutrientes que aportan energía son llamados macronutrientes y están constituidos por:

- Proteínas
- Grasa
- Carbohidratos

Proteínas constituyen nuestra estructura y son por tanto imprescindibles para el crecimiento y renovación, para la síntesis de muchas sustancias relacionadas con nuestra inmunidad y las reacciones enzimáticas celulares.

Grasas constituyen el nutriente energético por excelencia (1 gramo de grasa aporta 9 Kcal, frente a las 4 Kcal de las proteínas y carbohidratos) además suministran los ácidos grasos esenciales y proporcionan al organismo las vitaminas liposolubles: A, D, E y K. Su ingesta es imprescindible, aunque el exceso de su aporte, sobre todo de grasa saturada (como ocurre en la alimentación habitual de los países desarrollados) es perjudicial para la salud.

Carbohidratos tienen una función fundamental que es la energética: constituyen la energía de más fácil utilización. Su aporte tiene una acción ahorradora de proteínas y evita la cetogénesis. La ingesta diaria recomendada en un adulto sano y sedentario es de 3 a 5 g/Kg/día, es decir unos 200-300 g/día.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

51. SOLICITUD DE DIETA

Vitaminas y minerales no tienen una función energética pero son imprescindibles para la vida porque intervienen en multitud de procesos celulares.

Existen dos tipos de vitaminas en nuestra alimentación:

Hidrosolubles: 8 vitaminas del grupo B y vitamina C.

Liposolubles: vitaminas A, E, D y K.

Se requiere de unos 18 a 20 minerales que son los siguientes: Calcio, Fósforo, Magnesio, Hierro, Manganeso, Zinc, Cobre, Cobalto, Cromo, Molibdeno, Yodo, Flúor, Sodio, Potasio, Cloro, Azufre, Selenio, Níquel, Estaño y Silicio.

La fibra. La fibra se describe, en general, como aquella parte de las plantas que no es digerida por el intestino humano por falta de enzimas digestivos específicos. La fibra se puede clasificar en 2 grupos:

- Fibra insoluble: celulosa, lignina y algunas hemicelulosas. Se encuentra en cereales integrales, el centeno y los productos derivados del arroz.

- Fibra soluble: hemicelulosas, pectinas, gomas de exudados, gomas de semillas, derivados de algas y derivados químicos de la celulosa. Se encuentran en frutas (pectina), legumbres y cereales que contienen betaglucano, como cebada y avena.

Las fibras solubles aumentan la viscosidad del bolo alimenticio y el tiempo de vaciado gástrico. También aumenta el tiempo de tránsito intestinal. La fibra insoluble (como el salvado de trigo) disminuye todo lo anterior.

Beneficios de la fibra:

- Aumenta la sensación de saciedad.
- Disminuye la absorción de algunos nutrientes como calcio, hierro, ácidos grasos saturados.
- Fermenta las bacterias del colon.
- Aumenta el peso de las heces.

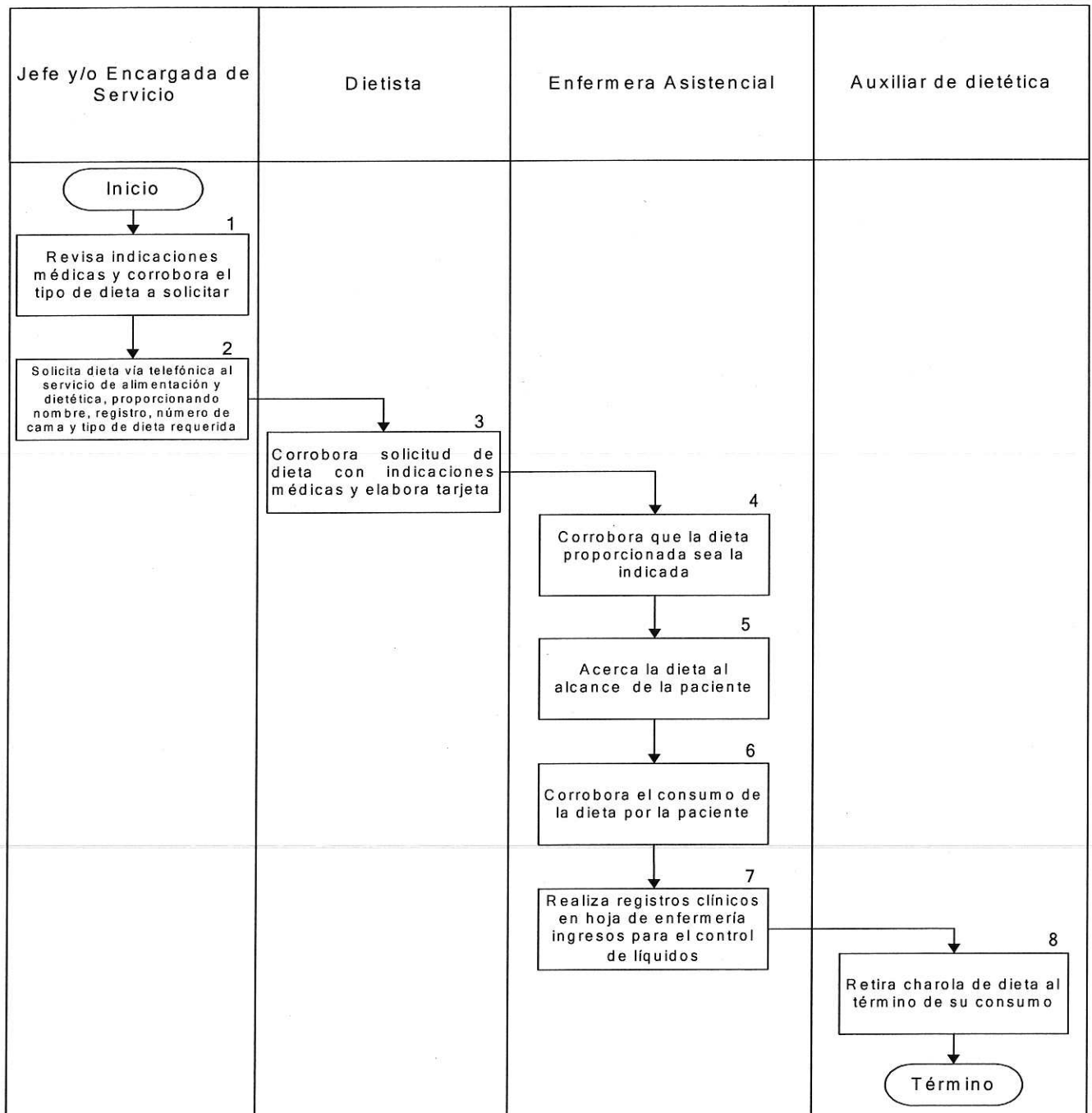
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

51. SOLICITUD DE DIETA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Jefe y/o Encargada de Servicio	1	Revisa indicaciones médicas y corrobora el tipo de dieta a solicitar.
	2	Solicita dieta vía telefónica al servicio de alimentación y dietética, proporcionando nombre, registro, número de cama y tipo de dieta requerida.
Dietista	3	Corrobora solicitud de dieta con indicaciones médicas y elabora tarjeta.
Enfermera Asistencial	4	Corrobora que la dieta proporcionada sea la indicada.
	5	Acerca la dieta al alcance de la paciente
	6	Corrobora el consumo de la dieta por la paciente.
	7	Realiza registros clínicos en hoja de enfermería ingresos para el control de líquidos.
Auxiliar de dietética	8	Retira charola de dieta al término de su consumo.
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

51. SOLICITUD DE DIETA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar factores de riesgo al medir la talla en la paciente embarazada y valorar el aumento secuencial del peso durante la gestación.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.

- Vigilar que el personal de enfermería se encuentre preparado y capacitado para realizar el procedimiento de una forma exacta y verídica.
- Revisar que el equipo se encuentre equilibrado y en buenas condiciones.

2. Del Personal de Enfermería.

- Tener el equipo preparado, manteniéndolo en buenas condiciones generales (bascula con estadímetro).
- Conocer las variantes de estos signos para relacionarlos con la evolución y desarrollo de las pacientes.
- Avisar al Jefe de Servicio en caso de que el equipo esté deteriorado o mal calibrado para que se realicen los ajustes necesarios.
- Registrar en Hoja de Enfermería (2010-20) o en Hoja de Control Paciente Diabética (2200-06) el peso y la talla, de acuerdo a la entidad patológica de la paciente.

3. Del Equipo de Salud.

- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

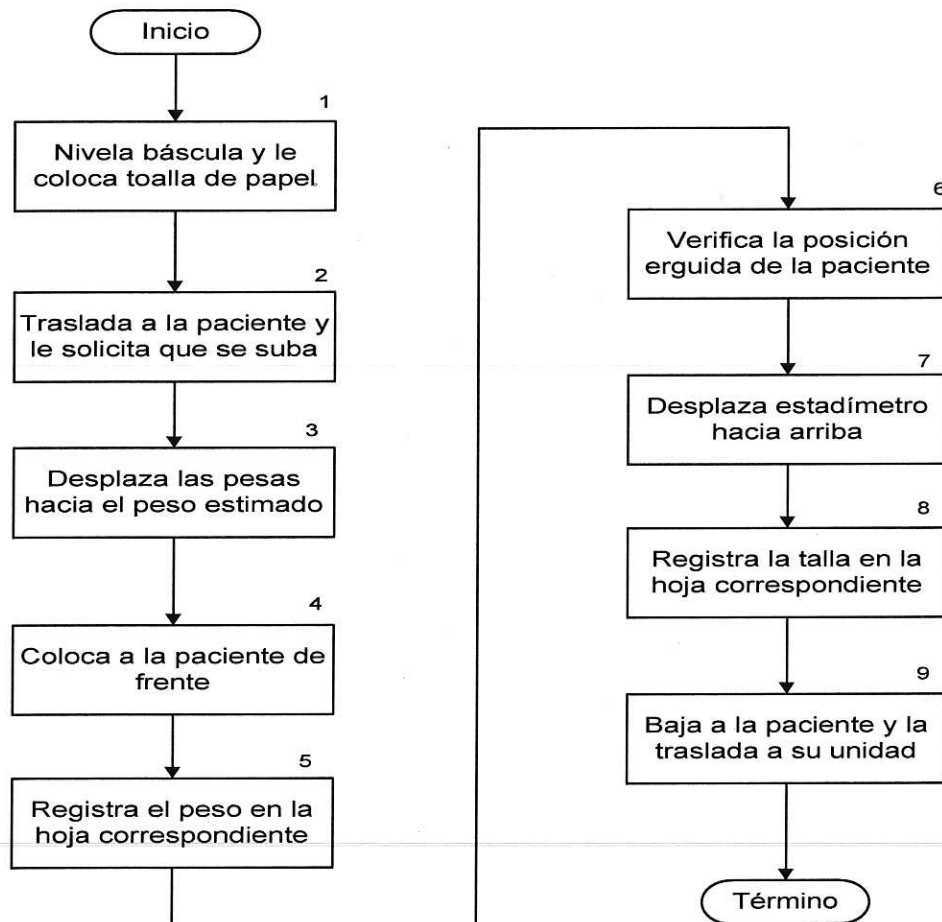
52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Nivela la báscula y coloca una toalla de papel sobre la base de la misma.
	2	Traslada a la paciente al sitio donde se encuentra la báscula y le solicita que se suba a la misma, sin zapatos.
	3	Desplaza las pesas hacia el peso estimado según sea necesario.
	4	Coloca a la paciente de frente con los tobillos pegados al estadímetro y los pies juntos.
	5	Registra el peso en kilogramos en la Hoja de Enfermería o en la Hoja de Control Paciente Diabética, según la entidad patológica de la paciente.
	6	Verifica que la paciente mantenga una posición erguida y paralela al estadímetro.
	7	Desplaza el estadímetro hacia arriba, bajando el tope móvil hasta que descansa suavemente en la cabeza de la paciente.
	8	Registra la talla en centímetros en la Hoja de Enfermería o en la Hoja de Control Paciente Diabética, según la entidad patológica de la paciente.
	9	Baja a la paciente de la báscula y la traslada a su Unidad.
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

52. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Facilitar la extracción de la leche humana en forma manual y evitar la congestión mamaria.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación de la Jefe de Servicio y Enfermera Asistencial:

- Lavar sus manos antes y después del procedimiento.
- Informar a la paciente embarazada de los beneficios de la lactancia materna.
- Mostrar a la paciente cómo mantener la lactancia materna, aún separada del recién nacido.
- Enseñar a la paciente los ejercicios para iniciar e incrementar la producción láctea.
- Verificar que la paciente tenga las uñas cortas y sin esmalte.
- Proporcionar el equipo estéril para la extracción láctea.
- Informar a la paciente sobre la ingesta adecuada de líquidos durante la lactancia.
- Apoyar a la paciente durante el procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Verifica indicaciones.
	2	Lava sus manos.
	3	Explora e identifica las condiciones de la glándula mamaria.
Paciente	4	Lava sus manos.
	5	Sostiene la glándula mamaria con la mano en forma de "C" invertida, con los dedos índice y medio de la mano contraria, da masaje circular, suave y firme desde la parte superior hasta el pezón, cubriéndola en su totalidad.
	6	Frota con los dedos índice y medio, la glándula mamaria desde la parte superior hasta el pezón, en forma de barrido cubriéndola en su totalidad.
	7	Sostiene las glándulas mamarias con las dos manos, las sacude suavemente inclinándose hacia delante.
	8	Lava sus manos, se coloca gorro y cubrebocas.
	9	Limpia con un algodón humedecido en agua los pezones.
	10	Coloca en una superficie firme el equipo estéril y abre el vaso.
	11	Coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón.
	12	Empuja los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Deposita la leche en el vaso estéril.
	13	Extrae la leche de cada glándula mamaria por 5 a 7 minutos. (El procedimiento completo dura entre 20 y 30 minutos).

