

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE LA COORDINACIÓN DE
ENFERMERÍA

DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE
TEOLOYUCAN, ESTADO DE MÉXICO



SEPTIEMBRE, 2025



© Derechos reservados
Primera edición, agosto de 2025
Sistema Municipal para el Desarrollo
Integral de la Familia de Teoloyucan
Coordinación de Enfermería
Av. Hidalgo No. 19 Bo. Tlatilco,
Teoloyucan, Estado de México.
C.P. 54770

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante la autorización expreso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

ESQUEMA DE CONTENIDO

I INTRODUCCIÓN

II OBJETIVOS

III FUNDAMENTO JURÍDICO

IV FUNCIONES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

V. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

VI. USO DEL KARDEX

VII. ADMISIÓN DEL PACIENTE

VIII. EGRESO DEL PACIENTE

IX. ALTA VOLUNTARIA

X. BAÑO EN CAMA

XI. BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

XII. BAÑO ASISTIDO

XIII. COLOCACIÓN Y RETIRO DE LA BATA ESTÉRIL

XIV. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE

XV. LIMPIEZA DE LA CUNA DE TRASLADO

XVI. TENDIDO DE CAMA OCUPADA

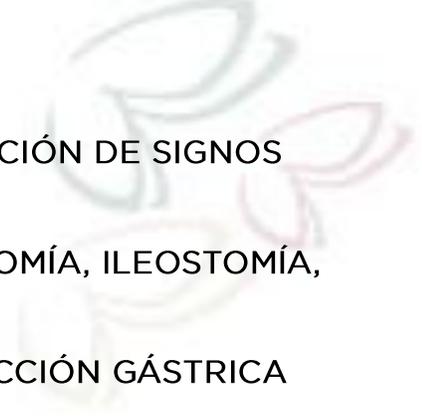
XVII. TENDIDO DE CAMA QUIRÚRGICA

XVIII. TENDIDO CAMILLA DE EXPLORACIÓN

XIX. MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL AXILAR

XX. MEDICIÓN DEL PULSO

- 
- XXI. TOMA DE TEMPERATURA CON TERMOMETRO DIGITAL
- XXII. MEDICIÓN DEL PULSO
- XXIII. MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA.
- XXIV.MEDICIÓN DE LA OXIMETRÍA DE PULSO
- XXV. MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL
- XXVI. MEDICIÓN DE TALLA
- XXVII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREOPERATORIOS
- XXVIII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTOPERATORIOS
- XXIX. CUIDADO Y MEDICIÓN DE DRENAJES (PENROSE. HEMOVACK, SONDA EN T)
- XXX. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBLINGUAL
- XXXI. PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA
- XXXII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA
- XXXIII. APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR
- XXXIV. TÉCNICA Z PARA INYECCIONES INTRAMUSCULARES
- XXXV. CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFERICA
- XXXVI.PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES ENDOVENOSAS
- XXXVII. RETIRO DE VÍA PERIFERICA
- XXXVIII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL
- XXXIX. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL
- XL.ADMINISTRACÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA CUTÁNEA
- XLI. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA
- XLII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA
- XLIII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VAGINAL
- XLIV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CADIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN
- XLV. COLOCACIÓN DE VENDA ELÁSTICAS EN MIEMBROS INFERIORES

- 
- 
- XLVI. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE SIGNOS
NEURÓLOGICOS
- XLVII. LIMPIEZA DE OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN (COLOSTOMÍA, ILEOSTOMÍA,
UROSTOMÍA)
- XLVIII. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA Y SUCCIÓN GÁSTRICA
- XLIX. LAVADO GÁSTRICO
- L. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON AFECCIONES DEL
APARATO REPRODUCTOR
- LI. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLPOSCOPIA
- LII. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CITOLOGÍA CERVICAL
- LIII. EXAMÉN FÍSICO DE MAMAS
- LIV. COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL
- LV. SIMBOLOGÍA
- LVI. DIRECTORIO
- LVII. VALIDACIÓN
- LVIII. HOJA DE ACTUALIZACIÓN

I INTRODUCCIÓN

El presente “Manual de Procedimientos de Enfermería” describe ampliamente los pasos en las diferentes actividades y tareas de acuerdo con los procesos sustantivo en Enfermería, que es la “Gestión del Cuidado Enfermero” y de acuerdo con los perfiles establecidos al personal de Enfermería que labora para el Sistema Municipal Desarrollo Integral Familiar Teoloyucan. El manual de procedimientos de Enfermería se concibe como el instrumento que establece los mecanismos esenciales para el desempeño operativo y de cuidado directo de las áreas de atención de enfermería en el I y II nivel. Proporciona información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional de enfermería. También se considera como una herramienta imprescindible para guiar, en forma ordenada, la ejecución de las actividades, de manera que se evite la duplicidad de esfuerzos, se optimice el aprovechamiento de los recursos y se agilicen los cuidados que se dan al paciente. En este sentido, se pretende que la estructura del manual refleje fielmente las actividades específicas que se llevan a cabo en cuanto a ejecución, seguimiento y evaluación del desempeño, así como los medios utilizados para ello. Por otro lado, debe apoyar el proceso de actualización y mejora, mediante la simplificación de los procedimientos. El presente documento es una guía que orienta las diferentes instrucciones de trabajo del personal de enfermería y guía el desarrollo de las prácticas de los estudiantes en el proceso docencia - servicio. Los procedimientos están estructurados en varios apartados, se documenta anatómicamente por sistemas, con su respectiva definición, clasificación de riesgo, pasos del procedimiento, nivel de complejidad riesgo, observaciones y principios científicos.

II OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disponer de un Manual de procedimientos de enfermería, en el Sistema Municipal Desarrollo Integral Familiar Teoloyucan, que permita guiar, educar, orientar, respaldar y regular el quehacer de enfermería en la atención de las personas en las diferentes etapas de desarrollo de la vida y escenarios de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar el Manual de Procedimientos de Enfermería, que identifique los lineamientos, ético legal y científico-técnico, que fundamente el quehacer de Enfermería.
- Identificar los escenarios de intervención en salud, en que actúa y participa enfermería en la organización.
- Orientar la construcción del procedimiento, considerando las determinantes bajo el concepto de salud (conciencia-conducta, biológico, social, cultural, ecológico, psicológico).
- Establecer los elementos que conforman los procedimientos.
- Enunciar los diferentes procedimientos de enfermería contemplados en la organización.
- Clasificar según complejidad cada una de los procedimientos, bajo el enfoque de riesgo.
- Validar el Manual de Procedimientos para su implementación.

III. FUNDAMENTIO JURIDICO

El presente manual de procedimientos se fundamenta en las leyes, normativas y lineamientos que rigen la prestación de servicios de salud y atención médica en México, en particular en el Estado de México, con el fin de garantizar la legalidad, calidad y protección de los derechos de los usuarios. A continuación, se enlistan las principales disposiciones jurídicas aplicables:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- Artículo 4: Derecho a la protección de la salud y a la atención médica.
- Artículo 73, fracciones XXIX y XXX: Facultades del Congreso para legislar en materia de salud.

Ley de Salud del Estado de México

- Establece las bases para la organización, funcionamiento y regulación de los servicios de salud en la entidad, incluyendo la atención médica en instituciones públicas y privadas.
- Define los derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de salud.

Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

- NOM-013-SSA2-2015: Para la atención a la salud de la población.
- NOM-024-SSA3-2012: Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades.
- NOM-017-SSA2-2012: Para la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para clasificación, envasado, almacenamiento, recolección, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológicos infecciosos.
- NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.
- NOM-007-SSA2-2013, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.

- NOM-0014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.
- NOM-0031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
- NOM-0041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Reglamentos Internos del Sistema Municipal DIF de Teoloyucan

- Normas y procedimientos específicos para la operación y atención en los servicios médicos del sistema

IV. FUNCIONES

- Control de calidad:

Realizar auditorías de enfermería, verificando la calidad de los cuidados para pacientes y realizar un plan de mejora en caso de necesitar medidas correctivas para mejorar la atención en las diferentes áreas de cada una de las clínicas de esta institución.

- Implementación de programa

Participar en la implementación y seguimiento de programas de salud, incluyendo programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

- Programa de planificación familiar

Ser responsable del programa de Planificación Familiar, que abarca las actividades de recibir, justificar y reportar los insumos otorgados por DIFEM (preservativos masculinos, pastillas, DIU, etc) así como dar la promoción al programa de prevención de cáncer cervicouterino para la realización de citologías mensuales.

- Supervisión y coordinación

Dirigir, supervisar y verificar que los servicios de enfermería se presten de acuerdo con la normatividad vigente y las necesidades de los pacientes.

- Planificación y organización:

Gestionar los servicios de enfermería de cada una de las unidades del DIF, incluyendo la distribución del personal programación de actividades y gestión de insumos.

- Jornadas de salud

Participar en las jornadas de salud para garantizar, los servicios de atención primaria (promoción de la prevención de la salud), del personal de enfermería por ejemplo vacunas, citologías vaginales, detecciones, somatometría, signos vitales, entre otras.

- Atención al paciente:

Garantizar la calidad y la seguridad de los cuidados de enfermería, proporcionando atención integral a los pacientes, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedades y manejo de patologías.

- Gestión de recursos materiales

Realizar el análisis del material necesario en los diferentes servicios del área médica, requisición, distribución y supervisión del uso de los insumos, equipos e instrumental utilizadas para la atención de pacientes.

- Vinculación con otras instituciones de salud y educativas
Realizar la gestión de trabajo colaborativo con otras instituciones para favorecer el alcance de la atención a la población de Teoloyucan, por ejemplo, IMSS-Bienestar, Colegios de enfermería.

- Control de platicas y métodos anticonceptivos
Otorgar mensualmente efemérides de salud a las cinco diferentes clínicas con el fin de realizar periódicos murales y pláticas informativas para los pacientes, así como, verificar al final de cada mes, la evidencia de las pláticas y entrega de métodos de planificación familiar.

- Implementación de mejoras
Implementar estrategias que ayuden a mejorar los procesos del servicio de enfermería en las diferentes unidades del SMDIF Teoloyucan (por ejemplo, registros de hojas de enfermería para hospitalización, urgencias, quirófano, hojas de consumo, vales insumo médico y recién nacido), con el fin de cumplir las especificaciones NOM-004-SSA3-2012.

- Revisión de expedientes clínicos
Revisar el uso adecuado, correcto y completo de las hojas de enfermería por expediente clínico, de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012.

- Revisión de equipo medico
Supervisar que el equipo médico se encuentre en adecuadas condiciones para poder ejercer el uso de este por ejemplo oxímetro, Baumanómetro, lámparas de chicote, etc.

- Control de grupo del adulto mayor
Supervisar y asignar enfermería para los grupos del adulto mayor ubicados en diferentes barrios llevando así un control de su estado de salud.

- Control e implementación de bitácoras para registro de pacientes y procedimientos
Se implementa bitácoras para registros de pacientes en urgencia, traslados, pacientes hospitalizados, cirugías realizadas, registro de nacimiento, control de consulta, etc

- Verificar materiales e insumos preingreso de pacientes
Verificar que el expediente clínico este completo antes del ingreso del paciente, así como material y medicamentos solicitados por el médico tratante

- Estancia hospitalaria del paciente
Garantizar el material y medicamentos necesario para su atención hospitalaria, así como ropa y dieta solicitada por el médico tratante.

- Verificación del área quirúrgica

Verificar que la sala quirúrgica se encuentre correctamente circuladas con el material necesario por cirugía, así como el funcionamiento del equipo médico.

- Participación en cirugías de diferentes especialidades

Verificar que la sala quirúrgica cuente con todo lo necesario para dicha cirugía, así mismo participo como enfermera instrumentista en las cirugías de diferentes especialidades

- Liderazgo y gestión

Tomar decisiones estratégicas para mejorar la calidad de los servicios de enfermería y la satisfacción de los pacientes.

- Comunicación e interrelación

Participar en reuniones y eventos relacionados con la salud y el bienestar de la población

- Participación en pacientes hospitalizados

Orientar al personal de enfermería y cocina en las indicaciones de las dietas de los pacientes dependiendo de las patologías de los pacientes, así como, verificar protocolos de enfermería, revisión de expediente clínico y hojas de consumo.

V. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Uso del expediente de salud

Definición: Los expedientes de salud contienen la evidencia documental integrada sobre la atención brindada a los usuarios, lo cual, le transfiere un trascendental valor como instrumento de apoyo directo en los procesos asistenciales. Por ello, contribuye la mejor fuente de información primaria para el análisis del estado de salud del individuo y la comunidad, para la evaluación de la calidad de la atención y para la administración de los servicios de salud. En un establecimiento de salud permanecen archivados bajo una misma identificación y de carácter único. Se considera sinónimo de expediente de salud, expediente médico y expediente clínico.

Objetivos:

- √ Mantener un informe actualizado sobre el abordaje y la evolución durante el proceso salud-enfermedad del usuario(a), que facilite la toma de decisiones e informes a otros miembros del equipo de salud.
- √ Facilitar la investigación epidemiológica y científica.
- √ Permitir la enseñanza a miembros del equipo de salud y estudiantes.
- √ Contribuir en la creación de datos estadísticos fidedignos y de referencia legal.
- √ Documentar el proceso de atención de enfermería y otros, así como las anotaciones de otro personal de salud autorizados.

Actividades

- √ Asignar al personal o secretaria(o) la inclusión de formularios al expediente de salud y ordenar según la norma institucional.
- √ Identificar con el nombre, número de cédula u otros datos según la norma institucional, cada formulario contenido en el expediente salud.
- √ Anotar en el expediente la atención y evolución del usuario, en los formularios correspondientes.
- √ Suscribir las anotaciones con nombre código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.
- √ Mantener el expediente archivado en el carro porta expedientes o en el lugar asignado, cada vez que lo desocupa. √ Anexar dentro del expediente de salud, los diferentes reportes, estudios de diagnóstico o gabinete, según la norma.

✓ Suscribir las anotaciones con nombre, código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.

✓ Enviar el expediente a la unidad de admisión o a archivo, cuando el usuario (a) egresa o concluye consulta.

Notas de Enfermería. Modelo SBAR

Definición: Es un documento legal que forma parte del expediente de salud que registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos al paciente

Objetivos:

- Evidenciar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
- Ofrecer información escrita que oriente al personal de salud en la continuidad de la atención del paciente.
- Registrar la evidencia de las actividades de enfermería.

Actividades

✓ Identificar al usuario(a) y cerciorarse de que el expediente de salud sea el correspondiente.

✓ Registrar en el formulario “Anotaciones de Enfermería”, la fecha, el turno y la hora.

✓ Establecer un clima de confianza que facilite una conversación genuina con el paciente.

VI. Uso del Kardex

Es un registro de información del usuario, realizado por enfermería, que evidencia la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las indicaciones de otros profesionales de salud autorizados. Constituye un conjunto de indicaciones que formará parte de la historia clínica y evolución del usuario. La información que suele ofrecer el kardex del usuario(a) es la siguiente: Nombre y apellido del paciente, N° de identificación, edad, diagnóstico médico principal, indicaciones médicas para el paciente (dieta, frecuencia en que se deben medir los signos vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas), diagnósticos de enfermería y plan de cuidados basado en la valoración de enfermería. Tratamiento farmacológico y estudios diagnósticos. Debe ser actualizado por el profesional de enfermería.

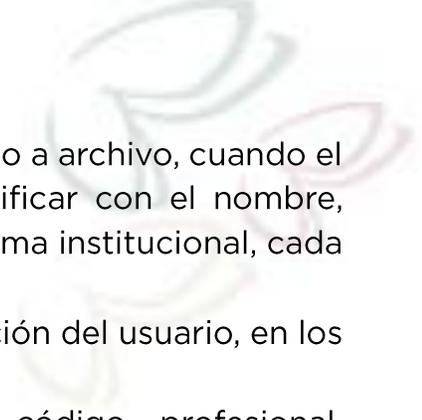
Objetivos:

- Registrar las necesidades y problemas del paciente, para dar cumplimiento por parte del personal de enfermería, durante la jornada.
- Establecer un sistema de comunicación propio entre los miembros del equipo de enfermería.

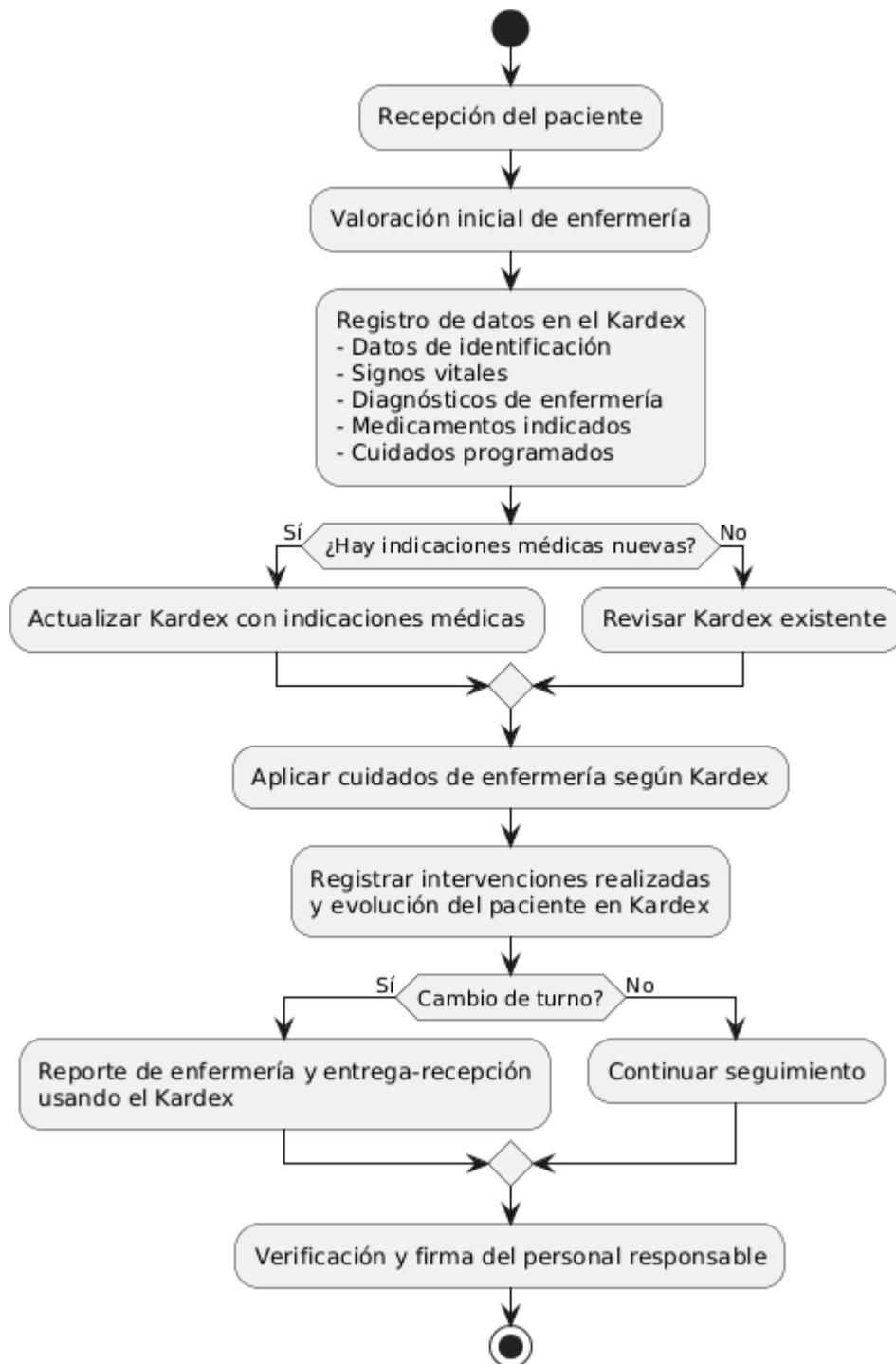
Actividades

Asignar al personal de la inclusión de formularios al expediente de salud y ordenar según la norma institucional,

- ◆ Asignar al personal de la inclusión de formularios al expediente de salud y ordenar según la norma institucional,
- ◆ Identificar con el nombre, nombre de nacimiento u otros datos según la norma institucional, cada formulario contenido en el expediente salud.
- ◆ Anotar en el expediente la atención y evolución del usuario, en los formularios correspondientes.
- ◆ Suscribir las anotaciones con nombre del personal de enfermería.
- ◆ Mantener el expediente archivado en el carro porta expedientes o en el lugar asignado, cada vez que lo desocupa.
- ◆ Anexar dentro del expediente de salud, los diferentes reportes, estudios de diagnóstico o gabinete, según la norma.
- ◆ Suscribir las anotaciones con nombre, código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.

- 
- 
- ◆ Enviar el expediente a la unidad de admisión o a archivo, cuando el paciente egresa o concluye consulta. Identificar con el nombre, número de cédula u otros datos según la norma institucional, cada formulario contenido en el expediente salud.
 - ◆ Anotar en el expediente la atención y evolución del usuario, en los formularios correspondientes.
 - ◆ Suscribir las anotaciones con nombre código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.
 - ◆ Mantener el expediente archivado en el carro porta expedientes o en el lugar asignado, cada vez que lo desocupa.
 - ◆ Anexar dentro del expediente de salud, los diferentes reportes, estudios de diagnóstico o gabinete, según la norma.
 - ◆ Suscribir las anotaciones con nombre, código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.
 - ◆ Enviar el expediente a la unidad de admisión o a archivo, cuando el paciente egresa o concluye consulta.

Proceso de Uso del Kardex de Enfermería (Normas Mexicanas)



VII. ADMISIÓN DEL PACIENTE

Es el ingreso del paciente que, debido a una alteración de salud, requiere la hospitalización en una unidad de atención específica. Se pueden presentar 3 tipos de ingreso: - Urgente, traslado intrahospitalario

Objetivo:

- Ofrecer al paciente, desde su ingreso. atención de enfermería, con un enfoque holístico.
- Proporcionar al paciente y familia la información y orientación necesaria para el proceso de adaptación al internamiento.
- Realizar las acciones de cuidado iniciales en atención a las necesidades del paciente.

VIII. EGRESO DEL PACIENTE

Etapa final del proceso de atención de enfermería, que incluye los trámites y procedimientos administrativos y legales.

Tipos de egreso:

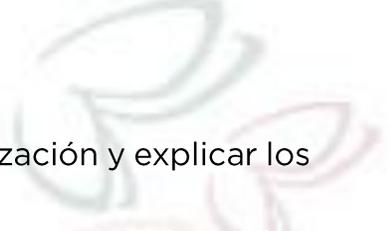
- Egreso por mejoría
- Egreso por alta voluntaria
- Egreso por traslado a otro hospital.

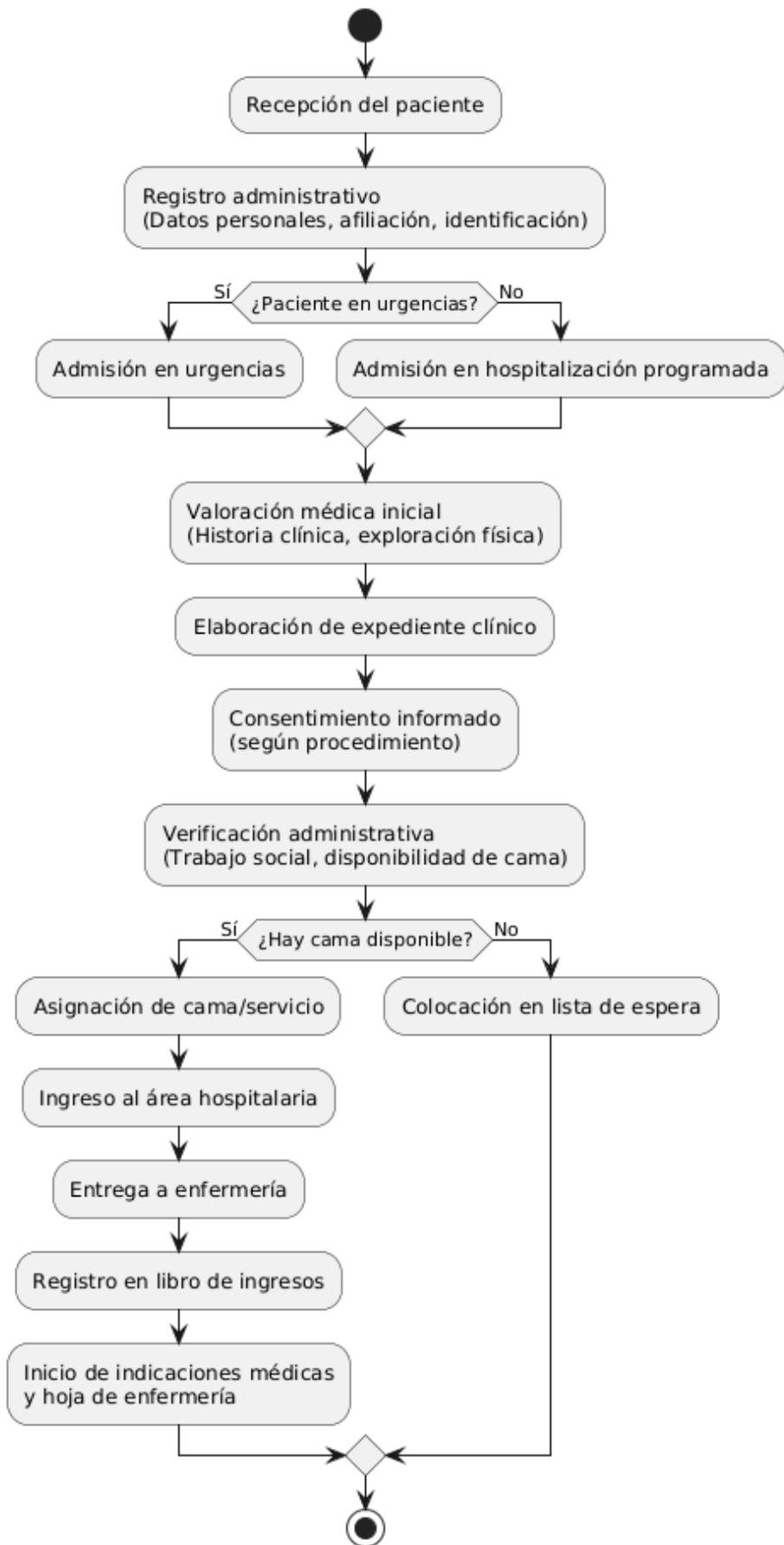
Objetivos

- Concluir con el proceso de atención de enfermería.
- Incorporar al paciente del servicio a su comunidad bajo el principio de auto cuidado y autocontrol cuando es posible.
- Guiar a la familia o cuidador de la persona, a un proceso de auto cuidado y autocontrol en el hogar. Continuar la atención.

Actividades.

- Valorar la condición de salud de egreso del paciente de acuerdo con el Plan de Atención.
- Verificar que el egreso esté firmado por el médico tratante.
- Verificar que los registros de salida estén completos (nota de egreso, indicaciones).
- Retirar los dispositivos que tenga colocados el paciente (catéteres intravenosos, etc).

- 
- 
- Reforzar los conocimientos impartidos durante la hospitalización y explicar los cuidados a seguir en el hogar.
 - Citar a la familia y/o responsable legal para brindar información y orientación sobre aspectos generales de los cuidados a seguir en el hogar. (medicamentos o tratamientos, dieta, citas de control en consulta externa u otros servicios de salud según el caso, recomendación de incapacidad o reincorporación a centros educativos), horas de salida (de acuerdo con norma establecida). Cuidados de la herida si el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente. (Condición de la piel.)
 - Realizar las coordinaciones con otros miembros del equipo de salud o transportes, según lo requiera el paciente que va a egresar.
 - Realizar contra referencia, según criterio de enfermería y condición del paciente.
 - Realizar o delegar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos; incluye aspectos como: condición actual del paciente. Registrar la educación impartida y a quienes se impartió. Documentos entregados. Medicamentos indicados y educación al respecto. Hora, fecha, nombre y firma de la persona que realizó el egreso, número de licencia.
 - Registrar el egreso del paciente en los censos de 8 y 24 horas.
 - Solicitar al asistente de pacientes el traslado del paciente al servicio de admisión o transportes, con expediente de salud, documentos y pertenencias. Indicarle si puede ir caminando, en silla o camilla.
 - Retirar tarjetas de kardex, medicamentos e identificación de la cama del paciente. Proceder según normativa.
 - Asignar el aseo terminal de la unidad al asistente de pacientes.



IX. ALTA VOLUNTARIA

Son las actividades por medio de las cuales, a petición del paciente o familiar responsable, se da trámite formal al egreso, sin autorización del médico tratante, para lo cual se debe aplicar la Normativa de Registros Médicos.

Actividades

- Escuchar las razones que tiene el paciente para solicitar la salida exigida.
- Analizar la situación en conjunto con el paciente enfatizando los inconvenientes de la decisión y explicándole que designe un testigo para que ambos firmen un formulario.
- Notificar al médico y a la jefatura inmediata de enfermería la decisión del paciente.
- Completar la información que solicita el reverso del formulario de ingreso correspondiente e indicar al paciente y testigo que firmen en el espacio “Firma o huella digital” y al testigo, en “Firma o huella digital e identificación del testigo”. Si el paciente o el testigo no pudieren firmar, lo harán con la huella digital.

Preparación para el alta

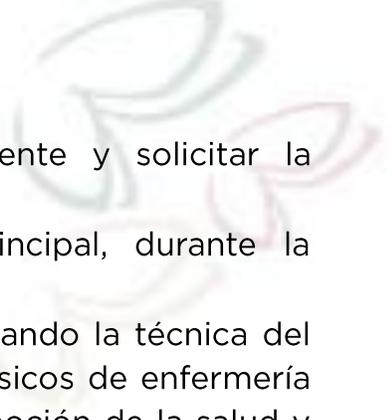
Es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la planeación del cuidado sanitario y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud de los centros asistenciales involucrados y la comunidad.

Objetivos:

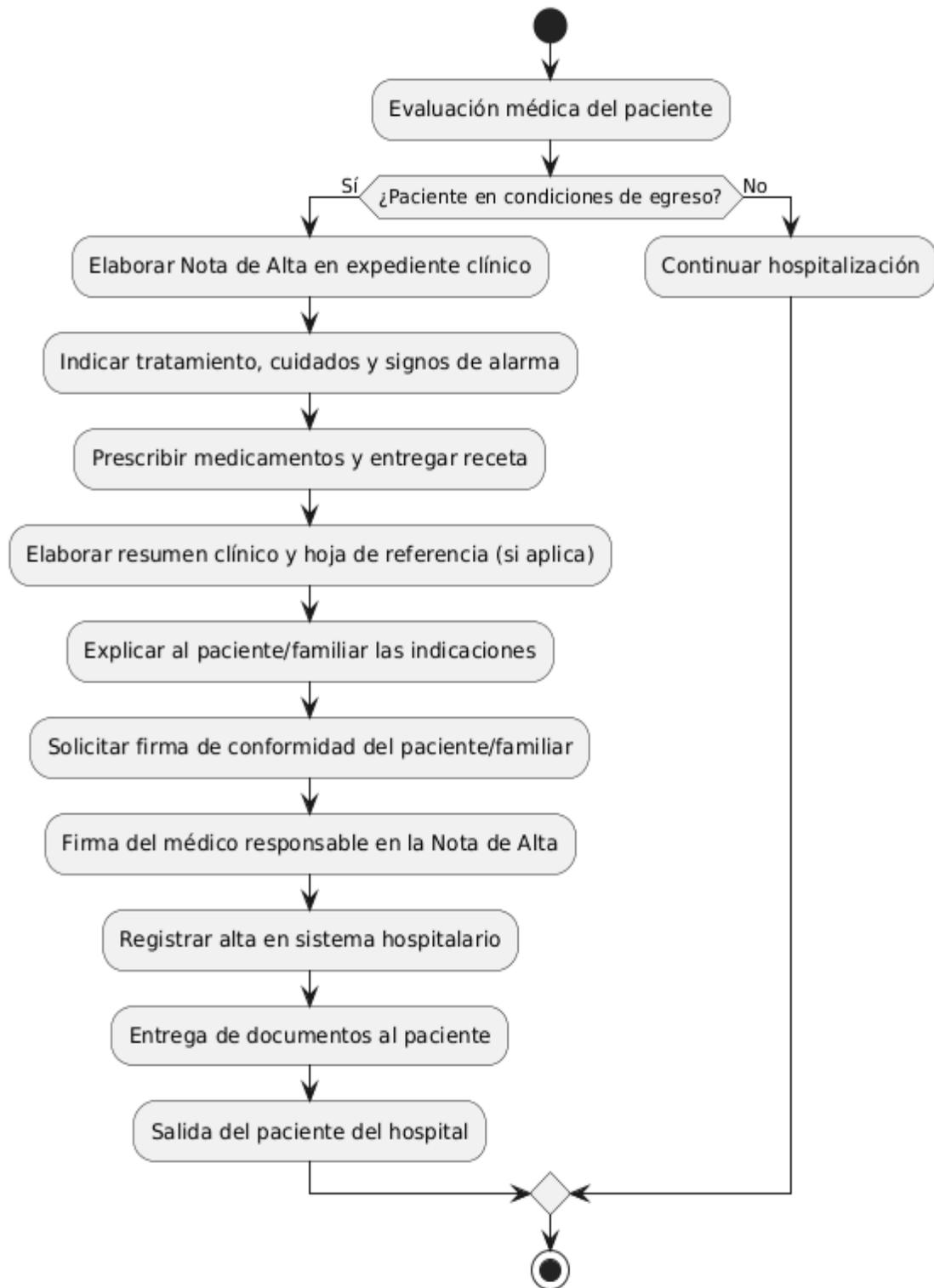
- Preparar al paciente con dependencia de cuidado y a la familia para continuar la atención en el hogar.
- Proporcionar información del paciente a los profesionales de salud para continuar la atención domiciliar.

Actividades

- Valorar las necesidades de educación para la salud, de acuerdo con condición del paciente y la familia.