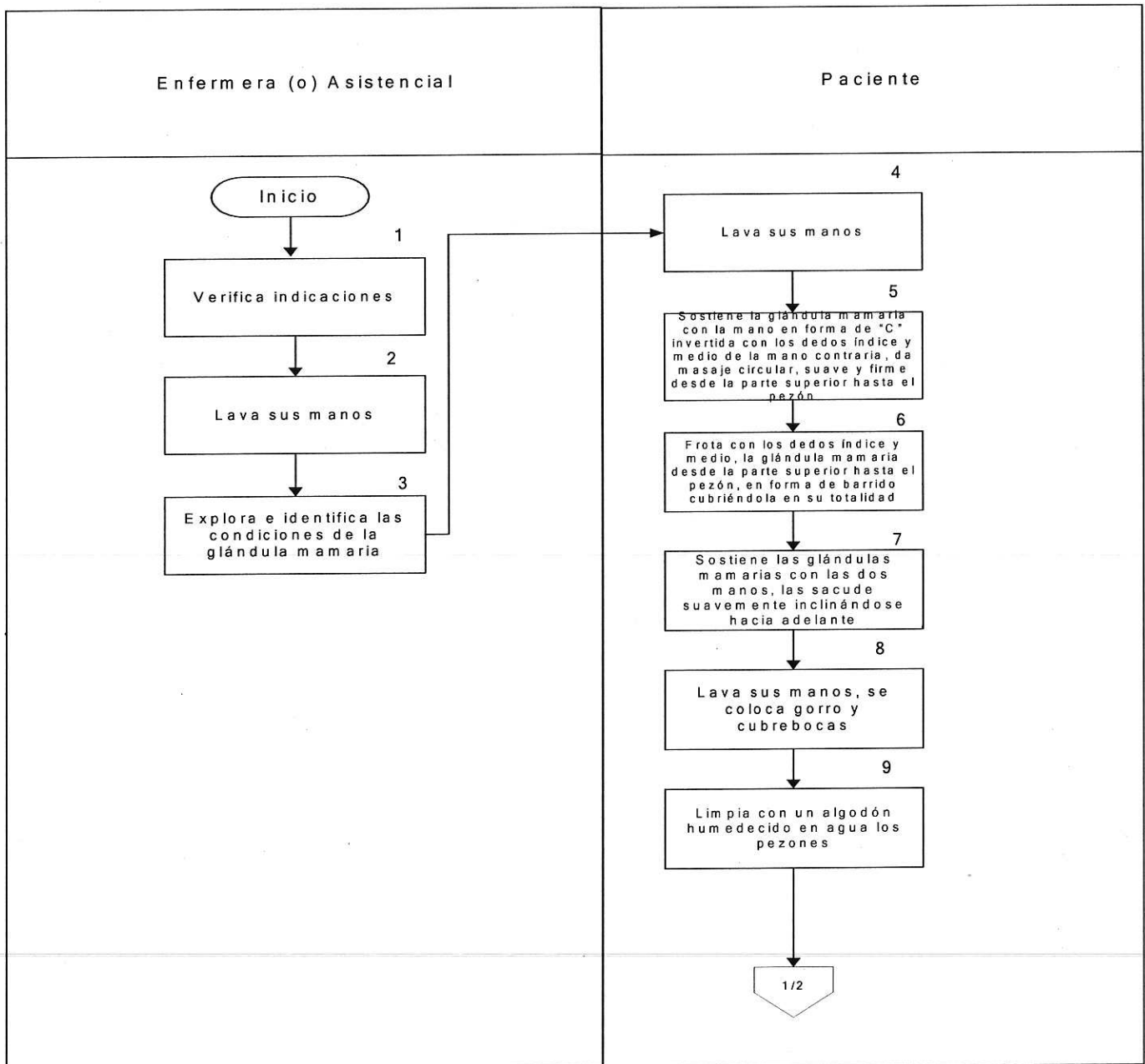
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN	
Paciente	14	Repite rítmicamente este movimiento para extraer la leche, hasta vaciar los depósitos lácteos de las glándulas mamarias.	
	15	Entrega a la enfermera el vaso con leche humana.	
	16	Coloca una gota de leche en cada pezón y cubre las glándulas mamarias.	
	Enfermera (o) Asistencial	17	Lava sus manos.
		18	Membreta los vasos con fecha, cama, nombre de la paciente, hora de inicio y término de la extracción.
		19	Envía la leche al Centro de Alimentación al Seno Materno.
20		Realiza anotaciones en hoja de Enfermería.	
		Termina Procedimiento.	

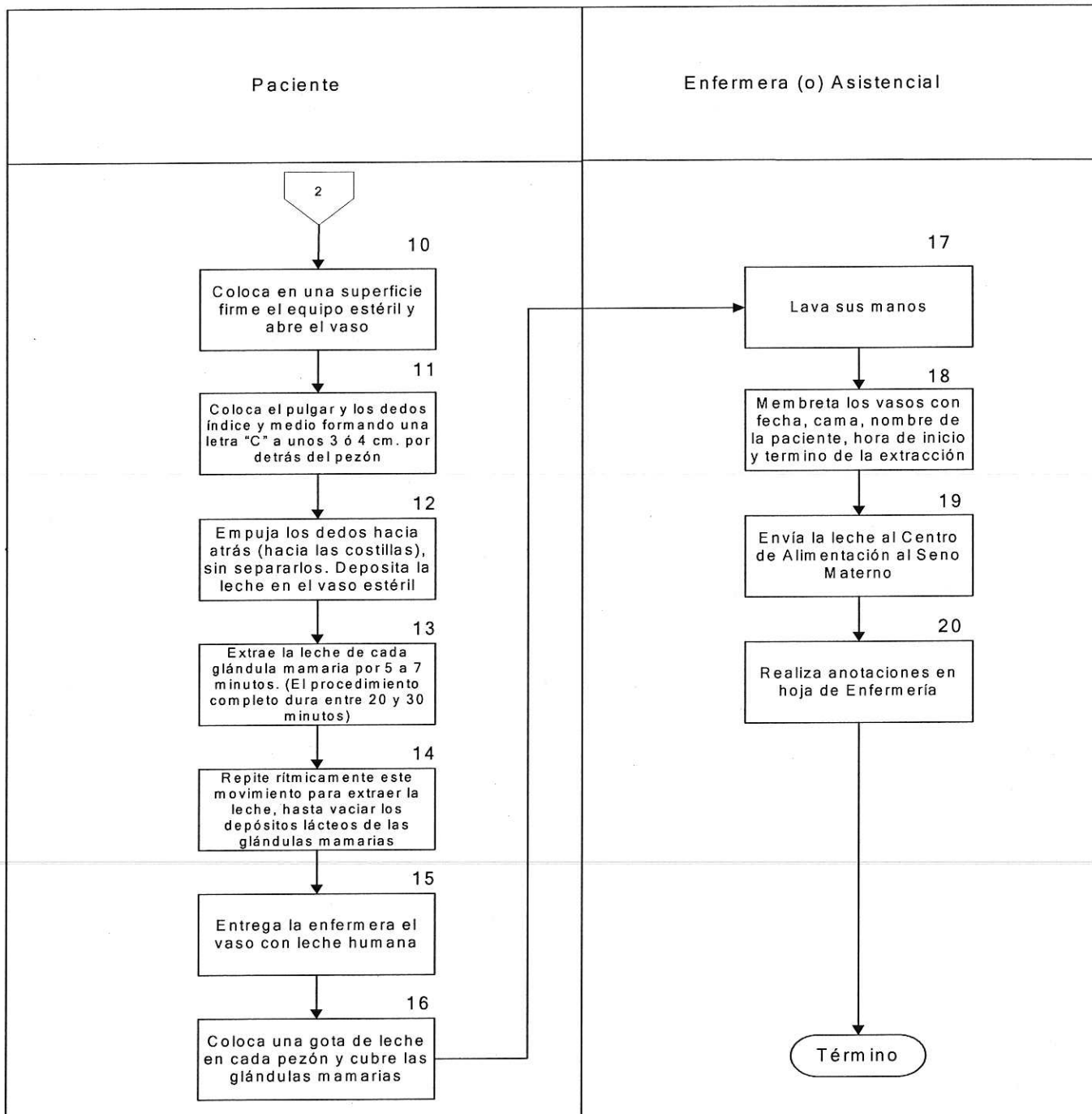
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

53. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO

54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Corregir el pezón plano o invertido mediante ejercicios manuales para permitir la lactancia materna y evitar lesiones.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación de la Jefe del Servicio y Enfermera(o) Asistencial:

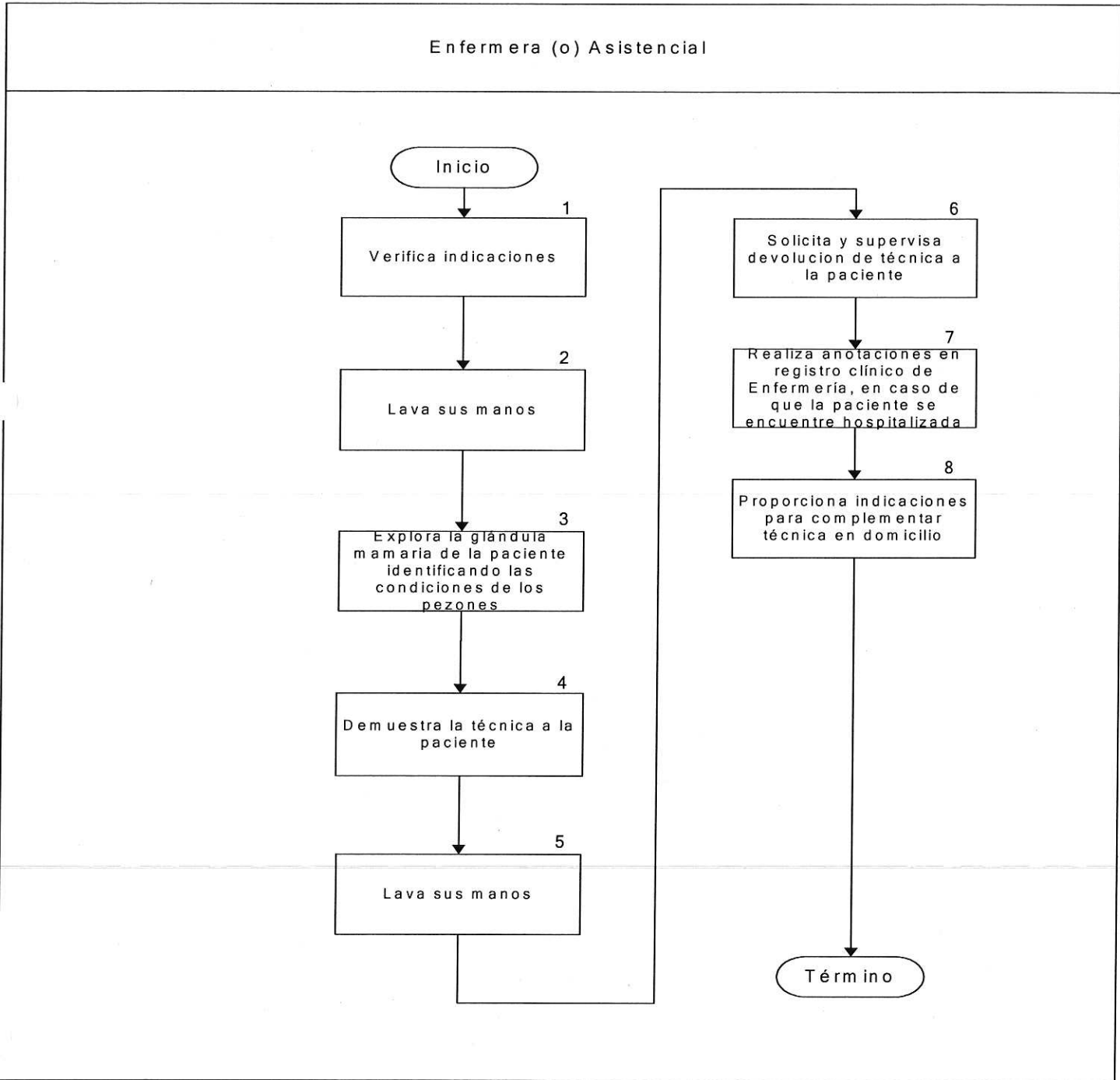
- Lavar sus manos antes y después del procedimiento.
- Informar a la paciente embarazada de los beneficios de la lactancia materna.
- Explorar e identificar el tipo de pezón en la etapa prenatal.
- Enseñar a la paciente embarazada los ejercicios de corrección del pezón plano o invertido.
- Vigilar que estos ejercicios se inicien después de los 6 meses de embarazo, si no existe contraindicación médica.
- Informar a la mujer embarazada los signos de alarma que se presentan en el embarazo durante la realización de ejercicios de corrección del pezón.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera(o) Asistencial	1	Verifica indicaciones.
	2	Lava sus manos.
	3	Explora la glándula mamaria de la paciente identificando las condiciones de los pezones.
	4	Demuestra la técnica a la paciente <ul style="list-style-type: none"> - Realiza 10 veces cada ejercicio de corrección del pezón dos veces al día. - Lubrica con vaselina y sujeta el pezón con el dedo índice y pulgar rotándolo hacia la derecha e izquierda con movimientos de cuerda del reloj - Tira con el dedo índice y pulgar del pezón hacia delante como si fuera una liga. - Estira la piel del pezón y la areola en sentido horizontal y vertical con los dedos índices.
	5	Lava sus manos
	6	Solicita y supervisa devolución de técnica a la paciente
	7	Realiza anotaciones en registro clínico de Enfermería, en caso de que la paciente se encuentre hospitalizada
	8	Proporciona indicaciones para complementar técnica en domicilio: <ul style="list-style-type: none"> - Corte un brassiere de ambas puntas para hacer que el pezón protuya en forma natural, durante el embarazo. - Use una pezonera de silicón sobre el pezón para hacer que éste protuya en forma natural, durante el embarazo. - Suspende inmediatamente los ejercicios en caso de actividad uterina, e informar al personal de salud.
		Termina procedimiento.

54. TÉCNICA PARA CORREGIR EL PEZÓN PLANO O INVERTIDO





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN

55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar información y enseñar técnicas para evitar la lesión del pezón durante la alimentación al seno materno.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación de la Jefe del Servicio y Enfermera Asistencial:

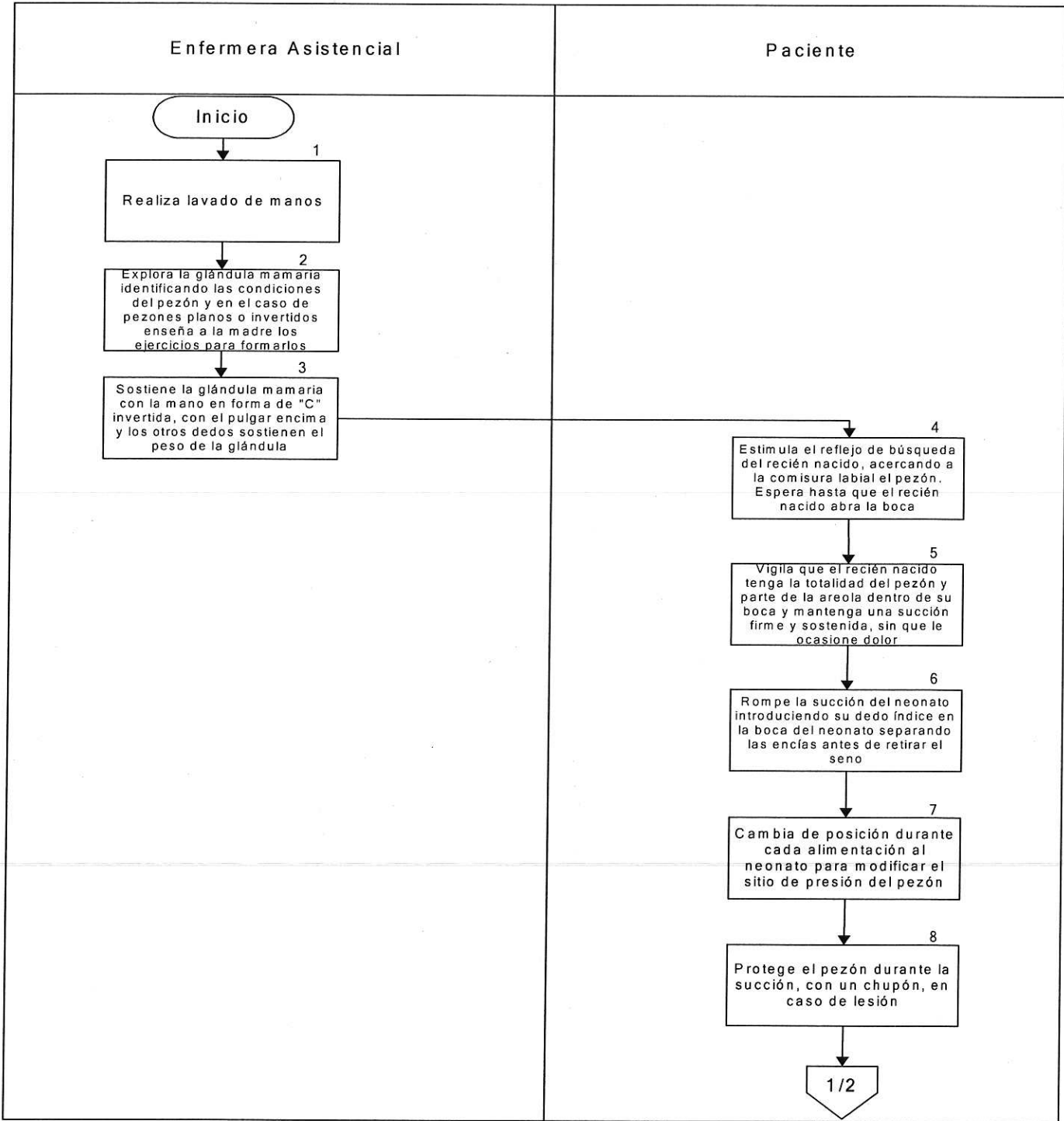
- Lavar sus manos antes y después del procedimiento.
- Informar a la paciente embarazada los beneficios de la lactancia natural.
- Ayudar a la paciente a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del nacimiento.
- Mostrar a la paciente como debe alimentar al recién nacido.
- Dar al recién nacido lecha materna exclusiva, excepto por indicación médica.
- Mostrar a la paciente como mantener la lactancia materna, aún separada del recién nacido.
- Facilitar el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia natural a requerimiento del recién nacido.
- Enseñar a la paciente los ejercicios para iniciar e incrementar la producción láctea.
- Vigilar que la paciente no lave el pezón antes de cada alimentación.
- Informar a la paciente que la higiene del pezón es suficiente solo con el baño diario.
- Informar a la paciente sobre la ingesta adecuada de líquidos durante la lactancia.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

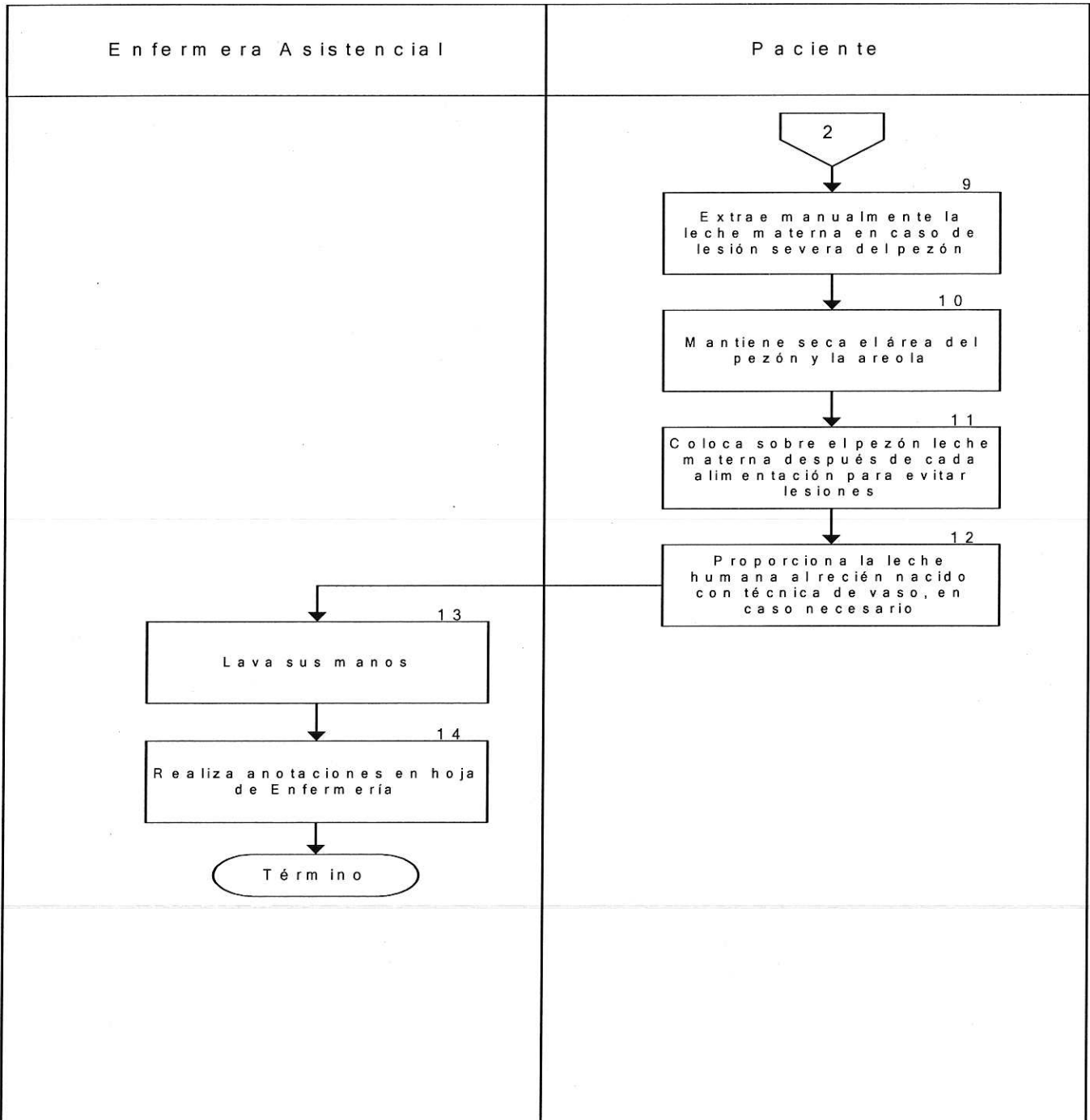
55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos.
Paciente	2	Explora la glándula mamaria identificando las condiciones del pezón y en el caso de pezones planos o invertidos enseña a la madre los ejercicios para formarlos.
	3	Sostiene la glándula mamaria con la mano en forma de "C" invertida, con el pulgar encima y los otros dedos sostienen el peso de la glándula.
	4	Estimula el reflejo de búsqueda del recién nacido, acercando a la comisura labial el pezón. Espera hasta que el recién nacido abra la boca.
	5	Vigila que el recién nacido tenga la totalidad del pezón y parte de la areola dentro de su boca y mantenga una succión firme y sostenida, sin que le ocasione dolor.
	6	Rompe la succión del neonato introduciendo su dedo índice en la boca del neonato separando las encías antes de retirar el seno.
	7	Cambia de posición durante cada alimentación al neonato para modificar el sitio de presión del pezón.
	8	Protege el pezón durante la succión, con un chupón, en caso de lesión.
	9	Extrae manualmente la leche materna en caso de lesión severa del pezón.
	10	Mantiene seca el área del pezón y la areola.
	11	Coloca sobre el pezón leche materna después de cada alimentación para evitar lesiones.
Enfermera Asistencial	12	Proporciona la leche humana al recién nacido con técnica de vaso, en caso necesario.
	13	Lava sus manos
	14	Realiza anotaciones en hoja de Enfermería
		Termina Procedimiento