- 
- Aplicar encuesta de potenciales cuidadores del paciente y solicitar la participación de otros profesionales, de ser necesario.
 - Planear la orientación y educación del cuidador principal, durante la hospitalización
 - Implementar el plan con los cuidadores principales utilizando la técnica del modelaje y repetición para la enseñanza de cuidados básicos de enfermería (baño en cama, alimentación, cambios de posición, promoción de la salud y prevención de complicaciones y otros).
 - Coordinar con otros profesionales de la salud para el abordaje del paciente y su familia, de ser necesario.
 - Entregar detalladamente el plan de cuidados a seguir en el hogar, los medicamentos, las citas, y las referencias al usuario(a) y familia el día del egreso.
 - Coordinar lo correspondiente a oxígeno domiciliar.
 - Retomar posibilidades de cada centro de salud para que el profesional de enfermería de alta coordine y refiere a la persona con dependencia funcional a los programas de hospitalización a domicilio (geriatría y cuidado paliativo) y servicios de atención domiciliar en el I y II nivel. Enviar referencia al primer de atención, para su seguimiento.
 - Elaborar nota de enfermería en donde el cuidador principal firma para dar como recibida la información y documentación del alta.
 - Informar periódicamente los resultados obtenidos en el programa.

Proceso de Alta Hospitalaria (Normas Mexicanas)



PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE

X. BAÑO EN CAMA

Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del paciente, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Clasificación de baños

A. Baño en cama.

B. Baño en ducha asistido.

C. Baño del recién nacido.

Objetivos:

- Proporcionar comodidad y bienestar físico al paciente eliminando sustancias de desecho de la piel.
- Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del paciente.
- Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones

Actividades.

- Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- Presentarse e identificar al paciente y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.
- Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: toalla, bata, sábana inferior, ahulado sábana movable, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.
- Ofrecer privacidad al paciente por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.
- Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes)
- Retirar las piezas de la ropa de cama una a una. Retirar la colcha, sujetándola por el borde superior; doblarla en 4 partes, colocarla en la silla si va a reutilizarla; si no, descartarla en el soporte para ropa sucia.
- Retirar la cobija de la misma forma.
- Aflojar la sábana superior y dejarla cubriendo al usuario(a).
- Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.
- Establecer comunicación terapéutica.

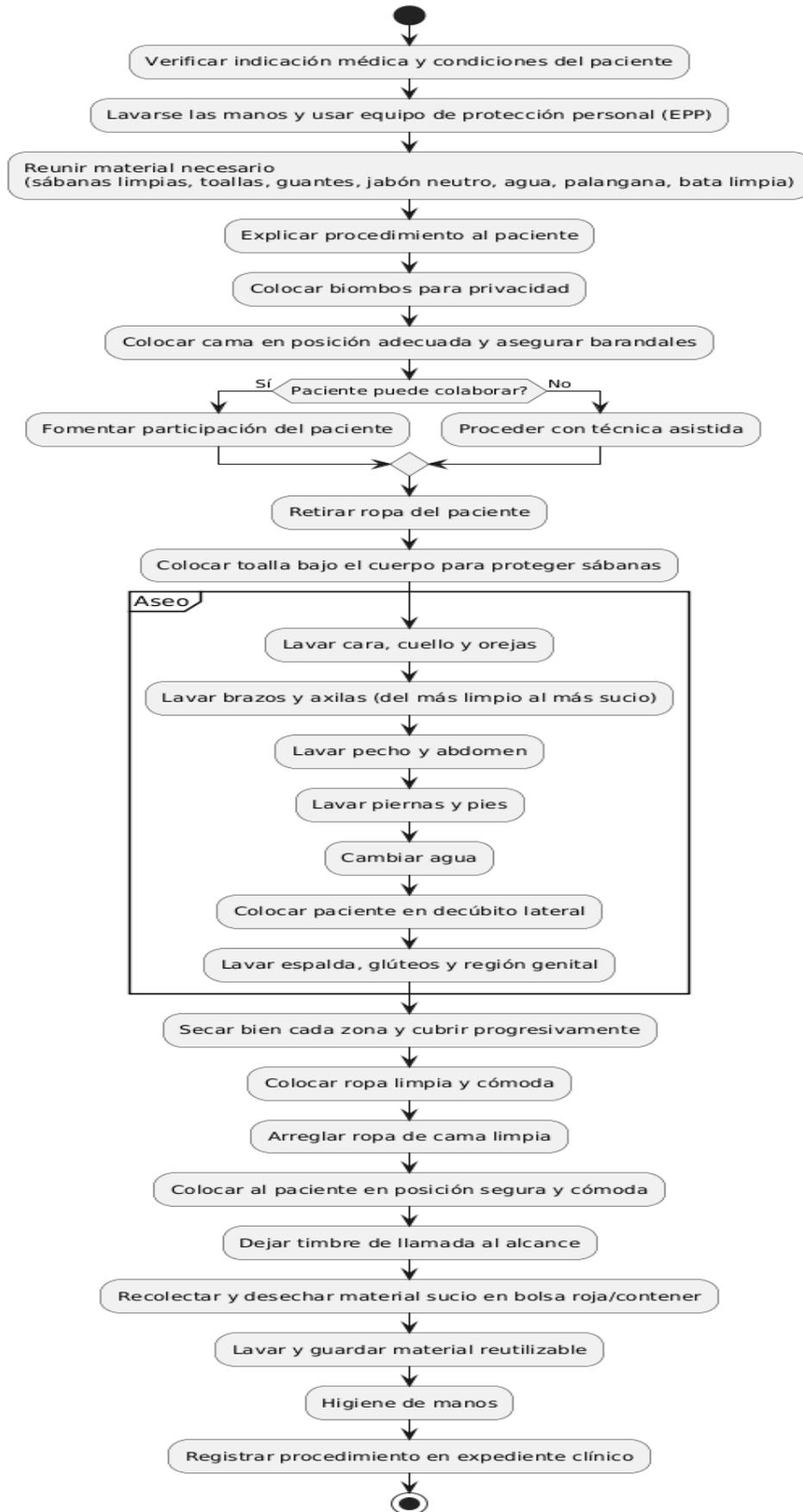
- Si el usuario se encuentra defecado, hacer la higiene genital; ofrecer el cómodo u orinal antes de iniciar el baño. Retirar los guantes.
- Colocar al usuario(a) en posición semifowler o fowler.
- Ofrecer un vaso con agua, riñón, cepillo de dientes y pasta dental, si el usuario se encuentra en condiciones de realizar su higiene bucal; de lo contrario, esto será realizado por el personal de enfermería (el cepillo de dientes y la pasta dental pueden remplazarse por espátulas forradas con gasa, agua y aceite mineral).
- Ofrecer el desayuno y repetir la higiene oral.
- Retirar la almohada y colocar al usuario(a) en posición supina; si presenta dificultad respiratoria, dejarlo en posición semifowler.
- Doblar la sábana superior hasta la cintura del usuario(a); retirar la camisa o bata y cubrirlo de nuevo con la sábana superior.
- Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas.
- Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego seca

Lavar la cabeza, en el siguiente orden:

- Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.
- Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición del paciente).
- Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador.
- Retirar la palangana.
- Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana movable.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- Colocarse guantes.
- Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.

- Con el paño húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.
- Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.
- Si la condición del paciente lo permite, ofrecer pañito, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltar al paciente para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el paciente está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño. }
- Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.
- Cubrir al paciente colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.
- Lavar y secar la pierna y el muslo iniciando del tobillo hasta la ingle, con movimientos rotatorios. Hacer lo mismo con la otra pierna
- Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavarlos dando énfasis a los espacios interdigitales, secar, cortar uñas y aplicar talco o crema.
- Hacer el aseo de genitales. Si el paciente coopera, permitir que se realice el aseo él mismo; de lo contrario, realizarle el aseo perineal.
- Hacer cama según técnica de cama Dejar al paciente cómodo.
- Dar cuidado posterior el equipo.
- Realizar nota de enfermería especificando: hecha, hora, condición de la piel y hallazgos encontrados, colaboración del usuario, nombre de la enfermera y firma.

Procedimiento: Baño en cama (Normas mexicanas)



XI. BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

Es el cuidado higiénico que se le realiza al neonato después de ocho horas de nacido.

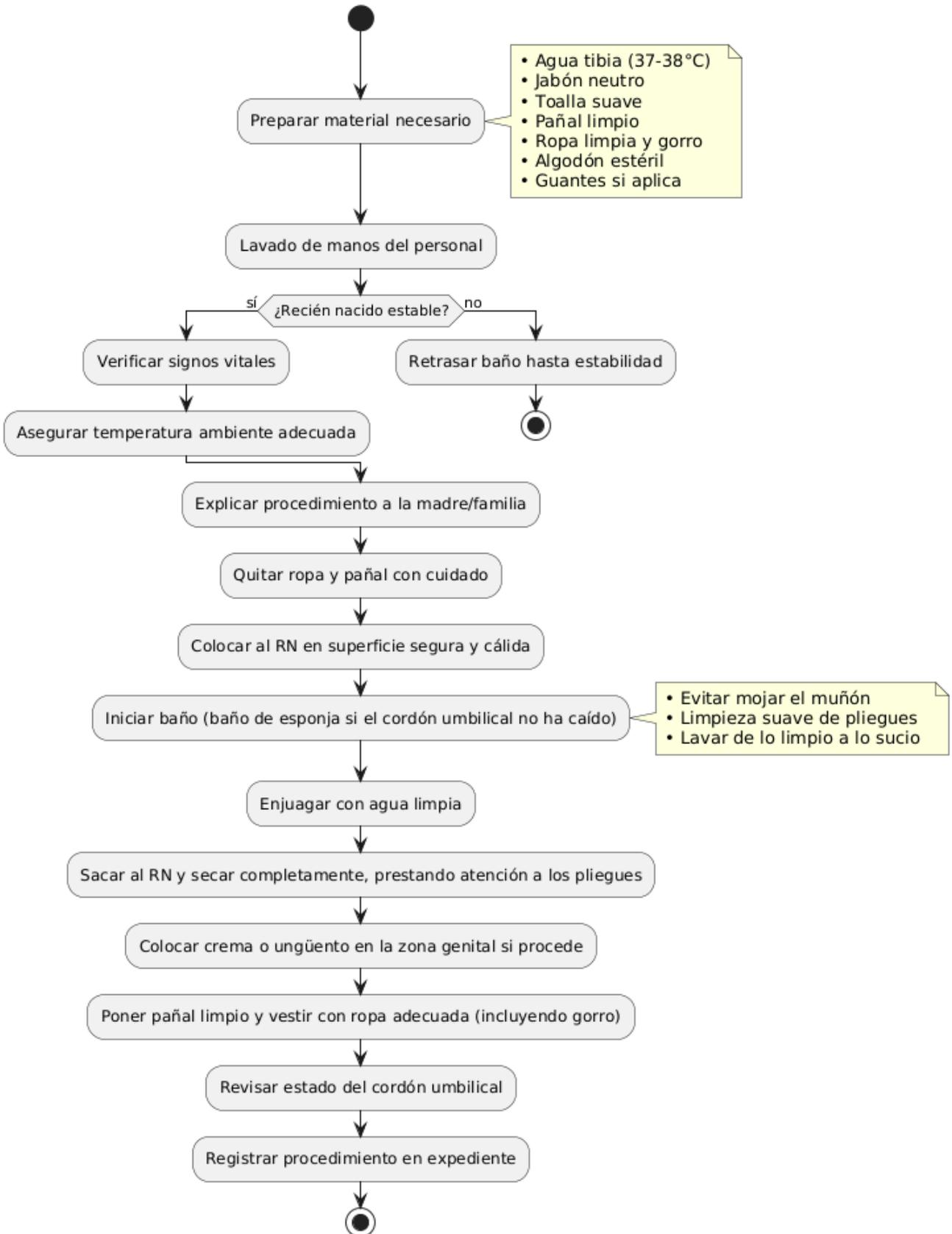
Objetivos:

- Hacer la higiene del neonato mediante la remoción de residuos producto del nacimiento.
- Impartir enseñanza a la madre sobre los cuidados del neonato.

Actividades

- Higiene de manos según el procedimiento y colocarse el equipo de protección personal.
- Llevar el equipo de baño completo al sitio donde realizará el procedimiento.
- Verificar que no haya corrientes de aire.
- Extender el ahulado sobre la superficie elegida para el baño; cubrir con una mantilla o sábana y colocar encima al neonato.
- Revisar al neonato; si está defecado limpiarlo con suficiente agua tibia hasta eliminar todo el meconio; cambiar los guantes.
- Terminar de desnudar al neonato.
- Humedecer torundas de algodón o la camisita y limpiar la cara, iniciando por los ojos del ángulo interno al externo, primero un ojo y luego el otro. Continuar con las fosas nasales, pabellones auriculares, boca y el resto de la cara.
- Colocar al niño con peso menor de 2500 gramos en superficie plana previamente cubierta por sábanas; humedecer, enjabonar, enjuagar y secar la cabecita. Si el peso es mayor de 2500 gramos, se sostiene la cabeza en posición semifowler.
- Colocar al bebé nuevamente sobre la superficie de baño; enjabonarse las manos; hacer suficiente espuma y frotar desde el cuello, las manitas, los brazos, el tórax anterior y posterior y las extremidades inferiores
- Enjabonar nuevamente la camisita, limpiar los genitales; si es niña, de la vulva al orificio anal, sin devolverse. Si es niño, desplazar el prepucio lentamente con suavidad.
- Retirar completamente el jabón con el agua tibia; cambiar la sábana o mantilla de la superficie de baño; secarlo con el paño; secar el ombligo con aplicadores, vestirlo, iniciando con la camisa; aplicar crema en los genitales.
- Terminar de vestirlo con el pañal y saco; entregarlo a la madre o dejarlo en la cuna.
- Realizar cuidado posterior al equipo, siguiendo las normas institucionales para la prevención, control de infecciones y manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- Mantener la higiene de manos según técnica.
- Registrar las observaciones en la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Procedimiento de baño del recién nacido



XII. BAÑO ASISTIDO

Es el baño que se le realiza al usuario(a) que, por su estado de salud, requiere la ayuda del personal de enfermería.

Objetivos:

- Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- Fortalecer en el usuario(a) la independencia funcional para que realice las actividades de la vida diaria. Proporcionar comodidad y bienestar.

Actividades.

- Identificar y solicitar consentimiento al paciente. Explicar los cuidados durante el baño en ducha.
- Colocar el equipo de protección.
- Trasladar al usuario(a) al baño en silla o deambulando.
- Facilitar los insumos necesarios para el baño.
- Graduar la temperatura del agua, facilitar el proceso de auto cuidado (permitir que el usuario(a) participe en el baño si su condición lo permite).
- Descartar la ropa sucia en el soporte dispuesto para tal uso.
- Ayudar al usuario(a) a secarse (especialmente los pies), a vestirse y calzarse; acompañarlo a su unidad.
- Trasladar al usuario a su unidad deambulando o en silla según sea el caso.
- Dejar al paciente en posición cómoda en su unidad.
- Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos, el resultado de este cuidado.

Aseo genital en hombres y mujeres

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal.

Objetivos:

- Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.
- Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales.
- Fomentar hábitos de higiene.
- Proporcionar comodidad y bienestar.

Actividades.

ASEO MUJER

- Identificar, informar y solicitar el consentimiento al paciente
- Preparar el equipo y llevarlo al sitio designado para efectuar el procedimiento.
- Facilitar un ambiente de privacidad con biombos o cortinas, o cerrando la puerta.
- Deslizar la colcha hasta los pies y la sábana superior hasta las rodillas del paciente
- Doblar la camisa o bata hasta la cintura y colocar la sábana para tratamiento debajo de los glúteos del usuario(a)
- Colocar el cómodo al paciente.
- Higiene de manos y colocar equipo de protección personal.
- Retirar y colocar hacia arriba las tapas de los recipientes con jabón líquido, clorhexidina al 2 %y agua estéril.
- Abrir el cobertor del azafate estéril, la pinza mota y las torundas de algodón según técnica.
- Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo.
- Descartar la torunda.
- Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.
- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar. } Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- Retirar el cómodo y colocarlo con su cobertor en la parte inferior del carro.
- Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.
- Colocar al paciente la toalla, el pañal desechable o cruzado (de tela) en caso necesario y retirar la sábana móvil; dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
- Dar cuidado posterior al equipo siguiendo las normas institucionales para la prevención, el control de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- Mantener la higiene de manos según técnica.
- Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos, las observaciones necesarias en relación con este procedimiento.

ASEO HOMBRE

- Verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal.
- Utilizar la pinza anillos con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda.
- Sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio
- Lavar con otra torunda de jabón el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.
- Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz de este y descartar.
- Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar.
- Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia.
- Retirar el cómodo y colocarlo en la parte inferior del carro de procedimientos.
- Colocar al paciente en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco Inter glúteo.
- Colocar al paciente toalla, pañal desechable o cruzado según sea el caso; retirar la sábana móvil; dejarlo(a) en posición cómoda y la unidad en orden.
- Dar cuidado posterior al equipo siguiendo las normas institucionales para la prevención, control de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos sólidos hospitalarios
- Mantener la higiene de manos según técnica.



XIII. COLOCACIÓN Y RETIRO DE LA BATA ESTÉRIL

Es la utilización de una bata estéril como barrera entre el funcionario de salud y un campo estéril durante un procedimiento invasivo o no que se realice al paciente.

Objetivo:

- Evitar la transmisión de microorganismos por contacto directo entre los pacientes y el personal de salud durante la realización del procedimiento.

Actividades

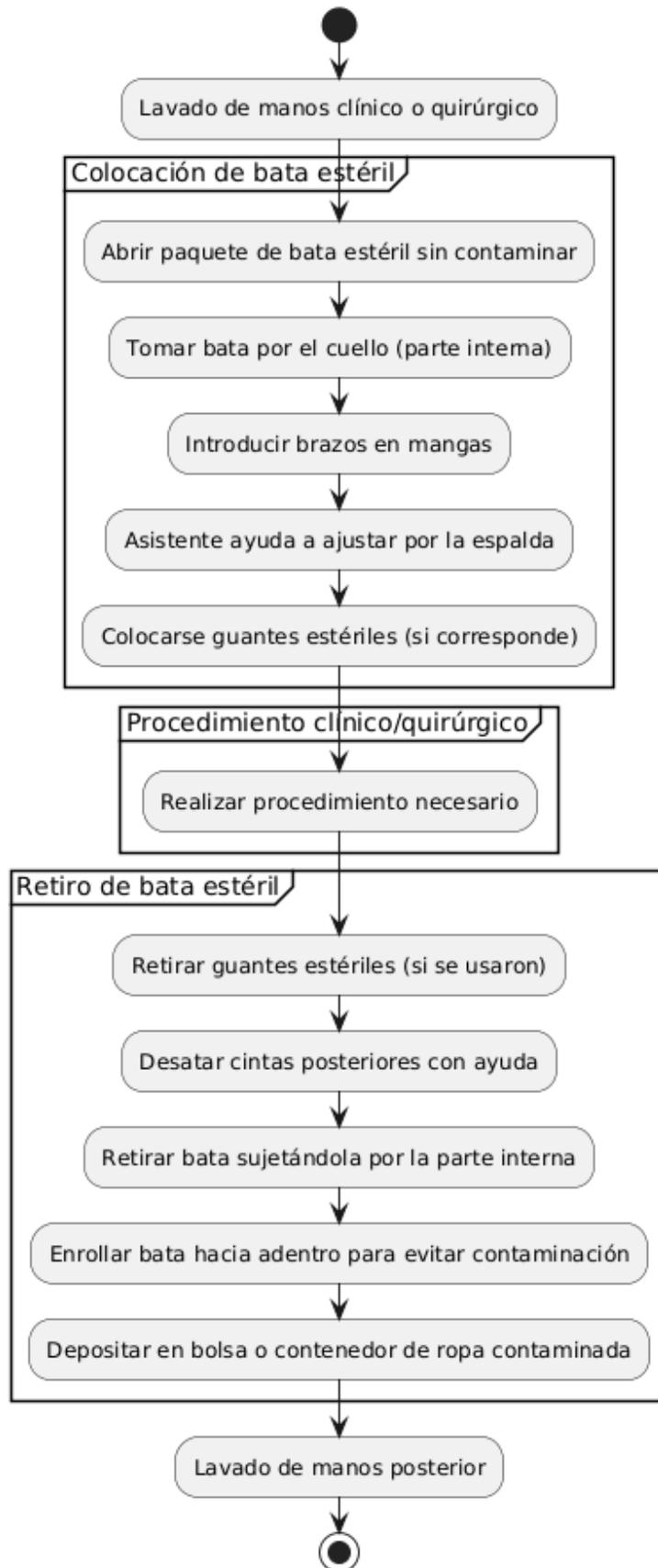
Mantener la higiene de las manos según técnica.

- Elegir una superficie plana, preferiblemente en mesa pasteur, colocar el paquete de ropa que contiene la bata y abrir el cobertor. Utilizar la técnica para abrir paquetes.
- Sujetar la bata por la parte interior del cuello y sacarla totalmente del paquete. Evitar que la bata entre en contacto con otras superficies.
- Introducir ambas manos en la parte superior interna de la bata; sujetar las costuras de las mangas y deslizar simultáneamente ambos brazos en las mangas hasta llegar al puño.
- Mantener los brazos en alto y separados del cuerpo.
- Solicitar ayuda para jalar la bata sobre los hombros, tocando solamente la parte interna del cuello; atar las cintas desde el cuello a la cintura.

Retiro de la bata

- Retirar los guantes y solicitar que le desaten las cintas de la bata.
- Sujetar, con los dedos índice y medio de la mano dominante, el puño de la manga contraria; jalar sin sacar completamente el brazo, dejando que la mano quede protegida por el puño de la bata.
- Sujetar con la mano protegida, el puño de la otra manga; jalar; sacar completamente el brazo y sujetar el cuello de la bata por la parte interna.
- Sacar la mano protegida, doblar la bata con la parte externa hacia adentro y descartarla en la canasta para ropa sucia.

Procedimiento de retiro y colocación de bata estéril



XIV. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE

Es la utilización de productos de limpieza para descontaminar el equipo hospitalario utilizado en la atención del paciente antes de asignársele a otro.

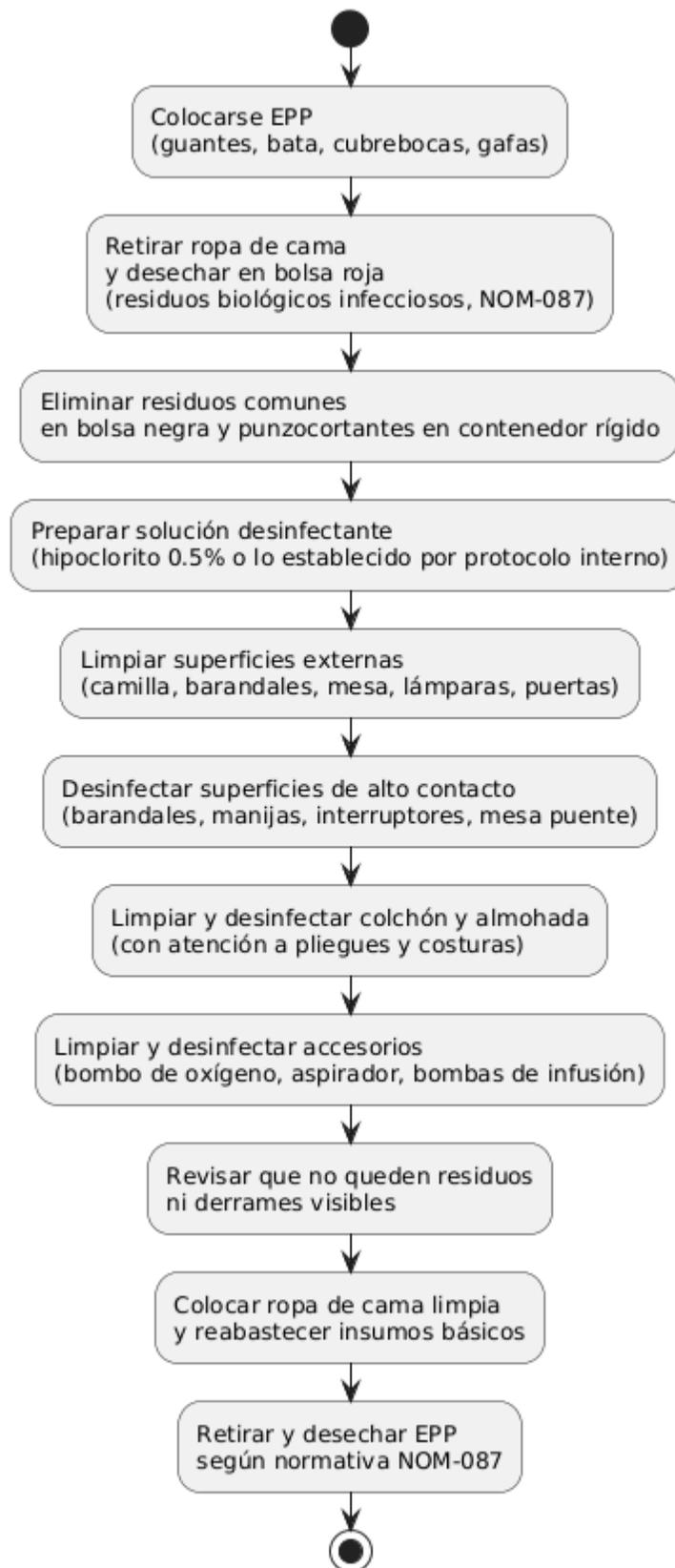
Objetivos:

- Prevenir el riesgo de infecciones cruzadas mediante la limpieza y desinfección de la unidad del paciente (cama, camilla, cuna, mesa pasteur silla y grada, monitores, bombas de infusión y otros).

Actividades

- Preparar el equipo completo y trasladarlo a la unidad.
- Colocar el equipo de protección (gorro, bata de puño, anteojos protectores, guantes, cubre bocas, gorro).
- Inspeccionar cada uno de los equipos que integran la unidad del usuario(a) para verificar que se encuentre en condiciones de uso; cambiar el colchón si es necesario y retirar el equipo dañado e informar al encargado para el trámite de reparación.
- Colocar el soporte para ropa sucia a los pies de la cama.
- Desvestir la cama, retirando toda la ropa.
- Desinfectar colchon y dejar ventilar por 20mnts, al secarse vestir cama.

Procedimiento de Desinfección de la Unidad del Paciente (Normas Mexicanas)



XV. LIMPIEZA DE LA CUNA DE TRASLADO

Definición:

Es el procedimiento mediante el cual se realiza el lavado de cada una de las partes de la incubadora con posterior desinfección, utilizando un agente bactericida (sustancia química capaz de destruir bacteria y esporas). La incubadora es una cámara en la cual se mantiene una temperatura constante, por medio de termostatos, de manera que pueda regularse el grado de humedad y de calor, por lo cual se utiliza en la protección de los recién nacidos prematuros o con alteraciones de salud.

Objetivos:

- Disminuir e inhibir el crecimiento de la flora bacteriana existente, a través de la eliminación de residuos de secreciones, sangre, fórmulas lácteas y soluciones que pueden representar un medio de transmisión de infecciones al neonato.
- Dar comodidad al recién nacido.
- Mantener el orden y limpieza de la unidad del niño.

ACTIVIDADES

- Preparar el equipo que se va a utilizar.
- Apagar y desconectar la incubadora de la fuente eléctrica.
- Colocarse los guantes y delantal limpios.
- Retirar la ropa de incubadora con movimientos envolventes hacia adentro.
- Revisar las gavetas de la incubadora y descartar alimentos y objetos no reutilizables.
- Recoger todos los suministros reutilizables y colocarlos para su desinfección.
- Doblar el trozo de tela en 4 o más partes.
- Humedecer el paño al chorro del agua.
- Limpiar uniformemente de arriba a abajo y con movimientos uniformes.
- Iniciar la limpieza del colchón de la cabeza a los pies, por ambos lados del colchón.
- Limpiar la plataforma y los bordes metálicos donde se coloca el colchón.
- Dar vuelta al paño cada vez que esté sucio.
- Descartar el paño cuando no le quedan caras limpias
- Utilizar aplicadores para la limpieza del marco metálico, esquinas y rincones.
- Colocar el colchón en su posición original.
- Limpiar el respaldo inferior de la incubadora.
- Limpiar las barandas laterales y frontales.
- Limpiar las patas de la incubadora.
- Repetir todos los pasos anteriores aplicando desinfectante (amonio cuaternario) o hipoclorito de sodio al 5%.

- Repetir todos los pasos anteriores con trapo seco.
- Limpiar la silla del acompañante.
- Limpiar con alcohol el sensor de temperatura, cables de los monitores.
- Verificar el funcionamiento del equipo.
- Retirarse los guantes y depositar en el basurero de material bioinfeccioso.
- Lavarse las manos.



Procedimiento de Limpieza de Cuna de Traslado



XVI. TENDIDO DE CAMA OCUPADA

Es la intervención de enfermería para vestir la cama cuando el usuario(a), dado su estado de salud, no puede levantarse de la cama.

Objetivo:

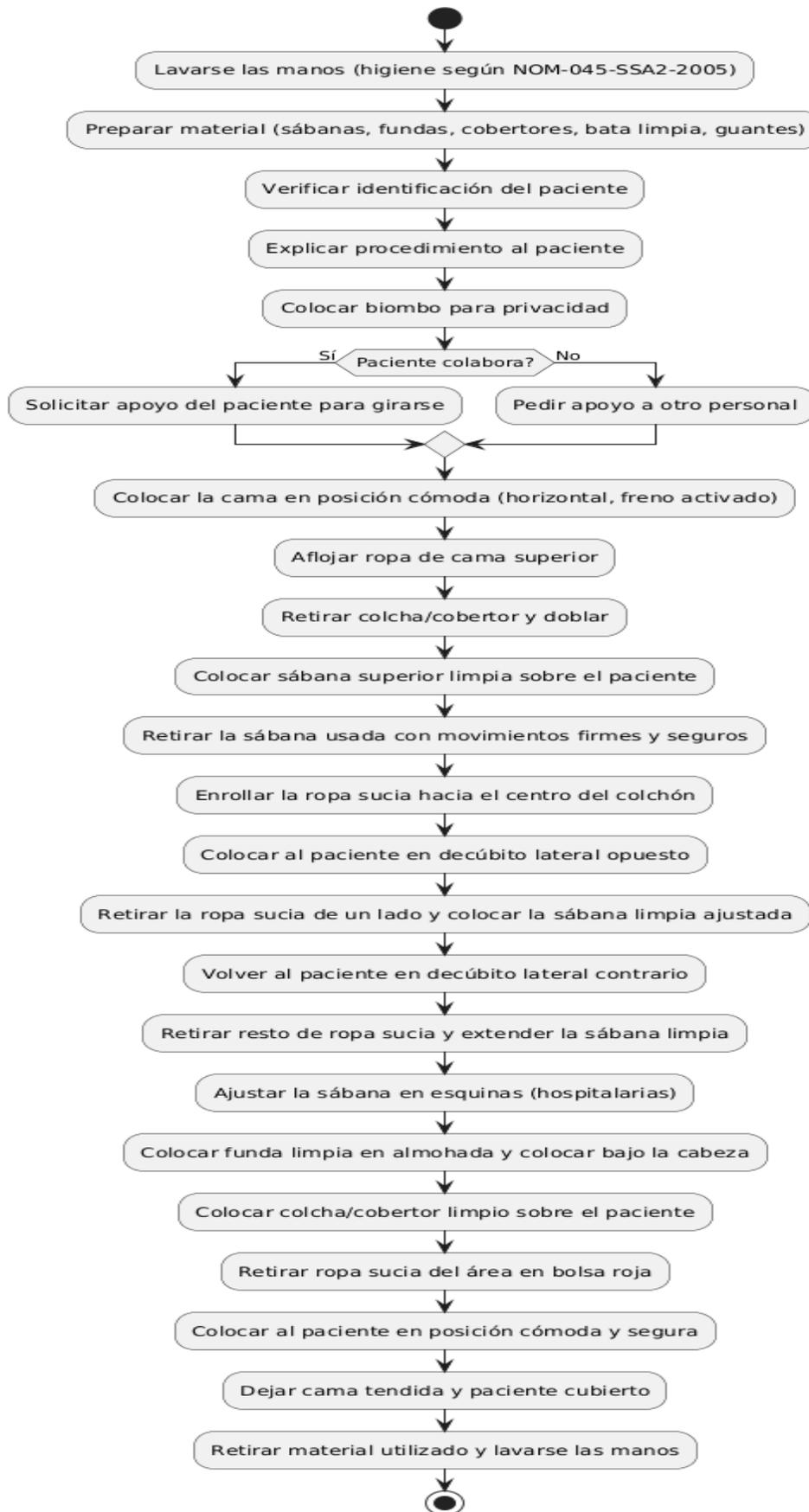
- Mantener al paciente cómodo y con la ropa de cama ordenada.
- Proporcionar al paciente con seguridad física y mental durante el procedimiento.
- Proporcionar higiene, seguridad y bienestar al paciente encamado.

Actividades.

- Identificar al usuario acerca del procedimiento.
- Reunir el equipo necesario y trasladarlo a la unidad.
- Colocarse ropa protectora según sea el caso.
- Colocar la ropa sobre la silla según orden establecido.
- Aflojar con movimientos suaves y coordinados, la ropa de cama, iniciando en el lado distal y siguiendo en el proximal.
- Deshacer el doblez de la colcha hacia los pies del paciente; doblar nuevamente en 4 partes. Colocar en el respaldo de la silla o descartarla si no se va a reutilizar.
- Retirar las demás piezas de la misma forma que se retiró la anterior; colocarlas sobre el respaldo de la silla o descartarlas.
- Colocar al paciente en posición lateral o ayudarlo para que lo haga por sí mismo; valorar la condición de la piel; lubricar y masajear la piel
- Colocar la sábana inferior limpia; iniciar por la parte superior de la cama; hacer la esquina; prensarla por debajo del colchón; continuar con la parte inferior de la cama en igual forma.
- Colocar sabana clínica en el centro de la cama
- Colocar la sábana superior limpia sobre al paciente y simultáneamente retirar la sucia y depositarla en el soporte para ropa sucia; hacer pliegue en la parte inferior hacia el centro del respaldo; hacer el ángulo y ajustar por debajo del colchón.
- Colocar la cobija, luego la colcha; hacer el pliegue en la cobija y ajustarla por debajo del colchón.
- Hacer la esquina de la parte inferior de la cama en ángulo 90° en la cobija y colcha.
- Doblar la parte superior de la colcha por debajo de la cobija y la parte superior de la sábana doblarla sobre la colcha en su lado proximal.
- Repetir todos los pasos con las diferentes piezas en el lado distal de la cama.
- Colocar al paciente de lado contrario o ayudarlo a que lo haga por sí mismo si está en condición.

- Continuar con el cambio de la sábana inferior; estirla y simultáneamente retirar la inferior sucia y depositarla en la canasta para ropa sucia. Extender el ahulado y la sábana movable en la misma forma
- Colocar al paciente en el centro de la cama o pedirle que lo haga, si su condición lo permite. Observar que el usuario(a) quede cómodo.
- Retirar y dar cuidado posterior al resto de equipo y trasladarlo al lugar respectivo.
- Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad preestablecidos, sobre aspectos particulares del paciente.