55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN



55. TÉCNICA PARA EVITAR LA LESIÓN DEL PEZÓN



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE
LECHE MATERNA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar información a la paciente y enseñarle técnicas para incrementar la producción láctea.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación de la Jefe del Servicio y Enfermera Asistencial:

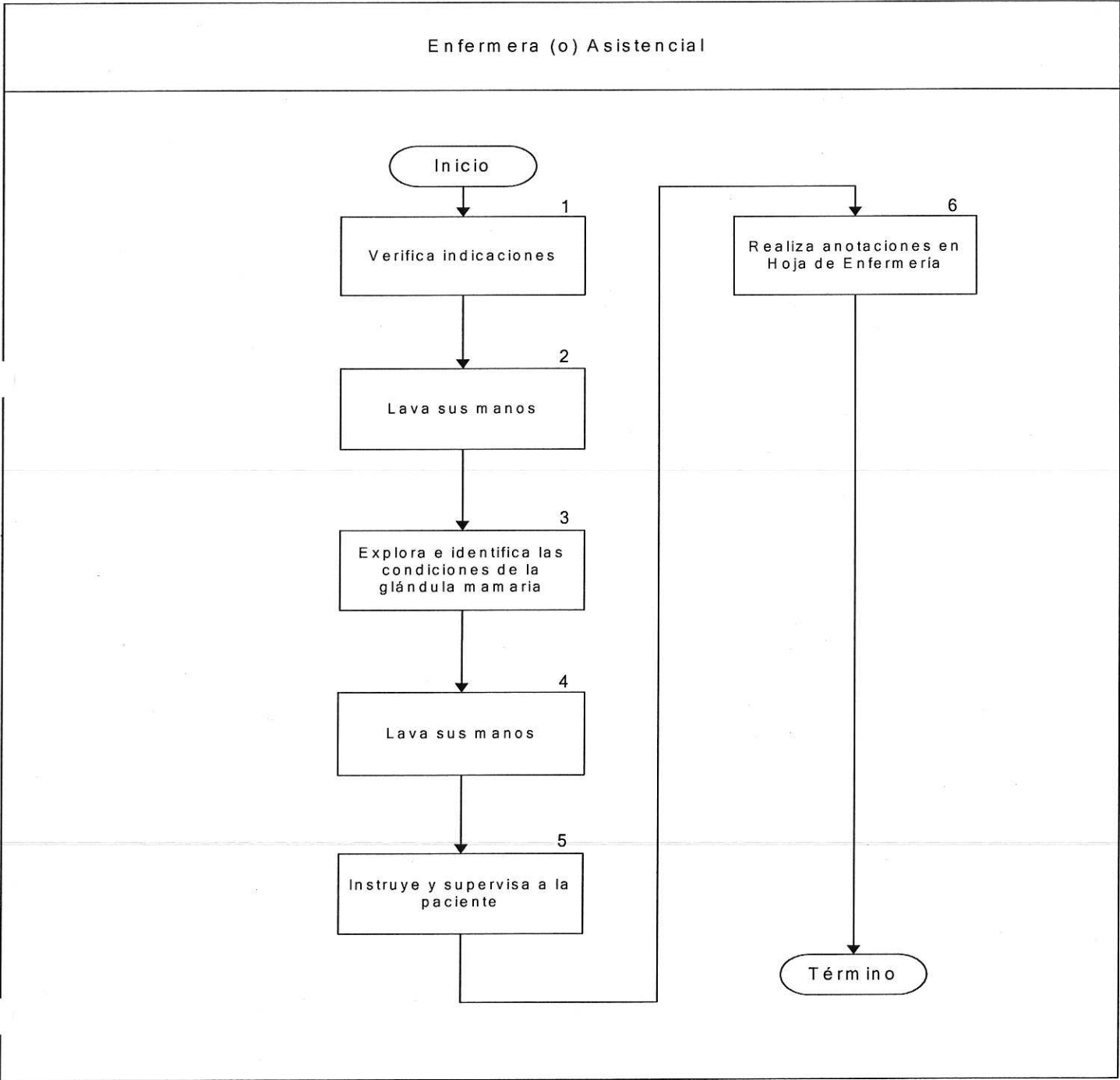
- Lavar sus manos antes y después del procedimiento.
- Informar a la paciente embarazada los beneficios de la lactancia materna.
- Ayudar a la paciente a iniciar lactancia materna durante la primera media hora después del nacimiento.
- Mostrar a la paciente cómo debe alimentar al recién nacido.
- Dar al recién nacido leche materna exclusiva, excepto por indicación médica.
- Mostrar a la paciente como mantener la lactancia materna, aún separada del recién nacido.
- Facilitar el alojamiento conjunto las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia natural a requerimiento del recién nacido.
- Enseñar a la paciente los ejercicios para iniciar e incrementar la producción láctea.
- Vigilar que la paciente no lave el pezón antes, ni después de cada alimentación.
- Informar a la paciente que la higiene del pezón es suficiente solo con el baño diario.
- Informar a la paciente sobre la ingesta adecuada de líquidos durante la lactancia.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE
LECHE MATERNA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Verifica indicaciones.
	2	Lava sus manos.
	3	Explora e identifica las condiciones de la glándula mamaria.
	4	Lava sus manos.
	5	Instruye y supervisa a la paciente con las siguientes indicaciones <ul style="list-style-type: none"> - Sostiene la glándula mamaria con la mano en forma de "C" invertida, con los dedos índice y medio de la mano contraria; da masaje circular suave y firme desde la parte superior hasta el pezón, cubriéndola en su totalidad. - Frota con los dedos, índice y medio, la glándula mamaria desde la parte superior hacia el pezón, en forma de barrido cubriéndola en su totalidad. - Sostiene las glándulas mamarias con las dos manos, las sacude suavemente inclinándose hacia delante. - Proporciona seno materno al neonato a libre demanda. - Lava sus manos.
	6	Realiza anotaciones en Hoja de Enfermería.
		Termina Procedimiento.

56. TÉCNICA PARA INICIAR O INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA





FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

57. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

57. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

57. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar estudios hematológicos que incluyen análisis de la concentración y estructura de las células sanguíneas con fines diagnósticos y terapéuticos.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

57. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.

- Corroborar que el personal de Enfermería esté capacitado para realizar el procedimiento con técnica estéril.
- Verificar que el personal asistencial lleve a cabo la Norma 087 RPBI.

2. Del profesional de enfermería

- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento:
 - o 1 charola de mayo con cubierta o gradilla.
 - o Jeringa de 5, 10 ml estéril.
 - o 1 aguja hipodérmica calibre 19 a 23 y long. de 2.5 a 2.8 cm.
 - o 1 tubo de ensaye estéril.
 - o 1 Ligadura.
 - o 1 Torundera.
 - o 1 par de guantes.
 - o 1 Lámpara de chicote.
- Lavar sus manos antes y después de tener contacto con la paciente.
- Contar con una iluminación adecuada para la realización del procedimiento.
- Obtener sangre venosa en las venas media, cefálica o basílica.
- Ajustar la aguja para evitar entrada de aire.
- Evitar jalar el émbolo con fuerza.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

57. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

- Evitar mantener el torniquete más de un minuto.
- Evitar agitar vigorosamente el tubo con anticoagulante ya que ésta genera hemólisis.
- Ordenar la unidad al terminar el procedimiento.
- Saber que:
 - o El tubo de ensaye con anticoagulante y tapón azul, es de uso exclusivo para tiempos de coagulación (2430-14).
 - o El tubo de ensaye con anticoagulante y tapón lila, es para Biometría Hemática (2430-14)
 - o El tubo con tapón rojo y sin anticoagulante, se usará para: pruebas forzadas (2430-20) química sanguínea y electrolitos séricos (2430-18), grupo y RH (2430-15).
 - o Para pruebas de funcionamiento hepático, éste se protegerá de la luz (2430-18).

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

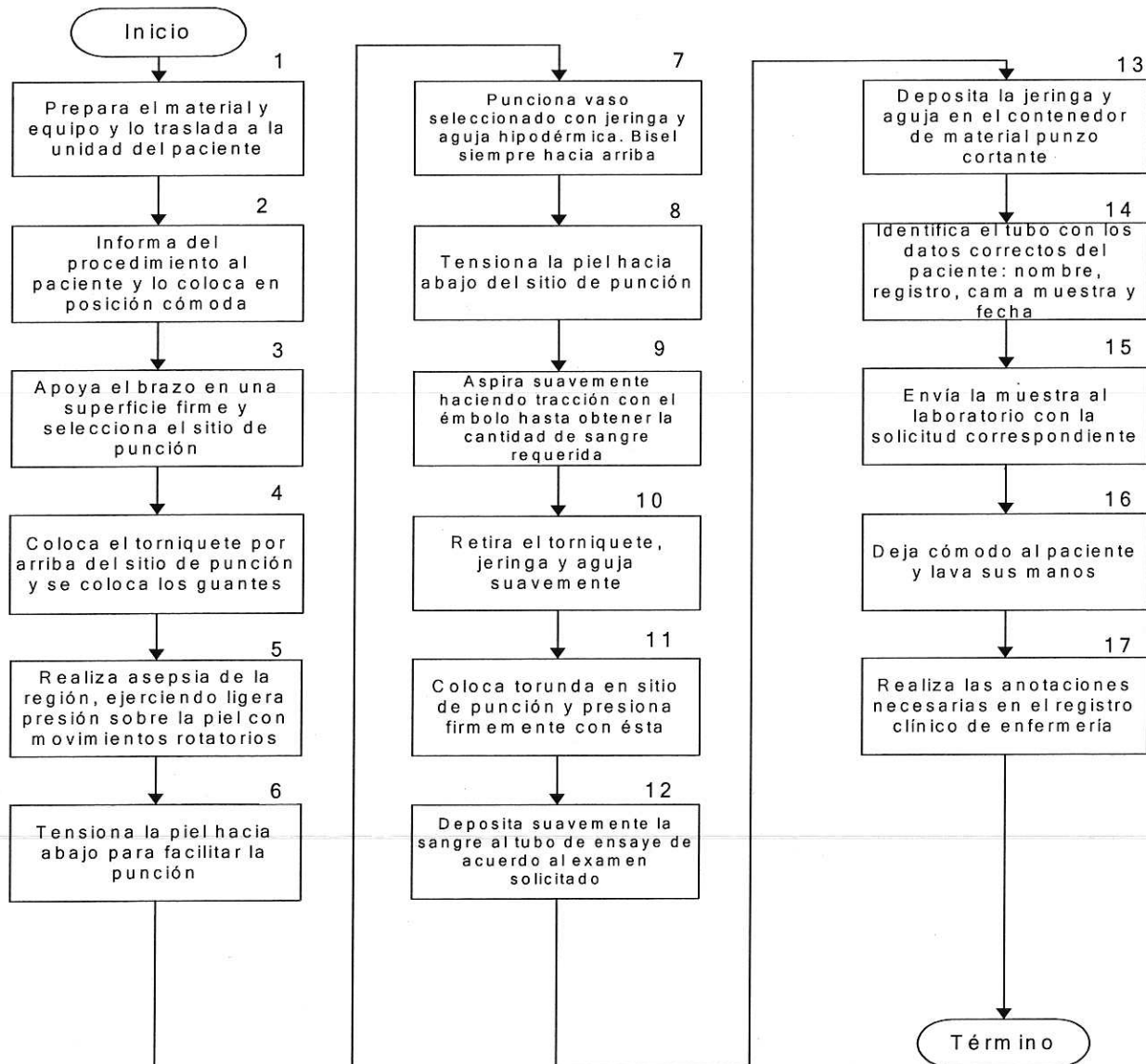
57.TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la unidad del paciente.
	2	Informa del procedimiento al paciente y lo coloca en posición cómoda.
	3	Apoya el brazo en una superficie firme y selecciona el sitio de punción.
	4	Coloca el torniquete por arriba del sitio de punción y se coloca los guantes.
	5	Realiza asepsia de la región, ejerciendo ligera presión sobre la piel con movimientos rotatorios.
	6	Tensiona la piel hacia abajo para facilitar la punción.
	7	Punciona vaso seleccionado con jeringa y aguja hipodérmica. Bisel siempre hacia arriba.
	8	Tensiona la piel hacia abajo del sitio de punción.
	9	Aspira suavemente haciendo tracción con el émbolo hasta obtener la cantidad de sangre requerida.
	10	Retira el torniquete, jeringa y aguja suavemente.
	11	Coloca torunda en sitio de punción y presiona firmemente con ésta.
	12	Deposita suavemente la sangre al tubo de ensaye de acuerdo al examen solicitado.
	13	Deposita la jeringa y aguja en el contenedor de material punzocortante.
	14	Identifica el tubo con los datos correctos del paciente: nombre, registro, cama muestra y fecha.
	15	Envía la muestra al laboratorio con la solicitud correspondiente.
	16	Deja cómodo al paciente y lava sus manos.
	17	Realiza las anotaciones necesarias en el registro clínico de enfermería (2500-10)
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

57.TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Enfermera (o) Asistencial



FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

58.TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO EXAMEN GENERAL DE ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXAMEN GENERAL DE
ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Obtener datos que permitan evaluar la función renal para confirmar o descartar un diagnóstico.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- Conocer la anatomía y fisiología del aparato genito urinario
- Aplicar los principios de las precauciones universales
- Conocer los principios de la técnica aséptica
- Preparar material y equipo

- Equipo de cateterismo vesical
- Sonda nélaton No. 14 o 16 Fr.
- Frascos para urocultivo o general de orina
- Galón de 3000 ml. para recolección de orina de 24 horas
- Guantes desechables
- Tela adhesiva o masking tape

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXÁMEN GENERAL DE
ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
		TOMA DE MUESTRA PARA EXAMEN GENERAL DE ORINA Y UROCULTIVO
Enfermera (o) asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	2	Informa del procedimiento a la paciente
	3	Realiza lavado de manos
	4	Realiza cateterismo vesical, siguiendo los pasos especificados en el procedimiento No. 12 y sustituyendo la sonda foley por una nélaton
	5	Omite el paso anterior, si la paciente tiene instalada sonda vesical a permanencia
	6	Pinza la sonda vesical durante una hora aproximadamente
	7	Se calza guantes desechables y desconecta la sonda, del tubo de drenaje de la bolsa colectora, evitando contaminarla
	8	Retira la tapa del frasco destinado para la muestra, despinza la sonda y coloca el chorro de orina directo al frasco (15 a 30 ml. aproximadamente)
	9	Pinza la sonda, la conecta al tubo de la bolsa colectora y despinza
	10	Coloca la tapa al frasco que contiene la muestra, se retira los guantes y realiza lavado de manos.

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXÁMEN GENERAL DE ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
		TOMA DE MUESTRA PARA EXAMEN GENERAL DE ORINA Y UROCULTIVO
Enfermera (o) asistencial	11	Etiqueta el frasco con nombre completo y No. de expediente de la paciente
	12	Envía las muestras al laboratorio con las requisiciones correspondientes
	13	Realiza anotaciones en registro clínico de enfermería (2500-10).
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

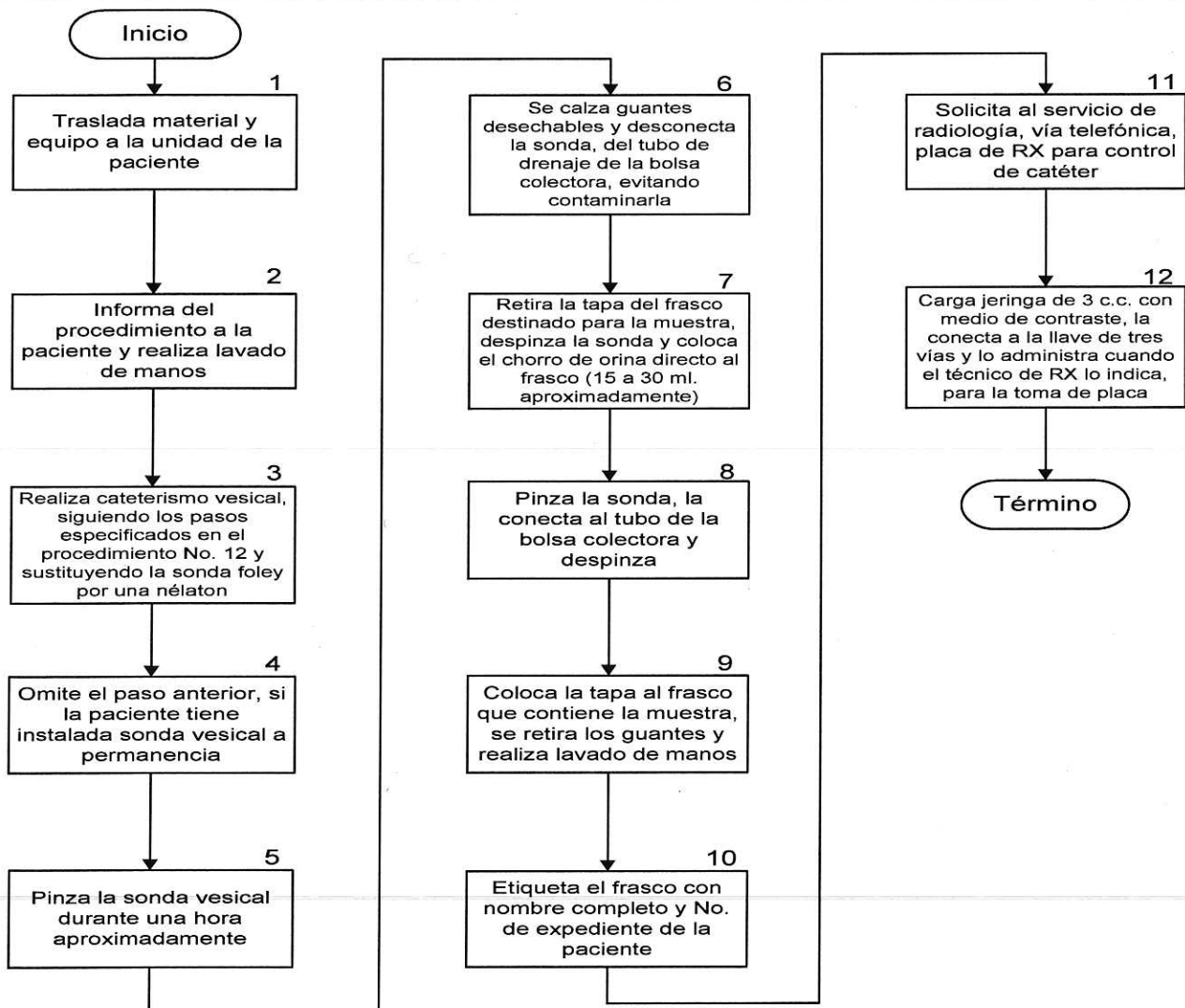
58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXÁMEN GENERAL DE
ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) asistencial	1	Coloca membrete al galón con nombre, No. de expediente, fecha y hora de inicio, fecha y hora de término, No. de horas de recolección y número de cama de la paciente
	2	Se calza guantes y vacía la bolsa colectora en una probeta para cuantificar la orina
	3	Vacía la orina de la probeta en el galón destinado para la recolección
	4	Repite este paso cada hora hasta completar el número de horas indicado por el médico (generalmente 24 horas.)
	5	Envía la muestra al laboratorio con la requisición correspondiente
	6	Realiza anotaciones en hoja de enfermería.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXÁMEN GENERAL DE
ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL**

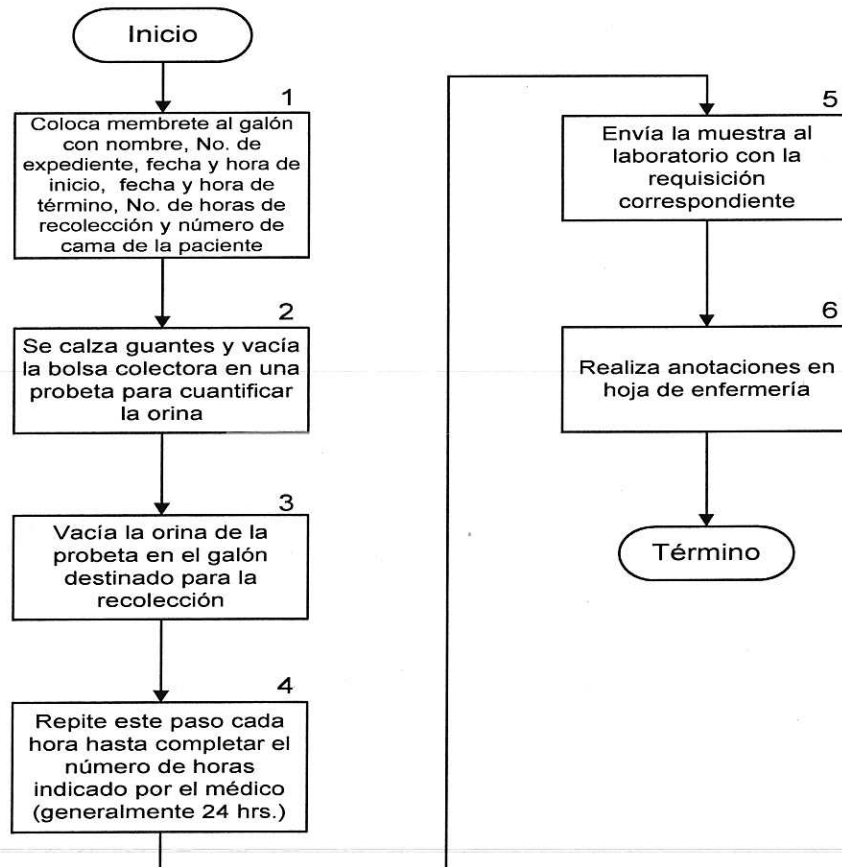
Enfermera (o) asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**58. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO, EXÁMEN GENERAL DE
ORINA Y PRUEBA DE FUNCIÓN RENAL**

Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar reposición de volumen intravascular, en presencia de hemorragia masiva y mejorar la capacidad para el transporte de oxígeno a órganos y tejidos, así como corregir alteraciones de la coagulación.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad del jefe de servicio:

- Que se cumpla el procedimiento adecuadamente
- Mantener en todo momento la disponibilidad de material
- Que el personal reporte algún evento adverso a través de la hoja correspondiente
- Vigilar que el procedimiento se realice correctamente