Procedimiento de Tendido de Cama Ocupada (Normas Mexicanas)



XVII. TENDIDO DE CAMA QUIRÚRGICA

Es la intervención de enfermería en la preparación de la cama de anestesia al paciente que se le realizará un procedimiento quirúrgico

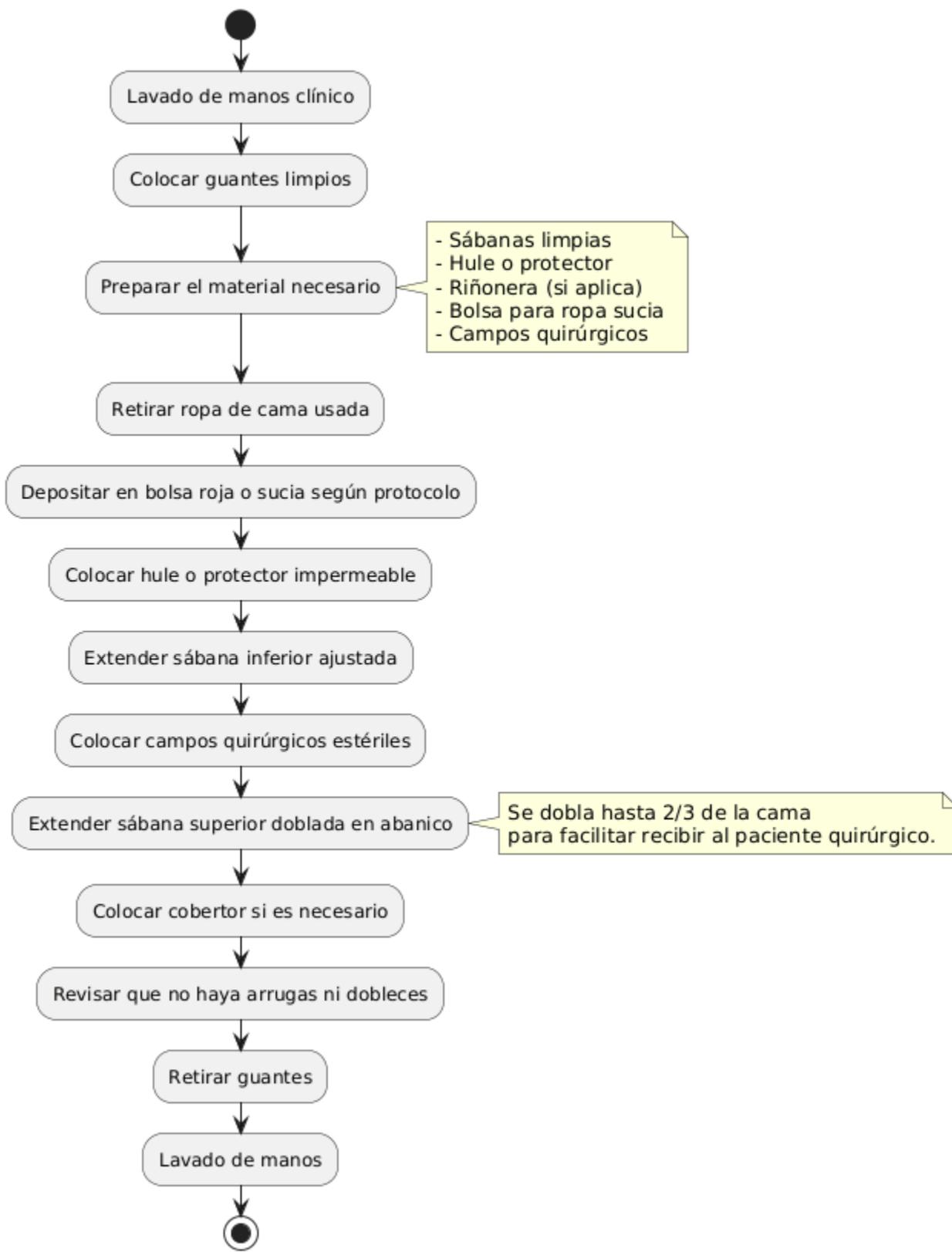
OBJETIVO:

- Contar con la cama quirúrgica ya preparada oportunamente y recibir a al paciente su postoperatorio inmediato sin retrasos.
- Facilitar el traslado y acomodo del paciente de la camilla a la cama del servicio en que está hospitalizado

ACTIVIDADES

- Verificar el aseo de la unidad, antes de hacer la cama; preparar el material y el equipo; reunir el material necesario para hacer la cama.
- Colocar la ropa limpia de la cama doblada en la silla según el orden establecido.
- Vestir la cama siguiendo los pasos de la cama cerrada; prensar bajo el colchón solo la sábana inferior.
- Sujetar conjuntamente los extremos inferiores de la sábana superior, la cobija y la colcha, y formar 2 triángulos.
- Doblar la parte inferior de los triángulos que formó primero (con relación a los pies) hacia arriba y hacer llegar los dobles hasta el centro de la cama.
- Doblar la parte superior de los triángulos (con relación a la cabecera) y llevarlos a la parte central de la cama.
- Vestir la almohada según la técnica (ver procedimiento cama cerrada) y colocar en el respaldo de la cabecera de la cama.
- Aunque la cama este ocupada, se debe hacer la limpieza

Procedimiento de tendido de cama quirúrgica



XVIII. TENDIDO CAMILLA DE EXPLORACIÓN

Es la intervención de enfermería en el arreglo de camilla de exploración.

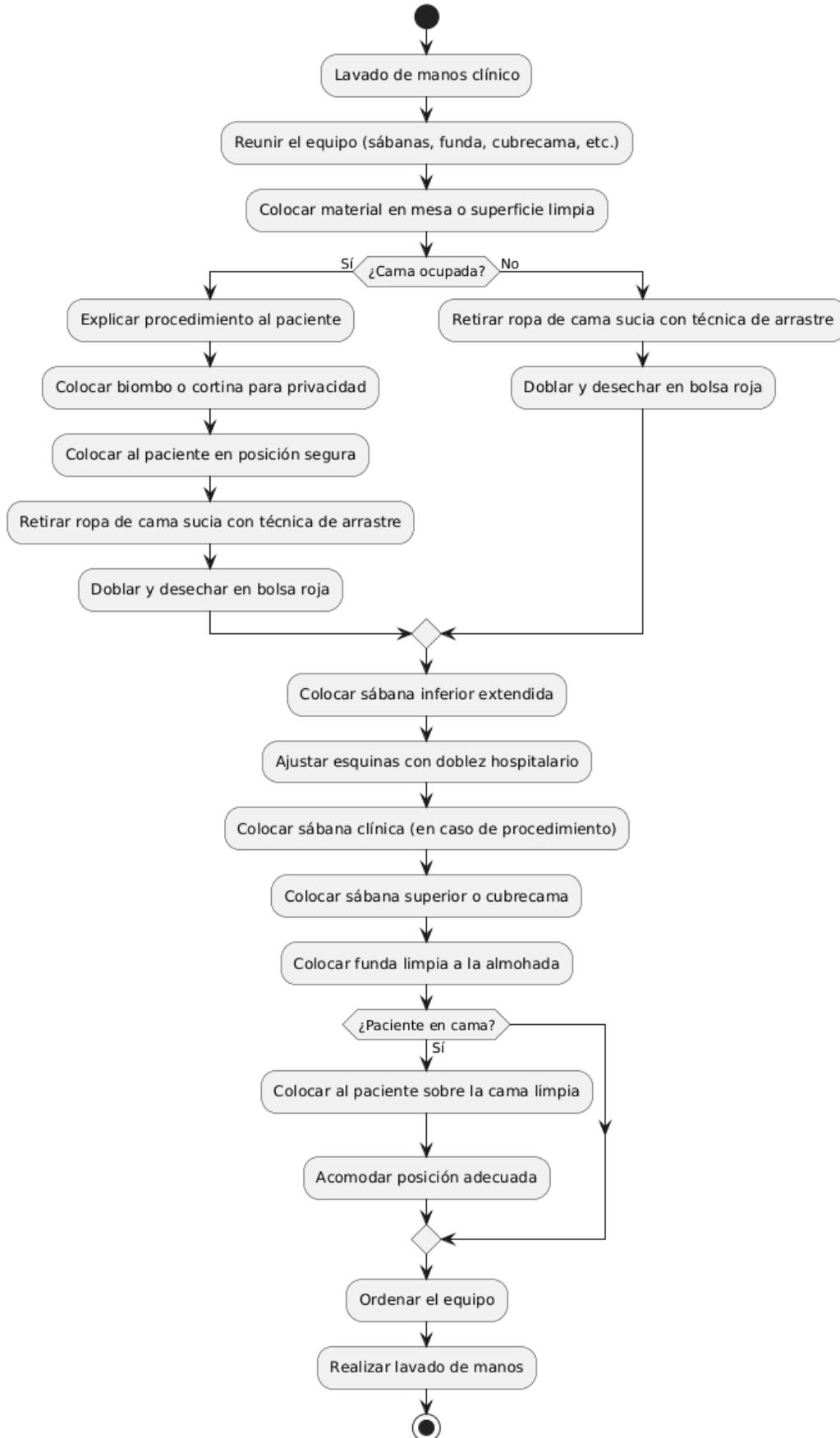
OBJETIVO

- Ofrecer al usuario(a) la camilla en que le harán exámenes de salud limpia y ordenada

ACTIVIDADES.

- Revisar que la camilla cuente con el aseo terminal y que esté en buen estado. Revisar el funcionamiento de plataforma, ruedas, barandas y frenos.
- Preparar el material necesario.
- Vestir la camilla con la sabana inferior.
- Asignar la limpieza y desinfección completa de la camilla y la grada una vez finalizado el procedimiento

Procedimiento de tendido de cama de exploración (Norma Mexicana)



CAMBIOS DE POSICIÓN AL PACIENTE.

Es el conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para movilizar al usuario(a), con limitación de movimiento.

OBJETIVOS:

- Conservar el tono muscular, la respiración y la circulación.
- Mantener una correcta alineación del cuerpo.
- Prevenir úlceras por presión.

ACTIVIDADES

- Revise el plan de atención de enfermería en el expediente de salud del usuario(a) y en el Kardex.
- Educar sobre el procedimiento.
- Solicitar al paciente el consentimiento informado sobre el procedimiento a realizar.
- Mantener la higiene de manos, según procedimiento.
- Colocarse el equipo de protección (Bioseguridad, según el caso).
- Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del paciente.
- Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad, al paciente, para realizar el procedimiento.
- Retirar la almohada y deslizar la ropa superior de la cama a los pies del usuario(a). Colocar el ahulado y una sábana movable si la cama no cuenta con ello.
- Revisar si está miccionado o defecado y hacer higiene del área genital con jabón y agua, si es necesario.
- Movilizar al paciente aplicando la mecánica corporal y colocar al usuario en la posición, según el plan de cambios de posición y /o necesidad del usuario.
- Colocar los dispositivos de protección en las áreas de cuerpo según la posición que corresponda.
- Asegurar la comodidad y confort del paciente.
- Dejar la unidad y cuarto de tratamiento en orden.
- Retirar el equipo de protección según procedimiento.
- Efectuar el lavado de manos clínico.

XIX. MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL AXILAR

Es el conjunto de actividades para la medición de la temperatura mediante la colocación de un termómetro que está graduado en décimas. La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida.

Actividades

- Mantener la higiene de manos.
- Preparar el equipo completo; identificar e instruir al paciente
- Revisar y bajar el nivel de mercurio del termómetro; observar que la columna de mercurio se sitúe en 35 grados centígrados o menos.
- Revisar que la axila esté seca antes de colocar el termómetro.
- Colocar el termómetro en la axila por un período de 5 minutos.
- Posicionar el brazo de paciente sobre el tórax con la mano apoyada en el hombro opuesto.
- Retirar el termómetro y limpiarlo de los dedos hacia el bulbo.
- Colocar el termómetro a la altura de los ojos y realizar la lectura correspondiente. Comunicar inmediatamente toda alteración identificada.
- Colocar el termómetro en solución jabonosa por 30 minutos como mínimo
- Realizar la limpieza terminal del termómetro (enjuagarlo, secarlo y colocarlo en una porta termómetros).

Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente, en el expediente de salud.

XX. MEDICIÓN DEL PULSO

Es la pulsación provocada por la expansión de las arterias como consecuencia de la circulación de la sangre bombeada por el corazón.

Objetivo:

- Determinar las características de la frecuencia cardiaca en el paciente.
- Realizar la medición del pulso.

Actividades

- Identificar y solicitar al paciente el consentimiento sobre el procedimiento para que adopte posición corporal cómoda y relajada.
- Realizar higiene de manos según procedimiento
- Palpar el pulso en la zona elegida; colocar los dedos índice y medio por encima de la arteria y presionar suavemente sobre el hueso.

- Palpar y cuantificar durante un minuto el número de latidos cardíacos e identificar las características de frecuencia, ritmo e intensidad o amplitud. (frecuencia, palpitations y ritmo)
- Comunicar inmediatamente a la enfermera (o) cualquier alteración identificada.
- Graficar y anotar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondiente, en el expediente de salud. (Gráfico de signos vitales y hoja de controles especiales)

XXI. TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO DIGITAL

Objetivo:

Determinar la temperatura corporal del usuario.

Niveles de atención: I, II y III.

Nivel de complejidad: Alto, medio.

Recursos humanos:

- Enfermera(o) }
- Estudiante de enfermería
- Estudiante de auxiliar de enfermería
- Auxiliar de enfermería Material y equipo:
- Termómetro digital
- Expediente de salud con la hoja de registro específica.

Actividades

- Identificar y solicitar al paciente el consentimiento sobre el procedimiento para que adopte posición corporal cómoda y relajada.
 - Realizar higiene de manos según procedimiento.
 - Colocar el termómetro en la parte corporal correspondiente, según tipo de termómetro digital.
 - Dejar el termómetro el tiempo necesario (según fabricante lo indique), para que haga la medición de la temperatura.
 - Comunicar inmediatamente a la enfermera (o) cualquier identificada.
- Alterac
- Graficar y anotar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondiente, en el expediente de salud. (Gráfico de signos vitales y hoja de controles especiales)
 - Limpieza de los termómetros electrónicos digitales

- Estos no se sumergen por ningún motivo en agua, ya que se dañaría el sistema electrónico.
- Se impregna una gasa con solución antiséptica jabonosa como la cloredixina y se limpiara uno a uno.
- Luego se pasará una gasa impregnada con solución alcohol al 70%, dejándola secar dentro de un recipiente colocándolos sobre una compresa estéril.
- La limpieza de los termómetros se realizará, cada vez que se utilicen, manteniéndolos así en buen estado y evitando el traspaso de infecciones.

XXII. MEDICIÓN DEL PULSO

Pulso:

Es la pulsación provocada por la expansión de las arterias como consecuencia de la circulación de la sangre bombeada por el corazón.

Objetivo:

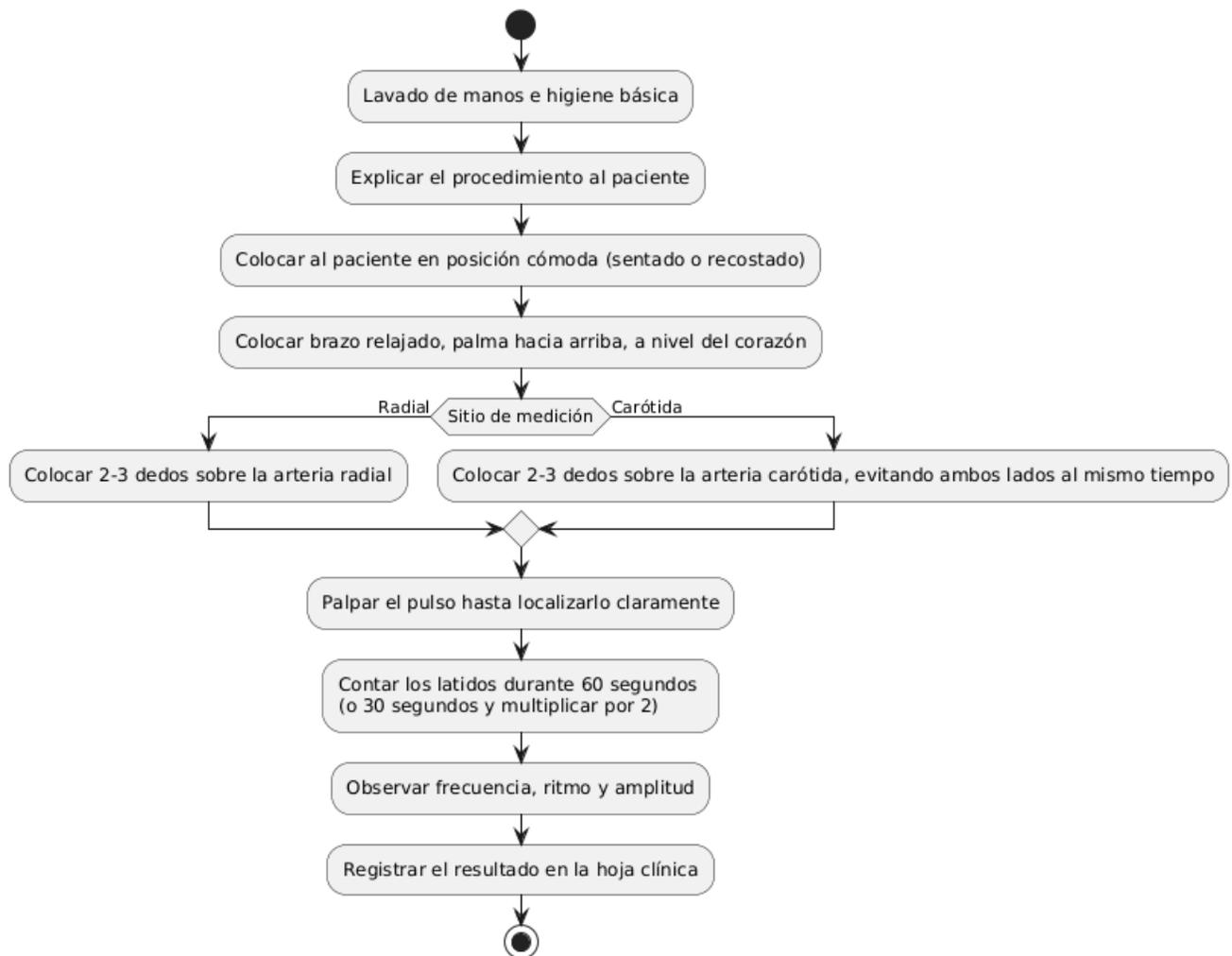
- Determinar las características de la frecuencia cardiaca en el paciente.
- Realizar la medición del pulso.

Actividades

- Identificar y solicitar al paciente el consentimiento sobre el procedimiento para que adopte posición corporal cómoda y relajada.
- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Palpar el pulso en la zona elegida; colocar los dedos índice y medio por encima de la arteria y presionar suavemente sobre el hueso.
- Palpar y cuantificar durante un minuto el número de latidos cardíacos e identificar las características de frecuencia, ritmo e intensidad o amplitud. (frecuencia, palpitations y ritmo)
- Comunicar inmediatamente a la enfermera (o) cualquier alteración identificada.
- Graficar y anotar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondiente, en el expediente de salud. (Gráfico de signos vitales y hoja de controles especiales).
- Mantener la comunicación con al paciente permite su colaboración, estableciendo un ambiente de confianza.
- El pulso normal varía según la edad, el sexo, la talla, el estado normal y la actividad del individuo.

- Los latidos se perciben al tacto en el momento en que la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardiacas.
- Existen factores que modifican el pulso, como la edad, el sexo, el ejercicio, la postura, la alimentación, el estado emocional, etc.
- El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico precoz. Observaciones y puntos clave
- La zona elegida para palpar el pulso se determina según su necesidad.
- El pulso apical se recomienda en niños utilizando el estetoscopio.
- La medición con otros dedos contabiliza el número de pulsaciones falso. Identificar arritmias, posibles trastornos, hemodinámicas

Procedimiento de medición del pulso (NOM Mexicana)



XXIII. MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

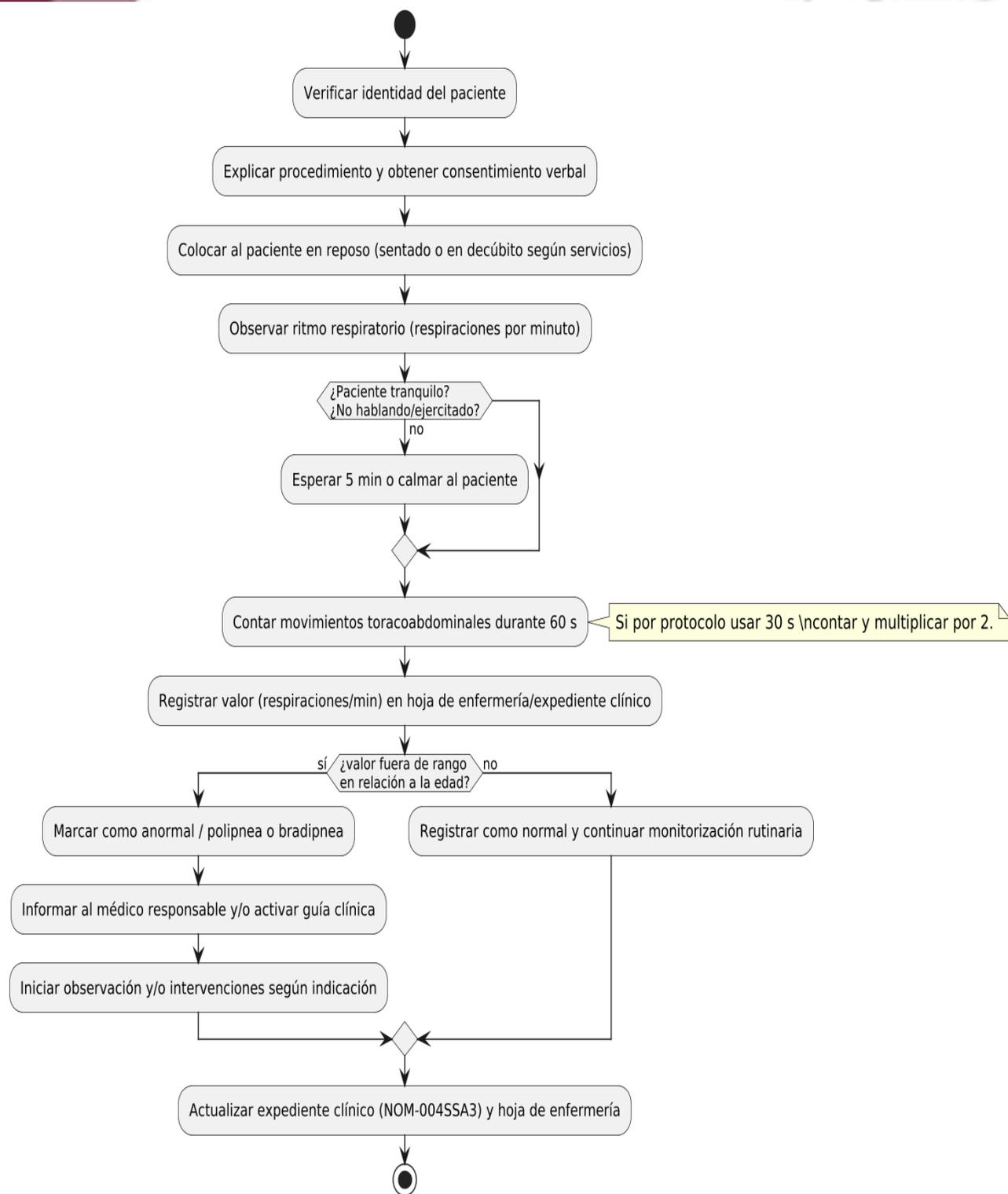
Es la cuantificación del número de respiraciones en un minuto.

Objetivo:

Medir la frecuencia respiratoria y las características de la respiración.

Actividades

- Solicitar el consentimiento al paciente.
- Realizar la higiene de manos.
- Cuantificar la respiración durante 60 segundos, de preferencia inmediatamente después de controlar el pulso, sin retirar los dedos de la arteria, simulando que continúa midiendo el pulso.
- Observar la frecuencia, intensidad y ruidos de la respiración.
- Valorar características de la respiración y comunicar inmediatamente alguna alteración identificada.
- Anotar la cifra exacta en las hojas de control establecidas.
- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- Efectuar el lavado de manos según procedimiento. Principios, observaciones y puntos claves.
- El consentimiento del paciente para la realización del procedimiento favorece la colaboración.
- La respiración puede variarse a voluntad.
- La observación de las distintas características es de gran importancia en la valoración de la condición del usuario(a).
- El registro exacto de los datos contribuye a la continuidad del tratamiento.



XXIV. MEDICIÓN DE LA OXIMETRÍA DE PULSO

La oximetría de pulso es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos, en porcentaje.

Objetivos:

- Registrar la saturación de oxígeno en la hemoglobina de la sangre arterial (saturación de oxígeno).

Material y Equipo:

- Oxímetro
- Lapicero con tinta azul o negra.
- Expediente de salud con la hoja de registro específica.
- Hacer la higiene de manos

Actividades.

- Reunir el equipo verificando su funcionamiento.
- Solicitar el consentimiento al paciente.
- Seleccionar el tipo de sensor, según características del paciente.
- Colocar el sensor en el dedo índice de la mano del usuario(a), o lóbulo de la oreja.
- Realizar el control de oximetría o en su efecto revisar en el expediente de salud.
- Verificar que la persona usuaria quede cómoda.
- Registrar el nivel de saturación en la hoja de controles especiales.
- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- Efectuar la higiene de manos según procedimiento.

Principios:

- Alistar todo lo necesario y ordenarlo conforme se va a utilizar conlleva a economía de tiempo y esfuerzo.
- Un equipo completo y en buenas condiciones asegura la correcta valoración del paciente.
- El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico certero.

Procedimiento: Medición de Oximetría de Pulso (SpO₂) — Normas de Salud México



XXV. MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial es la que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales.

Objetivo:

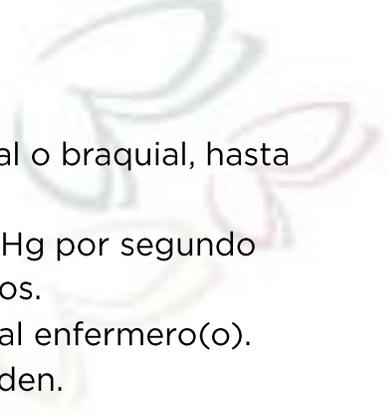
- Proporcionar información esencial en relación con la eficacia de la función cardiaca y el estado del sistema vascular periférico.

Material y equipo:

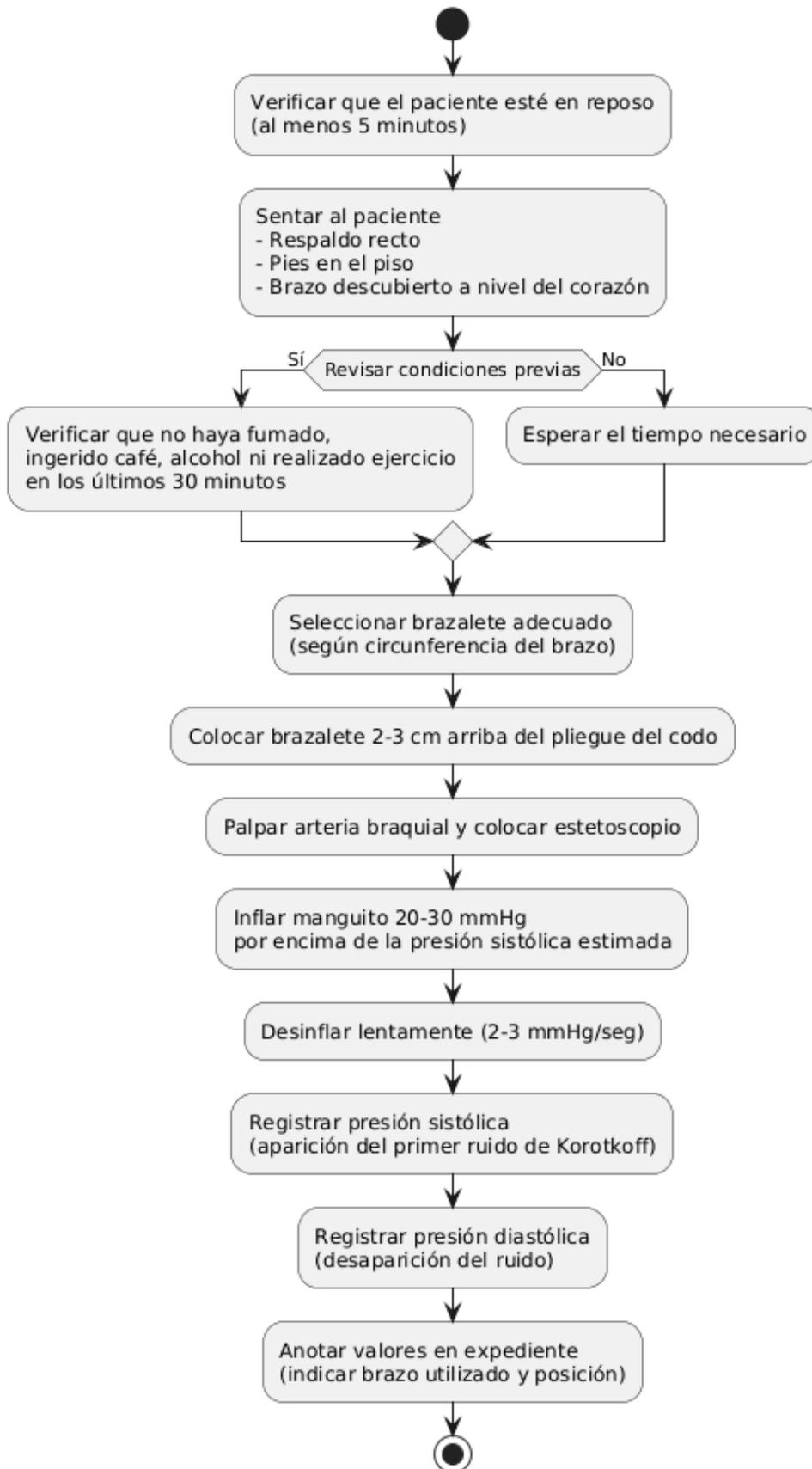
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Algodón.
- Jabón para higiene de manos
- Cuadro de papel higiénico
- Bolsa para descartar.
- Lapicero con tinta azul o negra.
- Expediente de salud con la hoja de registro específica

Actividades.

- Higiene de manos según procedimiento.
- Reunir al material necesario en la unidad y cerciorarse de que la banda del esfigmomanómetro sea la recomendada según el tamaño del brazo de usuario, que no contenga aire y que el nivel del mercurio esté en cero.
- Informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar.
- Cerciorarse de que el paciente repose 15 minutos antes de la toma presión.
- Ubicar al paciente en una posición cómoda, según condición clínica, decúbito dorsal o fowler.
- Solicitar al paciente que extienda el brazo.
- Colocar el brazaletes de tela alrededor del brazo extendido, a la altura del corazón apoyada sobre una superficie. El brazaletes debe quedar a unos 2-3 centímetros por encima de la fosa cubital (codo), sin que se formen pliegues, dejando espacio suficiente para la campana o diafragma del estetoscopio. El borde superior no debe estar en contacto con la ropa. (Si hay lesiones en piel o salida de fluidos, colocar cuadros de papel higiénico o gasa)
- Limpiar los audífonos del estetoscopio con torundas humedecidas con alcohol o usar el estetoscopio propio
- Palpar el pulso braquial o radial; colocar el diafragma del estetoscopio en el punto en donde se percibe el pulso.
- Colocarse las olivas del estetoscopio.
- Cerciorarse de que la válvula de insuflación esté cerrada.

- 
- Accionar para inflar rápidamente palpando la arteria radial o braquial, hasta 200mmHg en mujeres y 220mmHg en hombres.
 - Desinflar el manguito lentamente a un ritmo de 2 a 3 mmHg por segundo hasta 30 mmHg por debajo de la desaparición de los ruidos.
 - Comunique inmediatamente toda alteración identificada, al enfermero(o).
 - Verificar que el paciente quede cómodo y la unidad en orden.
 - Dar el cuidado posterior al equipo.
 - Limpiar las olivas y colocar el estetoscopio y esfigmomanómetro en lugar indicado.
 - Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente, en el expediente de salud.

Procedimiento de Toma de Presión Arterial (NOM mexicana)



MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Son las medidas que cuantifican y estudian las proporciones del cuerpo humano.

Medición del peso.

Es la medición en kilogramos y gramos de la masa corporal.

Objetivo:

Determinar el estado nutricional del paciente.

Actividades.

- Solicitar el consentimiento al paciente
- Calibrar la balanza.
- Hacer higiene de manos según procedimiento.
- Solicitar al paciente retirarse el calzado y colocar papel sobre la plataforma de la báscula.
- Ayudar al paciente a colocarse de pie, en el centro de la plataforma, con los tobillos juntos, brazos a lo largo del cuerpo, frente a la persona que lo está pesando (balanza con plataforma), si su condición se lo permite.
- Leer en voz alta el peso, de frente a la barra numerada en kilos.
- Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente haciendo uso de la regla, en el expediente de salud.
- Informar al paciente y/o madre, padre o representante, del resultado obtenido.
- Ayudar al paciente a bajarse de la báscula y a colocarse los zapatos
- Dar el cuidado al equipo posteriormente
- Lavarse las manos.

Principios:

- Una buena comunicación proporciona confianza y seguridad en el paciente y su familia.
- La utilización de papel sobre la superficie proporciona a la persona seguridad y confort.
- El apoyo físico y emocional que se le brinde al paciente produce seguridad y confianza.
- La anotación de los datos correctos y claros ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico del paciente.

XXVI. MEDICIÓN DE TALLA

Es la medición de la estatura en centímetros o metros de la persona.