Será responsabilidad del profesional de enfermería:

- Identificar conjuntamente con el médico que indica la transfusión, la compatibilidad del hemoderivado con la paciente, verificando nombre completo, fecha de nacimiento, grupo sanguíneo y Rh, fecha de caducidad, negatividad a pruebas serológicas e integridad de la bolsa que lo contiene y ambos deberán firmar el formato utilizado para registro de transfusiones
- Utilizar un acceso vascular periférico, con catéter corto No. 18 o 16, exclusivamente para transfusión de hemoderivados (NOM-003-SSA2-1993)
- Reconstituir el concentrado globular, exclusivamente con solución fisiológica, en caso necesario, por medio de otra línea conectada a la llave de tres vías (NOM-003-SSA2-1993)
- Solicitar crioprecipitados reconstituidos al banco de sangre
- Transfundir concentrado globular y plasma en equipo con filtro
- Transfundir concentrados plaquetarios y crioprecipitados con equipo de venoclisis
- Transfundir concentrado globular cuando esté a temperatura ambiente
- Descongelar plasma en agua a temperatura ambiente
- Monitorizar signos vitales en forma continua, antes, durante y después de la transfusión
- Vigilar y reportar al médico, la presencia de reacciones adversas (ver cuadro 1y 2)
- Preparar material y equipo:

Equipo para transfusión sanguínea

- Equipo de venoclisis
- Llave de tres vías
- Solución fisiológica

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Médico adscrito	1	Indica de manera escrita la transfusión en el Expediente clínico.
	2	Requisita consentimiento informado.
	3	Elabora solicitud de transfusión de hemoderivados.
Enfermera asistencial	4	Verifica indicaciones y realiza lavado de manos.
	5	Toma pruebas cruzadas y envía muestra al laboratorio.
	6	Solicita al laboratorio la unidad a transfundir cuando ésta se encuentre lista.
	7	Corroborar si la paciente ¿tiene venoclisis ya instalada?
	8	No: Paciente sin venoclisis. Instala venoclisis a la paciente, elige un catéter de calibre adecuado para la transfusión. Pasa actividad No. 10.
	9	Sí: Paciente con venoclisis. Verifica que el usuario cuente con una venopunción de gran calibre.
	10	Verifica que el hemoderivado sea el adecuado para la paciente: verifica el nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento, grupo y RH, número de cama y el número de unidad a transfundir, así como la fecha de caducidad del mismo y la integridad de la bolsa. (Rechazar el producto y llamar al banco de sangre si hay alguna anomalía o no coinciden los datos. Regresa al banco de sangre el producto se hará antes de 30 minutos, previa elaboración del oficio correspondiente)
	11	Coloca membrete en la unidad a transfundir, previo llenado de todos los datos.
	12	Abre equipo indicado, de acuerdo a hemoderivado y lo conecta a la bolsa que lo contiene.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

	<p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p>	<p>Purga el equipo de transfusión: abrir el equipo y cerrar el regulador, perforar la unidad o bolsa con la bayoneta del equipo, abrir el regulador y llenar el equipo evitando que exista aire en el interior, cerrar el regulador.</p> <p>Informa al paciente del procedimiento a realizar y verificar de nuevo que la unidad de sangre corresponda al paciente.</p> <p>Toma los signos vitales al paciente antes de iniciar la transfusión.</p> <p>Coloca la bolsa en el tripie, quita el tapón del extremo distal.</p> <p>Inicia transfusión, regulando el goteo de acuerdo al tiempo de transfusión indicado.</p>
	<p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p>	<p>Vigila continuamente la presencia de reacciones adversas y en caso de presentarse, suspende inmediatamente la transfusión y notifica al médico. (Ver cuadro 1 y 2).</p> <p>Envía al banco de sangre, el restante del producto (en caso de concentrado globular, anexar formato adjunto, previo llenado de todos los datos).</p> <p>Retira línea y bolsa de hemoderivado, al término de la transfusión y los desecha en recipiente adecuado.</p> <p>Mantiene acceso vascular permeable, con solución fisiológica, en caso de futuras transfusiones.</p> <p>Realiza anotaciones finales en la hoja de enfermería y la hoja de transfusión de hemoderivados y hoja de enfermería.</p>
		<p style="text-align: center;">Termina Procedimiento</p>

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

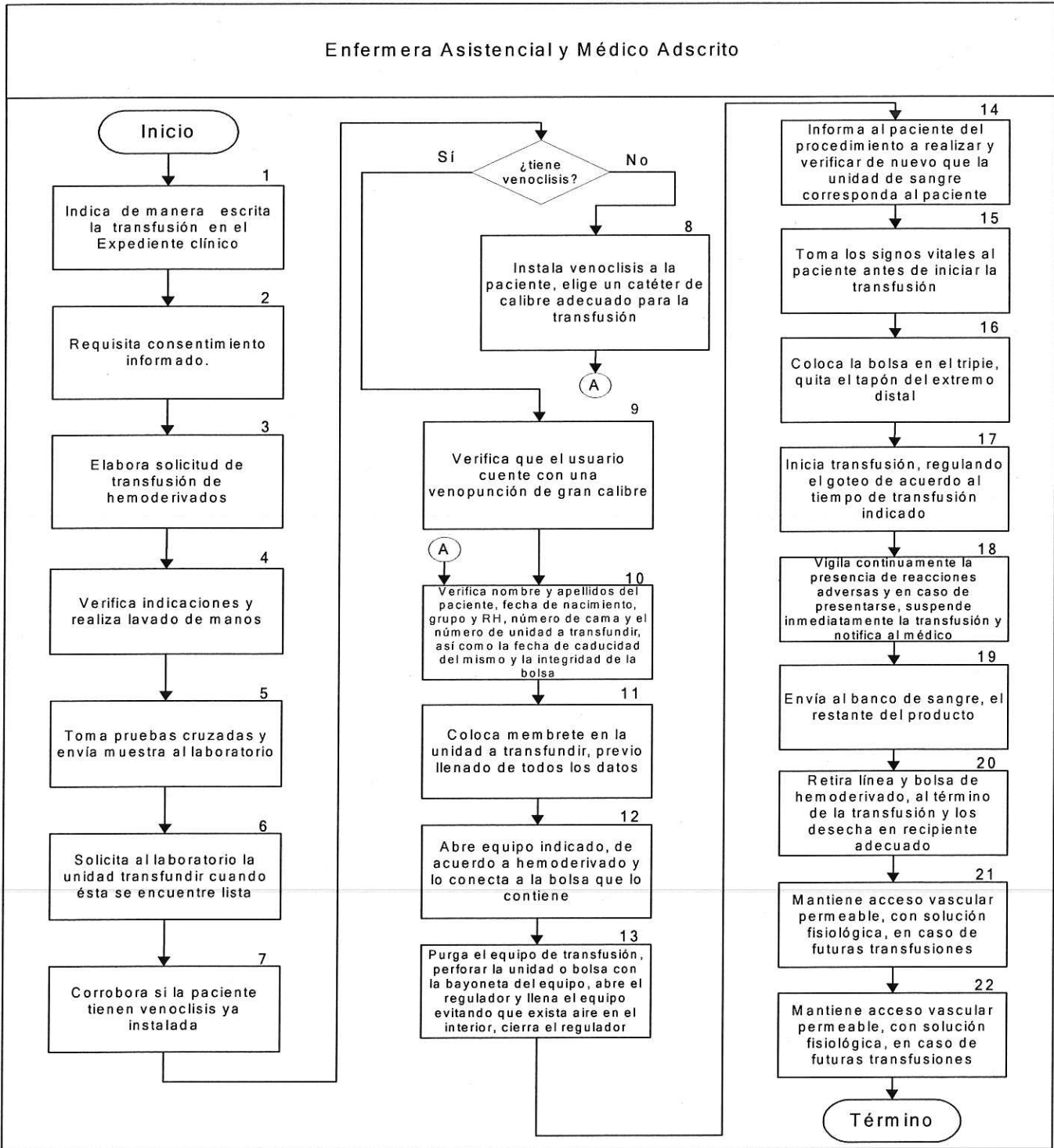
Cuadro No.1

Signos y síntomas de una reacción por transfusión en pacientes conscientes e inconscientes

<i>Pacientes conscientes</i>	<i>Paciente inconsciente</i>
<p>Generales: Fiebre (elevación de 1C) Escalofríos Mialgias Dorsalgia Dolor torácico Cefalea Calor en el sitio de la infusión o a lo largo de la vena</p> <p>Sistema nervioso Aprensión, sensación de muerte inminente Parestesias, entumecimiento</p> <p>Aparato respiratorio: Frecuencia respiratoria: Taquipnea Apnea Disnea Tos Sibilancias Rales</p> <p>Aparato gastrointestinal: Náuseas Vómitos Dolor, cólicos abdominales Diarrea (puede ser sanguinolenta)</p>	<p>Aparato cardiovascular: Frecuencia cardíaca: Bradicardia Taquicardia Presión arterial: Hipotensión, shock Hipertensión Circulación periférica Color: cianosis, rubor facial Temperatura: fría/pegajosa; caliente/rubicunda/seca Edema Hemorragia: CID generalizada Sangrado en napa en el sitio quirúrgico</p> <p>Aparato renal: Cambios en el volumen de orina: Oliguria, anuria Insuficiencia renal Cambios en el color de la orina: Oscura, concentrada Tintes rojos, marrones y ámbar Puede señalar la presencia en la orina de glóbulos rojos (hematuria) o de hemoglobina libre (hemoglobinuria)</p> <p>Sistema cutáneo: Erupciones, urticaria, tumefacción Prurito Diaforesis</p>
	<p>Pulso débil Fiebre Hipotensión Hemoglobinuria Aumento del sangrado en el sitio quirúrgico Inestabilidad vasomotora (taquicardia, bradicardia o hipotensión) Oliguria/anuria</p>

Fuente: De *Transfusion Therapy Guidelines for Nurses*. Washington, D.C.: NIH, 1990.

59. TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar la cantidad o proporción de unos o más de los siguientes parámetros en orina u otros fluidos corporales los fluidos corporales: ácido ascórbico, glucosa, bilirrubina, cuerpos cetonicos, gravedad específica, sangre, pH, proteínas, urobilinógeno, nitritos y leucocitos

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA

DEFINICIÓN

Es la detección semicuantitativa en cantidad o proporción de unos o más de los siguientes parámetros en orina ya que el riñón es el principal regulador de todos los fluidos corporales: ácido ascórbico, glucosa, bilirrubina, cuerpos cetónicos, gravedad específica, sangre, pH, proteínas, urobilinógeno, nitritos y leucocitos

Los reactivos son unas tiras reactivas que consisten en unas pequeñas cintas de plástico rígido de unos pocos centímetros de longitud y alrededor de medio centímetro de anchura, a las que van pegados unos reactivos (pequeños cuadrillos de material poroso de colores suaves) que son diferentes dependiendo de lo que se quiera analizar.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

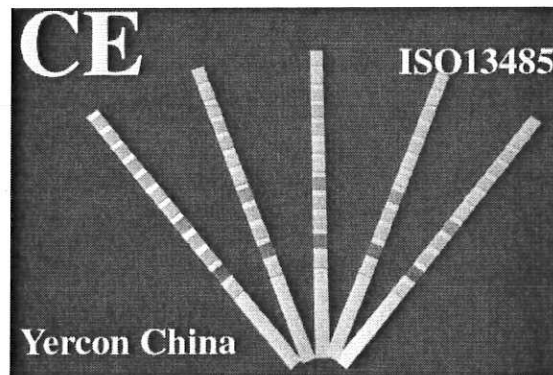
SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.
 - Que todo el material y equipo se encuentre disponible.
2. De la Enfermera Asistencial
 - Conocer la fisiología renal
 - Interpretación correcta del análisis de orina
 - Registrar en la hoja de enfermería los datos obtenidos
 - Preparar material y equipo (frasco de tiras reactivas, guantes, probeta)

Área Reactiva	Tiempo de Lectura	Sensibilidad
Glucosa	30"	75-125 mg/dl (verde a café oscuro)
Bilirrubina	30"	0.4-0.8 mg/dl
Cetona	40"	5-10 mg/dl (Ácido acetoacético) (rosa a purpura)
Sangre	60"	
Proteína	60"	0.015-0.062 mg/dl (Hemoglobina)
Nitritos	60"	(anaranjado a azul oscuro)
Leucocitos	2'	15-30 mg/dl (Albumina) (amarillo al verde azulado)
pH	60"	
Densidad	45"	0.06-0.1 mg/dl (Ion nitrito) (rosado positivo)
Urobilinogeno	30"	5-15 células /m L (rosado a purpura) 5.0-8.5 (naranja amarillo ; verde azul) 1.000-1.030 (verde azulado a verde amarillento) 0.1 mg/dl (rosado al anaranjado y cae

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA
5

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

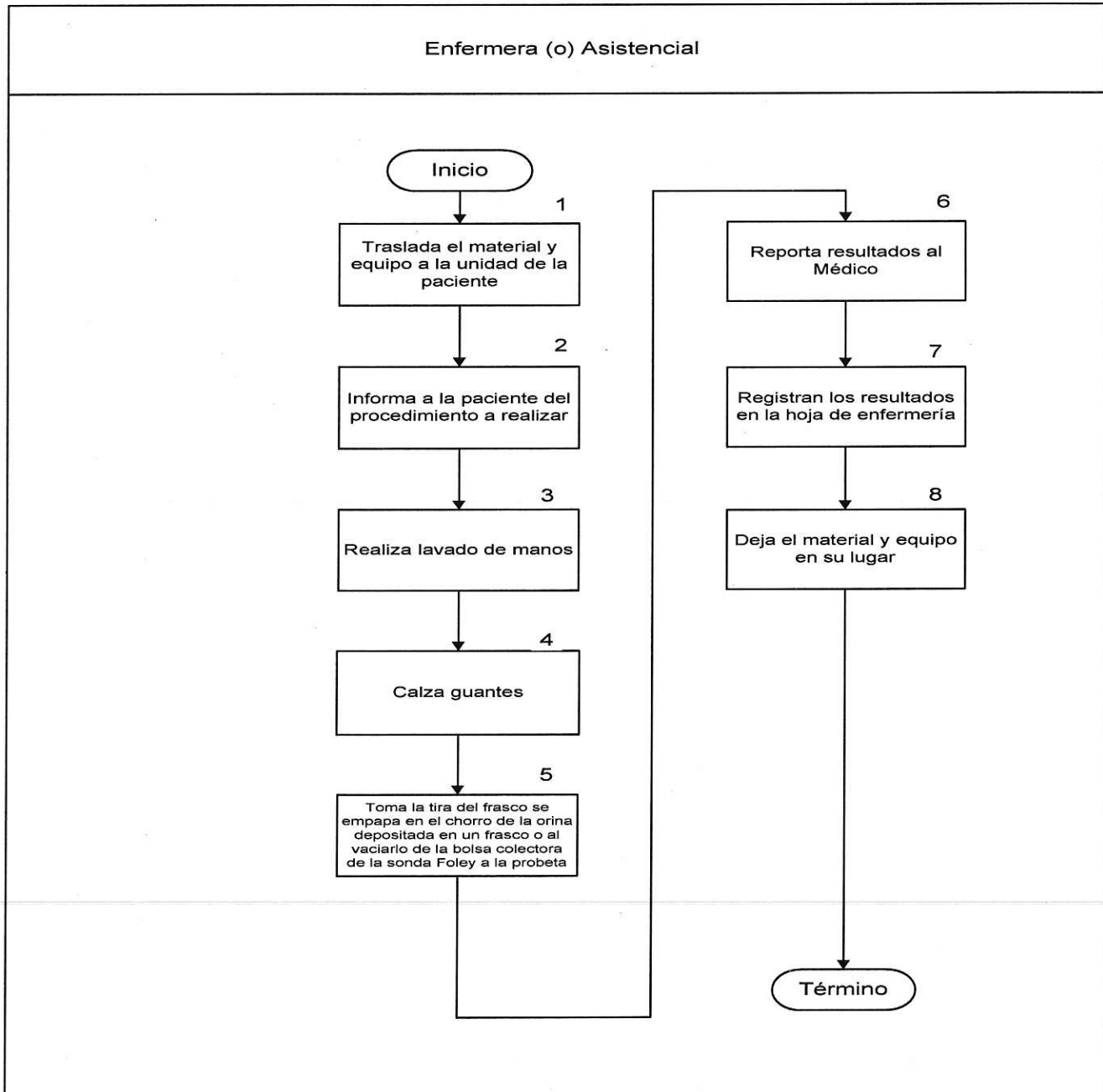
04	11	16
----	----	----

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Traslada el material y equipo a la unidad de la paciente.
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar
	3	Realiza lavado de manos
	4	Calza guantes
	5	Toma la tira del frasco se empapa en el chorro de la orina depositada en un frasco o al vaciarlo de la bolsa colectora de la sonda Foley a la probeta
	6	Reporta resultados al Médico
	7	Registran los resultados en la hoja de enfermería
	8	Deja el material y equipo en su lugar.
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

60. USO DE REACTIVOS EN ORINA



61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

04	11	16
----	----	----

61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

CONCEPTO:

Aplicación de Tira elástica o algodón larga enrollada

OBJETIVO DE ENFERMERIA

Mitigar temor, promover el bienestar físico conservar la buena posición corporal favorecer el retorno venoso de las extremidades al corazón aliviando la congestión local y el edema

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN.

1. Del Jefe de Servicio.

- Proporcionar al personal asistencial, el material y equipo necesario para el procedimiento (vendajes de 10 a 15 cm, algodón y tela adhesiva).
- Revisar que el vendaje esté bien colocado.

2. De la Enfermera Asistencial.

- Levantar el extremo distal de la venda para valorar color, temperatura e integridad de la piel.
- Renovar el vendaje cada 24 horas o siempre que se afloje, enrede o esté húmedo.
- Levantar la extremidad vendada durante 15 a 30 para facilitar el retorno venoso.
- La venda debe aplicarse solo sobre zona limpia y seca.
- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.
- Desechar el material en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

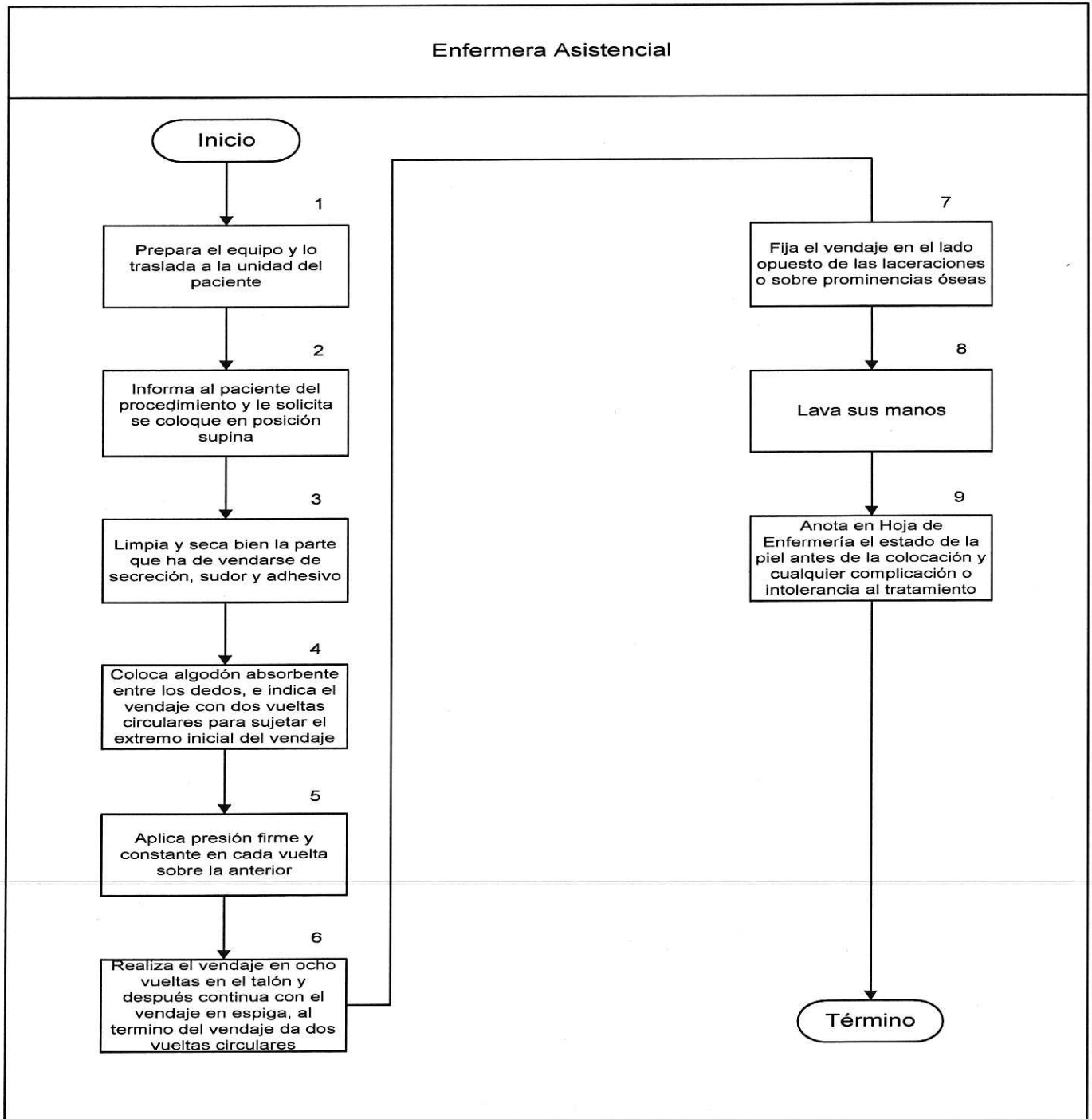
61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del paciente.
	2	Informa al paciente del procedimiento y le solicita se coloque en posición supina.
	3	Limpia y seca bien la parte que ha de vendarse de secreción, sudor y adhesivo.
	4	Coloca algodón absorbente entre los dedos, e inicia el vendaje con dos vueltas circulares para sujetar el extremo inicial del vendaje, iniciar por el pie hacia la parte distal.
	5	Aplica presión firme y constante en cada vuelta sobre la anterior, cubriendo la mitad o dos tercias partes de su anchura y evitar vueltas innecesarias.
	6	Realiza el vendaje en ocho (vueltas que se traslapan en forma oblicua, ascendiendo y descendiendo alternativamente, cada vuelta cruza la precedente de modo que pareciera trazarse la figura del ocho) en el talón y después continua con el vendaje en espiga (vueltas con un ángulo de 30 grados y cada vuelta se superpone sobre la anterior en unos dos tercios de la anchura de la venda), al término del vendaje da dos vueltas circulares.
	7	Fija el vendaje en el lado opuesto de las laceraciones o sobre prominencias óseas.
	8	Lava sus manos.
	9	Anota en Hoja de Enfermería el estado de la piel antes de la colocación y cualquier complicación o intolerancia al tratamiento.
		Termina Procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

61. VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

Enfermera Asistencial



HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

62. VENDAJE MAMARIO

62. VENDAJE MAMARIO

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

62. VENDAJE MAMARIO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar sostén, protección, inmovilización y presión sobre la caja torácica a través de un vendaje, con el objetivo de inhibir la producción láctea.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

62. VENDAJE MAMARIO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Jefe de Servicio

- Observar que el Personal de Enfermería realice el procedimiento con la técnica establecida, y cambie los vendajes por lo menos cada 24 horas.
- Proporcionar al Personal Asistencial, el material y equipo necesario para realizar el procedimiento (vendas de 30 cm, apósitos, gasas, guantes, broches o tela adhesiva).