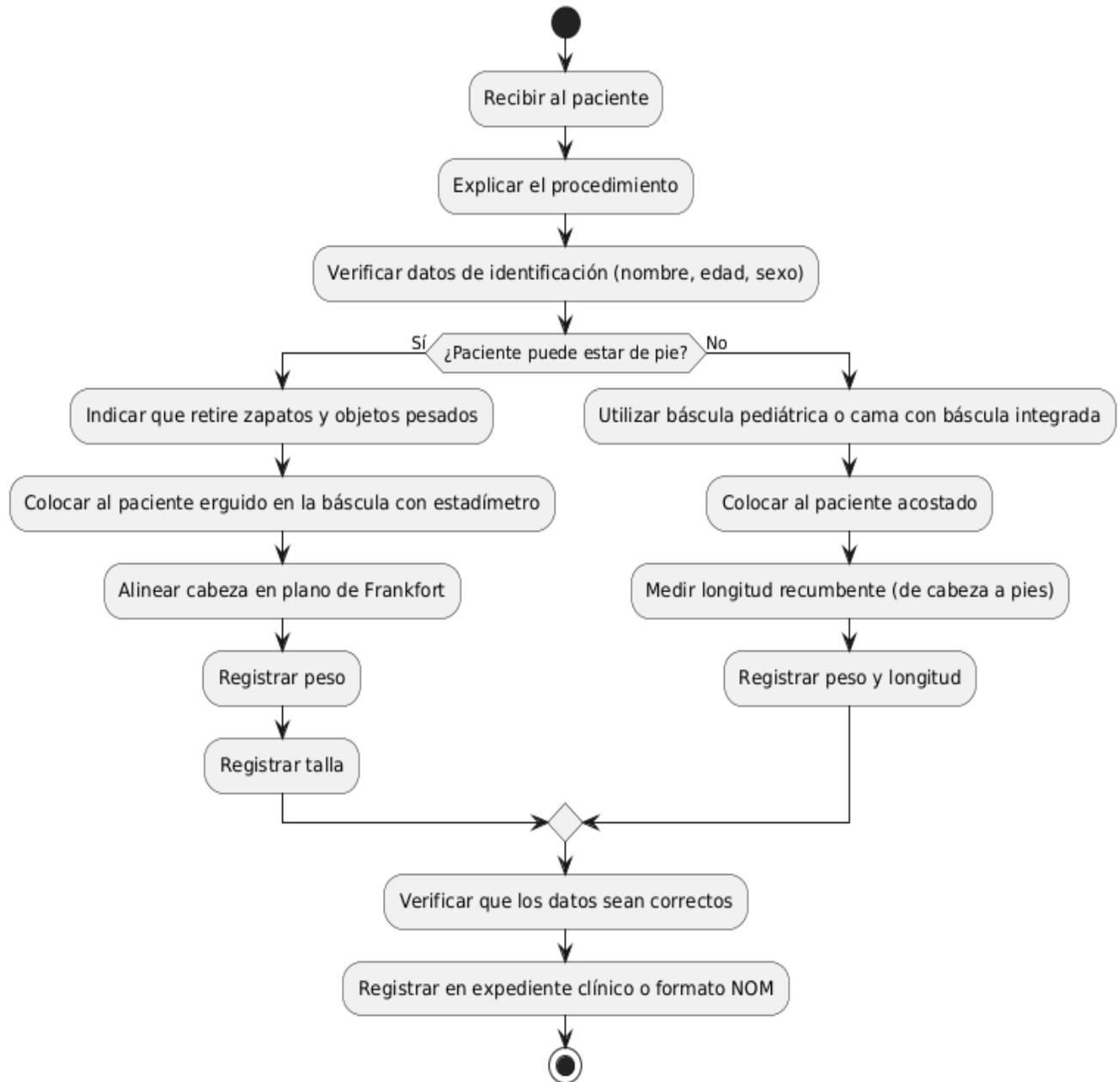
Objetivo:

Determinar la talla del paciente con el fin de valorar las necesidades o requerimientos en relación con su condición clínica.

Actividades

- Solicitar el consentimiento al paciente.
- Ayudarlo a que se retire el calzado.
- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Colocar papel en el suelo.
- Solicitar al paciente que permanezca de pie sobre el papel con su espalda unida a la parte vertical de la balanza, o la cinta métrica del tallímetro, con las piernas y rodillas rectas, los talones juntos y los brazos a los lados del cuerpo.
- Indicar al paciente que mantenga erguido, mirando al frente, con la barbilla y los hombros ligeramente levantados.
- Verificar que la línea visual se encuentre perpendicular al cuerpo; bajar el tallímetro hasta la altura de la coronilla cefálica y realizar la medición.
- Leer en voz alta del resultado de la talla.
- Registrar y graficar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondientes, en el expediente de salud.
- Ayudar al paciente a colocarse los zapatos.
- Dar el cuidado posterior y hacer la higiene de las manos.

Procedimiento para la toma de peso y talla (NOM México)



CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICOS

Bajo los lineamientos institucionales y la política nacional de calidad y seguridad del paciente para la redacción de este capítulo se consultaron los ejes establecidos en la Cirugía Segura Salva Vidas de la OMS. Es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar, en forma eficiente y rápida, la observación de medidas preoperatorias, intraoperatorias, postoperatorias para reducir los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro la vida de los pacientes quirúrgicos.

FASES DEL PERIODO DE INTERVENCIÓN

FASE 1 ENTRADA Anterior a la inducción de la anestesia.

FASE 2: PAUSA QUIRÚRGICA Posterior a la inducción de la anestesia y antes de la incisión quirúrgica.

FASE 3: SALIDA Cierre de la herida quirúrgica, pero antes de la salida del usuario(a) del quirófano.

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA:

Confirmar en voz alta: nombre del paciente, cirugía, y sitio correcto. Revisa su plan de intervención utilizando la lista de verificación. Confirmar (cada miembro del equipo) la aplicación de los antibióticos profilácticos. Confirmar la disponibilidad de los estudios de gabinete. Preparar el equipo para eventos inesperados.

Fase 3 Todos revisan la cirugía realizada. Realizan el recuento de gasas e instrumentos. Etiquetado de toda muestra biológica obtenida. Evidencian fallas funcionales de equipo e instrumental quirúrgico. Repasan el plan de cuidados claros postoperatorios.

Objetivos de OMS para cirugía segura

- El equipo operará al paciente correcto en el sitio correcto.
- El equipo utilizará métodos para prevenir daño causado por la administración de anestésicos, mientras que protege al paciente contra el dolor.
- El equipo reconocerá y se preparará con eficacia para reaccionar ante pérdidas de vía aérea o de función respiratoria que podrían ser letales.
- El equipo reconocerá y se preparará con eficacia para el riesgo de alta pérdida de sangre (>500ml) (7ml/kg en niños)

- El equipo evitará inducir una reacción alérgica o una reacción negativa entre drogas en casos en los cuales se sabe que el usuario(a) está bajo alto riesgo de estos eventos.
- El equipo utilizará constantemente los métodos conocidos para reducir al mínimo el riesgo de infección del sitio quirúrgico.
- El equipo prevendrá la retención inadvertida de instrumentos, gasas o paños en heridas quirúrgicas.
- El equipo guardará e identificará en forma exacta todos los especímenes quirúrgicos.
- El equipo comunicará e intercambiará con eficacia la información crítica para la conducta segura de la operación y los cuidados postquirúrgicos.
- Los hospitales y los sistemas de la salud pública establecerán un sistema de vigilancia rutinaria, de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

XXVII CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREOPERATORIOS

Es el conjunto de acciones realizadas por el profesional de enfermería (algunas de ellas delegadas en el auxiliar de enfermería) dirigidas al paciente, antes del acto quirúrgico, y destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar su condición para tolerar la tensión que produce la intervención quirúrgica.

Objetivos:

- Cumplir los requisitos preoperatorios.
- Preparar emocional y espiritualmente al paciente y la familia.
- Prevenir complicaciones (infecciosas, respiratorias, vasculares y otras) que impidan una rápida recuperación postoperatoria.
- Educar al paciente y familia sobre su patología e intervención quirúrgica.

Material y equipo:

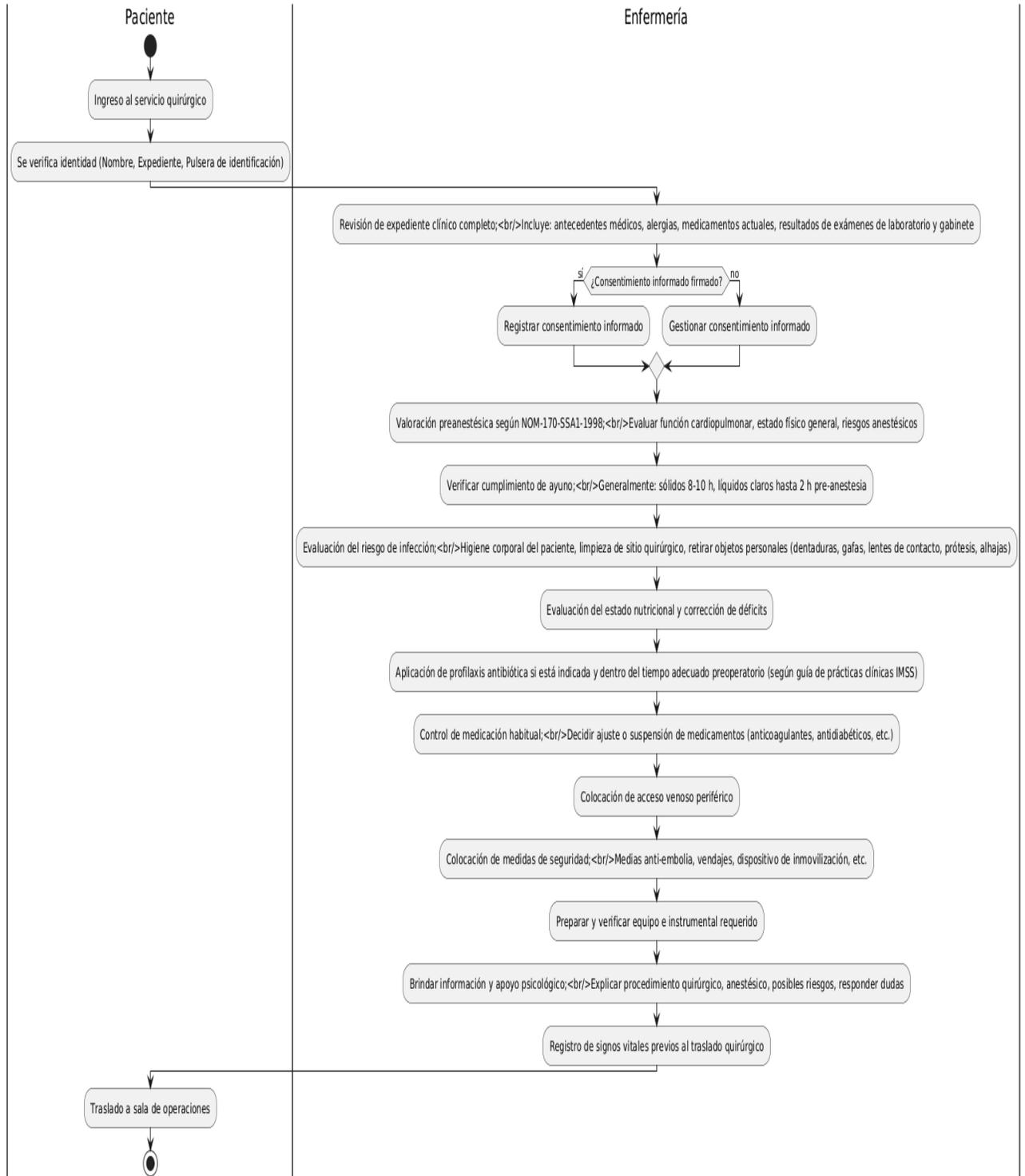
- Expediente de salud
- Hoja de control preoperatoria de enfermería
- Hoja de cirugía segura (lista de chequeo)
- Hoja de consumo quirúrgica
- Hojas de consentimiento informado (cirugía y anestesia)
- Hoja de valoración preoperatoria enfermería
- Medicamentos pre quirúrgicos
- Pulsera de identificación
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio

- Camilla para el traslado.

Actividades. El día de hospitalización:

- Identificar el nombre del paciente en la lista de cirugías emitida por el servicio de anestesia
- Revisar que el expediente de salud del paciente esté completo, si es alérgico a algún medicamento o la anestesia (marcar con rojo), los estudios radiológicos, exámenes preoperatorios, u otros y verificar el tipo de cirugía programada.
- Verificar que los consentimientos informados estén firmados por el paciente o responsable, en el caso de un menor de edad.
- Instruir al paciente sobre el procedimiento y la asistencia preoperatoria.
- Orientar a la familia del paciente si está presente.
- Informar al paciente sobre la importancia de mantenerse en ayuno ocho horas antes de la cirugía.
- Identificar y atender necesidades emocionales y espirituales del paciente.
- Explicar y aclarar dudas del paciente.
- Corroborar la reserva de sangre, según número de donadores solicitados para el tipo de cirugía programada, según indicación médica.
- En caso de administrar algún medicamento en sala de operaciones, asegurarse de adjuntar el medicamento.
- Proporcionar un ambiente de privacidad al paciente, durante los cuidados preoperatorios.
- Preparar el área quirúrgica de acuerdo al tipo de cirugía programada, según indicación médica o normas establecidas (ver procedimiento preparación área operatoria).
- Realizar procedimientos, según indicación médica o normas establecidas, dependiendo del tipo de cirugía programada.
- Registrar los cuidados en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la prevención, control de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos sólidos hospitalarios.

Procedimiento de Cuidados Preoperatorios de Enfermería (Normas Mexicanas)



En caso del Programa de Cirugía Ambulatoria

Cumplir con la normativa según el establecimiento de salud.

El día de la cirugía:

- Revisar el expediente de Salud del paciente.
- Verificar que el paciente tenga su brazalete con nombre, fecha de nacimiento y número de cama
- Completar la hoja preoperatoria.
- Verificar el cumplimiento de procedimientos e indicaciones previos a la cirugía.
- Administrar o suspender tratamiento al usuario según indicación médica
- Verificar que los consentimientos informados, estén firmados por el paciente, o si este es menor de edad, por el responsable.
- Solicitar al paciente realizarse un baño meticuloso, dando especial énfasis en el área de la cirugía. Utilizar jabón antiséptico para reforzar la limpieza del área quirúrgica.
- Si el cirujano solicita tricotomía de la zona, se debe hacer 20 a 30 minutos antes de la cirugía, en forma cuidadosa, evitando lesionar la piel.
- Verificar que el paciente tenga canalizada el acceso venoso con catéter de número #14,16 o #17 y que este permeable.
- Colocar y fijar la sonda nasogástrica, sonda Foley, vendas elásticas, sistemas de compresión entre otros, según indicación médica.
- Según indicación médica, administrar medicamentos como: sedantes, analgésicos u otros. Observar posibles reacciones en la administración de estos fármacos.
- Verificar que el usuario no ingrese a sala de operaciones con lentes, joyas, adornos en el cabello, celulares, etcétera.
- Pedir al paciente que miccione (si su condición lo permite).
- Informar al paciente y la familia a qué hora entrará al quirófano; también, decirle al familiar en qué lugar puede esperar y a qué hora se le dará información.
- Registrar en formulario de nota de enfermería la información sobre la preparación realizada al paciente tanto física como psíquica, los fármacos administrados, los parámetros de signos vitales, la preparación de la zona y quién lo recibe en pabellón
- Verificar que el usuario(a) esté en ayuno mínimo de ocho horas.
- Adjuntar el sobre de radiografía al expediente de salud (si es necesario).
- Revisar que el usuario(a) tenga reporte de electrocardiograma (EKG) actualizado, según las normas del servicio.

- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Indicar al paciente que debe colocarse la ropa hospitalaria antes de su traslado a la sala si es necesario ayudarlo a vestirse.
- Verificar el retiro de la ropa interior.
- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. (Modelo SBAR)
- Trasladar al paciente a la sala de quirófano en compañía del profesional de enfermería.
- Al llegar a sala quirúrgica, entregar al paciente, indicando el nombre completo, entregando el expediente, fecha de nacimiento, alergias, edad, diagnóstico, cirugía programada, medicamentos administrados en el preoperatorio, solución administrada, breve resumen de los requisitos preoperatorios del paciente. Además, preguntar y presentar frente al paciente la enfermera recepcionista del paciente y documentar el nombre de la persona que recibe.

Preparación del área operatoria.

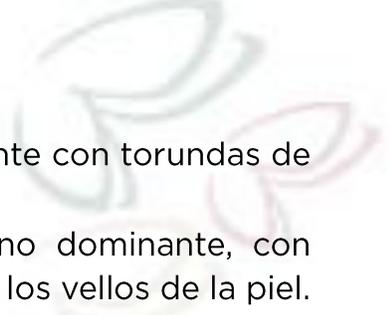
Son las acciones que se realizan en la zona operatoria y áreas circundantes, con el fin de reducir la flora bacteriana a niveles mínimos y disminuir el riesgo de infección.

Objetivos:

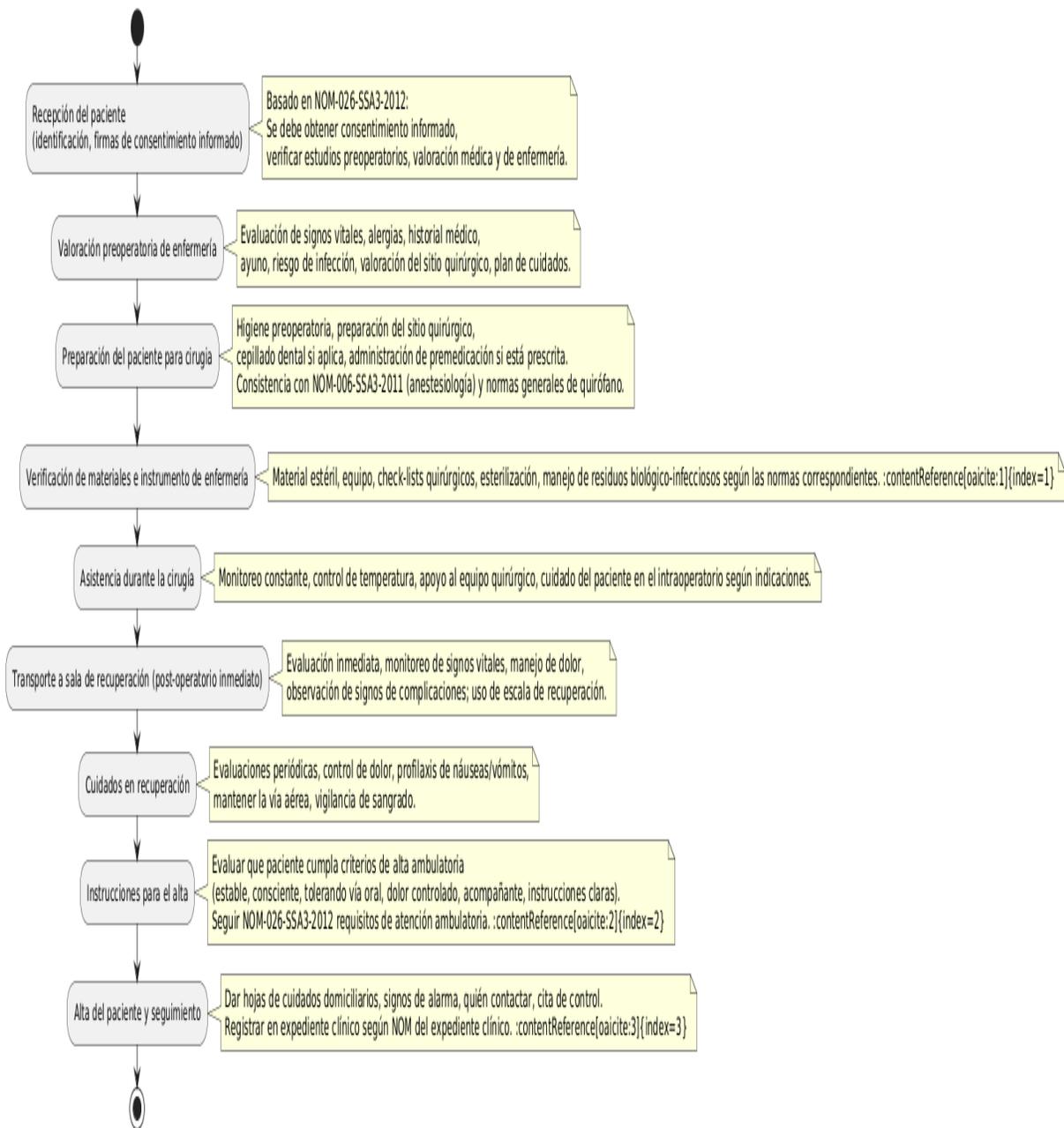
- Eliminar vellosidades y/o productos de la degradación de la piel (escamas).
- Prevenir infecciones secundarias.

Actividades.

- Revisar el expediente de salud del usuario(a).
- Verificar la indicación médica de rasurar el área según tipo de cirugía.
- Instruir al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del paciente.
- Propiciar un ambiente de privacidad al paciente, para realizar el procedimiento.
- Acondicionar el equipo para rasurar al usuario según indicación médica
- Verter la solución jabonosa en un riñón y el agua en otro.
- Limpiar la piel del paciente en la zona correspondiente con movimientos circulares, utilizando gasas humedecidas con solución jabonosa y agua, cuantas veces sea necesario, respetando la técnica aséptica quirúrgica.

- 
- 
- Secar la piel del paciente en la zona correspondiente con torundas de gasa o toalla estéril con movimientos circulares.
 - Deslizar sobre la piel la rasuradora con la mano dominante, con movimientos suaves en una sola dirección y retirar los vellos de la piel.
 - Humedecer una torunda de gasa con jabón y limpiar la zona rasurada con movimientos giratorios, partiendo del centro hacia la periferia.
 - Verificar que la zona rasurada quede limpia, seca y libre de vellosidades
 - Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden
 - Efectuar la higiene de manos según procedimiento
 - Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. (Modelo SBAR)
 - Mantener el cuidado del equipo utilizado en el procedimiento.

Procedimiento de Enfermería - Cirugía Ambulatoria (según normas mexicanas)



XXVIII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTOPERATORIOS

Es el conjunto de acciones realizadas por el profesional de enfermería o auxiliar de enfermería dirigidas al paciente, después del acto quirúrgico, destinadas a identificar y prevenir complicaciones postoperatorias.

Objetivos:

- Valorar constantemente la condición y evolución del paciente.
- Prever o detectar oportunamente posibles complicaciones.
- Brindar comodidad.
- Aliviar el dolor.

Material:

- Expediente de salud
- Pulsera de identificación } Bolígrafo
- Estetoscopio
- Esfigmomanómetro
- Soporte para las soluciones.
- Aspirador.
- Monitor de signos vitales no invasivo o invasivo según sea la condición del usuario.

Cuidados inmediatos en unidad de recuperación

Actividades.

- Trasladar al paciente cuidadosamente de la mesa quirúrgica a la camilla.
- Elevar la cabecera del usuario o hiper extender el cuello para favorecer la ventilación y evitar la bronco aspiración siempre y cuando el tipo de anestesia o procedimiento quirúrgico lo permita.
- Realizar el control de signos vitales y monitoreo cardiaco.
- Valorar y revisar al paciente por efectos secundarios de los anestésicos
- Trasladar al paciente a la sala de recuperación de quirófano, con el expediente de salud, Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos (modelo SBAR)
- Recibir al paciente proveniente de la sala de operaciones y realizar valoración cefalocaudal.
- Registrar y controlar estado de conciencia, signos vitales, permeabilidad de la vía endovenosa, permeabilidad de la vía aérea, tipo de soluciones, sangre o hemoderivados, condición y localización del apósito, vendajes,

sondas, drenajes entre otros; del paciente al momento del posoperatorio.

- Proporcionar calor para mantener su temperatura corporal.
- Disponer de una fuente de oxígeno completa para aplicar oxígeno PRN.
- Preparar el aspirador en caso de que su uso sea necesario, siempre y cuando no exista una contra indicación médica y el procedimiento lo permita.
- Registrar y controlar signos vitales según indicación médica y regular el goteo de la solución o iniciar soluciones indicadas.
- Aplicar, controlar y registrar las soluciones endovenosas indicadas.
- Valorar la condición de los apósitos y área quirúrgica.
- Controlar el funcionamiento de drenajes y todo tipo de sondas.
- Adaptar los drenajes a las bolsas o recipientes recolectores a gravedad o electromecánicos, según indicación médica.
- Posicionar al usuario(a) con la cabeza en extensión y sin almohada, para favorecer la permeabilidad de la vía aérea, si no hay contraindicación.
- Aspirar secreciones las veces que sean necesarias
- Valorar a al usuario(a) por dolor; administrar analgésico indicado, en caso necesario.

XXIX. CUIDADO Y MEDICIÓN DE DRENAJES (PENROSE, HEMOVAC, SONDA EN T)

Corresponde a la intervención de enfermería al paciente bajo cuidado y medición de drenos (penrose, hemovac, sonda en T, y similares)

Objetivos:

- Favorecer la salida de líquido de una cavidad al exterior.
- Medir los líquidos drenados por los diferentes dispositivos.
- Establecer el balance de ingresos y egresos de líquidos

Material y equipo:

Carro que contenga en la parte superior:

- Equipo para curación.
- Equipo para quita puntos, si está indicado.
- 1 litro de suero fisiológico o agua estéril.
- Jabón líquido antiséptico
- 1 paquete con torunda de algodón.
- 1 paquete con cuadros de gasa.
- 2 pares de guantes.
- Esparadrapo o microporo. 1 gasilla estéril (cuando se indica remover drenos).

Parte inferior:

- Palangana con bolsa de papel o recipiente para descartar desechos según normas para la Programa de Infecciones Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos e Infecciones.
- Vasija riñonera con solución desinfectante.
- 1 sábana móvil.

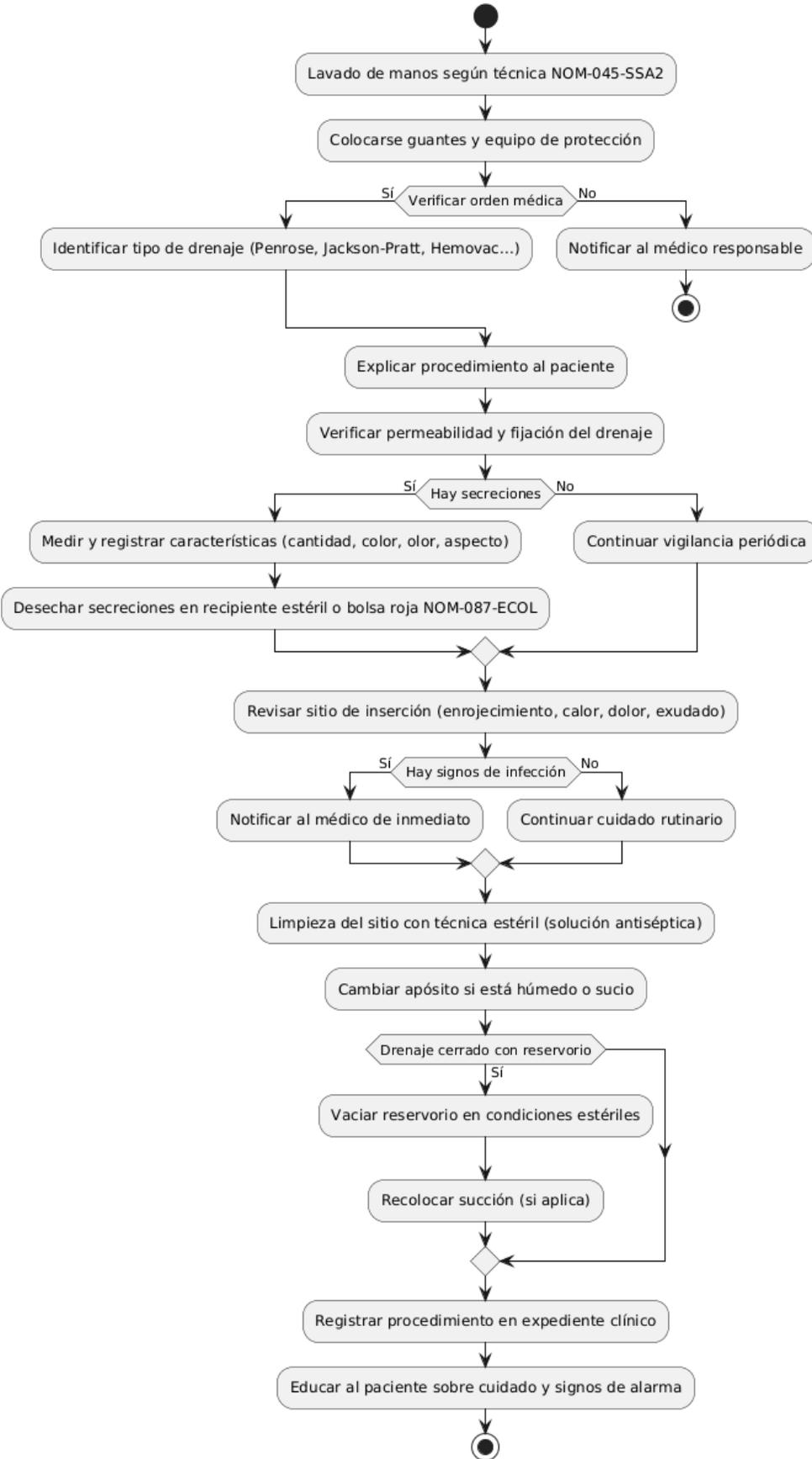
Actividades.

- Verificar la indicación médica.
- Revisar el expediente de salud
- Identificar e instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Preparar el equipo.
- Trasladarlo a la unidad del paciente.
- Colocar al paciente en una posición según el sitio en que está colocado el drenos y brindando comodidad y confort durante la curación.
- Colocar la sábana móvil debajo del área donde se encuentra el drenos.
- Lavarse las manos
- Abrir el equipo de curación, y el quita puntos PRN

- Ordenar el instrumental
- Agregar el material adicional necesario
- Realizar la curación de la herida quirúrgica conforme a los principios de asepsia.



Procedimiento de cuidados de drenajes (Normas Mexicanas)



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Uno de los elementos fundamentales para la recuperación y mantenimiento de la salud de los individuos está íntimamente ligado a la preparación y utilización de los medicamentos. Si hablamos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el conocimiento de la farmacodinamia y sus diferentes variables al preparar los medicamentos juega un papel de primer orden. Al referirnos a la relación armoniosa del hombre con la naturaleza necesariamente debemos tener en cuenta el adecuado manejo de los desechos que derivan del procedimiento de la preparación y aplicación de los medicamentos. La institución realiza grandes esfuerzos para proveer a los pacientes de medicamentos de primera calidad y esto es un logro comparado solamente con países desarrollados. Esto debe servir de inspiración a los profesionales en enfermería, en su valiosa labor, la que debemos asumir con responsabilidad y profesionalismo, actualizando los siguientes conocimientos:

Clasificación de medicamentos

- Acción del medicamento (antibiótico, antimicótico, retroviral)
- Absorción del fármaco (pasaje a la circulación general del principio activo)
- Vida media del medicamento (tiempo necesario para eliminar el 50% del fármaco y alcanzar los niveles máximos de concentración)
- Duración del efecto (depende de la velocidad de la disolución; si es gradual el efecto será más duradero).
- Precauciones en el uso del medicamento (conjunto de normas y actuaciones encaminadas a prevenir efectos perjudiciales en grupos como neonatos, embarazados, personas con déficit inmunitario, personas adultas mayores). Interacciones del medicamento.
- Efectos adversos (alergia al medicamento, efecto placebo, efecto tóxico, intolerancia).
- Cantidad y tipo de diluyentes y tiempos de administración.
- Principio activo.
- Nombre genérico.
- Nombre comercial.
- Nombre químico.

Correctos en la administración de tratamiento:

1. Paciente correcto
2. Medicamento correcto

3. Vía correcta
4. Dosis correcta
5. Hora correcta
6. Dilución correcta
7. Registro correcto
8. Interacción correcta
9. Conservación y temperatura correcta
10. Velocidad y administración correcta

Preparación y aplicación de medicamentos por vía oral

Se refiere a los medicamentos que se aplican por boca o por sonda nasogástrica yeyunostomía, nasoyeyunal según condición del paciente.

Objetivo:

- Administrar correcta y oportunamente el medicamento con fines terapéuticos por vía oral o por sonda nasogástrica yeyunostomía, o sonda nasoyeyunal.
- Valorar el efecto terapéutico del medicamento en el paciente.

Niveles de atención: I, II y III.

Recursos humanos:

- Enfermera(o).
- Estudiante de enfermería.
- Auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

- Carro para medicamentos.
- Medicamentos.
- Kardex de medicamento

Actividades

- Revisar cuidadosamente las tarjetas con Kardex y expediente. ☒
- Clasificar las tarjetas según horario. ☒ Confirmar nombre, número de cama, hora, dosis, vía y medicamento.

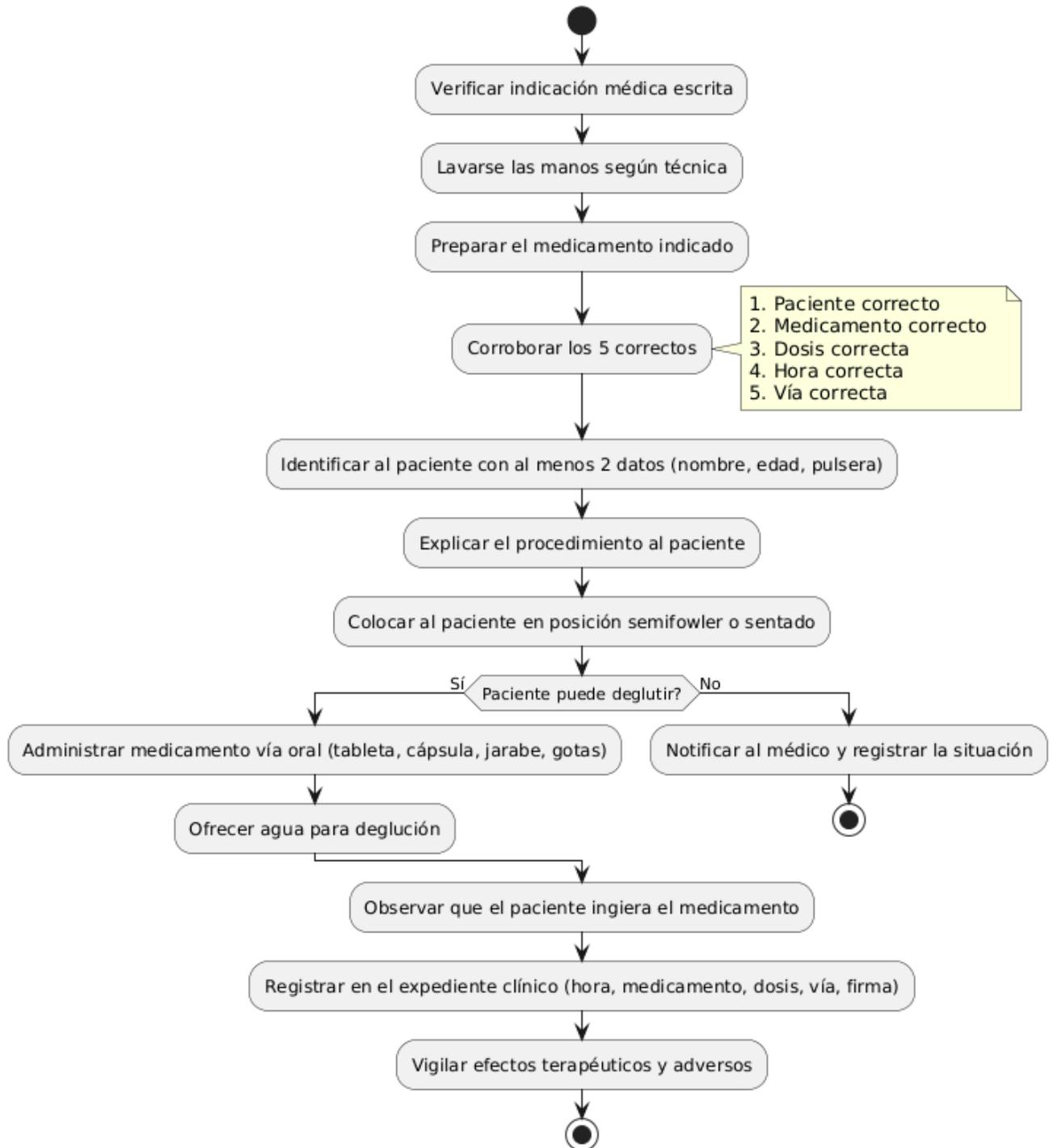
- Seleccionar los medicamentos del stock
- Revisar que el etiquetado del sobre y el nombre del medicamento que contiene corresponda al medicamento.
- Confirmar la fecha de caducidad del medicamento.
- Servir el medicamento en el vaso desechable evitando el contacto directo.
- Agitar el frasco antes de servirlo, si el medicamento es líquido.
- Revisar cuidadosamente que la graduación de la copa contenga la dosis indicada. ☒
- Evitar derrames del contenido del frasco en la etiqueta.
- Verter la cantidad indicada del medicamento mediante el uso de una jeringa.

Administración de medicamento por vía oral

Actividades:

- Realizar higiene de manos.
- Trasladar el equipo completo a la unidad del paciente.
- Identificar correcta del paciente, preguntándole el nombre con los dos apellidos y verificando estos datos en el kardex.
- Informar al paciente sobre el tratamiento. ☒
- Ofrecer al paciente agua u otro líquido, en caso necesario.
- Administrar el medicamento al paciente, por vía oral o por sonda nasogástrica, yeyustomía o nasoyeyunal.
- Aplicar los cuidados de administración de alimentación por sonda, en los casos que aplique.
- Verificar que el paciente haya ingerido el medicamento.
- Descartar el vaso plástico
- Registrar la administración del medicamento en la hoja de enfermería del expediente de salud.
- Dar el cuidado posterior al equipo.

Procedimiento de Administración de Medicamentos Vía Oral (NOM-019-SSA3)



XXX. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBLINGUAL

Es la utilización de sustancias medicamentosas debajo de la lengua para que sean absorbidas a través de la mucosa oral con fines terapéuticos.

Objetivo:

- Lograr efecto terapéutico de un medicamento a través de la mucosa oral.
- Verificar el efecto terapéutico del medicamento en el usuario(a).

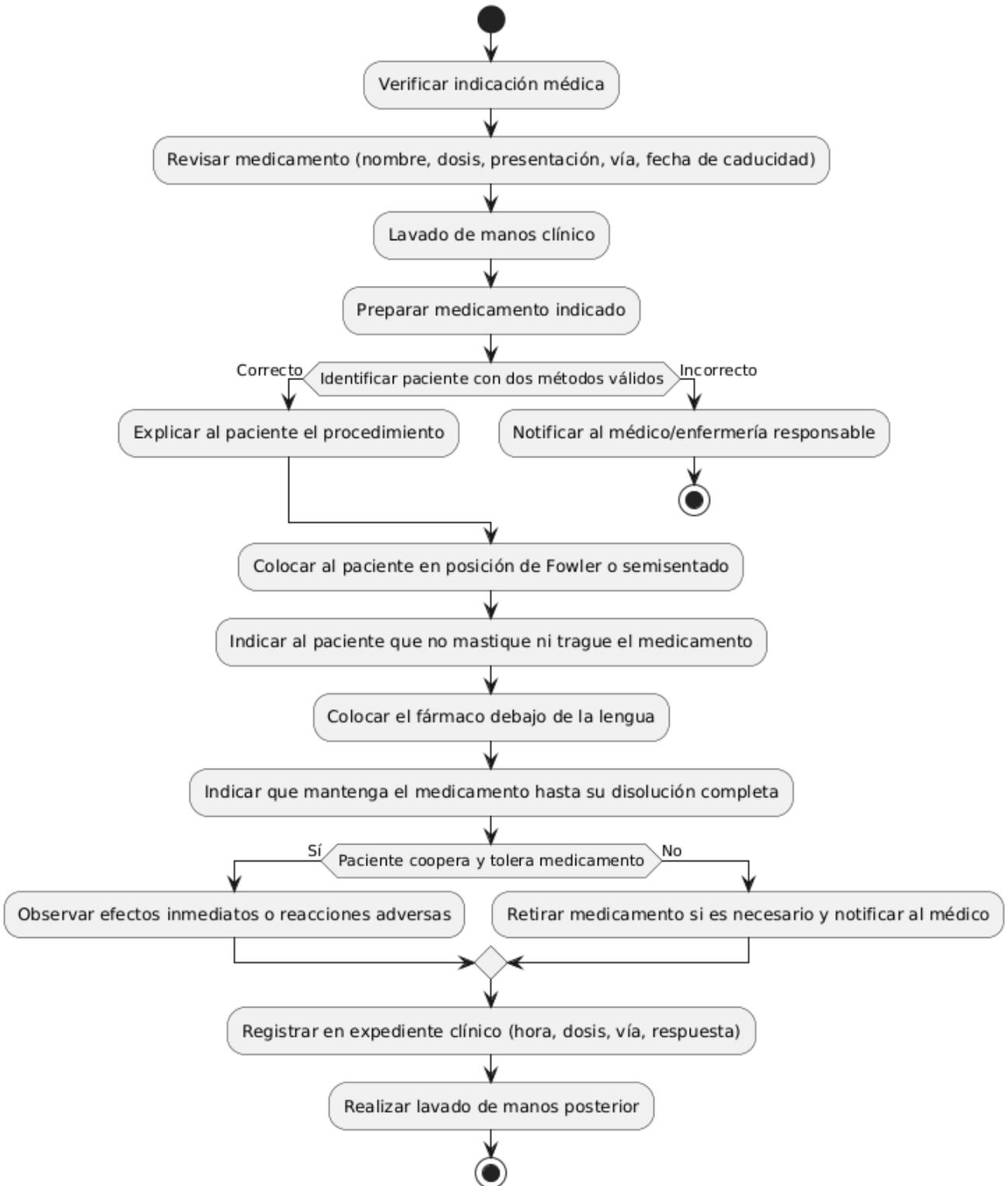
Material y equipo

- Bandeja de acero inoxidable que contenga: vaso desechable.
- Medicamento indicado.
- Tarjeta debidamente revisada con el expediente; nombre con dos apellidos (kardex)

Actividades

- ✓ Trasladar el medicamento a la unidad del paciente.
- ✓ Identificar correcta del paciente preguntándole el nombre y los dos apellidos; comparar con la tarjeta y dar la instrucción necesaria.
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento.
- ✓ Registrar los signos vitales antes de administrar el medicamento
- ✓ Colocar el medicamento en la región sublingual si es en presentación de pastilla.
- ✓ Perforar con una aguja estéril si la presentación del medicamento es en cápsula.
- ✓ Exprimir la cápsula permitiendo que el contenido se deposite directamente en la región sublingual.
- ✓ Observar que el paciente mantenga el medicamento bajo la lengua hasta que se disuelva y absorba.
- ✓ Solicitar al paciente que informe inmediatamente al personal de enfermería, cuando haya cambios en su condición.
- ✓ Registrar en la hoja de enfermería la administración del medicamento.

Procedimiento de Administración de Medicamento Vía Sublingual (NOM Mexicana)



XXXI. PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA

Aplicación de medicamentos en la capa intradérmica con fines terapéuticos.

Objetivo:

- Lograr efecto terapéutico deseado.

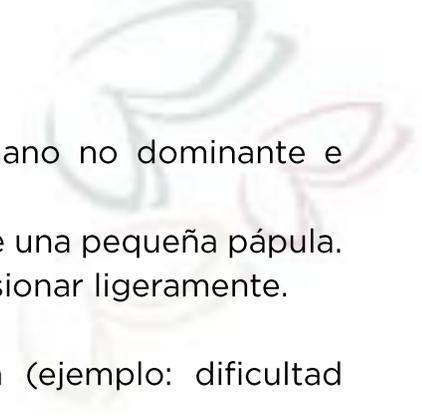
Niveles de atención: I, II, III.

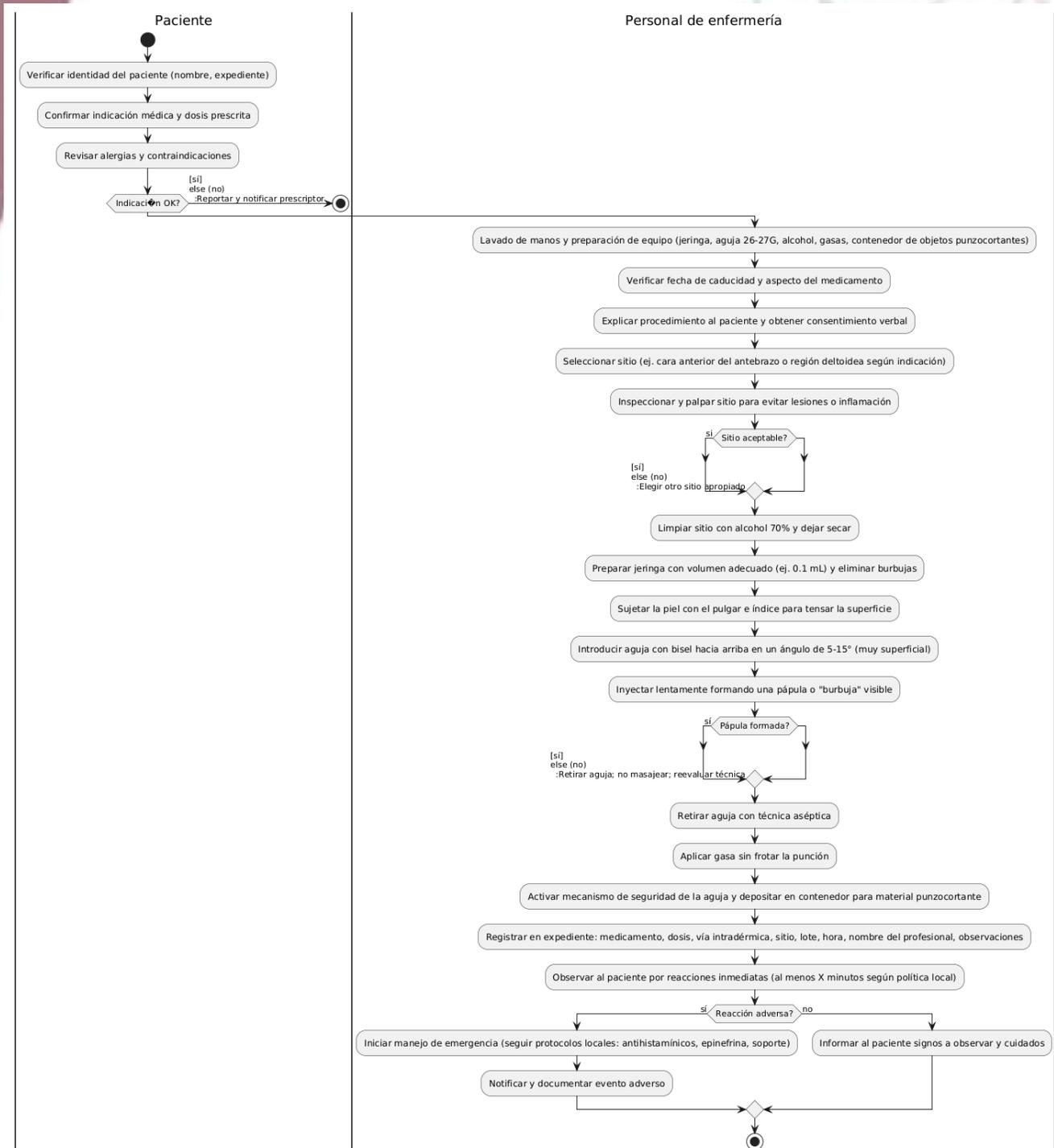
Material y equipo

- Tarjetas de medicamentos debidamente revisadas con expediente y Kardex.
- Medicamento prescrito.
- Torundas de algodón
- Jeringa de un CC graduada en décimas y milésimas.
- Aguja de media pulgada de longitud con un grosor de 26 a 28 G. ☒
- Bolsa para descartar desechos
- Recipiente para punzocortantes.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación médica revisando el expediente de salud y el Kardex de medicamentos
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Verificar el nombre del medicamento en la etiqueta
- ✓ Limpiar el frasco o ampolla con torunda de algodón con alcohol.
- ✓ Cargar la solución en la jeringa.
- ✓ En el caso de ampolla: colocar una gasa alrededor del cuello golpear con la uña la parte superior; con la mano no dominante sujetar la ampolla y con el dedo pulgar e índice de la otra mano traccionar la parte superior hacia atrás en la línea de quiebre para retirar el cuello; inclinar ligeramente la ampolla y extraer el fármaco con la jeringa.
- ✓ Si es vial: si es necesario adaptar a la jeringa una aguja número 18G para cargar; sin retirar el protector de la aguja, cargar el volumen de aire equivalente al volumen de medicamento a extraer; inyectar el aire en el vial y extraer la cantidad de medicamento.
- ✓ Identificación correcta del paciente con nombre y dos apellidos y verificar con la tarjeta de medicamento.
- ✓ Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento.
- ✓ Identificar el sitio anatómico y limpiarlo con algodón y solución indicada.

- 
- ✓ Alisar la piel con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante e introducir la aguja en ángulo de 10 a 15 grados.
 - ✓ Aplicar la dosis del fármaco, verificando la formación de una pequeña pápula.
 - ✓ Retirar la aguja y colocar una torunda de algodón y presionar ligeramente.
 - ✓ Solicitar al paciente que informe cualquier malestar.
 - ✓ Observar al paciente por posible reacción sistémica (ejemplo: dificultad respiratoria) o local.
 - ✓ Descartar los desechos según normas institucionales para el Programa de infecciones Hospitalarias y Manual de Desechos Sólidos Biológicos Intrahospitalarias.
 - ✓ Anotar el medicamento administrado en la hoja de enfermería.
 - ✓ Lavarse las manos.



XXXII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

Es la aplicación de un producto farmacológico en el tejido subcutáneo con fines terapéuticos.

Objetivos:

- Lograr el efecto terapéutico mediante el tejido subcutáneo. ☒
- Evaluar el resultado terapéutico.

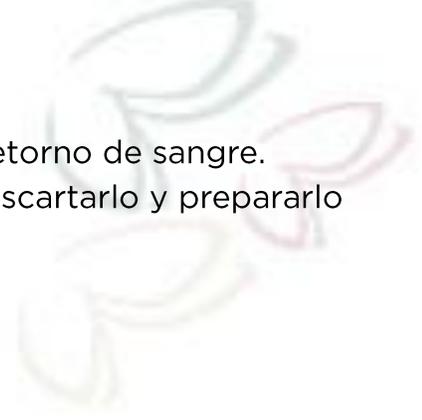
Niveles de atención: I, II y III.

Material y equipo:

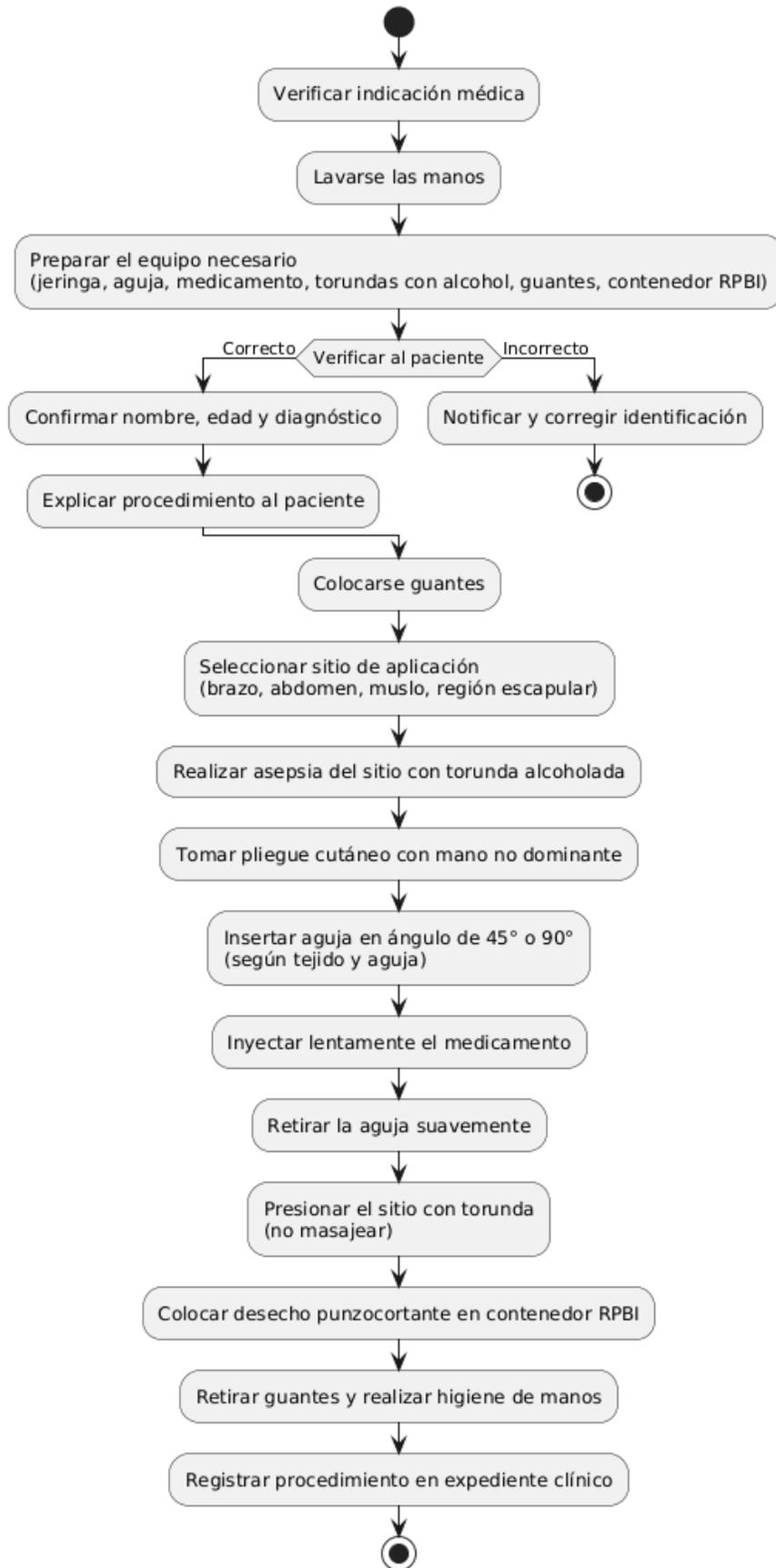
- Tarjeta de Kardex y expediente
- Frasco con agua estéril.
- Torundas de algodón seco.
- Jeringa de un cc, graduada en unidades (jeringa de insulina).
- Aguja de media pulgada de longitud con un grosor de 25 - 26 - 27 G. ☒
- Medicamento indicado.
- Contenedor para descartar punzocortantes.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud y Kardex
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el medicamento siguiendo los 10 correctos
- ✓ Proporcionar al paciente un ambiente de privacidad con biombos o cortinas.
- ✓ Identificar y solicitar información al paciente sobre alergia al medicamento y pedir su consentimiento.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Seleccionar el sitio anatómico deltoides o área peri umbilical en el abdomen u otros sitios alternativos o según protocolo y aplicar el antiséptico.
- ✓ Aplicar el medicamento indicado cumpliendo con los correctos en la administración de medicamentos.
- ✓ Deslizar los dedos pulgar e índice de la mano no dominante sobre el sitio anatómico creando un área aproximada de 2.5 cm.
- ✓ Insertar la aguja en ángulo de 45 grados si la persona es delgada y en ángulo de 90 grados si la persona es gruesa, con la mano dominante.

- 
- ✓ Aspirar con el émbolo y observar la jeringa por si hay retorno de sangre.
 - ✓ Si hay retorno de sangre, no aplicar el medicamento; descartarlo y prepararlo nuevamente.
 - ✓ Administrar el fármaco en forma lenta.
 - ✓ Observar si hay formación de hematoma.
 - ✓ Descartar el material según normas institucionales.
 - ✓ Lavarse las manos.
 - ✓ Realizar anotación del medicamento administrado en la hoja de enfermería

Procedimiento de Administración de Medicamento Vía Subcutánea



XXXIII. APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR.

Es la aplicación de un medicamento en el tejido muscular con fines terapéuticos.

Objetivos

- Lograr un efecto terapéutico por absorción muscular.

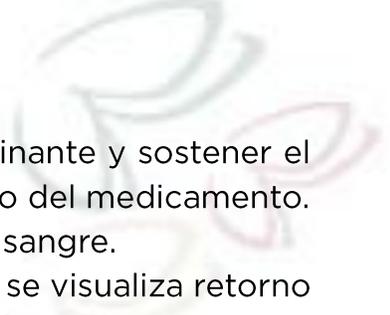
Niveles de atención: II, III.

Material y equipo:

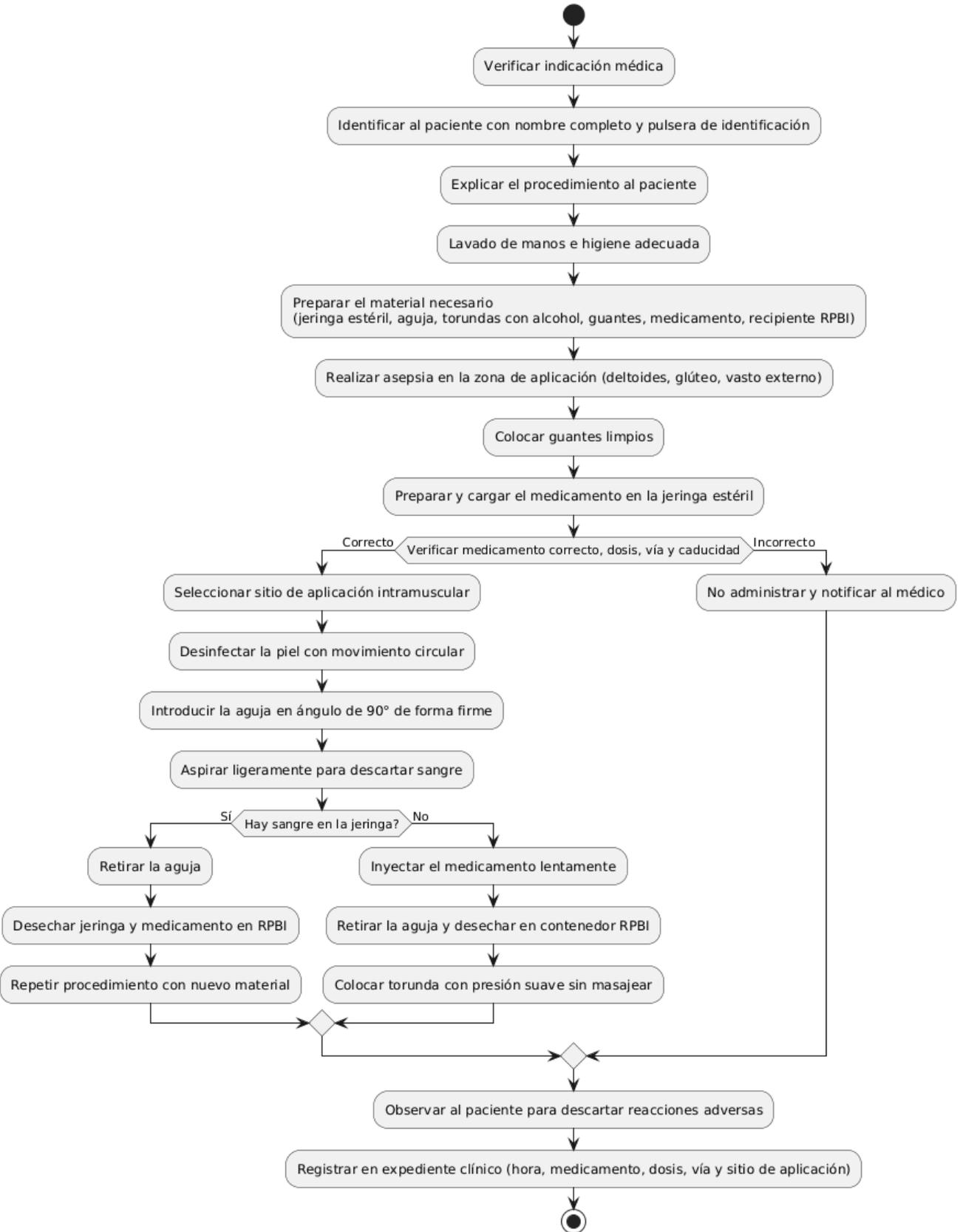
- Tarjeta de medicamento Kardex y expediente de salud.
- Solución antiséptica
- Frasco con torundas de algodón.
- Medicamento que se va a administrar.
- Jeringa de 2 a 10 cc según se requiera
- Aguja de 1 pulgada de longitud y un grosor de 23 a 25 G para niños y de una y media (1 ½) pulgada de longitud y un grosor de 21 a 22 G para adultos.
- Contenedor para descartar punzocortantes.

Actividades

- ✓ Realizar la higiene de las manos.
- ✓ Llevar el medicamento preparado a la unidad.
- ✓ Proporcionar privacidad con biombos o cortinas.
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento.
- ✓ Identificar el sitio anatómico para la punción de acuerdo a la edad del paciente (cuadrante superior externo del glúteo, cara anterior del muslo y en el deltoides cuatro dedos por debajo del acromion de la escápula y dos dedos superior del surco del deltoides)
- ✓ Solicitarle que descubra el área a puncionar o asistir al paciente.
- ✓ Solicitar y/o ayudar al paciente a colocarse en posición decúbito ventral con los brazos flexionados a nivel de la cabeza para que la apoye sobre alguno de ellos, lateralizada, si el sitio anatómico seleccionado es el glúteo. Si el sitio seleccionado es el deltoides o muslo, en posición sentada o supina.
- ✓ Limpiar el área en forma de espiral del centro a la periferia
- ✓ Deslizar en sentido opuesto los dedos pulgar e índice de la mano no dominante formando una V en el sitio anatómico elegido, dejando un área de 7 cm. No tocar el área que se desinfectó previamente
- ✓ Insertar la aguja con la mano dominante en ángulo de 90 grados. (Usar aguja de una pulgada para niños y de una pulgada y media para adultos.)

- 
- ✓ Acercar los dedos pulgar e índice de la mano no dominante y sostener el pabellón de la aguja, sin obstruir la visibilidad en el paso del medicamento.
 - ✓ Aspirar con el émbolo y observar que haya retorno de sangre.
 - ✓ Descartar el medicamento y prepararlo nuevamente si se visualiza retorno de sangre. En caso contrario, administrar el fármaco en forma lenta y suave.
 - ✓ Retirar la aguja en el mismo ángulo de 90 grados en que la introdujo.
 - ✓ Aplicar presión con una torunda de algodón seco en el sitio de punción durante 2 minutos.
 - ✓ Realizar anotación en la hoja de enfermería

Procedimiento de Administración de Medicamento Vía Intramuscular (Norma Mexicana)



XXXIV. TÉCNICA “Z” PARA INYECCIONES INTRAMUSCULARES

Técnica utilizada para evitar el retorno y favorecer la absorción de un medicamento aplicado en el tejido muscular.

Objetivos:

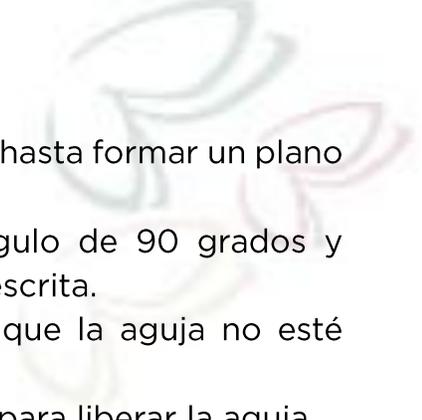
- Favorecer la absorción de una sustancia medicamentosa en el tejido muscular.
- Evitar el vaciamiento retrógrado del medicamento hacia el tejido subcutáneo, epidermis y dermis.

Material y equipo:

- Frasco con agua
- Torundas de algodón seco
- Tarjeta de medicamentos kardex revisada con el expediente
- Medicamento indicado.
- Jeringa hipodérmica calibre 21o 22 por 2.5 de largo.

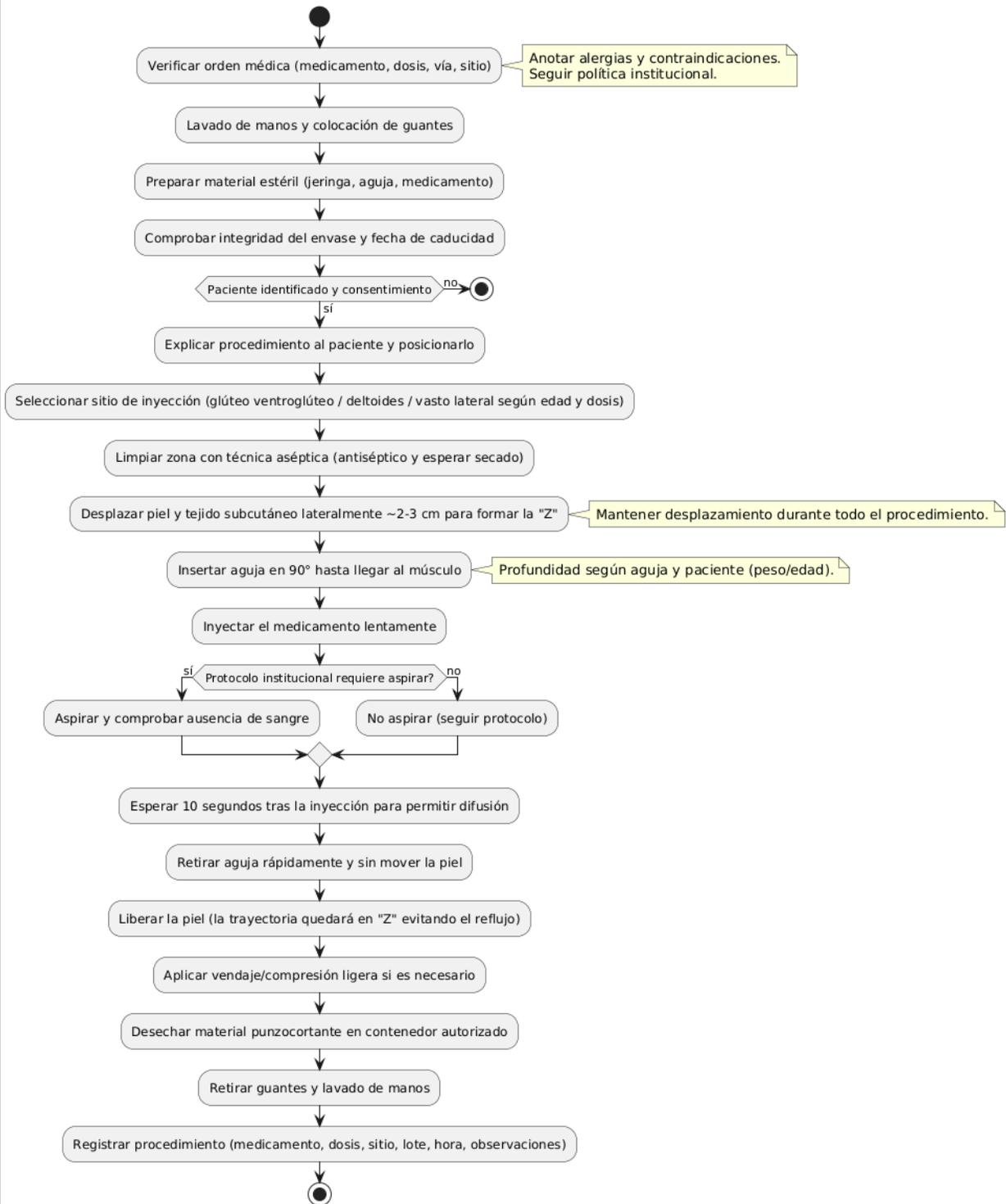
Actividades

- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Preparar el medicamento según descripción de la preparación del medicamento por vía intramuscular.
- ✓ Colocar la jeringa en el azafate y trasladarse a la unidad del paciente
- ✓ Identificar correctamente y brindar información al paciente.
- ✓ Solicitar el consentimiento al paciente para aplicarle el medicamento.
- ✓ Observar el ambiente de privacidad para administrarle el medicamento al paciente.
- ✓ Solicitar y/o ayudar al paciente a colocarse en posición decúbito ventral con los brazos flexionados a nivel de la cabeza para que la apoye sobre alguno de ellos, lateralizada, si el sitio anatómico seleccionado es el glúteo. Si el sitio seleccionado es el deltoides o el muslo, en posición sentada o supina.
- ✓ Identificar el área (cuadrante superior externo del glúteo y niños mayores de dos años).
- ✓ Desinfectar la piel del área identificada.
- ✓ Colocar los dedos índice y pulgar en línea recta sobre el área seleccionada para inyectar.

- 
- ✓ Presionar y desplazar los dedos por lo menos 2.5 cm hasta formar un plano similar a la letra Z.
 - ✓ Insertar la aguja en el centro de la Z con un ángulo de 90 grados y mantener los dedos índice y pulgar en la posición descrita.
 - ✓ Jalar el émbolo de la jeringa para cerciorarse de que la aguja no esté dentro de un vaso sanguíneo.
 - ✓ Introducir toda la medicación; esperar 10 segundos para liberar la aguja.
 - ✓ Retirar la aguja lentamente.
 - ✓ Retirar los dedos del área inyectada.
 - ✓ Hacer presión y no masajear en el área inyectada con una torunda de algodón por unos 30 segundos
 - ✓ Revisar el sitio de punción 15 y 30 minutos después de la inyección para detectar complicaciones.
 - ✓ Anotar la medicación administrada en la hoja de enfermería
 - ✓ Brindar el cuidado posterior al equipo, de acuerdo con las Normas Institucionales para el Manejo de los Desechos Sólidos y Prevención de Infecciones.

Inicio

Fin



XXXV. CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

Es el acto de canalizar un vaso venoso para la aplicación de preparados farmacológicos que contribuyan a la recuperación de salud, con fines diagnósticos y otros del paciente

Objetivos:

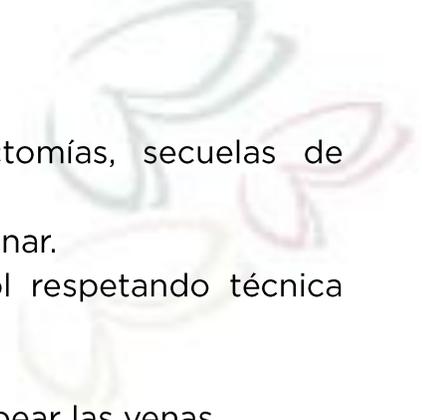
- Mantener el balance hidroelectrolítico del paciente (en caso de deshidratación, hipertensión o sangrado digestivo alto).
- Mantener nivel sanguíneo de determinadas sustancias (antibióticos).
- Facilitar el ingreso de sustancias vitales sin lesionar el endotelio vascular.

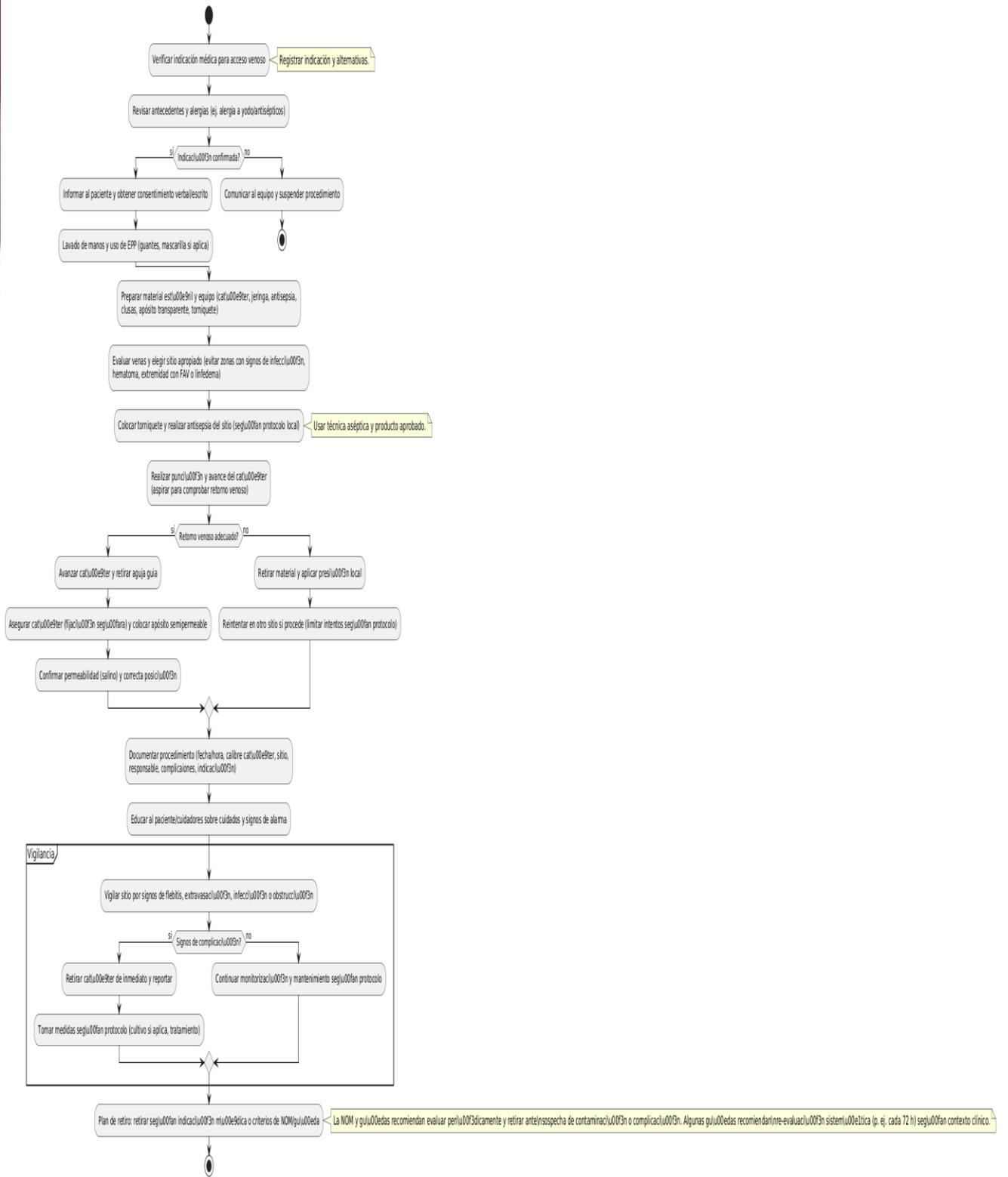
Material y equipo:

- ✓ Solución indicada debidamente rotulada (tarjeta con nombre del paciente), frecuencia, goteo y hora).
- ✓ Venoset
- ✓ Equipo para canalización de vía venosa periférica (riñón pequeño con torundas de gasa y pinza mosquito)
- ✓ Material adhesivo para fijar las vías.
- ✓ Ligadura.
- ✓ Punzocat según sea requerido
- ✓ Soporte portátil para soluciones
- ✓ Un par de guantes estériles
- ✓ Frasco con agua estéril.
- ✓ Frasco con jabón antiséptico (clorhexidina al 4 %)
- ✓ Jeringa de 10 ml con suero fisiológico para probar la vía.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente del paciente.
- ✓ Verificar cuidadosamente la indicación médica.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Identificar correctamente al paciente
- ✓ Solicitar el consentimiento e instruir al paciente
- ✓ Colocar la solución el soporte portátil.
- ✓ Abrir la llave de la conexión hasta eliminar el aire descartando en la bolsa plástica.
- ✓ Preparar el material para fijar la vía venosa periférica.
- ✓ Dejar listo el material adhesivo.
- ✓ Abrir el equipo para canalizar la vía venosa periférica.
- ✓ Identificar el sitio de punción.

- 
- ✓ Revisar que no haya fístula arteriovenosa, mastectomías, secuelas de accidente cerebro vascular.
 - ✓ Colocar el torniquete unos 5 cm arriba del sitio a puncionar.
 - ✓ Limpiar el área a puncionar con torunda con alcohol respetando técnica asepsia.
 - ✓ Colocarse los guantes
 - ✓ Solicitar al paciente que abra y cierre el puño para bombear las venas.
 - ✓ Puncionar la vena manteniendo el bisel del punzocat hacia arriba y en sentido ascendente, distal a proximal. En los miembros superiores, las venas cefálica y basílica y sus ramificaciones.
 - ✓ Verificar la presencia de sangre fluyendo a través del punzocat.
 - ✓ Retirar suavemente el mandril
 - ✓ Adaptar la conexión de la solución al punzocat, manteniendo la esterilidad.
 - ✓ Regular el goteo si tiene solución indicada para el número de horas. ☒
 - ✓ Fijar el punzocat a la piel del paciente con las cintas adhesivas.
 - ✓ Si es un medicamento directo, introducirlo lentamente, diluido y observar la reacción al mismo.
 - ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, de acuerdo con las normas para el manejo de desechos bioinfecciosos y prevención de infecciones.
 - ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos



XXXVI. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES ENDOVENOSAS

Es la aplicación de preparados farmacológicos mediante la utilización de una vía intravenosa con fines terapéuticos.

Objetivos:

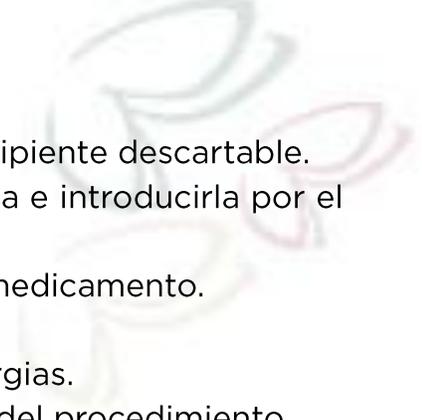
- Realizar la canalización de un vaso venoso, con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Aplicar sustancias medicamentosas o nutritivas según requiera el paciente.
- Aumentar el volumen circulante en caso de hemorragia, shock y colapso.
- Ayudar al organismo a eliminar toxinas en pacientes con sintomatología de intoxicación.
- Corregir el balance hidro-electrolítico en caso de deshidratación.

Material y equipo

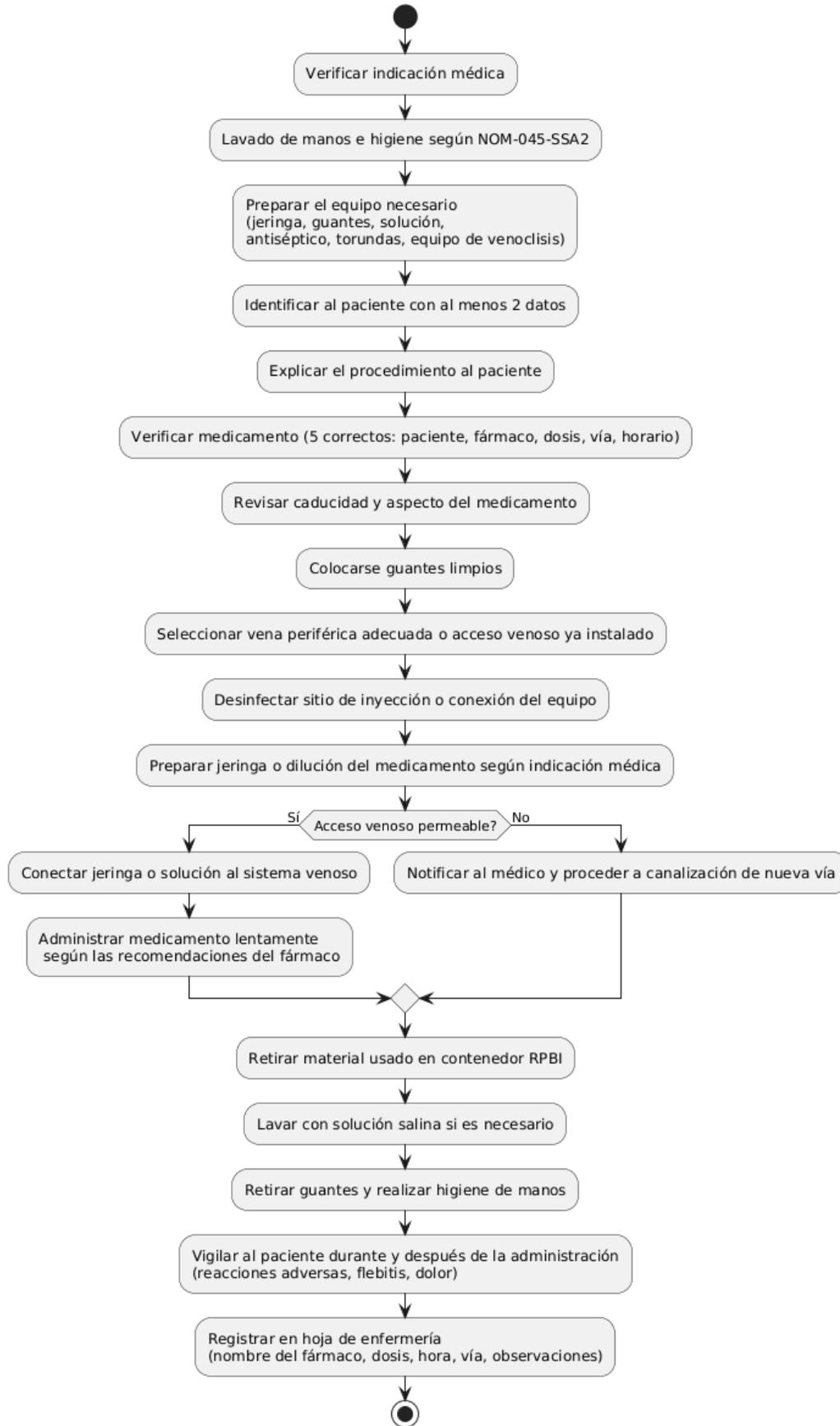
- Solución indicada.
- Medicamento prescrito.
- Tarjeta de suero especificando si contendrá algún tipo de medicamento.
- Jeringa y agujas.
- venoset.
- Material adhesivo, para fija vía.
- Torundero con algodón.
- Colocar la ligadura y visualizar la vía
- Jabón antiséptico.
- Bolsa plástica para Descartar de residuos, según norma.
- Contenedor para descartar agujas
- Un par de guantes estériles.

Actividades

- ✓ Revisar indicación en expediente de salud
- ✓ Completar la tarjeta de la solución con todos los datos requeridos
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Verificar la solución y medicamentos con la la tarjeta
- ✓ Desinfectar los tapones de la solución y los medicamentos con torunda de alcohol.
- ✓ Adaptar la conexión de venoset a la bolsa de suero con la llave cerrada.

- 
- 
- ✓ Abrir la llave de la conexión hasta eliminar el aire en recipiente descartable.
 - ✓ Cargar en una jeringa la dosis de medicamento indicada e introducirla por el tapón de goma en la bolsa de solución.
 - ✓ Adjuntar con material adhesivo la tarjeta a la solución medicamento.
 - ✓ Regule la velocidad de goteo según indicación.
 - ✓ Identificar correctamente al paciente corroborando alergias.
 - ✓ Solicitar el consentimiento e instruir al paciente acerca del procedimiento.
 - ✓ Ponerse los guantes estériles y puncionar la vía en ángulo de 10° según descripción del procedimiento del acceso venoso.
 - ✓ Propiciar un ambiente cómodo al paciente.
 - ✓ Realizar el cuidado del equipo, posteriormente, de acuerdo a las normas institucionales para el manejo de desechos bioinfecciosos y prevención de infecciones.
 - ✓ Realizar anotación correspondiente en la hoja de enfermería.

Procedimiento de administración de medicamentos endovenosos (Normas Mexicanas)



XXXVII. RETIRO DE VÍA PERIFÉRICA

Es el retiro de la vía periférica una vez que se haya cumplido con el tratamiento endovenoso.

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de infecciones originadas en el sitio de inserción.
- Proporcionar confort y comodidad al paciente

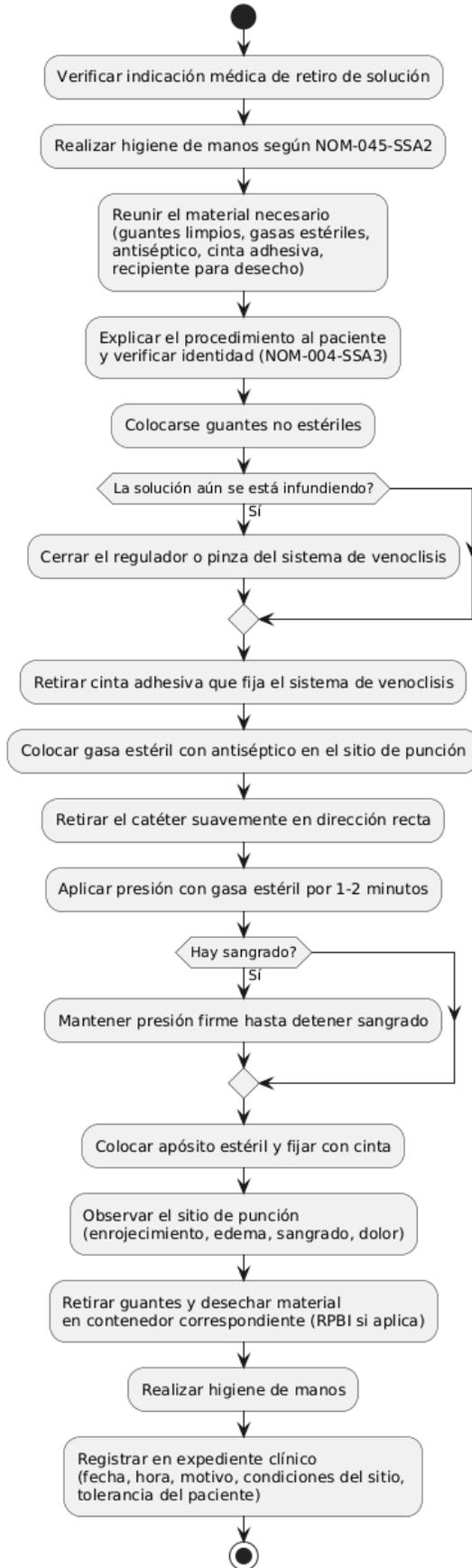
Material y equipo:

- Recipiente con torundas de algodón.
- Bolsa plástica para el descarte de residuos, según norma.
- Contenedor para descartar agujas y/o guía de metal del punzocat.
- Guantes.

Actividades

- ✓ Identificar y revisar indicación en expediente de salud, número de dosis indicadas y si están cumplidas.
- ✓ Realizar higiene de manos Colocarse los guantes.
- ✓ Humedecer y retirar el material adhesivo.
- ✓ No utilizar tijeras, ni equipo punzocortante.
- ✓ Observar el roce de la piel con el equipo utilizado para retirar el material adhesivo.
- ✓ Aplíquelo un algodón impregnado de alcohol en el sitio de inserción y extraer el venocarth.
- ✓ Retirar el algodón húmedo ejerciendo presión en el sitio anotado.
- ✓ Visualizar que esté completo el venocarth.
- ✓ Observar el sitio anatómico en que se encontraba la vía.
- ✓ Solicitar al paciente que movilice los dedos y revisar temperatura y color local.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, de acuerdo a las normas institucionales para el manejo de desechos Intrahospitalarios.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos (Integridad del catéter, movilidad de la extremidad y los dedos, otros).

Procedimiento de Retiro de Solución Endovenosa (NOM Mexicana)



XXXVIII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

Es la preparación de un fármaco para ser colocado por vía rectal.

Objetivo:

- Aplicar un medicamento por vía rectal oportunamente para lograr efectos sistémicos en el paciente

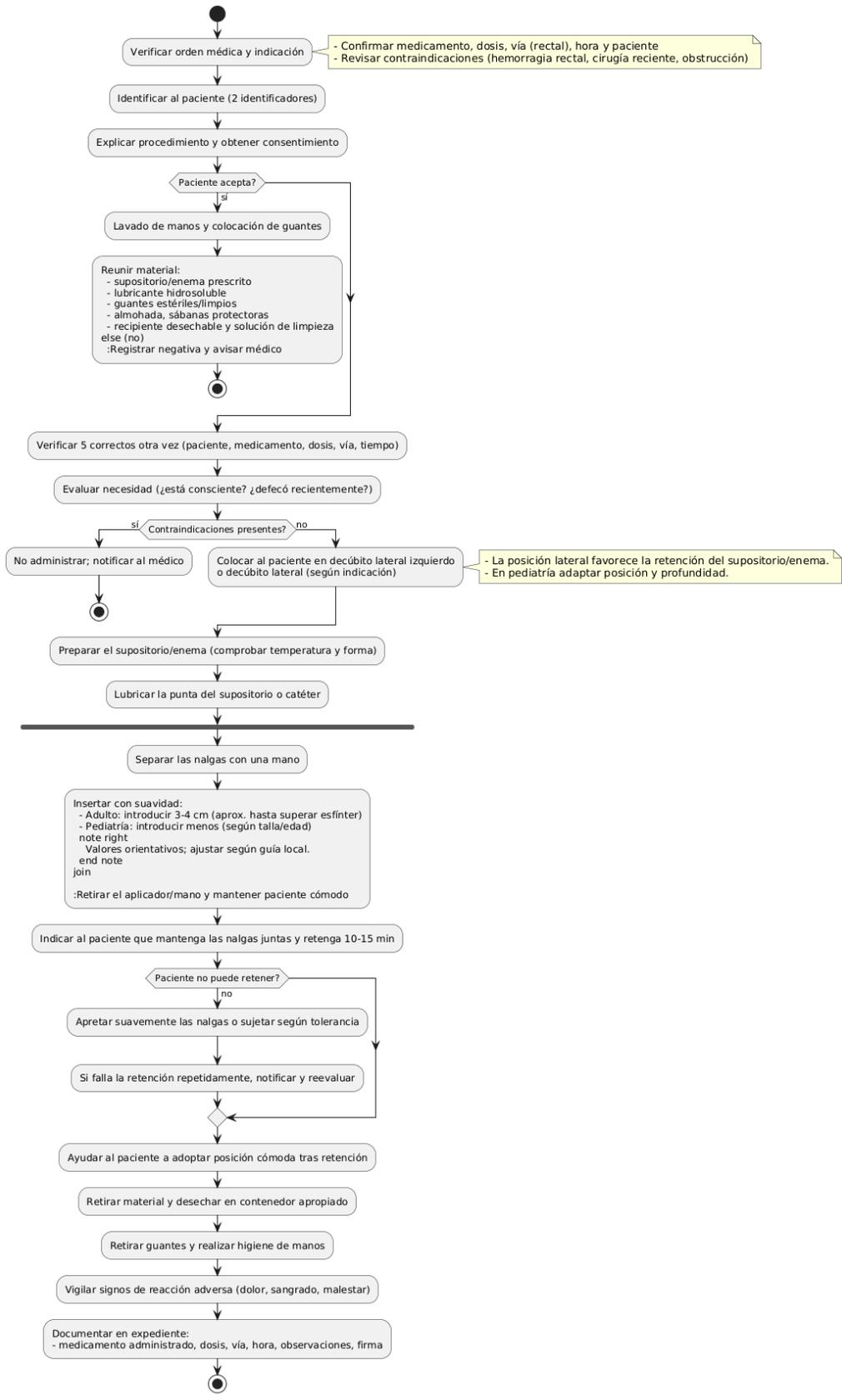
Material y equipo:

- Medicamento prescrito.
- Tarjeta de medicamento kardex.
- Guantes limpios.
- Cuadros de papel higiénico.
- Lubricante.
- Sábana de tratamiento.
- Cortina o biombo.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del paciente
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente
- ✓ Utilizar la tarjeta de kardex para identificar al paciente correctamente con el nombre y los dos apellidos
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento, y solicitar consentimiento para realizar el procedimiento.
- ✓ Explicar la posición Sims modificada.
- ✓ Proveer privacidad al paciente mediante el uso de un biombo o cortina.
- ✓ Colocar al paciente en posición Sims modificada.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Separar los glúteos con los cuadros de papel higiénico; lubricar e introducir el supositorio con la punta de oliva hacia fuera en forma lenta y suavemente.
- ✓ Presionar los glúteos durante tres minutos para que no lo expulse.
- ✓ Retirarse y descartar los guantes siguiendo las normas sobre manejo de desechos sólidos.
- ✓ Verificar que al paciente quede cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Realizar higiene de manos

✓ Anotar medicamento en hoja de enfermería



XXXIX.ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL.

Es la aplicación de un medicamento en forma oportuna en la vía nasal para promover la salud del paciente

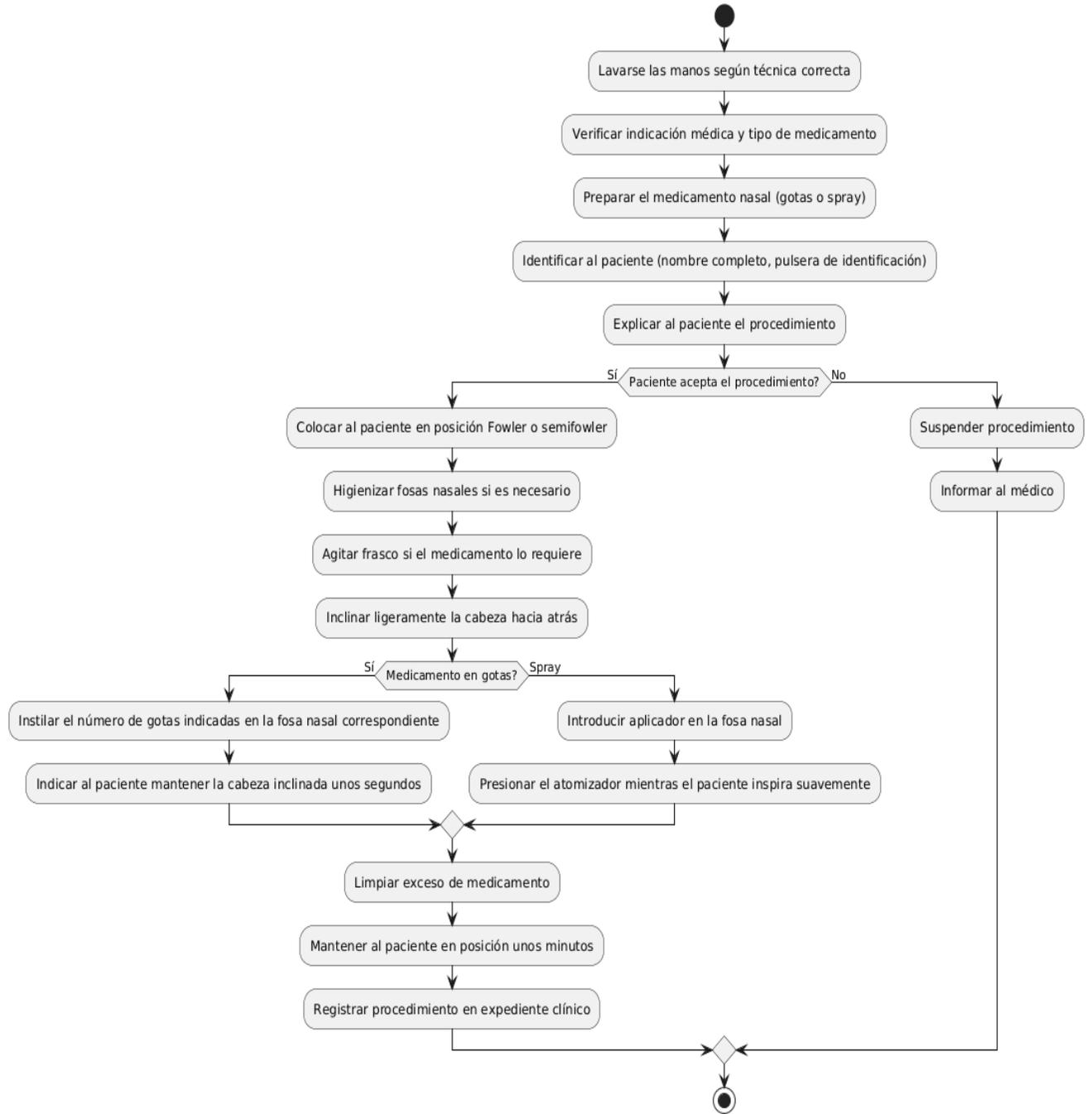
Objetivos:

- Aplicar el medicamento en la vía nasal.
- Favorecer la desaparición de los síntomas de las vías respiratorias superiores.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del paciente
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos kardex para identificar al paciente.
- ✓ Identificar e Informar al paciente sobre el tratamiento.
- ✓ Orientar al paciente sobre el uso correcto del dispositivo: Si son inhalaciones debe inspirar profundamente, sostener el medicamento, contar hasta 10 y expirar tranquilamente. Repetir esta acción las veces indicadas por el médico.
- ✓ Colocar al paciente en posición cómoda, según su condición: sentado, acostado, si son inhalaciones; si se trata de gotas, con una mano ayudar a mover la cabeza hacia atrás, en hiperextensión.
- ✓ Con la mano libre, presionar la porción superior del gotero e instilar el número indicado de gotas, en la mucosa nasal.
- ✓ Indicar al paciente que realice una respiración profunda y corta, y permanecer en la posición de hiperextensión durante 3 a 5 minutos.
- ✓ Colocar el gotero en el envase.
- ✓ Limpiar con la gasa o pañito humedecido las secreciones nasales o restos de solución que se encuentran en la piel del paciente.
- ✓ Verificar que el paciente quede cómodo.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Registrar el procedimiento realizado según criterios de calidad.

Procedimiento de Administración de Medicamentos Vía Nasal



XL ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA CUTÁNEA

Es la aplicación de un fármaco en la vía cutánea (piel) con fines terapéuticos, previa limpieza de la misma.

Objetivo:

- Aplicar el medicamento en la piel para recuperar su integridad.
- Lograr el efecto terapéutico del medicamento local o sistémico.
- Reducir la sintomatología a nivel del área corporal afectada.

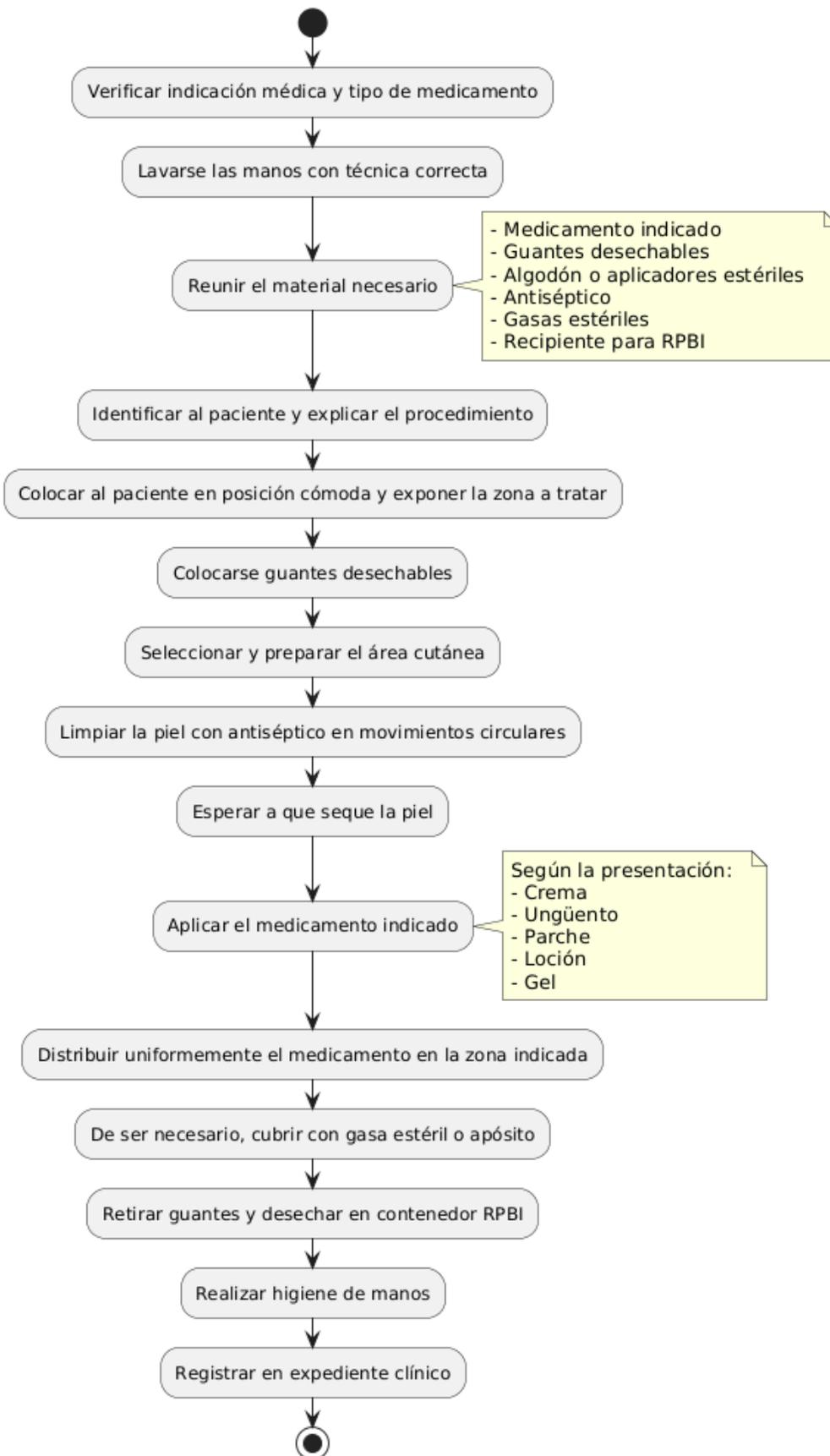
Material y equipo:

- Medicamento a administrar (crema, pomada, gel, parche medicado transdérmico, aerosol).
- Kardex.
- Equipo de limpieza de la piel.
- Espátula estéril.
- Cuadros de gasa.
- Guantes.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del paciente
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad paciente.
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos kardex para identificar al paciente controlar hora y dosis del medicamento.
- ✓ Informar sobre el tratamiento y solicitar consentimiento al paciente.
- ✓ Colocarse el equipo de protección si es necesario.
- ✓ Realizar la curación siguiendo el procedimiento establecido o limpiar el área según sea la necesidad.
- ✓ Descartar una pequeña porción del medicamento; aplicar en la espátula y distribuir de manera uniforme.
- ✓ Verificar que el paciente quede cómodo.
- ✓ Realizar el registro en hoja de enfermería.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.

Procedimiento: Administración de medicamentos vía cutánea



XLI. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA

Es la aplicación de medicamentos indicados en el oído.

Objetivos:

- Mejorar el estado de salud del paciente mediante la aplicación del tratamiento.
- Prevenir riesgos al paciente (mareos y diseminación de infecciones).
- Aplicar terapéutica ótica con fines analgésico, antiinflamatorio y otros.

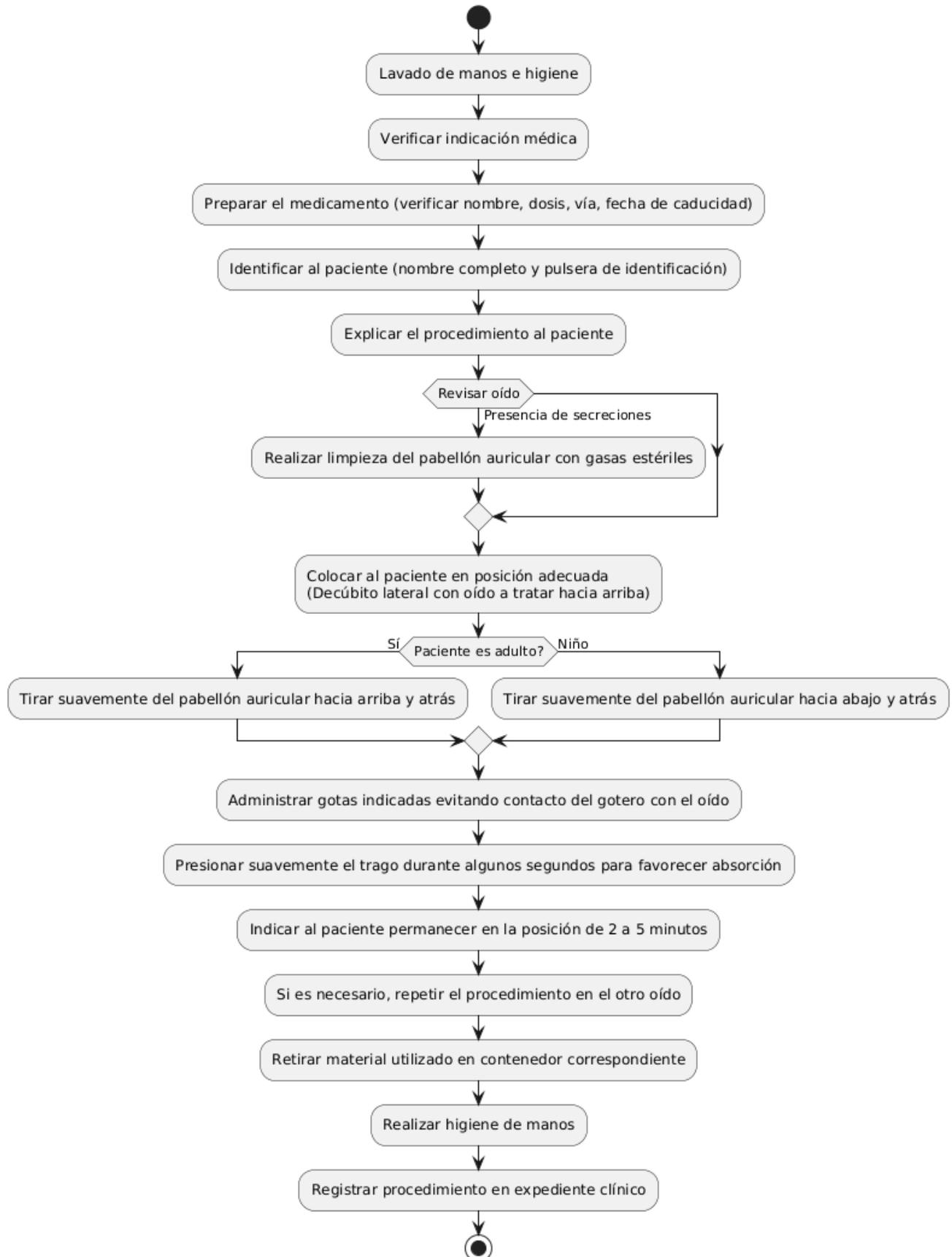
Material y equipo:

- Medicamento indicado.
- Tarjeta de medicación kardex
- Torundas de algodón.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del paciente y verificar la indicación médica
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar al paciente.
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento y solicitar el consentimiento.
- ✓ Limpiar con la gasa o algodón el área externa del oído
- ✓ Colocar al paciente en posición decúbito lateral sentado y en semifowler, con el pabellón auricular que va a recibir la medicación directamente hacia arriba.
- ✓ Con una mano, jalar suavemente el pabellón auricular hacia arriba y atrás; con la otra mano, instilar el número de gotas óticas indicadas por el médico en el conducto auditivo externo.
- ✓ Retirar el exceso de medicación con la torunda de algodón.
- ✓ Cerrar el envase del medicamento. ☒ Instruir al usuario(a) a que permanezca en la misma posición durante 3 a 5 minutos.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Realizar el registro en hoja de enfermería

Procedimiento: Administración de Medicamentos por Vía Ótica



XLII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA

Es la instilación de gotas terapéuticas en la conjuntiva y mucosa ocular para lubricar, disminuir dolor, inflamación, y/o para fines diagnósticos.

Objetivo:

- Administrar medicamentos en la mucosa del ojo, con fines terapéuticos.
- Cumplir la preparación del paciente para una prueba diagnóstica.
- Disminuir sintomatología oftálmica en el paciente.

Material:

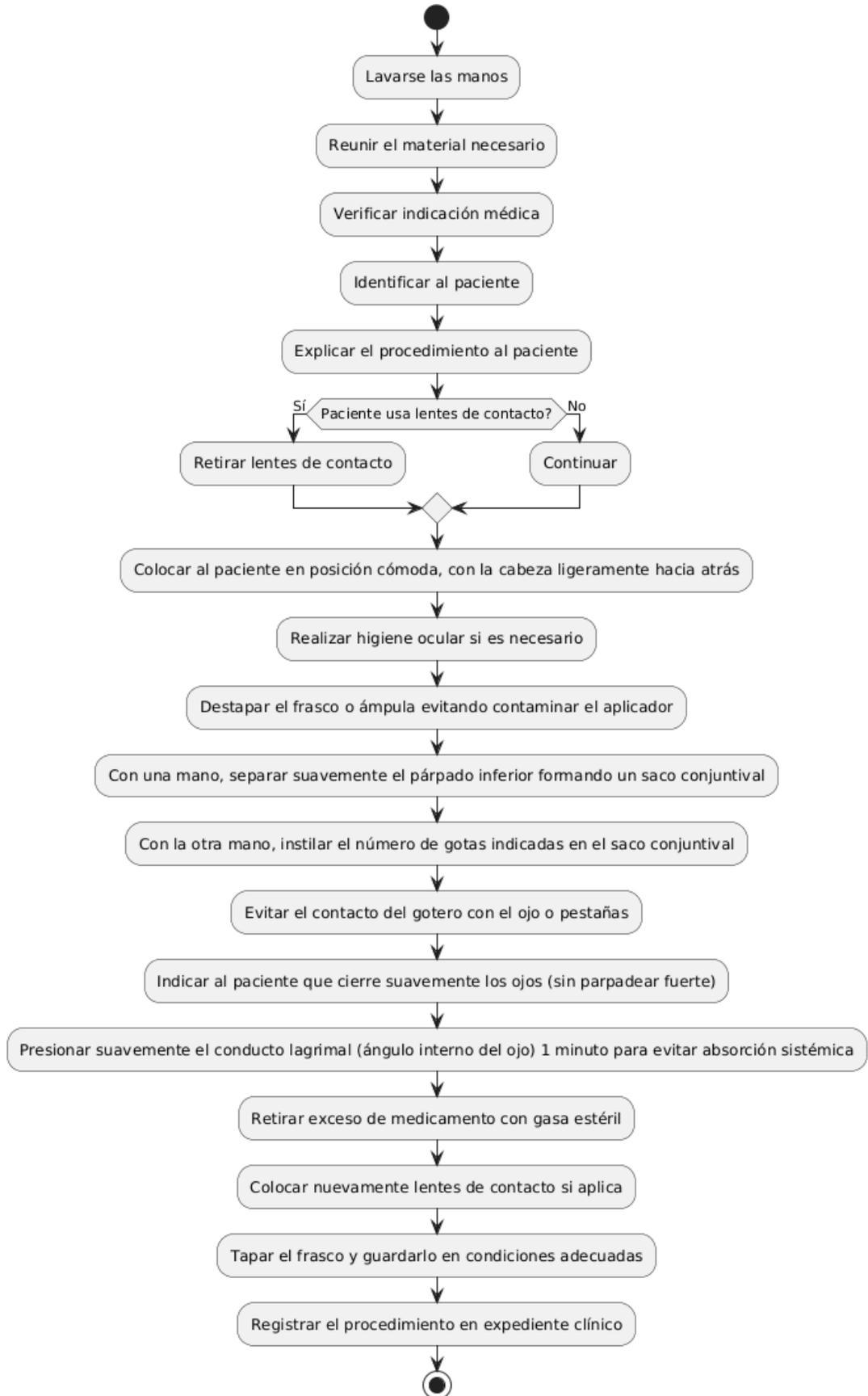
- Medcamento que se va administrar
- Tarjeta de medicación kardex
- Guantes estériles.
- Torundas de algodón.

Actividades

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente
- ✓ . Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar al paciente.
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento. y solicitar el consentimiento.
- ✓ Cerciorarse de que la conjuntiva esté limpia.
- ✓ Si son gotas para dilatar pupila, indicar a la persona que debe estar sentada o acostada pues su visión va a estar distorsionada.
- ✓ Colocarse los guantes
- ✓ Colocar al paciente en posición supina o sentada, con la frente ligeramente inclinada hacia atrás.
- ✓ Limpiar con una torunda de algodón, desde el ángulo interno hacia el externo. Utilizar torunda de algodón para cada ojo.
- ✓ Colocar una mano sobre la frente y con el dedo índice hale hacia arriba el párpado superior y con el dedo pulgar y una torunda de algodón, hale hacia abajo el párpado inferior.
- ✓ Indicar al paciente que mire hacia arriba en dirección a la frente. Con la otra mano instile el número de gotas oftálmicas indicadas, iniciando desde el ángulo interno al externo del ojo, sin dejar que el gotero o recipiente de la pomada entre en contacto con el paciente
- ✓ Retirar las manos e instruir al paciente para que cierre y gire los ojos en redondo, si no hay contraindicación.
- ✓ Retirar el exceso de medicación y de secreciones alrededor del ojo con torundas de algodón.

- 
- ✓ Quitarse los guantes.
 - ✓ Indicar al paciente que no deambule hasta que su visión sea totalmente clara.
 - ✓ Verificar que el paciente quede cómodo.
 - ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.
 - ✓ Realizar el registro en la hoja de enfermería

Procedimiento de Administración de Medicamento Vía Oftálmica



XLIII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VAGINAL

Es la aplicación de un preparado farmacológico por vía vaginal.

Objetivo:

- Disminuir sintomatología de la enfermedad.
- Producir un efecto anticonceptivo.

Material y equipo:

- Tarjeta revisada con expediente de salud.
- Medicamento indicado.
- Guantes estériles
- Equipo de limpieza vaginal.
- Cánula vaginal si el medicamento es en crema.
- Dispositivos pertinentes para facilitar la privacidad de la usuaria.
- Sábana de tratamiento.
- Toallas de papel para retirar el exceso de humedad.

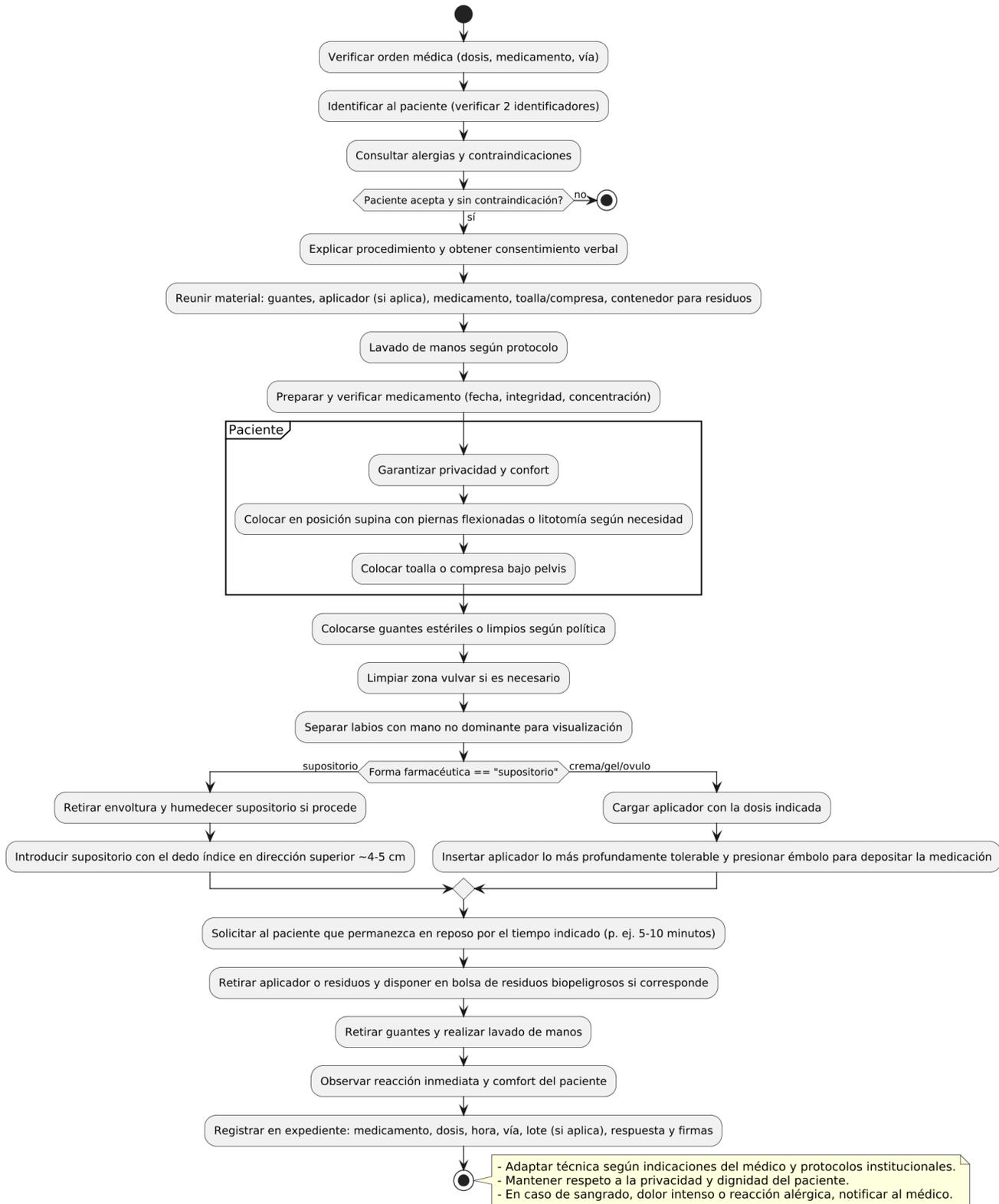
Actividades

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad de la usuaria.
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos kardex para identificar a la usuaria
- ✓ Informar al paciente sobre el tratamiento y solicitar el consentimiento a la paciente
- ✓ Hacerse acompañar de la madre o pariente femenino más cercano si la paciente es una menor.
- ✓ Proporcionar privacidad con biombo o cortina.
- ✓ Ayudar a la paciente a colocarse en posición ginecológica
- ✓ Colocarse los guantes
- ✓ Realizar el aseo perineal según procedimiento establecido.
- ✓ Cambiarse los guantes
- ✓ Separar con una de sus manos los labios hasta visualizar el orificio vaginal.
- ✓ Insertar el óvulo o el dispositivo vaginal con el medicamento y aplicarlo.
- ✓ Retirar el dispositivo vaginal.
- ✓ Instruir a la paciente para que permanezca acostada en posición horizontal durante 15 a 20 minutos
- ✓ Retirarse y descartar los guantes según normativa de desechos sólidos.

- ✓ Colocar toalla sanitaria en caso necesario.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo posteriormente siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Realizar el registro en hoja de enfermería



Procedimiento: Administración de medicamento vía vaginal



XLIV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN

Consiste en la aplicación de corriente eléctrica a través de unos electrodos o palas, conectados a un dispositivo (desfibrilador) que libera una descarga eléctrica sobre el corazón con la finalidad de producir una despolarización, permitiendo que se reinicie la actividad eléctrica.

Objetivos de enfermería:

- Realizar el monitoreo cardiaco constante.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería considerando la fase clínica del usuario.
- Coordinar las actividades con el equipo de trabajo.

Material y equipo:

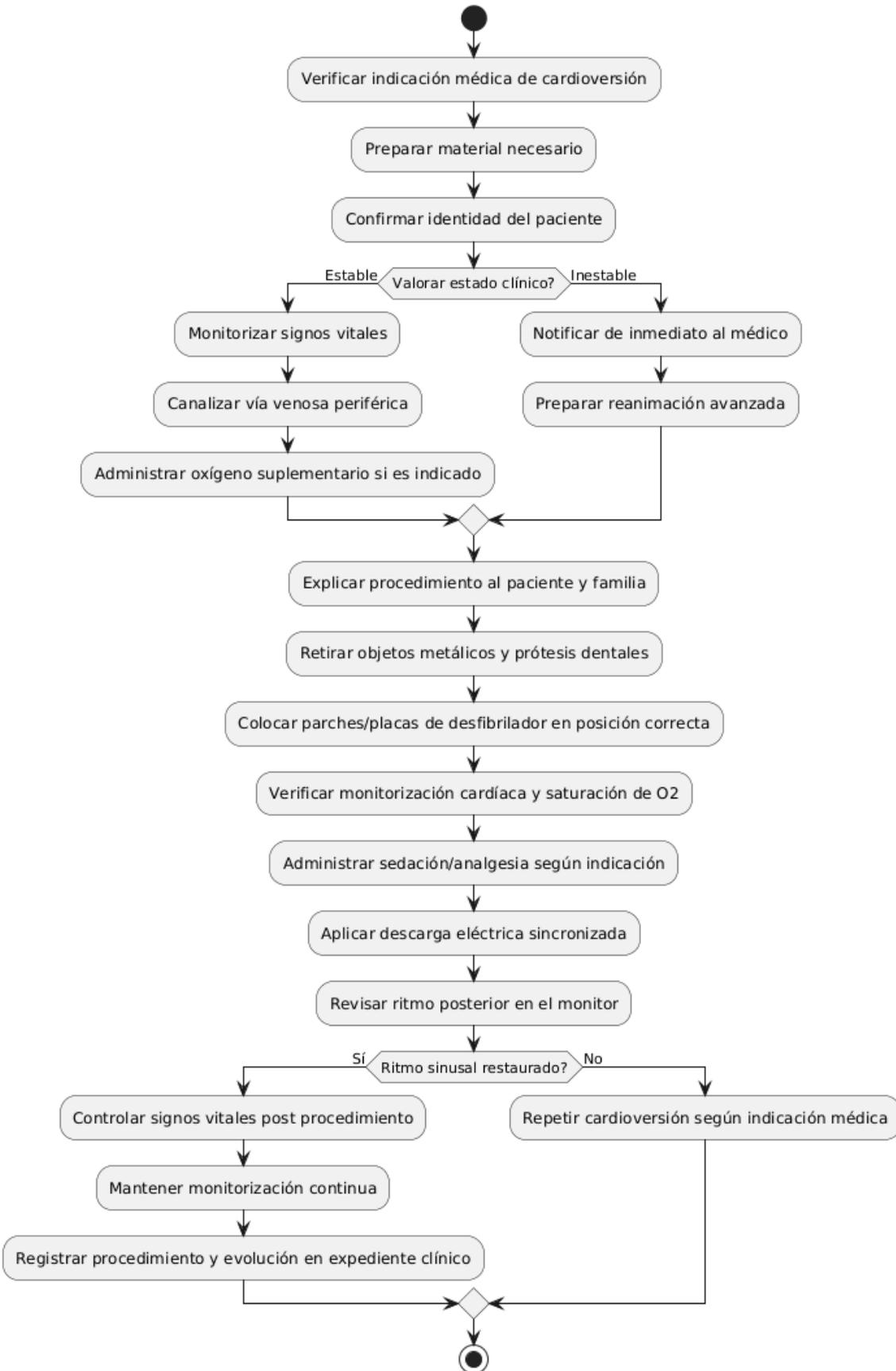
- Desfibrilador
- Jalea conductora
- Carro de paro debidamente equipado
- Guantes
- Palas: deben ser proporcionales al tamaño del tórax.
- Interface del electrodo
- Acceso venoso periférico
- Fármacos para una RCP avanzada según lineamientos vigentes.
- Material para asegurar una vía aérea permeable y oxigenoterapia.
- Fármacos sedantes/analgésicos y sus antagonistas.
- Fármacos para una RCP avanzada según lineamientos vigentes.

Actividades

- ✓ Monitorear al paciente.
- ✓ Antes del procedimiento de cardioversión:
 - ✓ Solicitar la autorización
 - ✓ Preparar física y psicológicamente al paciente
 - ✓ Retirar las prótesis dentales.
 - ✓ Retirar parche de nitroglicerina (en caso de que lo porte).
 - ✓ Preparar el equipo necesario para la realización del procedimiento.
 - ✓ Colocar al paciente en decúbito supino.
 - ✓ Canalizar una vía intravenosa de grueso calibre y colocar dispositivo de oxigenación según sea antes de la cardioversión.
 - ✓ Medir signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, pulsioximetría), y registrar en hoja de enfermería.

- ✓ Colocar electrodos del monitor de ECG al usuario; activar la sincronización en el desfibrilador.
- ✓ Administrar sedación al paciente según indicación y ventilar a la persona mediante cánula de guedel, oro faríngea o nasofaríngea o resucitador manual.
- ✓ Preparar las palas con el gel conductor o parches de desfibrilación; seleccionar la intensidad de descarga aumentando progresivamente si no hay respuesta efectiva. Cargar la energía seleccionada pulsando el botón situado en la pala ápex.
- ✓ Colocar las palas, una debajo de la clavícula derecha, 2º-3º espacio intercostal, y la otra en el lado izquierdo del tórax, 5º espacio intercostal. Las palas quedarán colocadas firmemente contra el tórax, ejerciendo una presión.
- ✓ Controlar el ritmo ECG en el monitor; retirar la ventilación momentáneamente; asegurarse de que el paciente está totalmente sedado, que nadie está en contacto con el paciente y la cama, avisar en voz alta la descarga.
- ✓ Presionar los botones de descarga simultáneamente en ambas palas sin variar la posición de estas. La descarga se retrasará unos instantes debido a que debe coincidir con la onda "R" del ECG, momento en el cual toda la masa ventricular se encuentra repolarizada.
- ✓ Evaluar el ritmo cardiaco en el monitor tras la descarga, volver a ventilar y controlar la tensión arterial. Si el choque no ha sido efectivo, se podrá repetir el proceso aumentando la intensidad de energía.
- ✓ Comprobar el estado del paciente.
- ✓ Limpiar la zona de aplicación y observar el estado de la piel. Aplicar crema hidratante si existen quemaduras y colocar mascarilla Venturi a flujo medio.
- ✓ Reorientar y apoyar al paciente.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Anotar en la hoja de registro de enfermería; se reflejará hora, número de choques, intensidad, medicación administrada, control de constantes y las observaciones que sean precisas

Cuidados de Enfermería en Cardioversión



XLV. COLOCACIÓN DE VENDAS ELÁSTICAS EN MIEMBROS INFERIORES

Definición:

Es la utilización de vendaje elástico en miembros inferiores en el usuario(a), con el fin de ejercer compresión progresiva, de la parte distal a la proximal a nivel de la extremidad, para favorecer el retorno venoso.

Objetivo:

- Prevenir o reducir la inflamación.
- Proporcionar una inmovilidad.
- Favorecer el retorno venoso.
- Prevenir la hemorragia.

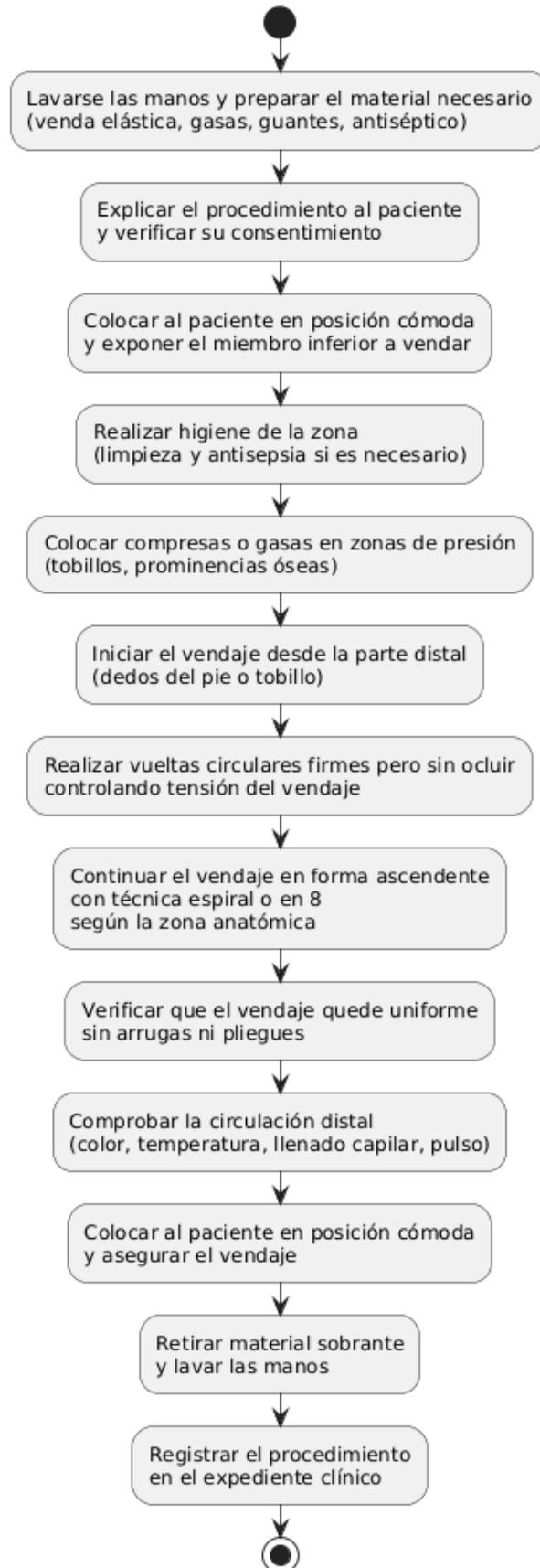
Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud al paciente para dar seguimiento a las indicaciones médicas.
- ✓ Identificar e instruir al paciente sobre el procedimiento a realizar y la necesidad de mantener vendada la extremidad, enseñándole qué movimientos puede hacer y las actividades que le están permitidas.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Asegurar un ambiente de privacidad al paciente, para realizar el procedimiento.
- ✓ Ubicar al paciente en la cama, retirar las prendas de ropa de la extremidad a vendar, revisar la misma en busca de abrasiones, palidez, cianosis y edema, antes de colocar el vendaje indicado. Mantener la parte del cuerpo lesionada en la posición en la que estará cuando el vendaje esté finalizado.
- ✓ Colocar al paciente en posición cómoda y relajada, en función de la zona que se ha de vendar: decúbito supino, sedestación y en posición funcional
- ✓ Ejecutar higiene de manos nuevamente según procedimiento.
- ✓ Estirar la venda en un 50%, al momento de la colocación y conforme se va realizando el vendaje.
- ✓ Colocarse del lado de la lesión del paciente e iniciar la colocación desde la base de los dedos del pie hasta la mitad de la pierna. Al terminar de colocar la venda, preguntar al usuario(a) si se siente cómodo con el vendaje o si está demasiado ajustado. Si el vendaje está demasiado apretado, se debe aflojar.
- ✓ Dejar al paciente cómodo, aclarando todas sus dudas y la unidad en orden.
- ✓ Dejar la unidad y cuarto de tratamiento en orden.

- ✓ Ejecutar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Brindar educación sobre la auto colocación de vendas elásticas en miembros inferiores en el ámbito extra hospitalario.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería en hoja de registro de enfermería



Procedimiento de colocación de vendaje en miembros inferiores



XLVI. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE SIGNOS NEUROLÓGICOS

"Signo neurológico blando" se refiere a los hallazgos que son consecuencia del deterioro en la integración de tres áreas funcionales de alto orden: integración de unidades sensoriales más complejas, coordinación de la actividad motora, y secuenciación de los patrones motores.

Objetivos:

- Detección oportuna de signos y síntomas relacionados con el deterioro neurológico.

Actividades

- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento
- ✓ Solicitar el consentimiento al paciente para el procedimiento.
- ✓ Colocar al paciente en posición decúbito supino y proporcionar privacidad con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Valorar: El nivel de conciencia haciendo preguntas sencillas. o La apertura ocular y asignar puntaje. o La respuesta verbal y asignar puntaje. o La respuesta motora y asignar puntaje. o Si existe desviación de la comisura bucal a la izquierda o derecha. o La reacción pupilar:
- ✓ Oscurecer la habitación.
- ✓ Solicitar al paciente que fije la mirada en un objeto.
- ✓ Levantar el párpado y enfocar la luz de la linterna a un lado; luego desplazarla hacia el usuario(a) iluminando directamente el ojo.
- ✓ Repetir el procedimiento en el otro ojo.
- ✓ Observar movimientos o desviaciones anormales.
- ✓ Registrar la respuesta pupilar:
- ✓ Elaborar nota de enfermería según los criterios de calidad y enfatizando diferencias entre una y otra pupila.
- ✓ Limpiar y ordenar el material utilizado.

Apertura ocular

Espontánea: 4 puntos A la orden: 3 puntos Ante un estímulo doloroso: 2 puntos Ausencia de apertura ocular: 1 punto

Respuesta verbal

Orientado correctamente: 5 Paciente confuso: 4 Lenguaje inapropiado (p. ej. Interjecciones: 3 Lenguaje incomprensible (p. ej. gruñidos, suspiros, etc.): 2 Carencia de actividad verbal: 1

Respuesta motora

Obedece órdenes correctamente: 6 Localiza estímulos dolorosos (p. ej. presión sobre el lecho ungueal): 5 Evita estímulos dolorosos retirando el segmento corporal explorado: 4 Respuesta con flexión anormal de los miembros: 3 Respuesta con extensión anormal de los miembros: 2 Ausencia de respuesta motora: 1 La oscuridad permite la óptima apreciación del reflejo fotosensible.

XLVII. LIMPIEZA DE OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN (COLOSTOMÍA, ILEOSTOMÍA, UROSTOMIA).

Son las actividades que realiza la enfermera(o) para disminuir el número de microorganismos, prevenir infecciones y mantener la integridad de la piel periestomal.

Objetivos:

- Proporcionar confort físico y emocional al paciente
- Mantener la integridad de la piel.
- Promover acciones de auto cuidado.
- Prevenir ulceraciones por filtración de líquidos, infecciones.

Material y equipo:

- Equipo de curación.
- Torundas de gasa.
- Material de protección para el área de la periferia de la estoma.
- Sábana de tratamiento.
- suero fisiológico o agua estéril según condición del usuario.
- Cuadro de gasa.
- Recipiente para descartar según norma institucional. (bolsa, aros, medidor de estoma, talco, pasta protectora y otros).
- Bolsa para descartar según norma institucional. o Recordar que las heces se descartan en el servicio sanitario.

Actividades

- ✓ Identificar, informar y solicitar consentimiento al usuario o responsable.
- ✓ Preparar el carro de curación con el equipo completo, trasladarlo a la unidad del paciente y asegurar que el ambiente tenga privacidad.
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Colocar sábana de tratamiento.
- ✓ Realizar procedimiento de curación.
- ✓ Observar características de estoma, área periestomal.
- ✓ Observar y reportar: color, tamaño y forma, estado de piel, presencia de irritación, dolor, enrojecimiento.
- ✓ Limpie muy bien la zona alrededor de la estoma, puede lavar con suficiente agua el estoma.
- ✓ No use jabón, si lo utiliza enjuague muy bien para que no queden residuos de jabón este puede lacerar la piel. Al limpiar el estoma puede sangrar un poco recuerde que esta zona es muy vascularizada (contiene muchos vasos capilares) es muy sensible.
- ✓ Limpiar zona periestomal con torundas de gasa humedecidas con agua, suero fisiológico o agua estéril según condición del usuario en forma circular; luego secar suavemente.
- ✓ Medir el diámetro de la estoma con la guía de calibración, utilizando los medidores adecuados, para recortar la placa adhesiva de la forma más exacta posible, según tipo de estoma.
- ✓ Dibujar el diámetro de la estoma en la parte posterior de la placa.
- ✓ Recortar el agujero central hasta el diámetro requerido, procurando que sea del tamaño de la estoma.
- ✓ Secar bien la piel antes de aplicar la nueva placa.
- ✓ Si la superficie no es plana, es irregular o si se presenta retracción en el estoma, se puede utilizar la pasta selladora, se puede colocar a la par del orificio recortado en el parche, o alrededor del estoma directamente. Antes de colocar la pasta retire el protector del parche. No extienda la pasta, deje que seque al aire durante un minuto.
- ✓ Presionar el disco sobre la piel prestando especial atención a la zona más próxima al estoma, presionar ligeramente para lograr una buena adhesión
- ✓ Adaptar la bolsa según tipo de ostomía y función a la placa adherida a la piel para la comodidad del paciente.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento y brindar comodidad al paciente
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.
- ✓ Elaborar nota de enfermería para asegurar continuidad del tratamiento.

XLVIII. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA Y SUCCIÓN GÁSTRICA

Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

Objetivos

Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo.

Objetivos

- Administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gástrica.
- Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Realizar lavado gástrico.
- Administrar alimentación enteral.
- Administrar medicamentos.
- Prevenir bronco aspiración en el paciente con disminución de conciencia.
- Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Material y equipo:

- Sonda nasogástrica de poliuretano con guía (número de sonda según características del paciente).
- Gel lubricante.
- Jeringa con capacidad de 20 o 50 cc.
- Jeringa asepto.
- Agua estéril.
- Fijación para sonda nasogástrica
- Toallas de papel.
- Bolsa recolectora
- Expediente de salud.
- Guantes estériles,
- Campo cerrado
- Estetoscopio.
- Equipo de succión gástrico portátil o de pared.
- Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
-

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del paciente y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
- ✓ Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- ✓ Identificar e informar al paciente acerca del procedimiento.
- ✓ Permitir un ambiente de privacidad para el paciente.
- ✓ Asistir al paciente a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición.
- ✓ Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera: La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- ✓ Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
- ✓ Indicar al paciente que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda.
- ✓ La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
- ✓ Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera: Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
- ✓ Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
- ✓ Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
- ✓ Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.
- ✓ Adaptar la SNG a la bolsa recolectora
- ✓ Fijar la conexión del equipo a la cama.
- ✓ Observar que el paciente quede cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.

XLIX. LAVADO GÁSTRICO.

Consiste en la administración y aspiración de volúmenes de líquido irrigados en el estómago con la intención de eliminar tóxicos u otras sustancias presentes.

Objetivos:

- Extraer contenido gástrico.
- Extraer sustancias tóxicas.
- Disminuir el sangrado digestivo.

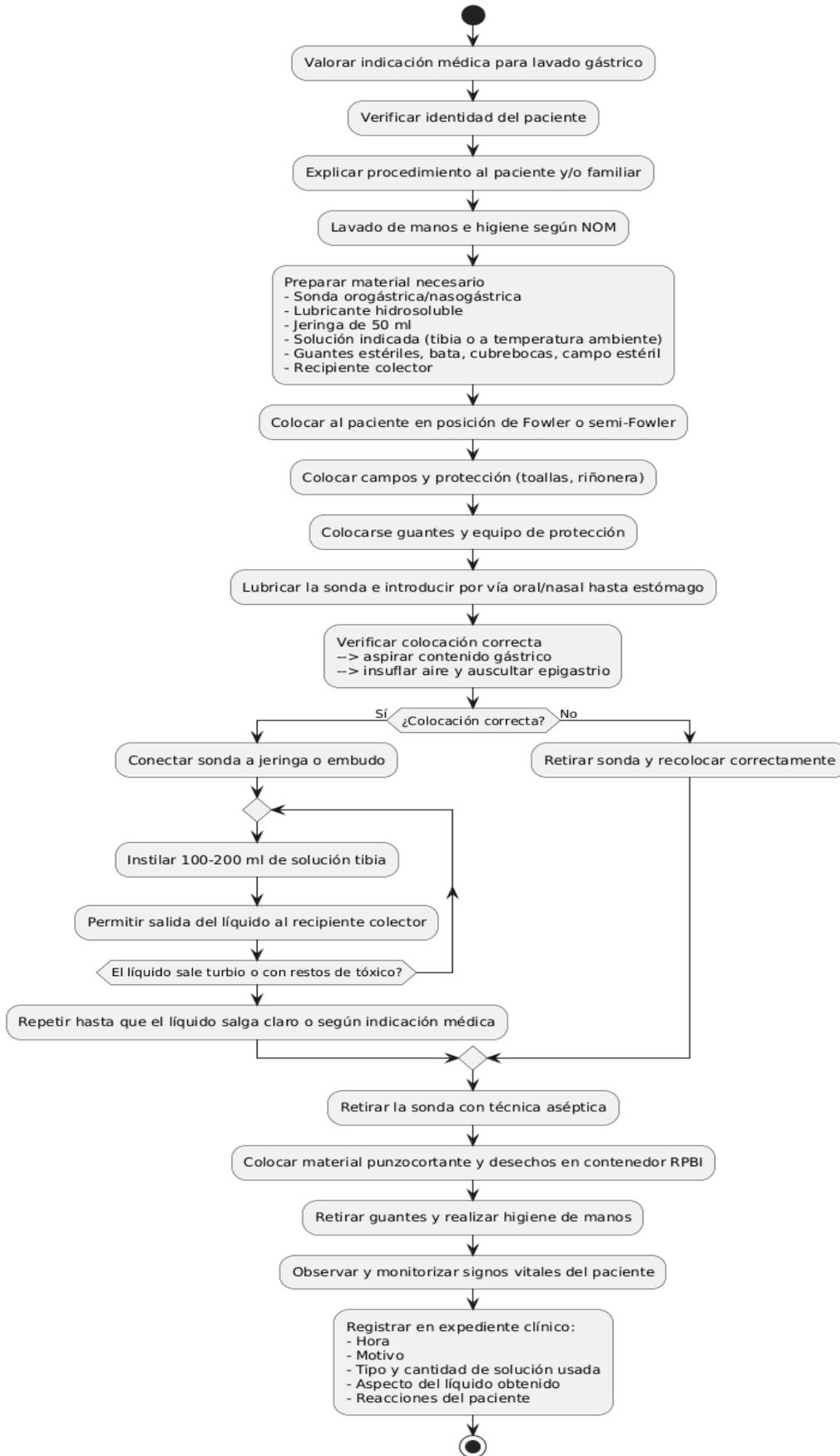
Material y equipo.

- Sonda nasogástrica o similar, calibre según necesidad del paciente
- Riñón grande, estéril.
- Riñón o balde no estéril con desinfectante.
- Delantal descartable de manga larga.
- Anteojos protectores.
- Agua fría según indicación.
- Pinza con protector de hule.
- Jeringa asepto.
- Copa con agua

Actividades

- ✓ Colocar la sonda nasogástrica.
- ✓ Cargar la jeringa asepto con la solución indicada.
- ✓ Adaptar la jeringa asepto a la sonda e introducir la solución indicada.
- ✓ Introducir suavemente la solución por la sonda; luego, extraer el contenido introducido y descartarlo en el riñón.
- ✓ Repetir este paso hasta que el líquido extraído esté claro o según criterio médico.
- ✓ Retirar la sonda, según la indicación médica.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.

Procedimiento de Lavado Gástrico (NOM Mexicana)



L. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON AFECCIONES DEL APARATO REPRODUCTOR CONCEPTOS GENERALES

La reproducción es el proceso a través del cual los organismos forman más organismos similares a ellos; es una de las características que diferencia a los seres vivos de las cosas inanimadas.

Todos los seres vivos se reproducen. Pero si bien el sistema reproductor es esencial para mantener viva a una especie, a diferencia de otros sistemas del cuerpo, no es esencial para mantener vivo a un individuo. En el proceso de reproducción humana, participan dos tipos de células sexuales, o gametos.

El gameto masculino, o espermatozoide, y el gameto femenino, u óvulo; se juntan en el sistema reproductor femenino y conforman una nueva persona.

Tanto el sistema reproductor masculino como el femenino son esenciales para la reproducción. La mujer necesita que un hombre fertilice su óvulo, aunque es ella quien lleva la descendencia durante el embarazo y el parto.

La mayoría de las especies tienen dos sexos: masculino y femenino. Cada sexo cuenta con su propio sistema reproductor. La estructura y la forma son diferentes, pero ambos están diseñados específicamente para producir, nutrir y transportar el óvulo (o huevo) o el espermatozoide.

Sistema reproductor femenino A diferencia del hombre, la mujer tiene el sistema reproductor ubicado íntegramente en la pelvis (que es la zona baja del abdomen). La parte externa de los órganos reproductores femeninos están formados por:

- Vulva: que significa "cubierta"; está ubicada entre las piernas; cubre la abertura que conduce a la vagina y a otros órganos reproductores ubicados dentro del cuerpo.
- Monte de Venus o "mons pubis": es la zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal.
- Labios: son dos pares de membranas que rodean la abertura de la vagina. →
- Clítoris: es un pequeño órgano sensitivo; está ubicado hacia la parte delantera de la vulva, donde se unen los pliegues de los labios.

Los órganos reproductores internos de la mujer son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

- La vagina: es un tubo muscular hueco que se extiende desde la abertura vaginal hasta el útero; mide aproximadamente de 3 a 5 pulgadas (8 a 12 centímetros). Dado que posee paredes musculares, puede expandirse y

contraerse. Esta capacidad de ensancharse o afinarse permite que la vagina pueda albergar algo tan delgado como un tampón o tan ancho como un bebé. Las paredes musculares de la vagina están recubiertas por membranas mucosas, que la mantienen húmeda y protegida.

- Útero: tiene forma de pera invertida con un recubrimiento grueso y paredes musculares; de hecho, el útero posee algunos de los músculos más fuertes del cuerpo, capaces de expandirse y contraerse para albergar al feto en crecimiento y después ayudan a empujar al bebé hacia afuera durante el parto. Cuando una mujer no está embarazada, el útero mide tan solo 3 pulgadas (7,5 centímetros) de largo y 2 pulgadas (5 centímetros) de ancho.
- Trompas de Falopio: conectan el útero con los ovarios. Existen dos trompas de Falopio, cada una de ellas unida a un lado del útero. Las trompas de Falopio miden, aproximadamente, 4 pulgadas (10 centímetros) de largo y son tan anchas como un espagueti. Dentro de cada tubo hay un pequeñísimo canal, del ancho de una aguja de coser.
- Los ovarios: son dos órganos con forma de óvalo ubicados en la parte superior derecha e izquierda del útero. Producen, almacenan y liberan óvulos en las trompas de Falopio, en un proceso que se denomina ovulación. Cada ovario mide, aproximadamente, de 1,5 a 2 pulgadas (de 4 a 5 centímetros) en una mujer madura. Los ovarios también forman parte del sistema endocrino, porque producen las hormonas sexuales femeninas, como el estrógeno y la progesterona.

LI. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLPOSCOPIA

Visualización de la vagina y el cuello del útero, por medio de un instrumento llamado colposcopio.

Objetivos:

- Confirmar diagnóstico ante la sospecha de una patología.
- Permitir la realización de biopsia.

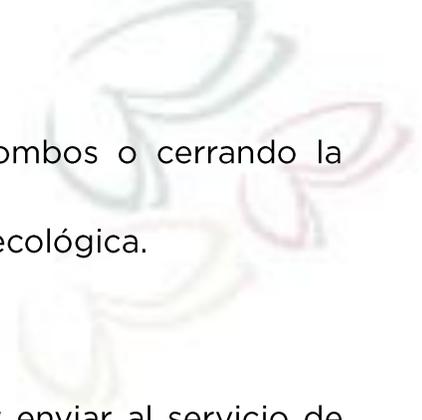
Material y equipo:

- Camilla ginecológica.
- Colposcopio con sus accesorios.
- 2 pares de guantes estériles.
- Espejo vaginal
- Hisopos largos con punta envuelta con algodón.
- Espátulas de madera.
- Cuadros de gasa.
- Láminas de vidrio para citología.
- Frasco con solución preservante para depositar la muestra para biopsia en caso necesario.
- Recipiente con solución desinfectante para equipos.
- Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- Expediente de salud.

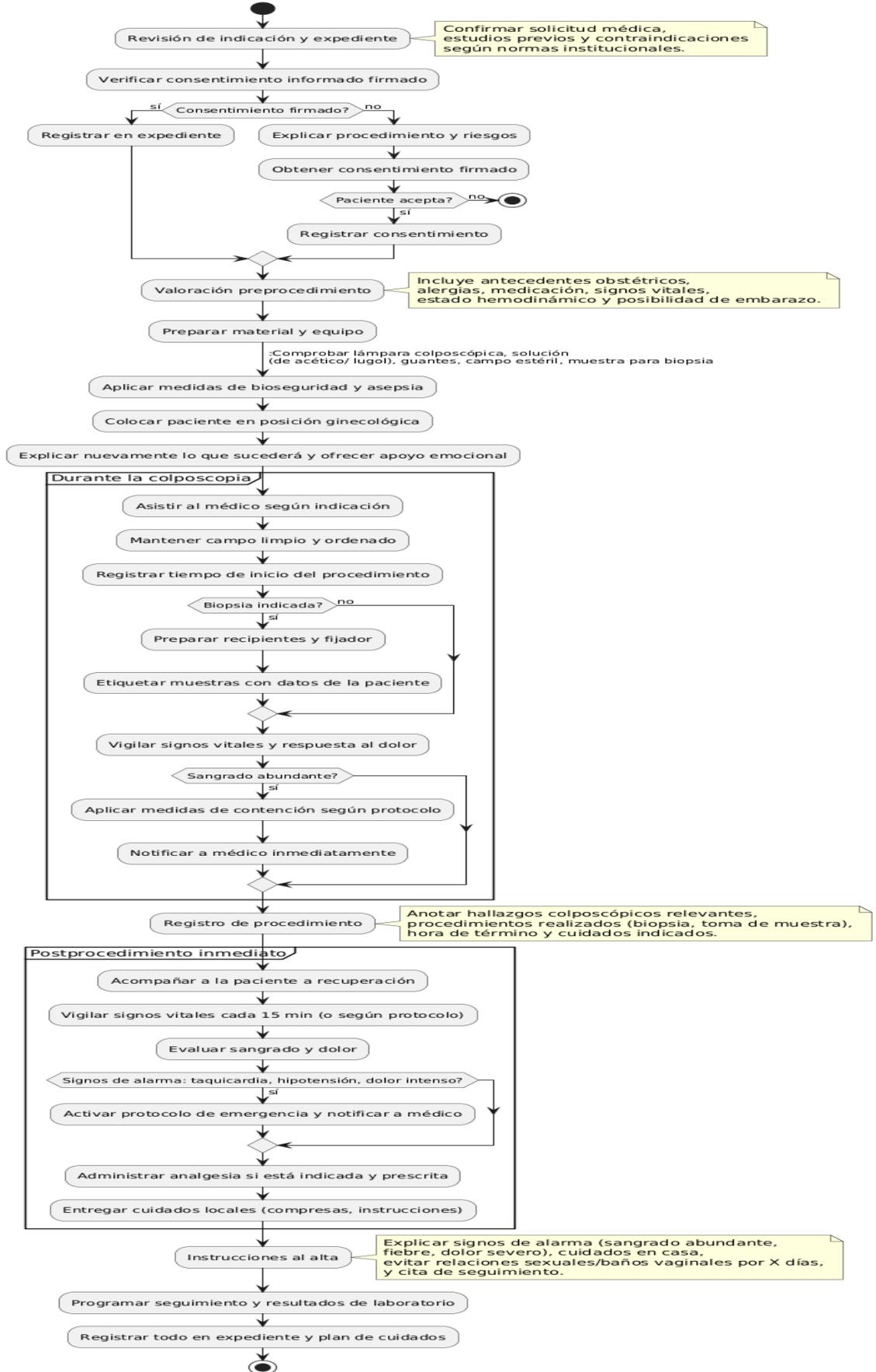
Actividades

El día del examen:

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Identificar al usuario e informarle sobre los cuidados que debe tener antes, durante y después del procedimiento. La usuaria no debe tener la menstruación.
- ✓ Verificar la firma de consentimiento informado.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Medir y registrar signos vitales.
- ✓ Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Recibir a la usuaria, identificarla e informarle con respecto al procedimiento.

- 
- ✓ Proveer privacidad a la paciente con cortinas biombos o cerrando la puerta.
 - ✓ Asistir a la paciente para colocarse en posición ginecológica.
 - ✓ Realizar higiene de manos.
 - ✓ Asistir al médico durante el procedimiento
 - ✓ Recibir las muestras para citología-biopsia.
 - ✓ Identificar la biopsia con los datos de la usuaria y enviar al servicio de anatomía patológica.
 - ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
 - ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Cuidados de enfermería en colposcopia - Procedimiento y vigilancia



II INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU)

Es un procedimiento por medio del cual se obtienen células del cuello del útero para estudio.

Objetivo:

- Obtener una muestra de las células del cuello del útero para estudio citológico, con el fin detectar tempranamente alteraciones cérvico uterinas.

Material y equipo:

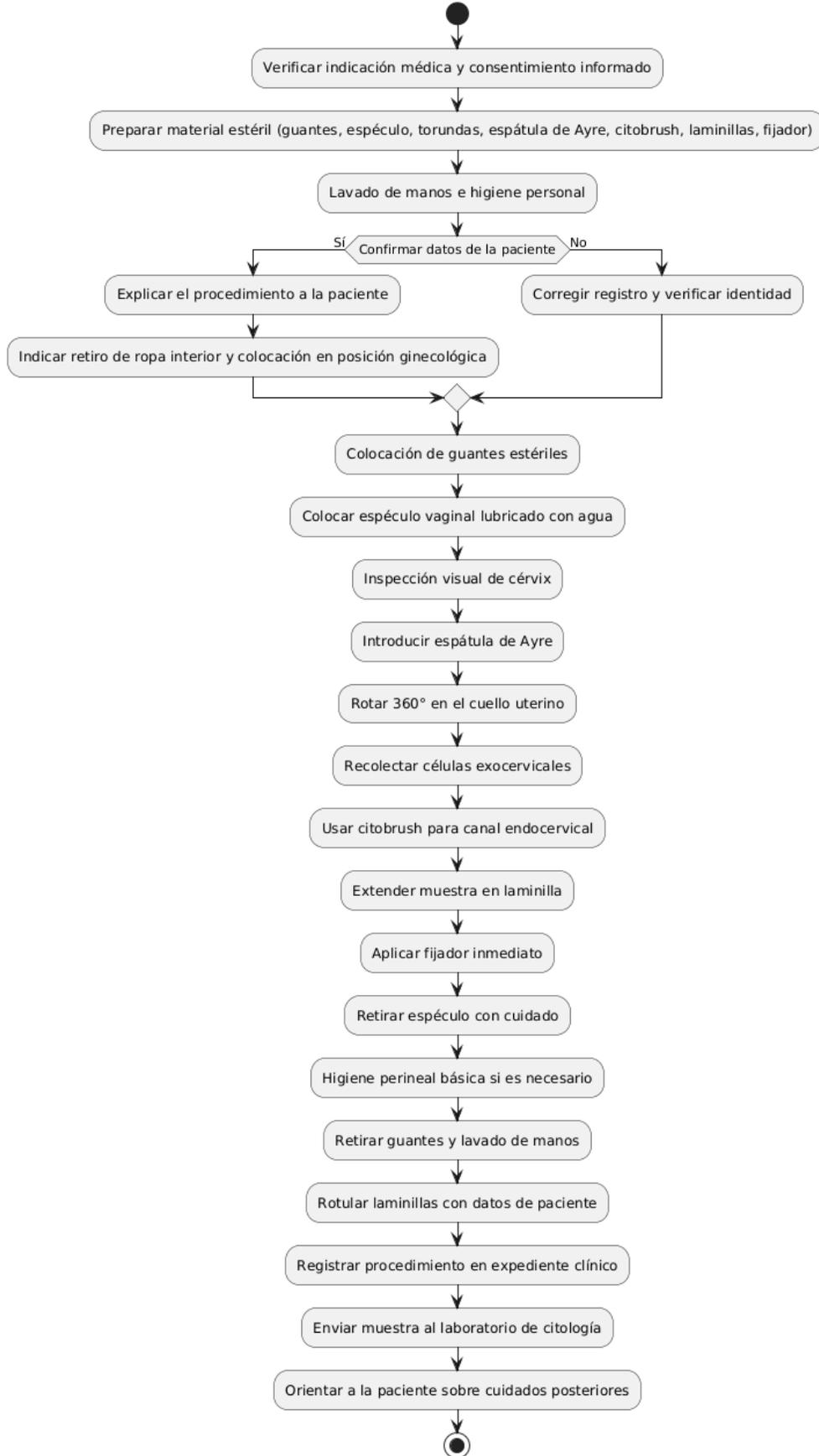
- Lámpara de cuello ganso.
- Espejo vaginal grande, mediano y pequeños.
- Líquido fijador
- Pinza Kelly o Forester.
- Aplicadores de algodón.
- Laminilla para toma de muestra
- Kit para citología vaginal que incluya: Lámina de vidrio. o Espátula de madera o plástico. o Cito Brush o cepillo endocervical, porta lámina acorde al tipo de lámina usada.

Actividades

- ✓ Identificar e informar a la usuaria sobre el procedimiento.
- ✓ Verificar si la usuaria cumple con los criterios para una toma de muestra adecuada: o Si la usuaria ha utilizado medicamentos vía vaginal setenta y dos (72) horas antes de tomar la citología no debe realizarse la toma y dar cita para otro día. o El sangrado menstrual u otro tipo de sangrado no es contraindicación para la toma de la citología. Si hay sangrado la muestra debe fijarse con fijador tipo.
- ✓ Si la usuaria presenta patologías propias del embarazo que contraindica la toma, se pospone ésta hasta la resolución de la patología
- ✓ Indicar a la paciente el sitio donde puede retirarse las prendas íntimas.
- ✓ Preparar el equipo, las láminas de vidrio y el formulario de solicitud de examen citológico anotando con lápiz los datos de identificación de la usuaria.
- ✓ Lavarse las manos y colocarse anteojos protectores, bata y guantes estériles.
- ✓ Seleccionar el espejo adecuado.
- ✓ Se introduce un espejo vaginal con delicadeza, sin lubricante, ni agua; los espejos pequeños se utilizan preferentemente en nulíparas y en usuarias adultas mayores, mientras que los medianos y grandes, se utilizan dependiendo de las características físicas de la usuaria.

- ✓ Con la parte acorazonada o de forma de trébol de la espátula se toma la muestra de la zona de transformación, se apoya la espátula en el externo, y se efectúa un raspado firme pero delicado, girándola 360 grados.
- ✓ Posteriormente, se obtiene la muestra endocervical, introduciendo el cepillo en el canal hasta la longitud donde estén presentes las cerdas del cepillo, luego se gira no más de 180 grados, porque puede producir sangrado y dificultar la lectura de la muestra. En las usuarias que presentan sequedad del cuello del útero o cuando no hay disponible un cepillo endocervical, se puede utilizar un hisopo de algodón humedecido en solución salina para el endocérvix.
- ✓ El material obtenido con la espátula se extiende delgada y uniformemente sobre la totalidad de la superficie de la lámina no esmerilada. Seguidamente, el cepillo endocervical es girado sobre la superficie de la lámina depositando el material de la muestra sobre la misma. En caso de usar un hisopo de algodón, éste también debe ser girado sobre la lámina y no frotado, de manera que las células (muestra) sean transferidas a la lámina sin triturarlas.
- ✓ En los casos que presenten exceso de secreciones, moco o sangre alrededor del cuello de útero, se deben limpiar, previo a la toma, con una torunda de gasa. Si por las características de la secreción o flujo se sospecha de alguna infección, la profesional toma y envía un frotis al laboratorio, o se procede a establecer el diagnóstico clínico y a indicar el tratamiento correspondiente.
- ✓ Al realizar la citología cérvico vaginal también se debe realizar una inspección detallada de la vulva, el introito, las paredes vaginales y el cuello de útero, para detectar anomalías. En caso de detectarse anomalías macroscópicas, la usuaria debe ser referida a colposcopia sin esperar los resultados de la citología.
- ✓ Informar a la usuaria el sitio donde puede realizarse aseo genital y recolocarse las prendas íntimas.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, según normas de infecciones intrahospitalarias y desechos sólidos. Anotar en la historia de salud el procedimiento y los hallazgos.

Procedimiento de Enfermería para Papanicolaou (NOM México)



LIII. EXAMEN FÍSICO DE MAMAS

Técnica manual para la exploración física de las mamas que permite identificar protuberancias anormales.

Objetivos:

- Detectar en forma precoz alguna patología maligna o benigna en la mama.
- Orientar a la mujer para que se realice el autoexamen de mamas

Materiales y equipo:

- Cuarto privado
- Bata abierta
- Expediente de salud
- Guantes

Actividades

- ✓ Informar y solicitar el consentimiento a la paciente.
- ✓ Indicar el área donde puede desvestirse y colocarse la bata.
- ✓ Proporcionar privacidad con biombos cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- ✓ Realizar el examen siguiendo los siguientes pasos e invitando a la usuaria a que los repita
- ✓ Revisar que la iluminación sea suficiente y ubicar al usuario frente a un espejo.
- ✓ Solicitarle que eleve ambos brazos y observe si hay diferencia en los senos o cambios en la posición del pezón.
- ✓ Iniciar la palpación con movimientos circulares, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, completando toda la mama; determinar si existen masas o dolor.
- ✓ Solicitar a la paciente que coloque la mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.
- ✓ Con la yema de los dedos de la mano izquierda, examinar la mama derecha iniciando la palpación del borde (periferia) al centro (pezón).
- ✓ Examinar el pezón presionándolo suavemente con el dedo pulgar e índice para observar si hay salida de secreción o sangrado.
- ✓ Repetir el procedimiento para examinar la mama izquierda.
- ✓ Examinar la axila con la yema de los dedos haciendo movimientos circulares para detectar la presencia de masas.

- ✓ Orientar a la usuaria para que se realice el autoexamen de mama 8 días después del inicio de la menstruación. Si no menstrúa, que se haga el autoexamen un día fijo cada mes.
- ✓ Indicar a la usuaria la finalización del examen y el área para vestirse.
- ✓ Anotar en el expediente de salud el procedimiento y los hallazgos.

LIV. COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY VESICAL

Consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra. El procedimiento debe realizarse con técnica aséptica médica y quirúrgica.

Objetivos:

- Realizar irrigaciones vesicales.
- Favorecer el drenaje de la orina en los pacientes con disfunción neurogénica de vejiga y retención de orina.
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Facilitar la medición precisa de la orina excretada.
- Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales causadas por distensión de la vejiga. Aliviar la retención aguda o crónica de orina
- Determinar la cantidad de orina residual después de la micción.
- Recoger muestra de orina estéril.

Material y equipo:

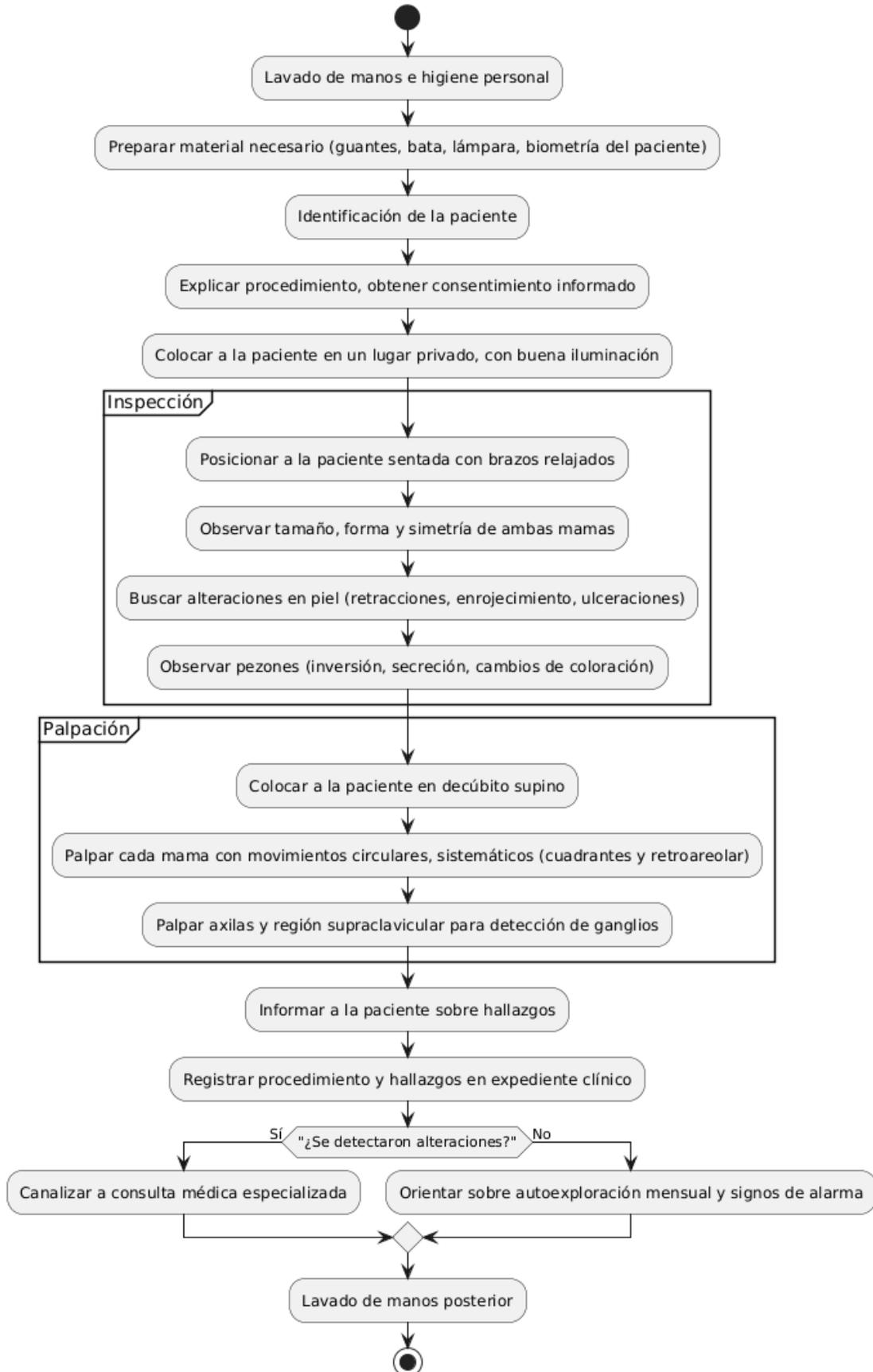
- Cuadro de gasa.
- 2 pares de guantes estériles.
- Sonda Foley número 14 o 16, de dos o tres vías.
- Gel lubricante.
- Jeringa de 5 o 10 c.c.
- Jabón líquido antiséptico.
- Agua estéril.
- Lámpara de chicote
- Bolsa recolectora para orina.
- Frasco estéril para muestra de orina.
- Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- Expediente de salud

Actividades

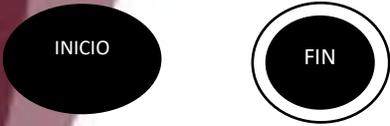
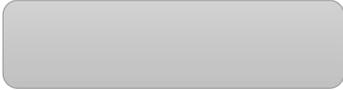
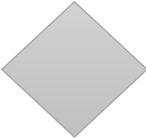
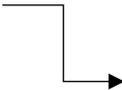
- ✓ Verificar en el expediente de salud la indicación médica.
- ✓ Identificar al paciente e informarle sobre el procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Colocar al lado el campo estéril y extender el extremo superior jalando la punta.
- ✓ Abrir el empaque primario en que viene la sonda y colocarla en el campo estéril. Abrir la jeringa del empaque y colocarla en el campo estéril según técnica.
- ✓ Colocarse guantes estériles y ordenar los materiales con la mano dominante y/o utilizar pinza auxiliar, de la siguiente forma:
- ✓ Adaptar la bolsa recolectora de orina a la cama
- ✓ Propicie un ambiente de privacidad al paciente para realizar el procedimiento.
- ✓ Deslizar la sábana superior hasta los pies del paciente
- ✓ Doblar en varias partes la sábana para tratamiento y colocar debajo de los glúteos.
- ✓ Colocar a la paciente en posición ginecológica. El hombre se coloca en posición decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas.
- ✓ Cambiarse los guantes según técnica correcta. Cargar la jeringa con 5 c.c. o 10cc de agua estéril,
- ✓ Retirar el segundo empaque de la sonda.
- ✓ Adaptar la jeringa con agua estéril al puerto de inflado del balón e inyectar la cantidad recomendada de agua; esperar unos segundos.
- ✓ Extraer el agua, comprobar que el balón quede totalmente desinflado.
- ✓ Colocar la sonda ya probada en el riñón grande y lubricar.
- ✓ Realizar aseo perineal
- ✓ En la mujer, separar los labios para exponer el meato urinario; en el hombre, utilizar la gasa estéril para cubrir y sujetar el pene. Utilizar la mano no dominante.
- ✓ Introducir la sonda suavemente sin forzarla; deje el extremo dentro del riñón. Esperar que drene orina. Recoger la muestra de orina. Retirar la sonda o proceder a inflar el balón, traccionando suavemente y adaptar a la bolsa de drenaje si está indicado; dejar sonda vesical fija.
- ✓ Retirarse los guantes.
- ✓ Fijar sonda vesical de acuerdo a la anatomía de paciente hombre o mujer.
- ✓ Anotar sobre la fijación que sujeta la sonda fecha, turno, hora y nombre funcionario que colocó la sonda.
- ✓ Observar que el paciente quede cómodo y la unidad en orden.

- 
- 
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
 - ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Procedimiento de Enfermería: Exploración Clínica de Mama (NOM-041-SSA2-2011)



LV SIMBOLOGÍA

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Inicio y fin del procedimiento
	Línea continua: marca el flujo de la información se maneja través de terminar la línea con una flecha y puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.
	Cuadro con extracto de actividad.
	Entrada o salida de datos
	Decisión se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución.
	Línea de continuación indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono fax, modem, correo electrónico, etc.
	Cuadro con diversidad de opciones y continuación del flujo.

LVI DIRECTORIO

Dra. Natalia Tinoco Meneses

Directora de salud del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

Lic. Enfermería Loedy Yanel Martínez Gómez

Coordinadora de enfermería del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

Enf. Valeria Flores García

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. María Lourdes Flores Domínguez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Iván De Jesús Hernández Sánchez

Enfermero operativo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

Enf. Saraí Guerrero Yañez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Astrid Noemi Montoya Carranza

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Ariadna Yamilet Martínez Santiago

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Belem Sánchez Estrada

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Ana Lucía Domínguez García

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Siria Oziris Cuellar Montoya

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Daniela Michell Guerra Quintero

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Nancy Belem Gómez Benítez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Elsa Guadalupe Fiesco Sánchez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Sandra Romero Hernández

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Areli Yazmín Cruz Mateo

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Ana Lucía Aguayo Ibarra

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Rosario Damián López

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Dulce Karen Hernández Mendoza

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Mary Sonia González Cruz

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Marlen Eleonora Rodríguez Islas

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Guadalupe Yael Barbosa Barrera

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Mariela Sánchez Rodríguez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Magdiel Giovanni García Corona

Enfermero operativo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Sofía Monserrat Juana Reséndiz Morales

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Susana Landa Flores

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Erandy Valdez Mezas

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Rogelia Santos Bernardino

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Yutirtzi Josseline Martínez Rodríguez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Adeline Campos Bernardo

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

LVII. VALIDACIÓN

EXPOSITORES

LIC. ENFERMERIA LOEDY YANEOL MARTÍNEZ GÓMEZ
COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TEOLOYUCAN.

REVISOR

LIC. MIGUEL YUNUEL ROJAS FLORES
DIRECTOR GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL
PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA DE TEOLOYUCAN

Aprobación: Junta de Gobierno del SMDIF Teoloyucan Estado México.

PRESIDENTA HONORÍFICA DEL SMDIF Y PRESIDENTA HONORARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO	Dra. María del Pilar García Asturias
TESORERÍA DEL SMDIF	PRIMER VOCAL DE LA JUNTA DE GOBIERNO
C.P. Mario Cesar Oviedo Rojo	C. Heraldo Galván Huerta
SEGUNDA VOCAL DE LA JUNTA DE GOBIERNO	SECRETARIO DE LA JUNTA DE GOBIERNO
C. Margarito Morales Bata	Lic. Miguel Yunuel Rojas Flores

LVIII HOJA DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de Actualización	Descripción de la Actualización
septiembre, 2025	Elaboración del Manual de Procedimientos de la Coordinación de Enfermería del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan, Estado de México. El presente Manual de Procedimientos entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial Gaceta Municipal de Teoloyucan.

CORREOS ELECTRÓNICOS

enfermeria@difteoloyucan.gob.mx

www.difteoloyucan.gob.mx

Tel. 5595977308