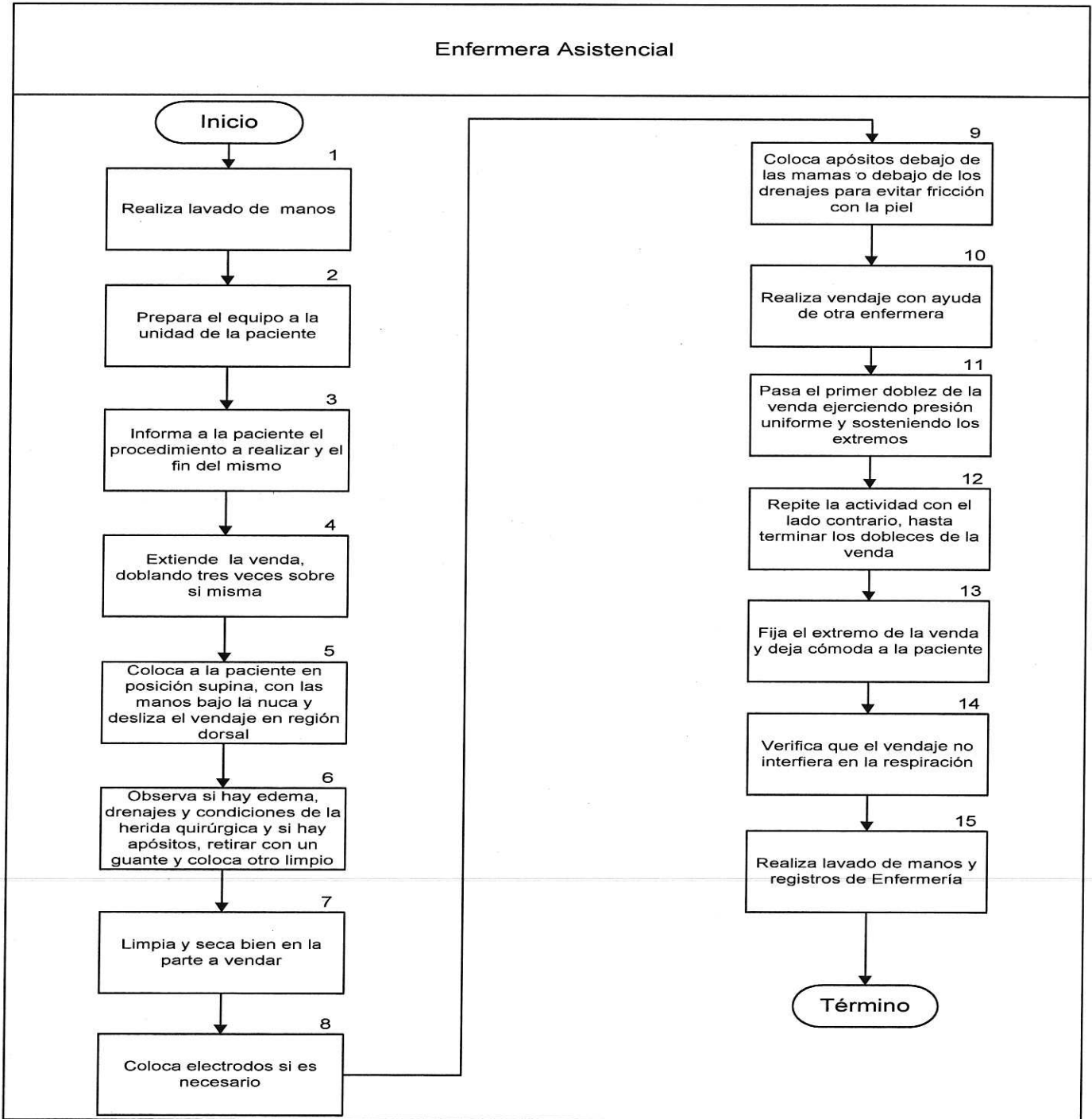
2. Personal Asistencial

- Informar a la paciente el procedimiento a realizar.
- Lavarse las manos antes y después de colocar un vendaje.
- Retirar un vendaje húmedo.
- Colocar vendaje mamario en pacientes sometidas a cirugía mamaria.
- Colocar vendaje mamario para inhibición láctea en casos específicos.
- Colocar el vendaje de manera comprensiva evitando ejercer demasiada presión.
- Cambiar el vendaje cada 24 horas cuando se encuentre sucio o previa valoración médica (especificada).

62. VENDAJE MAMARIO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Realiza lavado de manos.
	2	Prepara el equipo a la unidad de la paciente.
	3	Informa a la paciente el procedimiento a realizar y el fin del mismo.
	4	Extiende la venda, doblando tres veces sobre si misma.
	5	Coloca a la paciente en posición supina, con las manos bajo la nuca y desliza el vendaje en región dorsal.
	6	Observa si hay edema, drenajes y condiciones de la herida quirúrgica y si hay apósitos, retirarlos con un guante y colocar otro apósito limpio y estéril con un guante limpio.
	7	Limpia y seca bien en la parte a vendar.
	8	Coloca electrodos si es necesario
	9	Coloca apósitos debajo de las mamas o debajo de los drenajes para evitar fricción con la piel.
	10	Realiza vendaje con ayuda de otra enfermera.
	11	Pasa el primer dobléz de la venda ejerciendo presión uniforme y sosteniendo los extremos.
	12	Repite la actividad con el lado contrario, hasta terminar los dobleces de la venda.
	13	Fija el extremo de la venda y deja cómoda a la paciente.
	14	Verifica que el vendaje no interfiera en la respiración
	15	Lava sus manos y realiza Registros de Enfermería.
		Termina Procedimiento

62. VENDAJE MAMARIO





DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON
CIRUGÍA DE ABDOMEN**

**63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON CIRUGÍA DE
ABDOMEN**



DÍA	MES	AÑO
04	11	16

63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON
CIRUGÍA DE ABDOMEN

OBJETIVO ESPECÍFICO

Cuantificar y observar después de una cirugía las características de los líquidos corporales, que se pierden a través de los drenajes quirúrgicos, para facilitar el diagnóstico oportuno de posibles complicaciones.

DÍA	MES	AÑO
04	11	16

**63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON
CIRUGÍA DE ABDOMEN**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Jefe de Servicio

- Observar que el Personal de Enfermería realice el procedimiento con la técnica establecida.
- Verificar que el material y equipo necesario se encuentre disponible.

2. Profesional de enfermería

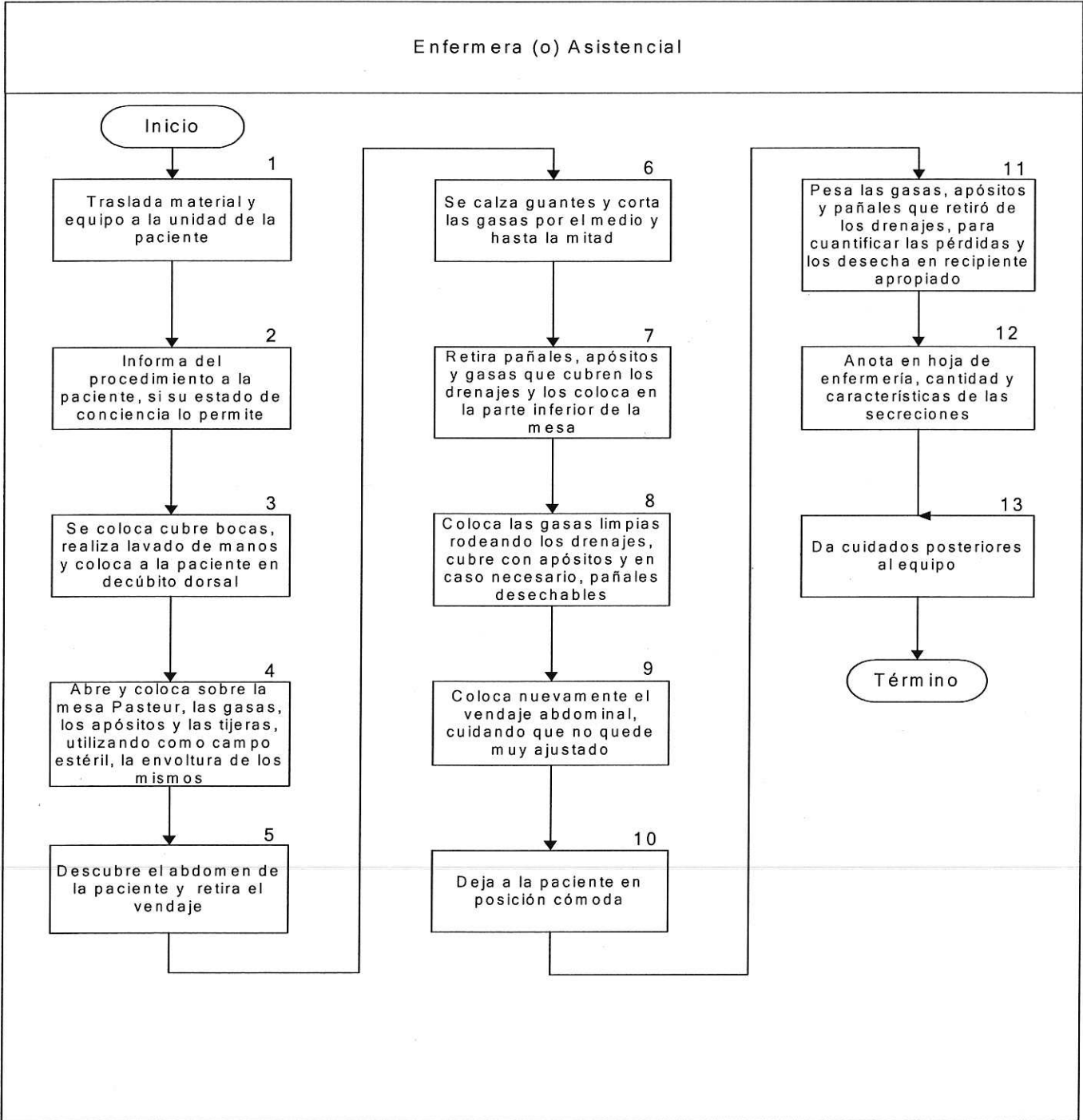
- Aplicar los principios de las precauciones universales
- Realizar el procedimiento con técnica aséptica
- Verificar que los drenajes estén libres de acodaduras, detritos o coágulos
- Determinar la frecuencia de los cambios de apósitos
- Pesar siempre, las gasas, apósitos y pañales desechables utilizados para cubrir los drenajes
- Preparar material y equipo: mesa Pasteur, tijeras estériles, báscula de precisión, apósitos y gasas estériles, pañales desechables, guantes desechables estériles, cubre bocas.
- Respetar la individualidad y privacidad de la paciente.
- Desechar el material en el contenedor adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Peligrosos).

63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRURGICOS EN PACIENTES CON
CIRUGÍA DE ABDOMEN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) asistencial	1	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	2	Informa del procedimiento a la paciente, si su estado de conciencia lo permite
	3	Coloca cubre bocas y realiza lavado de manos según la estrategia "esta en tus manos" de la OMS y coloque a la paciente
	4	Abre y coloca sobre la mesa Pasteur, las gasas, los apósitos y las tijeras, utilizando como campo estéril, la envoltura de los
	5	Descubre el abdomen de la paciente y retira el vendaje
	6	Calza guantes y corta las gasas por en medio y hasta la mitad
	7	Retira pañales, apósitos y gasas que cubran los drenajes y los coloca en la parte inferior de la mesa
	8	Coloca las gasas limpias rodeando los drenajes, cubre con apósitos y en caso necesario, pañales desechables
	9	Coloca nuevamente el vendaje abdominal, cuidando que no quede muy ajustado
	10	Deja la paciente en posición cómoda
	11	Pesa las gasas, apósitos y pañales que retiró de los drenajes, para cuantificar las pérdidas y desecha en el contenedor
	12	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
	13	Otorga los cuidados posteriores al equipo.
		Termina Procedimiento

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

63. VIGILANCIA DE DRENAJES QUIRURGICOS EN PACIENTES CON CIRUGÍA DE ABDOMEN



Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

V. Hoja de Firmas

Manual Técnico de Procedimientos de
Ginecología y Obstetricia



HOJA 2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
04	11	16

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORIZÓ



DR. RODRIGO ZAMORA ESCUDERO
DIRECTOR MÉDICO

REVISÓ



LEO. MARÍA JOVITA PLASCENCIA ORDAZ
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA