



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA**
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

Dirección Médica
Subdirección de
Enfermería

Carátula de validación de vigencia

Ciudad de México, a 24 de abril de 2024.

Se hace referencia al inciso A) del Procedimiento para la validación de vigencia de las normas internas y transversales en el Sistema de Administración de Normas Internas de la APF (SANI). Con fundamento en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería Consulta Externa, registrado en el Inventario de Normas Internas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), se actualizo por criterio de vigencia y cambio de autoridades se encuentra vigente y es aplicable de acuerdo con lo establecido en la misma. Por lo anterior, la Dirección Médica valida la vigencia de la norma interna sustantiva:

UR	Clasificación	Nombre	Homoclave	Fecha de publicación/ difusión	Fecha de revisión
Subdirección de Enfermería	MPT	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería Consulta Externa	INPER-NIS-0163	24/04/2024	01/04/2024

Responsable del documento

EN AUSENCIA DE LA SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES", Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ART. 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA LA MTRA. SOFÍA SÁNCHEZ ÁNGELES COMO ENCARGADA DE LA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0373-2024

Autorizó

EN AUSENCIA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN MÉDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES Y CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA LA DRA. MARTHA LUCÍA GRANADOS CEPEDA, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0345-2024.



2024
AÑO DE
Felipe Carrillo
PUERTO
BENEFICIO DEL PROLETARIADO,
REVOLUCIONARIO Y DEFENSOR
DEL PAÍS

SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Consulta Externa**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

01	04	24
----	----	----

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA**

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

I. OBJETIVO DEL MANUAL

II. MARCO JURÍDICO

III. PROCEDIMIENTOS:

1. CITOLOGÍA VAGINAL
2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA
3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA
4. CONSULTA DE OBSTETRICIA
5. CRISTALOGRAFÍA
6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA
7. ENLACE DE TURNO
8. EXPLORACIÓN DE MAMAS
9. EXPLORACIÓN FÍSICA
10. EXPLORACIÓN VAGINAL
11. EXUDADO CERVICOVAGINAL
12. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER
13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD
14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS
15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS
16. MANIOBRAS DE LEOPOLD
17. MEDICIÓN DE FONDO UTERINO
18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS
19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS
20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA
21. TOMA DE PAPANICOLAOU
22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS
23. USO DE REACTIVOS EN ORINA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir la técnica de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el área de consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley General de Salud.

Ley General de Educación.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

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

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

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

NORMAS:

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

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

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

III. PROCEDIMIENTOS



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

1. CITOLOGÍA VAGINAL

1. CITOLOGÍA VAGINAL

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

1. CITOLOGÍA VAGINAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

1. CITOLOGÍA VAGINAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Personal de Enfermería:

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

2. Del Equipo de Salud:

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

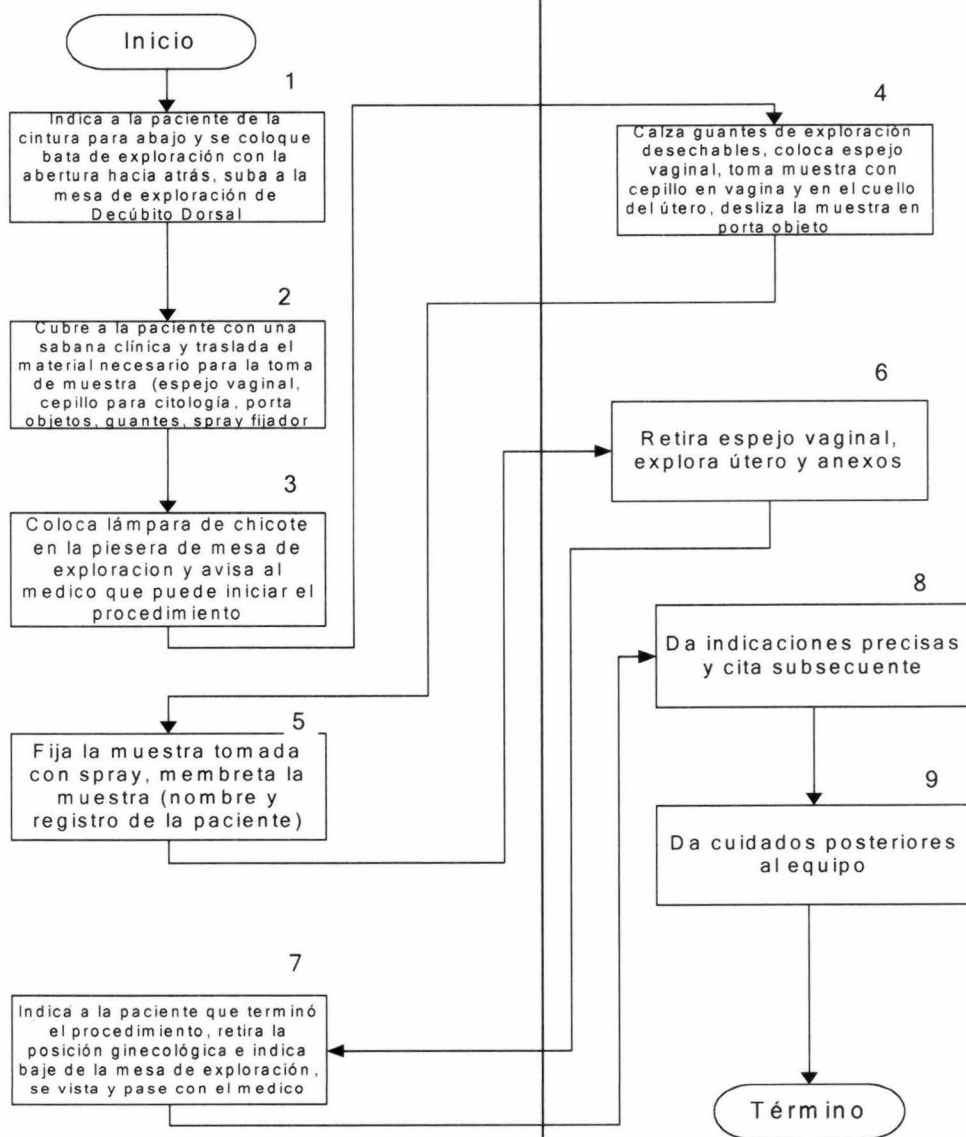
1. CITOLOGÍA VAGINAL

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

1. CITOLOGÍA VAGINAL

Enfermera (o) Asistencial

Médico Responsable



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA

2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Otorgar consulta especializada para prevenir, detectar y tratar en forma oportuna padecimientos del aparato genital femenino y de la glándula mamaria.

2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA

POLITICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. De la Jefe de Servicio

- Coordinar la asignación de consultorios para otorgar oportunamente las consultas

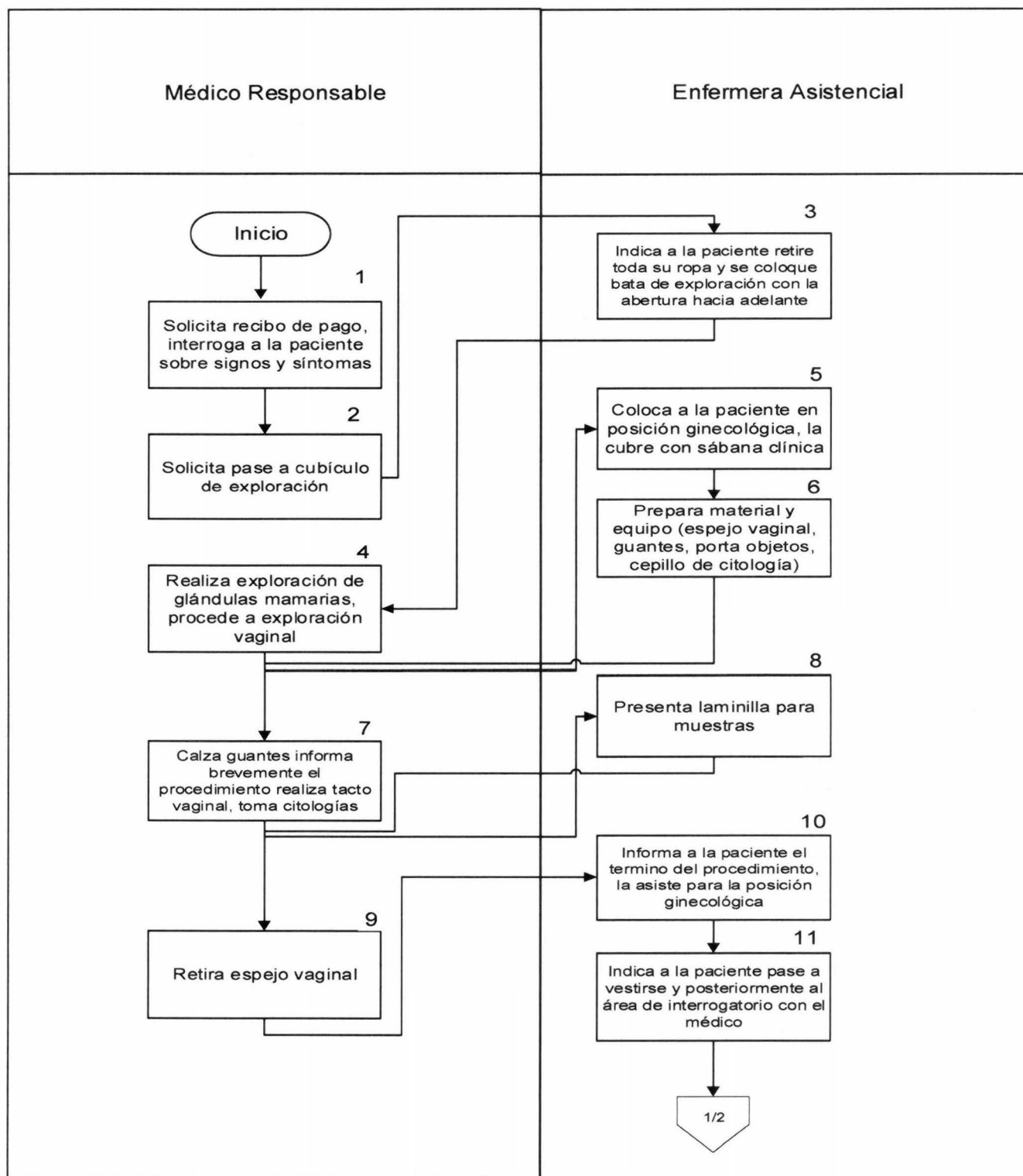
2. Del Personal de Enfermería

- Equipar los consultorios de material y equipo necesario antes de iniciar la consulta.
- Asistir en toda exploración a pacientes ginecológicas.
- Lavar sus las manos antes y después de cualquier procedimiento

2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION
Médico Responsable	1	Solicita recibo de pago, interroga a la paciente sobre signos y síntomas.
	2	Solicita pase a Cubículo de exploración.
Enfermera(o) Asistencial	3	Indica a la paciente retire toda su ropa y se coloque bata de exploración con la abertura hacia delante y suba a la mesa de exploración en decúbito dorsal (D.D.).
Médico Responsable	4	Realiza exploración de glándulas mamarias, procede a exploración vaginal.
Enfermera(o) Asistencial	5	Coloca a la paciente en posición ginecológica, la cubre con sábana clínica.
	6	Prepara material y equipo (espejo vaginal, guantes, porta objetos, cepillo de citología), asiste al médico durante el procedimiento.
Médico Responsable	7	Calza guantes informa brevemente el procedimiento realiza tacto vaginal, toma citologías.
Enfermera(o) asistencial	8	Presenta laminilla para muestras.
Médico Responsable	9	Retira espejo vaginal.
Enfermera(o) Asistencial	10	Informa a la paciente el término del procedimiento, la asiste para suspender la posición ginecológica e incorporarse.
	11	Indica al paciente pase a vestirse y posteriormente al área de interrogatorio con el médico.
	12	Fija con spray sellador y mombreta la citología tomada (nombre y registro de la paciente), la entrega al médico.
	13	Da cuidados posteriores al equipo.
Termina el Procedimiento		

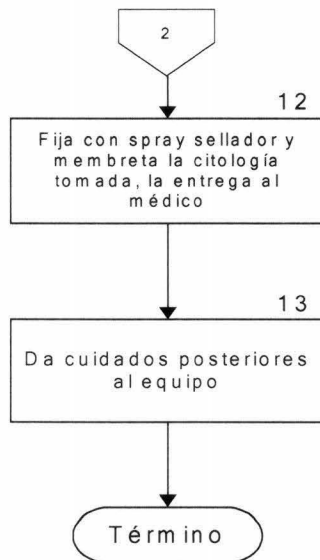
2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA



2. CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Enfermera (o) Asistencial

Médico Responsable



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Lograr el control metabólico para mejorar el funcionamiento del aparato reproductor masculino.

3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

Del Personal de Enfermería:

- Otorgar consulta a pacientes masculinos referidos por el Departamento de Andrología con alteraciones metabólicas, que no cuenten con servicio médico externo.
- Otorgar consulta los lunes de 9:30 a 11:30 hrs. en P. B. Consultorio 3 de la Torre de Investigación.

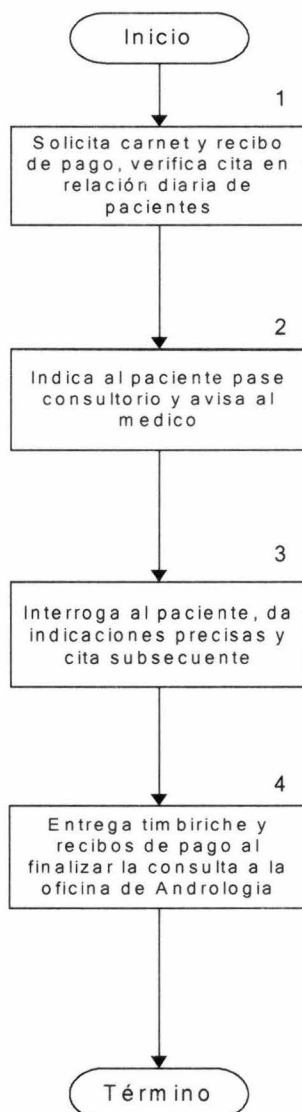
3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCION
Enfermera Asistencial	1	Solicita carnet y recibo de pago, verifica cita en relación diaria de pacientes.
	2	Indica al paciente pase al consultorio y avisa al médico.
	3	Interroga al paciente, da indicaciones precisas y cita subsecuente.
	4	Entrega timbiriche y recibos de pago al finalizar la consulta a la oficina de Andrología.
		Termina Procedimiento



3. CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Enfermera Asistencial



4. CONSULTA DE OBSTETRICIA

4. CONSULTA DE OBSTETRICIA

4. CONSULTA DE OBSTETRICIA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Otorgar consulta especializada para prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones médicas y obstétricas durante el periodo de gestación.

4. CONSULTA DE OBSTETRICIA

POLITICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

Del Personal de Enfermería.

- Pesar y tomar tensión arterial a toda paciente programada a la consulta de obstetricia.
- Equipar los consultorios de material y equipo necesario antes de iniciar la consulta.
- Brindar asistencia en toda exploración a paciente gineco obstétrica.

4. CONSULTA DE OBSTETRICIA

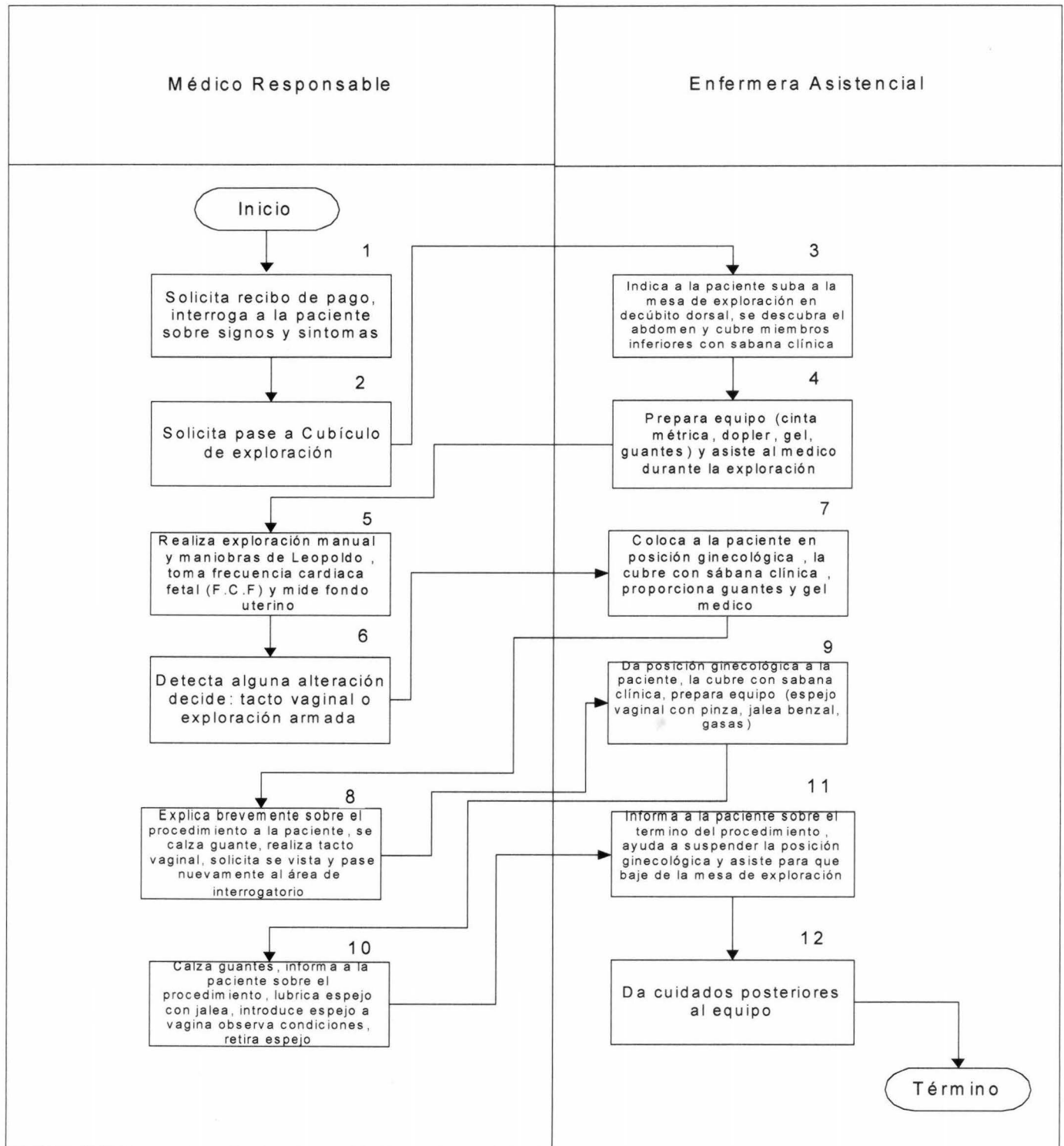
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION
Médico Responsable	1	Solicita recibo de pago, interroga a la paciente sobre signos y síntomas.
	2	Solicita pase a Cubículo de exploración.
Enfermera(o) Asistencial	3	Indica a la paciente suba a la mesa de exploración en decúbito dorsal (D.D.), se descubre el abdomen y cubre miembros inferiores con sábana clínica.
	4	Prepara equipo (cinta métrica, doppler, gel, guantes) y asiste al médico durante la exploración.
Médico Responsable	5	Realiza exploración manual y maniobras de Leopold, toma frecuencia cardiaca fetal (F.C.F) y mide fondo uterino.
	6	Detecta alguna alteración decide: tacto vaginal o exploración armada.
Enfermera(o) Asistencial	7	Coloca a la paciente en posición ginecológica, la cubre con sábana clínica, proporciona guantes y gel al médico.
Médico Responsable	8	Explica brevemente sobre el procedimiento a la paciente, se calza guante, realiza tacto vaginal no hay alteración, solicita se vista y pase nuevamente al área de interrogatorio.
Enfermera(o) Asistencial	9	Da posición ginecológica a la paciente, la cubre con sábana clínica, prepara equipo (espejo vaginal con pinza, jalea benzal, gasas).
Médico Responsable	10	Calza guantes, informa a la paciente sobre el procedimiento, lubrica espejo con jalea, introduce espejo a vagina observa condiciones de vagina y cerviz, retira espejo.

4. CONSULTA DE OBSTETRICIA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION
Enfermera(o) Asistencial	11	Informa a la paciente sobre el término del procedimiento, ayuda a suspender la posición ginecológica y asiste para que baje de la mesa de exploración, solicita se vista y pase al área de interrogatorio con el médico.
	12	Da cuidados posteriores al equipo.
		Termina Procedimiento



4. CONSULTA DE OBSTETRICIA



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. CRISTALOGRAFÍA

5. CRISTALOGRAFÍA



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. CRISTALOGRAFÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar oportunamente la ruptura de las membranas amnióticas, evitando complicaciones perinatales.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. CRISTALOGRAFÍA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio:

- Revisar que el material y equipo esté disponible.

2. De la Enfermera(o) Asistencial:

- Preparar el material y equipo necesario. (Laminillas portaobjetos de cristal limpias, espejo vaginal, isopos largos, lámpara de chicote).
- Membretar muestra con el nombre de la paciente, registro, fecha, No. de cama, servicio
- Verificar que el equipo esté debidamente preparado (espejo vaginal, laminilla, hisopos, guantes, cubre bocas, lámpara de chicote)
- Asistir al médico durante el procedimiento
- Registrar en hoja de enfermería la hora de procedimiento, médico que lo realice e incidentes durante el mismo

3. Del Personal Médico:

- Realizar procedimiento con técnica estéril, informando al paciente del procedimiento a llevar a cabo

4. Del Equipo de Salud:

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

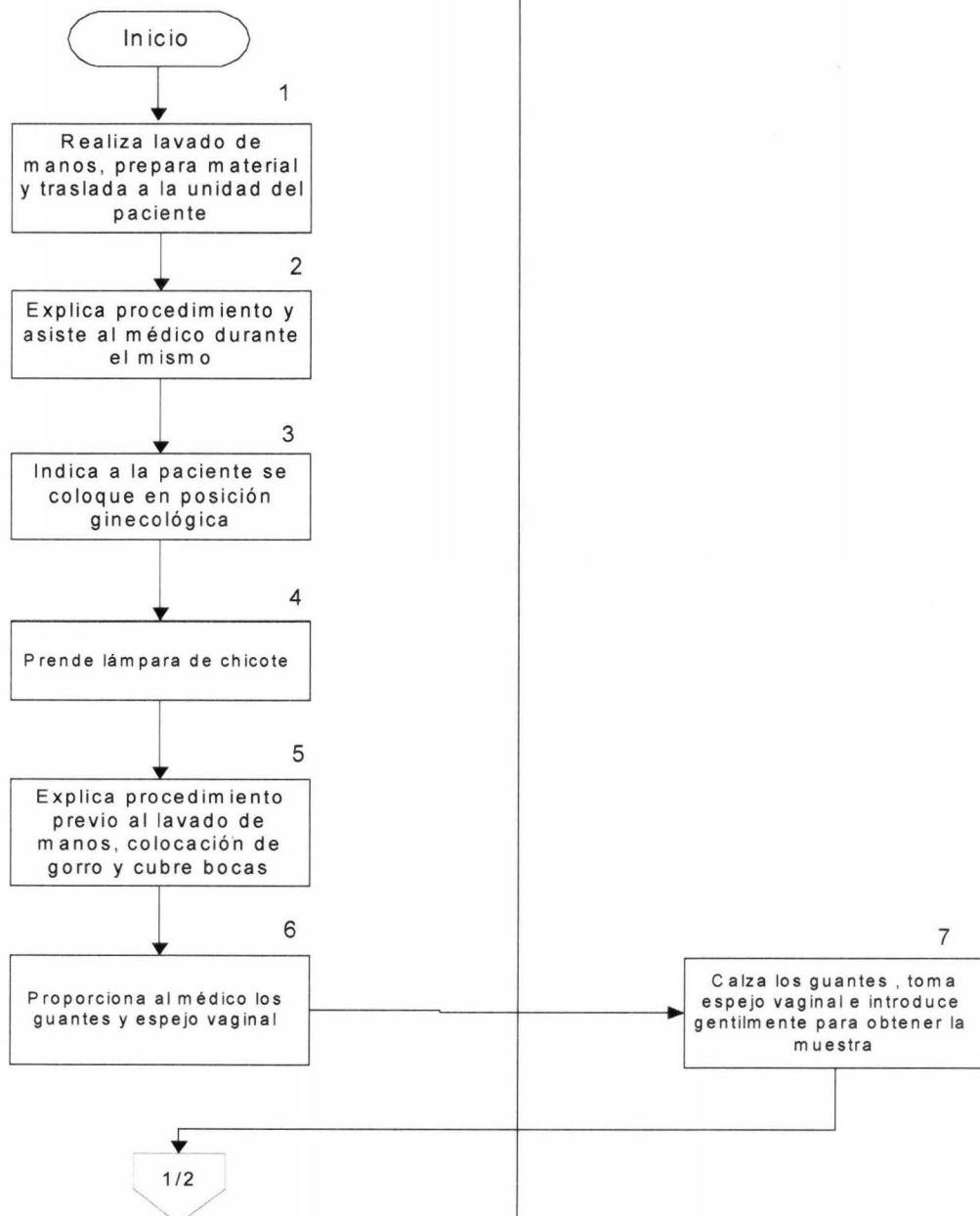
5. CRISTALOGRAFÍA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) Asistencial	1	Realiza lavado de manos, prepara material, equipo y traslada a la unidad del paciente.
	2	Explica procedimiento a realizar y asiste al médico durante el mismo.
	3	Indica a la paciente se coloque en posición ginecológica, con los pies planos sobre la cama.
	4	Prende lámpara de chicote con la finalidad de mejorar iluminación.
	5	Explica a la paciente sobre el procedimiento a realizar, previo lavado de manos y colocación de gorro y cubre bocas.
	6	Proporciona al médico los guantes y el espejo vaginal
Médico responsable	7	Calza los guantes, toma el espejo vaginal e introduce de manera gentil para obtener la muestra.
Enfermera(o) Asistencial	8	Pasa los hisopos al médico.
Médico responsable	9	Toma la muestra con técnica estéril, utilizando los hisopos y coloca la muestra de líquido amniótico en laminilla.
	10	Retira el espejo de manera gentil.
Enfermera(o) Asistencial	11	Deja cómoda a la paciente y retira material utilizado.
	12	Membreta de manera correcta la laminilla con nombre de la paciente, registro, servicio, número de cama y la entrega al médico
	13	Traslada muestra a laboratorio
	14	Proporciona cuidados al equipo
	15	Registra en hoja de enfermería el procedimiento realizado y nombre del médico.
Termina Procedimiento		

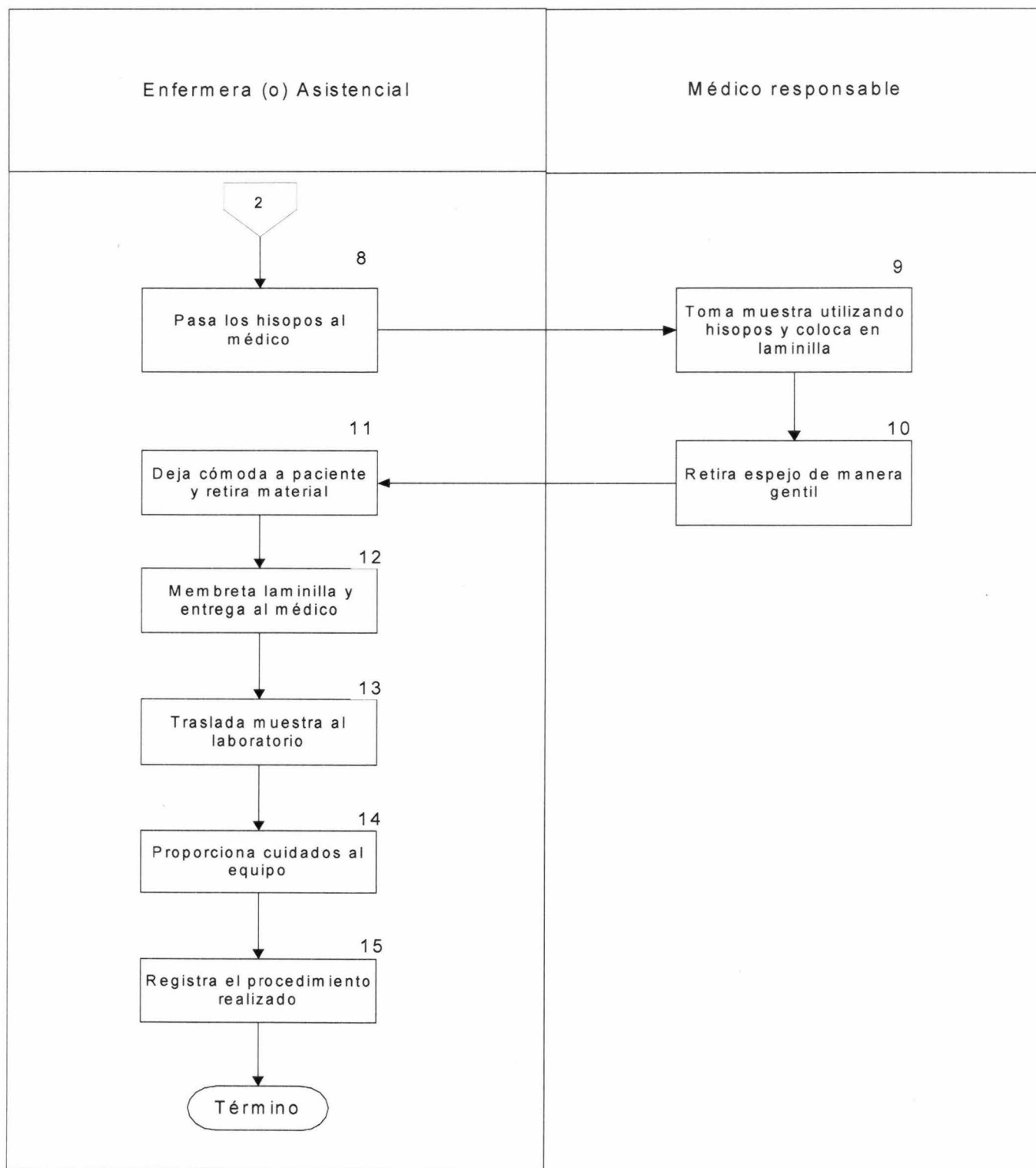
5. CRISTALOGRAFÍA

Enfermera (o) Asistencial

Médico responsable



5. CRISTALOGRAFÍA



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. Del Jefe de Servicio.

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

2. De la Enfermera(o) Asistencial.

- Preparar el equipo: glucómetro, lanceta, torundas con alcohol y tiras reactivas.
- Verificar que el número de código que aparece en la pantalla del glucómetro sea el mismo de las tiras reactivas.
- Realizar la determinación de glucosa preprandial y/o postprandial en las pacientes diabéticas por indicación médica.
- Desechar la tira reactiva y lancetas al contenedor, según Norma 087 del manejo de residuos biológicos infecciosos.
- Verificar la fecha de caducidad de las tiras reactivas (indicada en el empaque o envoltura).
- Conocer y aplicar el esquema de insulina en caso de hiperglucemia.
 - De 151 mg. a 200 mg. 2U. INS. Rápida.
 - De 201 mg. a 250 mg. 4U. INS. Rápida.
 - De 251 mg. a 300 mg. 6U. INS. Rápida.
 - Más de 301 mg. Avisar a médico de guardia.
- Aplicar insulina por esquema, de acuerdo a la indicación médica del endocrinólogo y si el resultado es mayor de 151 mg.
- Realizar el procedimiento cada cuatro horas hasta estabilizar al paciente.
- Administrar aporte de glucosa al 5% o al 10% a dosis respuesta en caso de hipoglucemia si la paciente está en ayuno.
- Administrar aporte de 15 gr. de azúcar en medio vaso de agua y verificar determinación de glucosa 15 minutos después en caso de hipoglucemia.
- Informar oportunamente al médico de guardia en caso de determinación de glucosa alterado.

3. Del Equipo de Salud

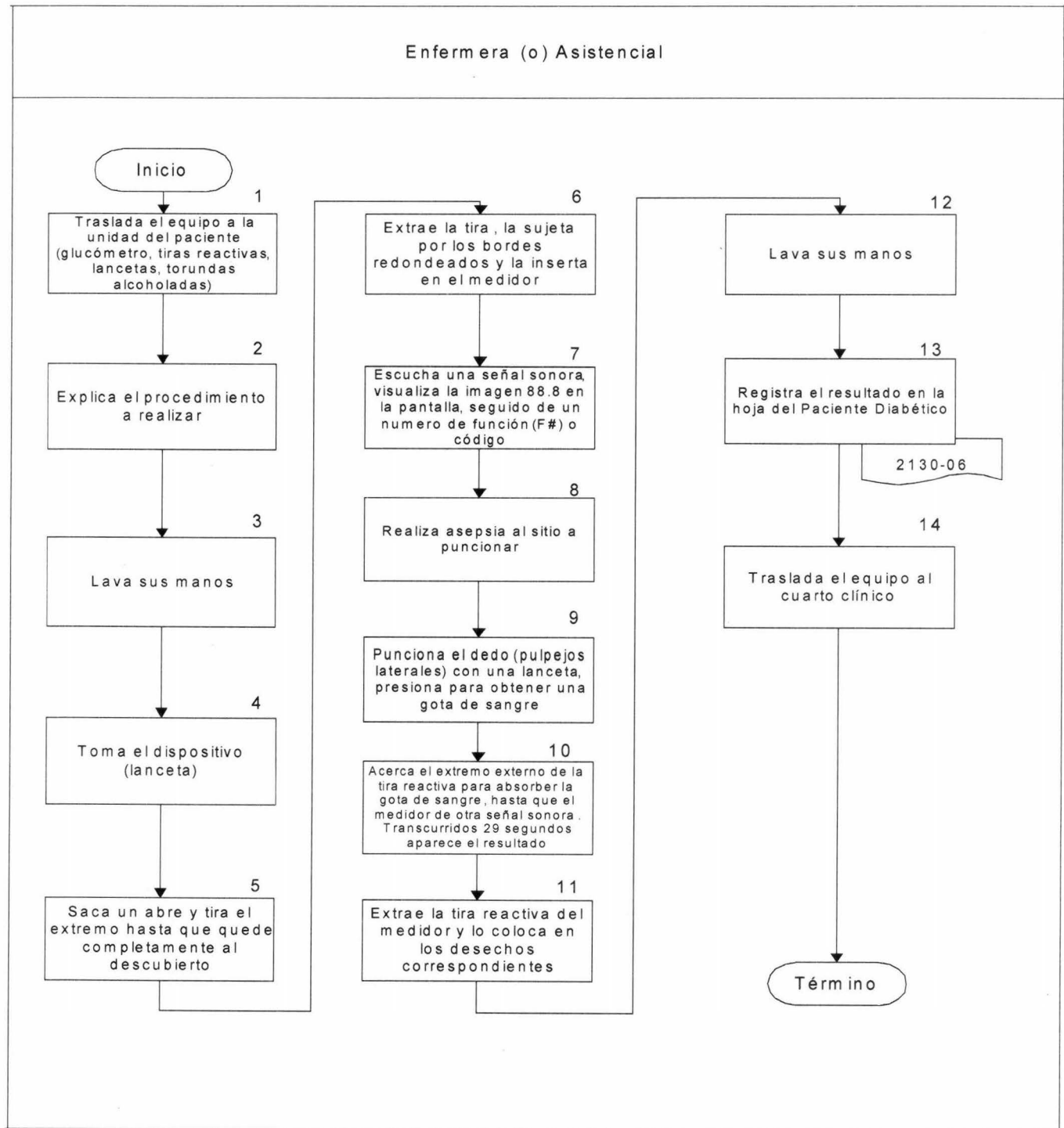
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera (o) asistencial	1	Traslada el equipo a la unidad del paciente (glucómetro, tiras reactivas, lancetas, torundas alcoholadas)
	2	Explica el procedimiento a realizar.
	3	Lava sus manos.
	4	Toma el dispositivo de punción (Lanceta).
	5	Abre y tira del extremo hasta que quede completamente al descubierto.
	6	Extrae la tira, la sujeta por los bordes redondeados y la inserta en el medidor.
	7	Escucha una señal sonora, visualiza la imagen 88.8 en la pantalla, seguido de un número de función (F#) o código.
	8	Realiza asepsia al sitio a puncionar.
	9	Punciona el dedo (pulpejos laterales) con una lanceta, presiona para obtener una gota de sangre.
	10	Acerca el extremo externo de la tira reactiva para absorber la gota de sangre, hasta que el medidor dé otra señal sonora. Transcurridos 29 segundos aparece el resultado de la prueba en la pantalla.
	11	Extrae la tira reactiva del medidor y lo coloca en los desechos correspondientes.
	12	Lava sus manos.
	13	Registra el resultado en la Hoja del Paciente Diabético.
	14	Traslada el equipo al cuarto clínico.
		Termina Procedimiento

6. DETERMINACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE TIRA REACTIVA

Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

7. ENLACE DE TURNO

7. ENLACE DE TURNO

7. ENLACE DE TURNO

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

7. ENLACE DE TURNO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

7. ENLACE DE TURNO

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

2. Del personal asistencial de Enfermería:

- Realizar la entrega–recepción de los y/o las pacientes, de acuerdo a la distribución realizada por la enfermera Jefe o encargada de servicio en el horario establecido. (Todo el personal entrega y recibe pacientes)
- Realizar la entrega- recepción en la unidad del paciente
- Realizar la entrega- recepción de pacientes dentro del horario enlistado: (Nota: si la paciente ingresa al servicio a la hora de recepción será responsabilidad del personal entrante la recepción y la instalación será responsabilidad del personal saliente).

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

- Priorizar y detectar oportunamente las necesidades reales y potenciales de los usuarios de los servicios de enfermería para brindar atención oportuna y eficaz.
- Realizar la entrega- recepción de material, equipo e insumos dentro del siguiente horario:

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

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

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

7. ENLACE DE TURNO

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

Matutino – Vespertino:	14:20 a 14:30 h.
Vespertino – Nocturno:	20:30 a 21:00 h
Nocturno – Matutino:	7:20 a 7:30 h.
- Garantizar la calidad de la prestación de los servicios de enfermería en forma continua.
- Establecer un ambiente laboral armónico a través de la comunicación asertiva y fomento de relaciones humanas cordiales del profesional de enfermería.
- Integrar las políticas, normas, reglamentos y códigos Institucionales en la prestación de servicios de enfermería.

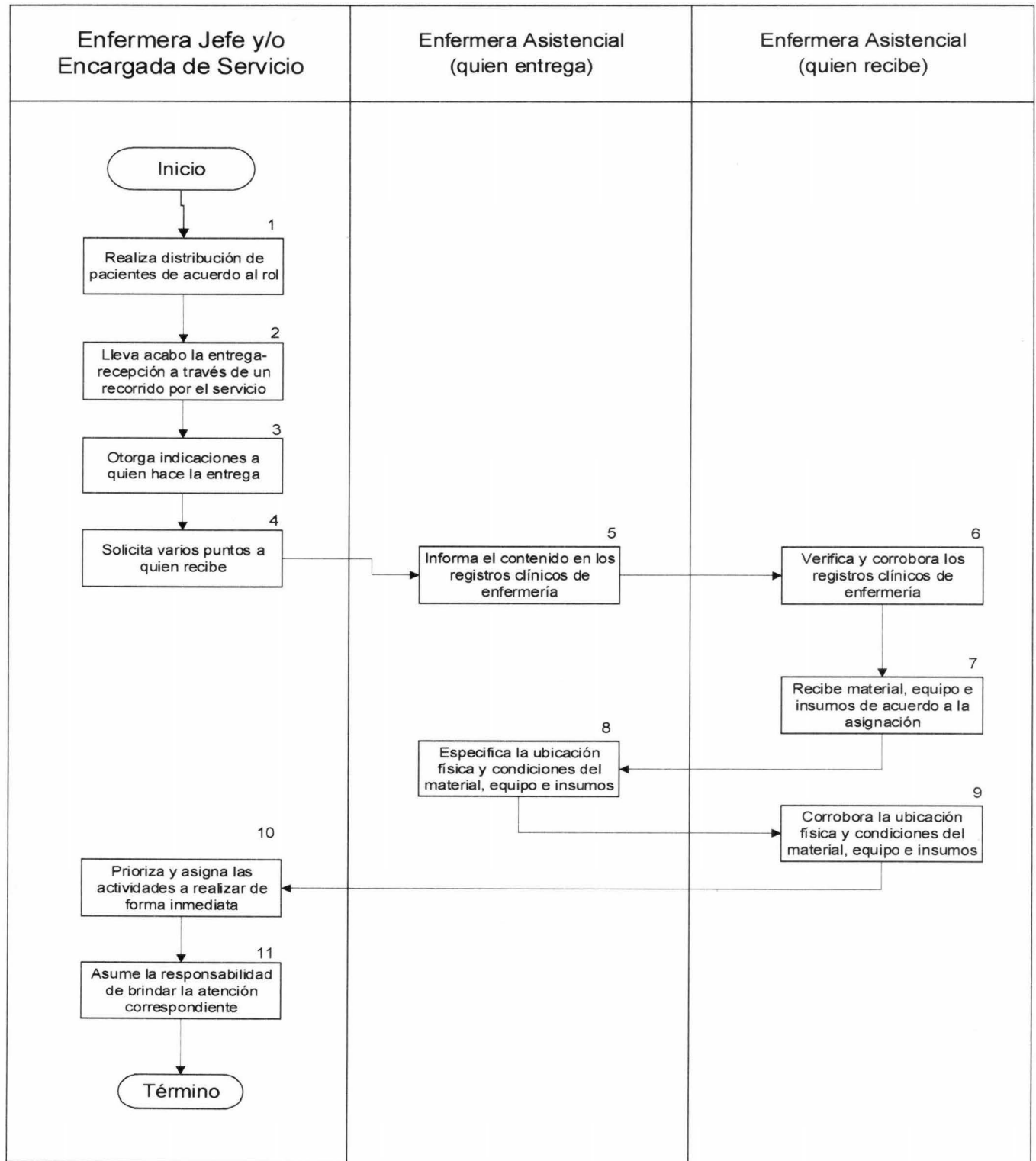
7. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe y/o Encargada de Servicio.	1	Realiza la distribución de pacientes para la entrega – recepción del personal asistencial, de acuerdo al rol del servicio.
	2	Lleva a cabo la entrega – recepción de pacientes a través de un recorrido por el servicio, resaltando las observaciones específicas en aquellos pacientes que lo ameriten.
	3	Informa a quien se hace la entrega: ▪ Condiciones generales en que se entrega a las y los pacientes. ▪ Eventos relevantes en la atención de enfermería de acuerdo al estado clínico de los pacientes, incluidos cuidados pendientes u omisiones en la atención y que deben estar contenidos en los registros Clínicos de Enfermería. ▪ Disposición de recursos técnicos, materiales y físicos para la atención de enfermería. ▪ Instrumentos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, timbiriche, registro de ingresos/egresos, recetarios) ▪ Insumos de control estricto.
	4	Solicita a quien recibe lo siguiente: ▪ Aclaración de dudas sobre la atención brindada por el personal asistencial de enfermería y sobre la disposición de los recursos físicos y materiales. ▪ Verifica que los registros Clínicos de Enfermería contengan los aspectos relevantes del cuidado enfermero. ▪ Elabora instrumentos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, censo diario, registro de ingresos/egresos, recetarios). ▪ Insumos de control estricto.

7. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial (quien entrega)	5	Informa el contenido en los Registros Clínicos de Enfermería: - Identificación - Diagnóstico y tratamiento médico. - Condiciones en que recibió al paciente. - Cumplimiento del tratamiento médico. - Cuidados específicos de enfermería proporcionados durante el turno. - Eventos relevantes, incluidos cuidados pendientes u omisiones en la atención - Condiciones en que se entrega al paciente.
Enfermera Asistencial (quien recibe)	6	Verifica y corrobora en los Registros Clínicos de Enfermería: - Identificación. - Diagnóstico y tratamiento médico. - Condiciones de drenajes, sondas y catéteres. - Condiciones en que se recibió al paciente, cumplimiento de tratamiento médico, cuidados específicos brindados y condiciones de entrega, así como cuidados pendientes u omisiones. - Condiciones de orden y limpieza en la unidad del paciente.
Enfermera Asistencial (quien entrega)	7	Recibe material, equipo e insumos de acuerdo a la asignación realizada por la Enfermera Jefe y/o encargada de servicio.
Enfermera Asistencial (quien recibe)	8	Especifica la ubicación física y condiciones en que se encuentran el material, equipo e insumos.
Enfermera Asistencial (quien recibe)	9	Corrobora la ubicación física y condiciones en que se encuentra el material, el equipo e insumos.
Enfermera Jefe y / o Encargada de Servicio.	10	Prioriza y asigna de mutuo acuerdo entre las enfermeras, las intervenciones que limiten o disminuyan los riesgos para la vida, el funcionamiento o bienestar de las y los pacientes; por lo cual deben ser realizadas de manera inmediata, de acuerdo a la complejidad y tiempo de realización del o los procedimientos y considerando el tiempo estipulado para la integración.
	11	Asume la responsabilidad una vez cumplido con el tiempo estipulado para el enlace, de brindar la atención de enfermería correspondiente. Termina procedimiento

7. ENLACE DE TURNO



8. EXPLORACIÓN DE MAMAS

8. EXPLORACIÓN DE MAMAS

8. EXPLORACIÓN DE MAMAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar mediante la palpación anormalidades en las glándulas mamarias.

8. EXPLORACIÓN DE MAMAS**POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

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

1. Será responsabilidad de la Jefe de Servicio:

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

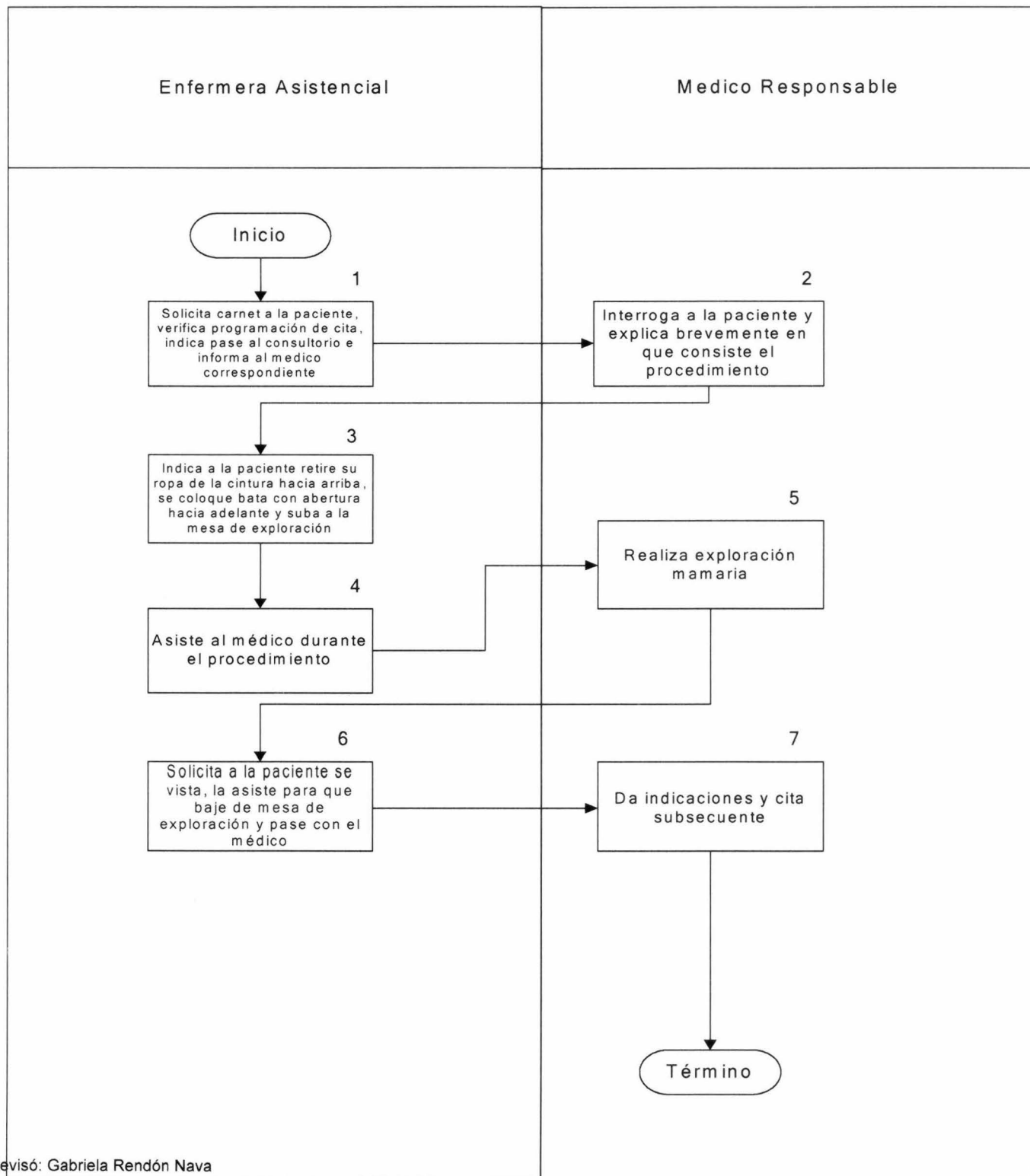
2. Será responsabilidad del personal de enfermería:

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

8. EXPLORACIÓN DE MAMAS

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

8. EXPLORACIÓN DE MAMAS



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

9. EXPLORACIÓN FÍSICA

9. EXPLORACIÓN FÍSICA

9. EXPLORACIÓN FÍSICA**OBJETIVO ESPECÍFICO**

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

9. EXPLORACIÓN FÍSICA

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

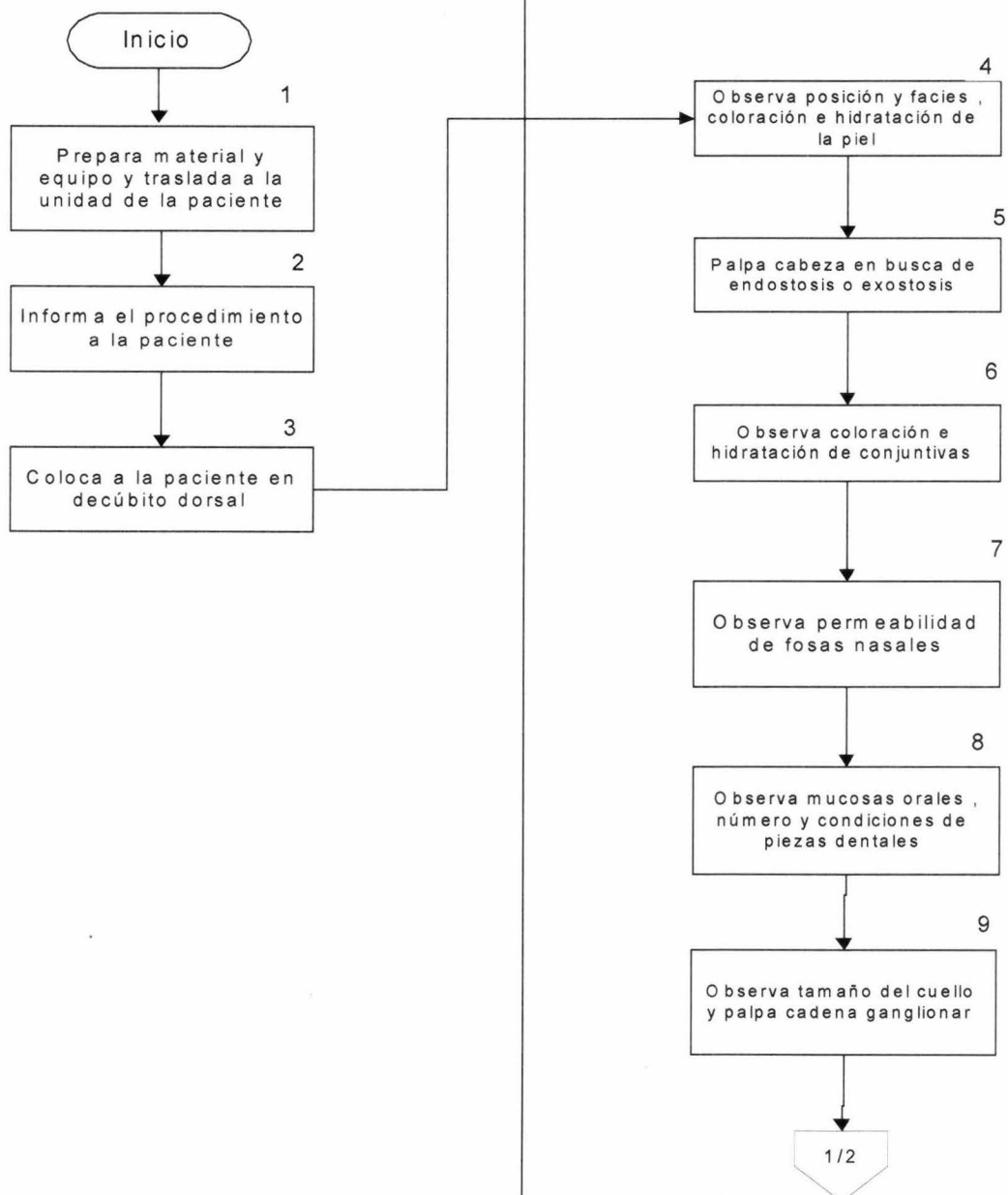
9. EXPLORACIÓN FÍSICA

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

9. EXPLORACIÓN FÍSICA

Enfermera (o) Asistencial

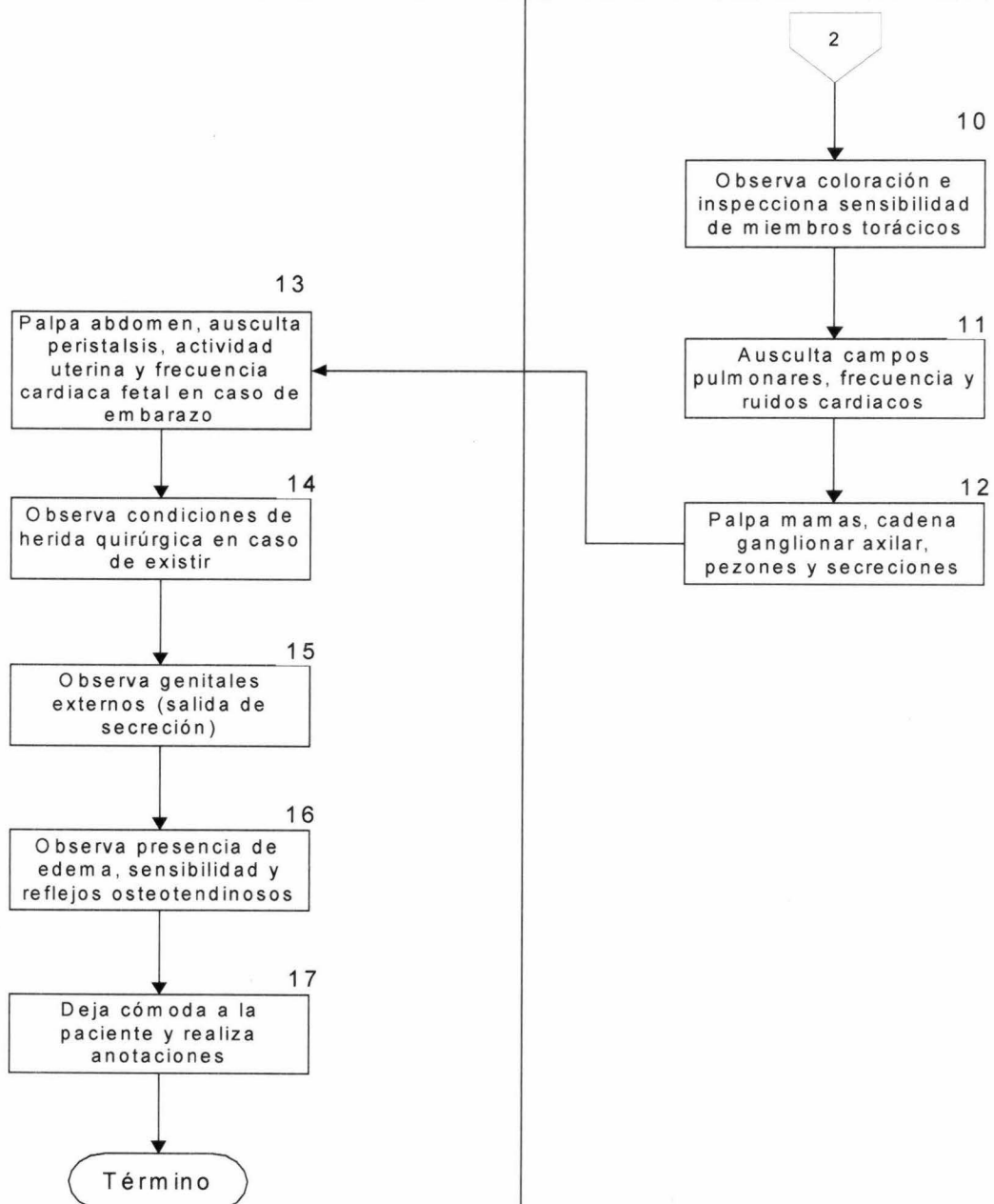
Médico responsable



9. EXPLORACIÓN FÍSICA

Enfermera (o) Asistencial

Médico responsable





SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Consulta Externa**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

01	04	23
----	----	----

10. EXPLORACIÓN VAGINAL

10. EXPLORACIÓN VAGINAL



DÍA	MES	AÑO
01	04	23

10. EXPLORACIÓN VAGINAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

10. EXPLORACIÓN VAGINAL**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ RESPONSABILIDAD DEL:****1. Jefe de Servicio.**

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

2. Personal de Enfermería.

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

10. EXPLORACIÓN VAGINAL

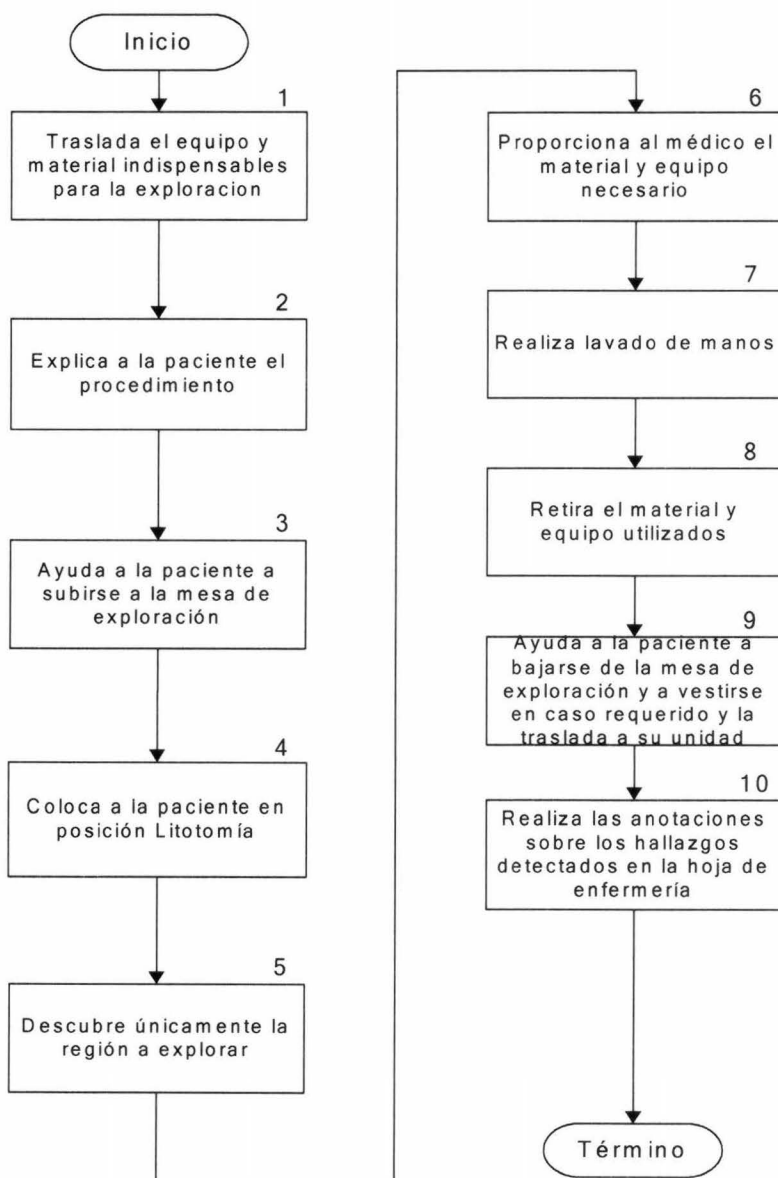
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Traslada el equipo y material indispensables para la exploración (guantes, espejo vaginal, lubricante, gasas, cubre bocas, solución jabonosa, agua estéril).
	2	Explica a la paciente el procedimiento.
	3	Ayuda a la paciente a subirse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



DÍA	MES	AÑO
01	04	23

10. EXPLORACIÓN VAGINAL

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

11. EXUDADO CERVICOVAGINAL

11.- EXUDADO CERVICOVAGINAL



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

11. EXUDADO CERVICOVAGINAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



11. EXUDADO CERVICOVAGINAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN DEL:

1. Jefe de Servicio:

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

2. Personal de Enfermería:

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

3. Médico Responsable:

- Realizar el procedimiento con técnica estéril.

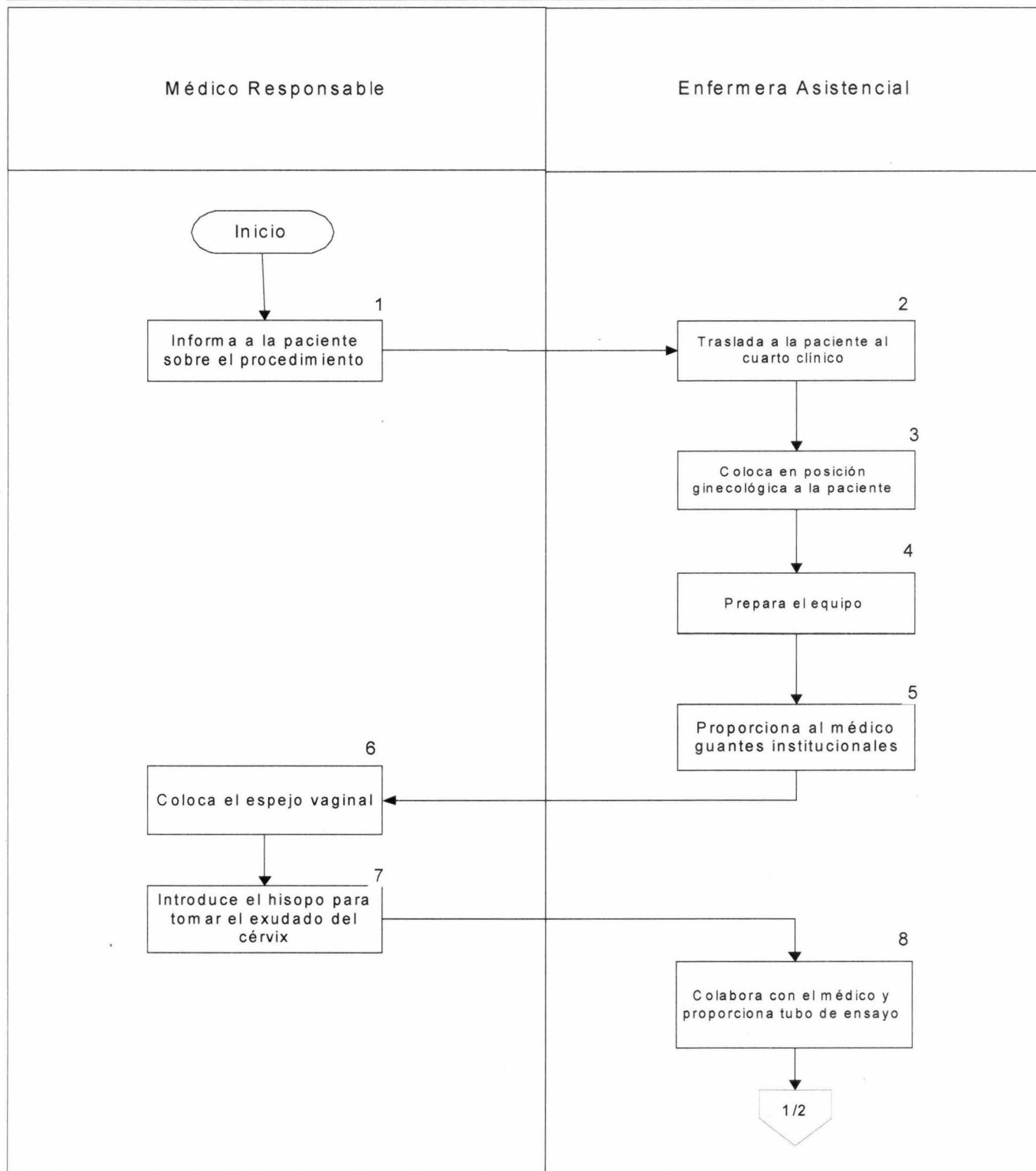
4. Del Equipo de Salud:

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

11. EXUDADO CERVICOVAGINAL

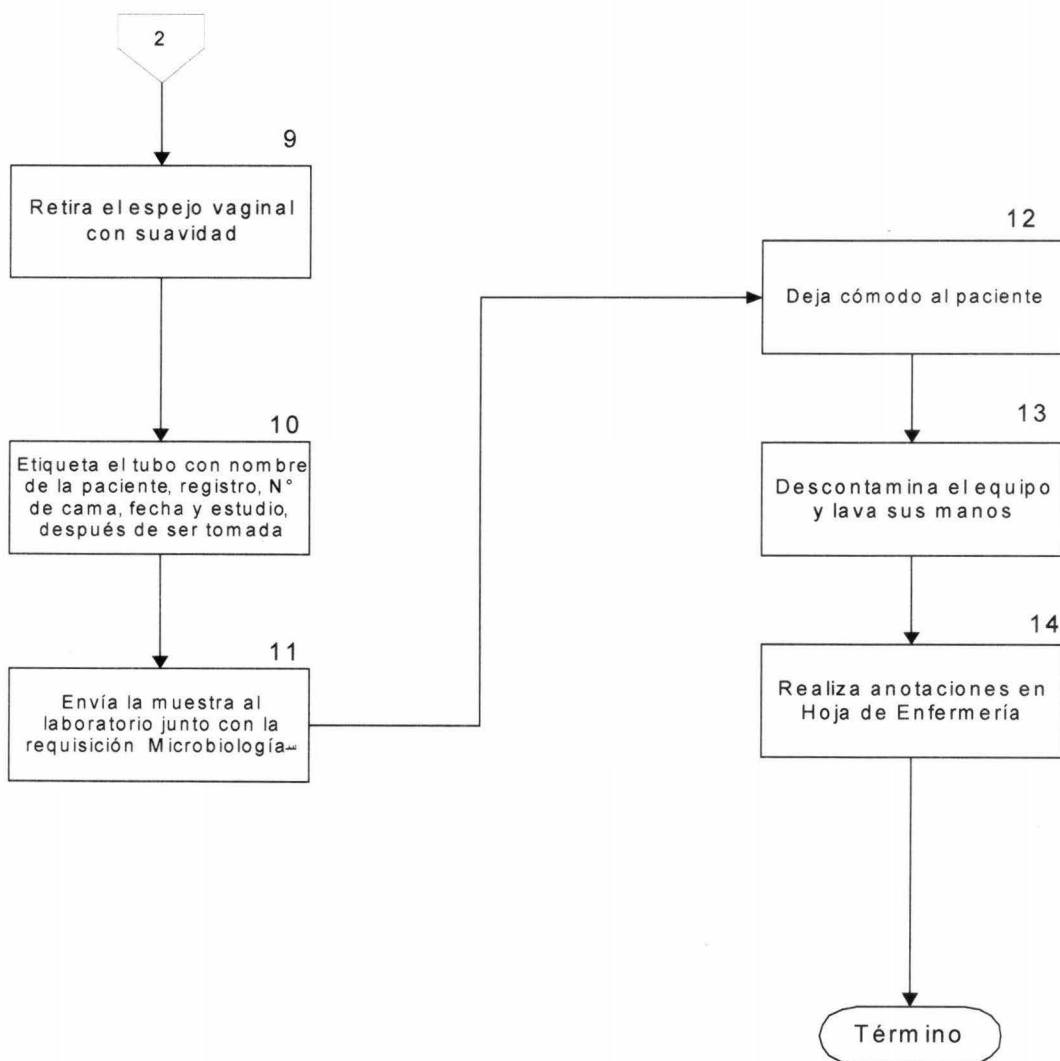
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Médico Responsable	1	Informa al paciente sobre el procedimiento.
Enfermera Asistencial	2	Traslada al paciente al cuarto clínico.
	3	Coloca en posición ginecológica a la paciente.
	4	Prepara el equipo.
	5	Proporciona al médico guantes institucionales.
Médico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

11. EXUDADO CERVICOVAGINAL



11. EXUDADO CERVICOVAGINAL

Enfermera Asistencial



12. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

12.- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

12. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

12. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ OBLIGACIÓN:****1. Del Jefe de Servicio:**

- Verificar que el material y equipo se encuentren disponibles.

2. De la Enfermera Asistencial:

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

3. Del Equipo de Salud:

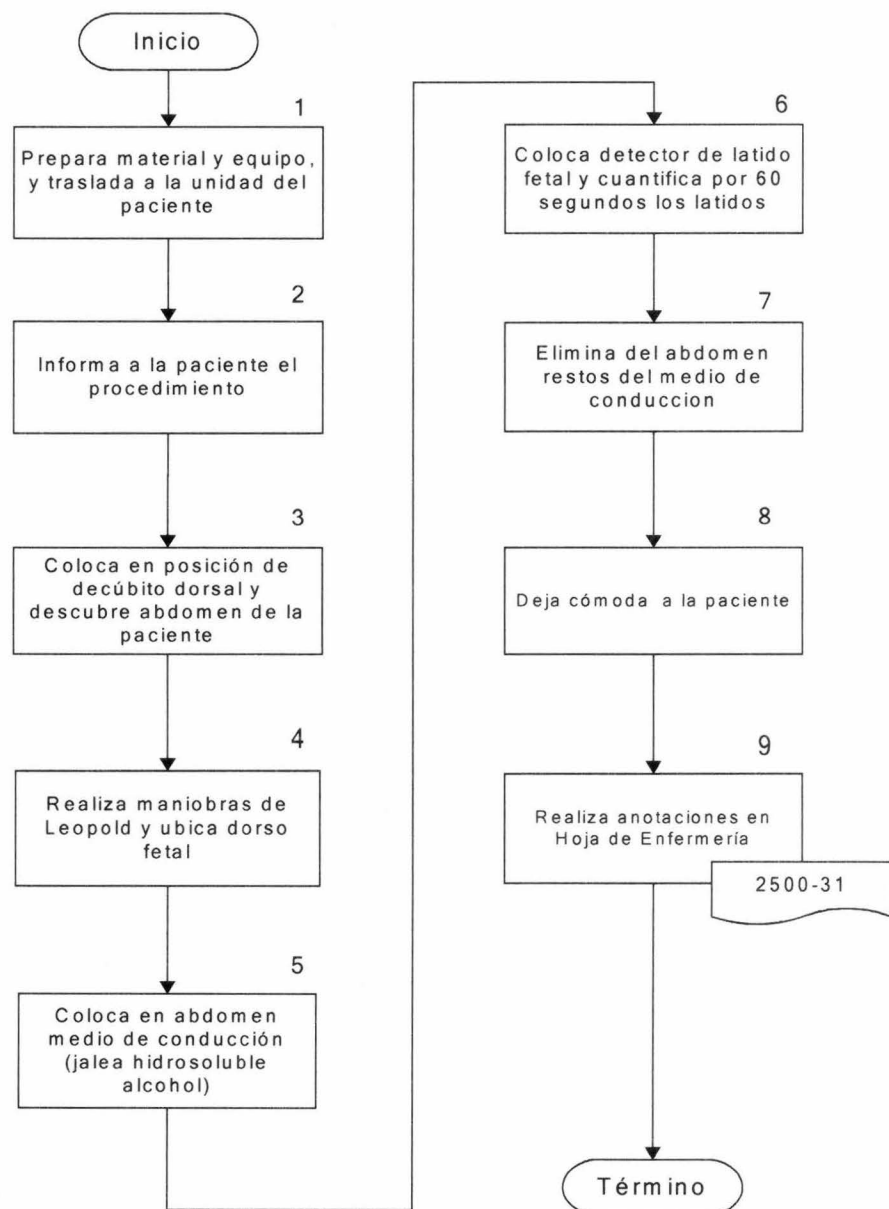
- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento.

12. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

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

12. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON DETECTOR DOPPLER

Enfermera (o) Asistencial



**13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD****13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD**

13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar vitalidad y alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN:

1. De la Jefe de Servicio:

- Verificar que el material y equipo se encuentre disponible.

2. De la Enfermera(o) Asistencial:

- Tomar frecuencia cardíaca fetal por 60 segundos, cuando utilice estetoscopio de pinard.
- Valorar frecuencia cardíaca fetal a la semana 20-24 de gestación.
- Conocer la cifra normal de la frecuencia cardíaca entre 120 - 160 latidos por minuto.
- Utilizar medio de conducción (jalea hidrosoluble alcohol).
- Contar con el material y equipo necesario.
 - Torundas con alcohol.
 - Reloj.
 - Estetoscopio pinard.



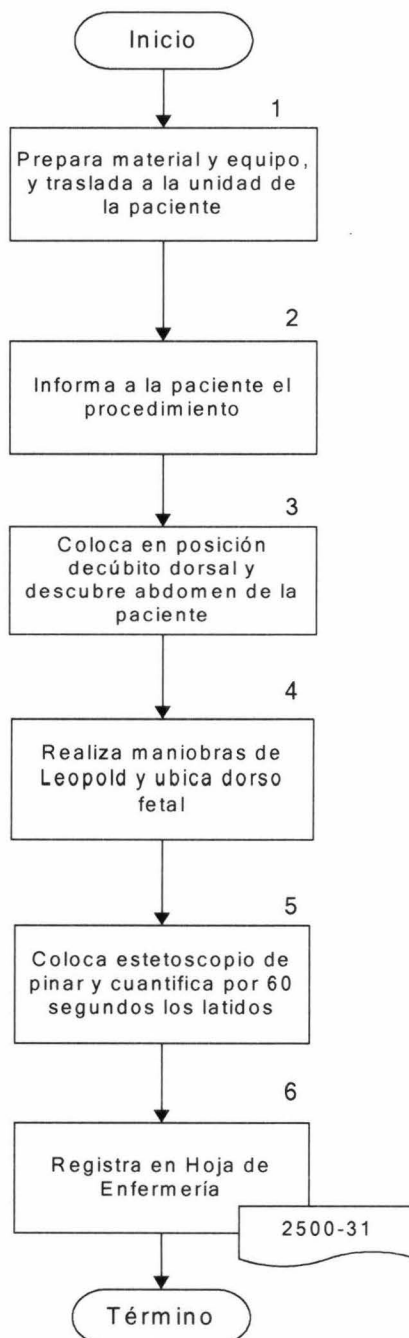
DÍA	MES	AÑO
01	04	24

13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

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

13. FRECUENCIA CARDÍACA FETAL CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

Enfermera (o) Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

**14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS****OBJETIVO ESPECÍFICO**

Remover, destruir y reducir la proliferación de los microorganismos en las manos, con la finalidad de prevenir infecciones nosocomiales y proteger la salud de los pacientes.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Verificar que se cuente con el material correspondiente:
 - Jabón
 - Toallas de papel
 - Antiséptico a base de alcohol para manos (etílico o isopropílico, concentración mayor al 60%).
- Verificar que el procedimiento se realice de la forma correcta.
- Contar con carteles del lavado de manos proporcionados por la institución y que estos se encuentren en lugar visible.

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
 - a) Antes de tocar a la paciente.
 - b) Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
 - c) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
 - d) Después de tocar a la paciente.
 - e) Después del contacto con el entorno de la paciente.

Nota: El procedimiento de lavado de manos con agua y jabón tendrá una duración de 40 a 60 segundos; el procedimiento de la desinfección de manos con gel a base de alcohol tendrá una duración de 20 a 30 segundos.
- Mantener las uñas cortas y no usar uñas postizas cuando esté en contacto directo con los pacientes.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Agua y Jabón 40- 60 segundos)
Enfermera Asistencial	1	Retira alhajas de las manos.
	2	Prepara papel o toallas de papel.
	3	Humecta sus manos con agua.
	4	Deposita en la palma de la mano jabón suficiente, para cubrir toda la superficie de las manos.
	5	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	6	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	7	Repite el punto anterior con la mano izquierda.
	8	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
	9	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha, agarrándose los dedos.
	10	Repite el punto anterior con los dedos de mano derecha.
	11	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	12	Repite el punto anterior con el pulgar derecho.
	13	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	14	Repite el punto anterior con los dedos de la mano derecha.
	15	Frota la palma de la mano derecha abrazando la muñeca de la mano izquierda, con movimientos de rotación.



14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

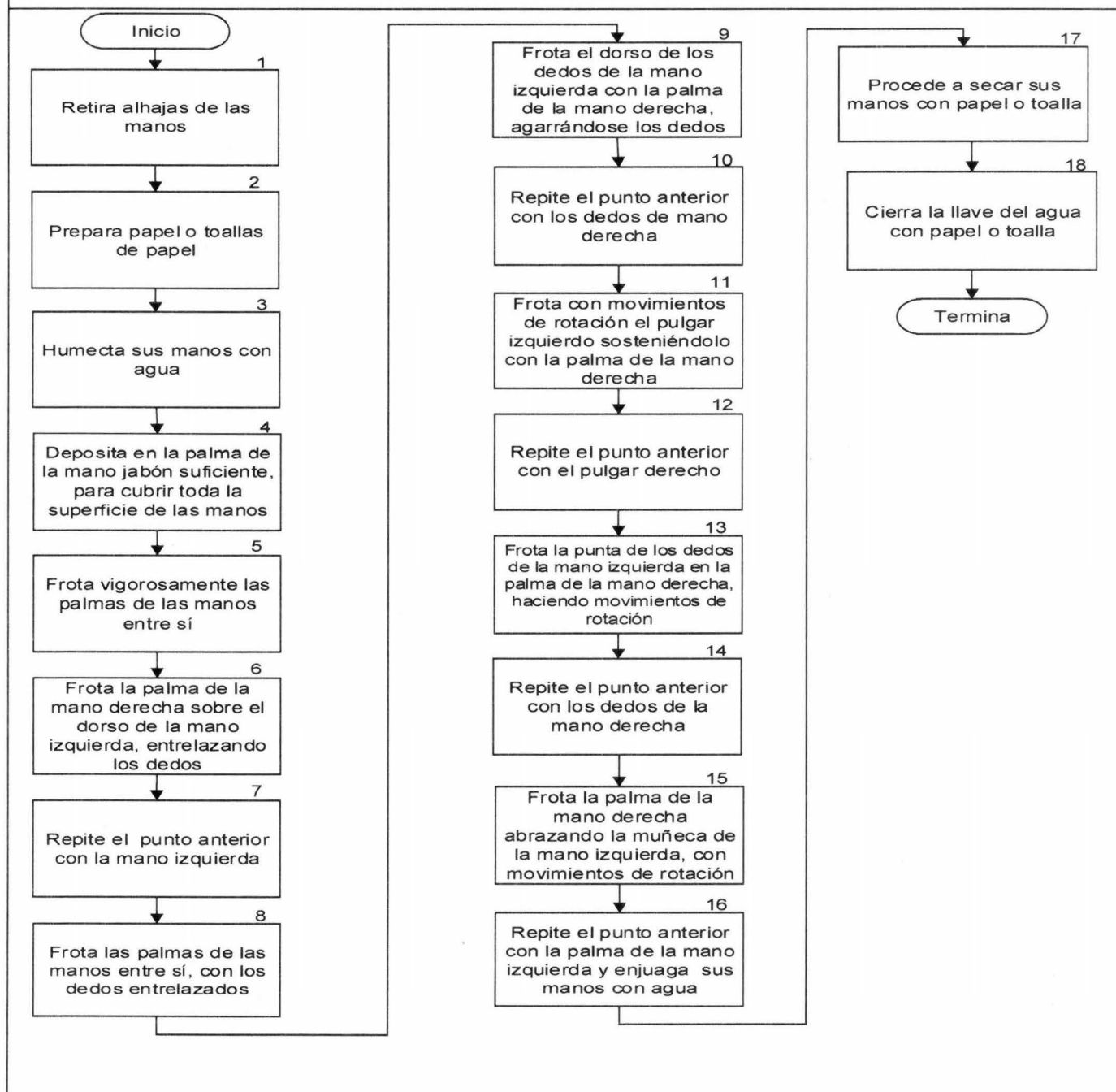
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Agua y Jabón 40- 60 segundos)
Enfermera asistencial	16	Repite el punto anterior con la palma de la mano izquierda y enjuaga sus manos con agua.
	17	Seca sus manos con papel o toalla.
	18	Cierra la llave del agua con papel o toalla.
		Termina Procedimiento



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

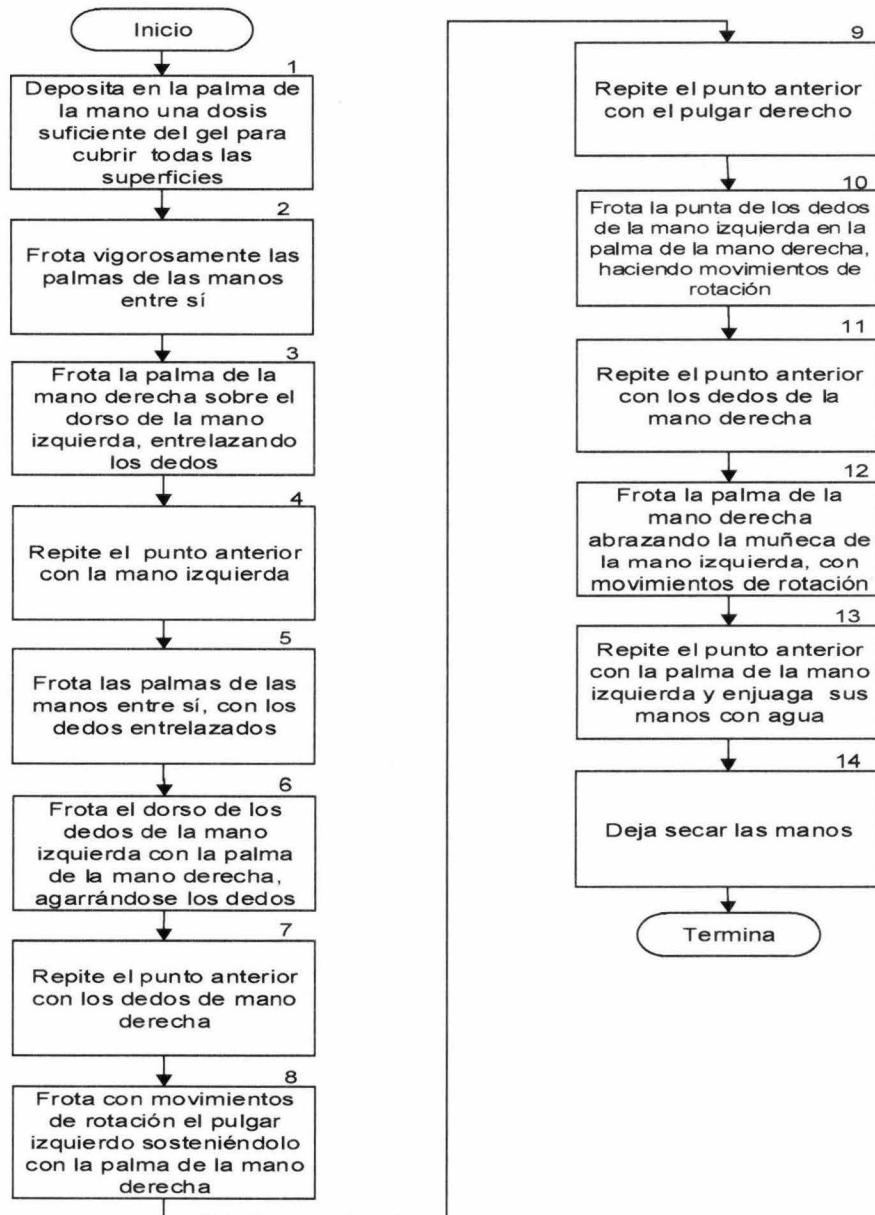
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Desinfección
Enfermera asistencial	1	Deposita en la palma de la mano una dosis suficiente del gel para cubrir todas las superficies.
	2	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	3	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	4	Repite el punto anterior con la mano izquierda.
	5	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
	6	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha, agarrándose los dedos.
	7	Repite el punto anterior con los dedos de mano derecha.
	8	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	9	Repite el punto anterior con el pulgar derecho.
	10	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	11	Repite el punto anterior con los dedos de la mano derecha.
	12	Frota la palma de la mano derecha abrazando la muñeca de la mano izquierda, con movimientos de rotación.
	13	Repite el punto anterior con la palma de la mano izquierda y enjuaga las manos con agua.
	14	Deja secar sus manos.
Termina Procedimiento		



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Alcohol - Gel | 20 a 30 seg

HIGIENE DE MANOS



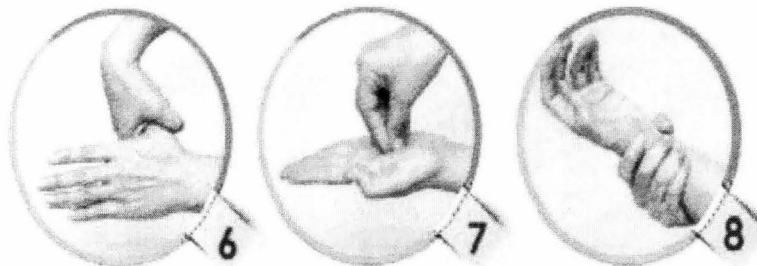
Retire joyería

Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente de Alcohol-Gel

Frote palmas entre sí con dedos entrelazados

Frote la palma contra el dorso de la mano entrelazando los dedos y viceversa

Frote dorso dedos de una mano con la palma opuesta agarrándose dedos

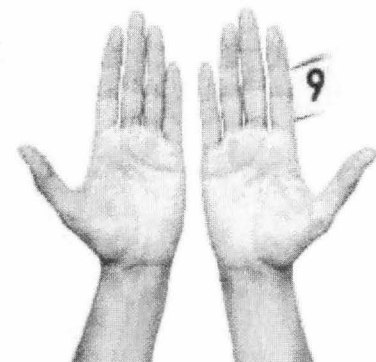


Frote punta de dedos contra palma en movimiento de rotación y viceversa

Frote punta de dedos mano derecha contra palma en movimiento de rotación y viceversa

Continúe frotando hasta la muñeca

20-30 segundos
MANOS SEGURAS



**INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA**
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



CODECIN

Comité de Detección y Control de Infección en Hospitales

"SALVE VIDAS: Lávese las manos"

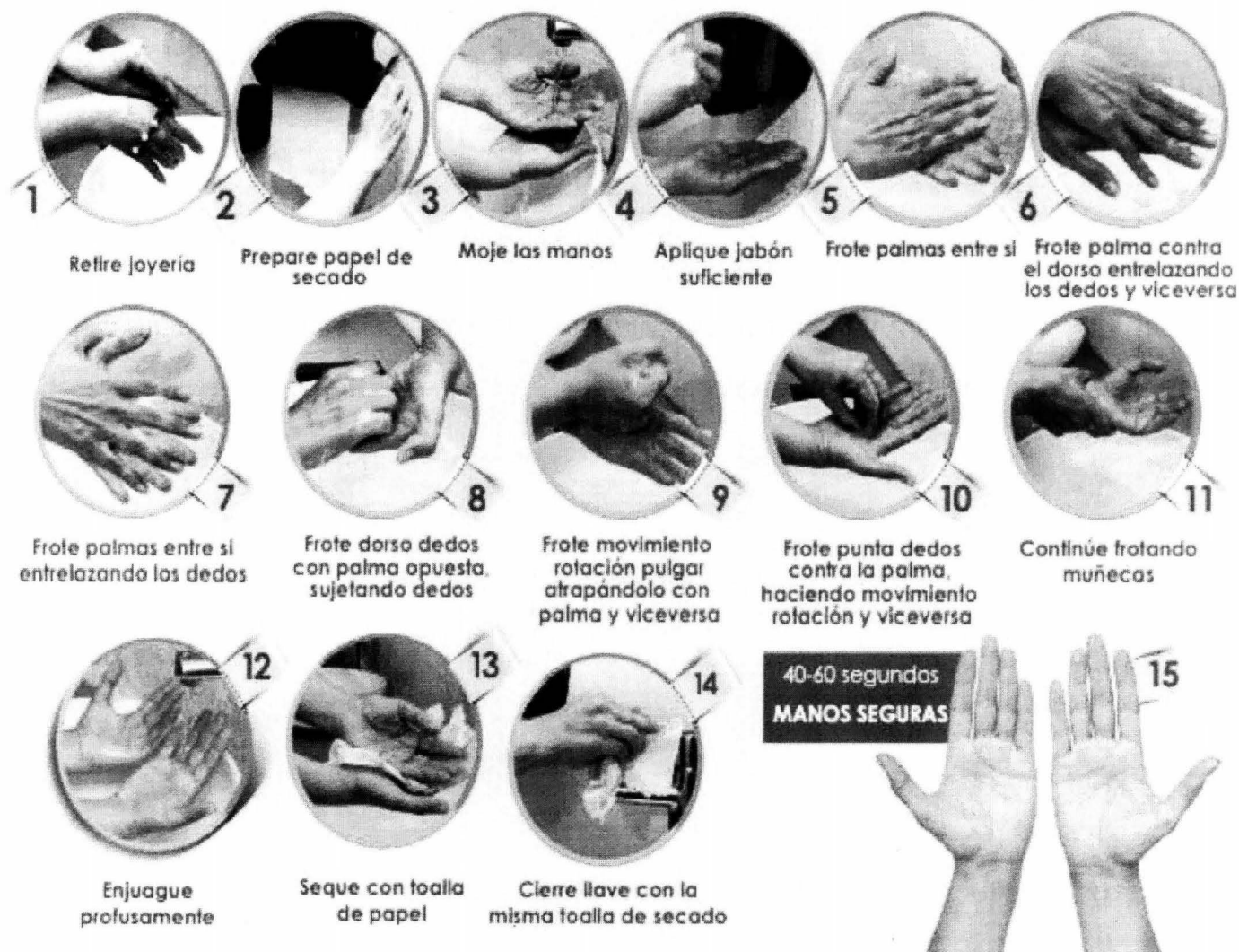
Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Área Hospitalaria | Agua y jabón | 40 a 60 seg

HIGIENE DE MANOS



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS**OBJETIVO ESPECÍFICO**

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

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ OBLIGACIÓN DEL:****1. Jefe del Servicio.**

- Verificar la adecuada separación de los residuos infecciosos.

2. Del Personal de Enfermería.

- Tener los cuidados de higiene necesarios antes y después del procedimiento.
- Conocer la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Identificar, clasificar, separar y envasar los Residuos Biológico Infecciosos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.
- Clasificar y separar los Residuos Sólidos Municipales:
 - Papel en general (impresión, papel bond y carbón, periódico, revistas, entre otros).
 - Cartón.
 - Envolturas y envases de alimentos y bebidas.
 - Cajas de cartón y laminados sin medicamentos.
 - Empaques secundarios o envolturas desechables de material de curación.
 - Restos de alimentos del personal de la unidad (orgánicos).
 - Latas de metal y aluminio (inorgánicos).
 - Cigarros y colillas.
 - Papel higiénico y toallas sanitarias de baños.
 - Restos de madera o jardinería.
 - Vidrio.
- Clasificar y separar los residuos peligrosos, Corrosivos, Reactivos, Explosivos, Tóxicos, Inflamables y Biológico-Infecciosos (CRETIB):
 - Grupo 1 Sangre (sangre, paquete globular, plasma y suero, vacutainer con sangre y tubos con sangre).
 - Grupo 2 Cultivos y cepas (cajas de petri desechables que contengan medios de cultivo y agentes biológicos (vacunas)).

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

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

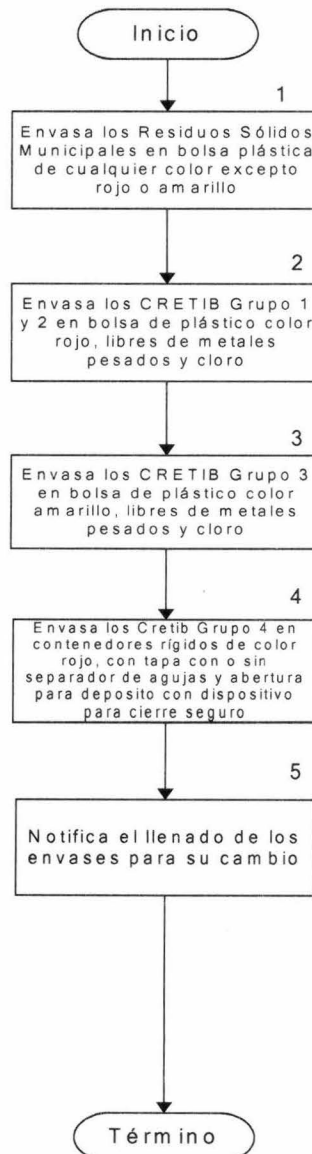
15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

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

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

15. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

Enfermera (o)





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO

Identificar y valorar la estática fetal a través de la exploración sistemática abdominal.

16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana:
 - Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).

2. De la enfermera asistencial

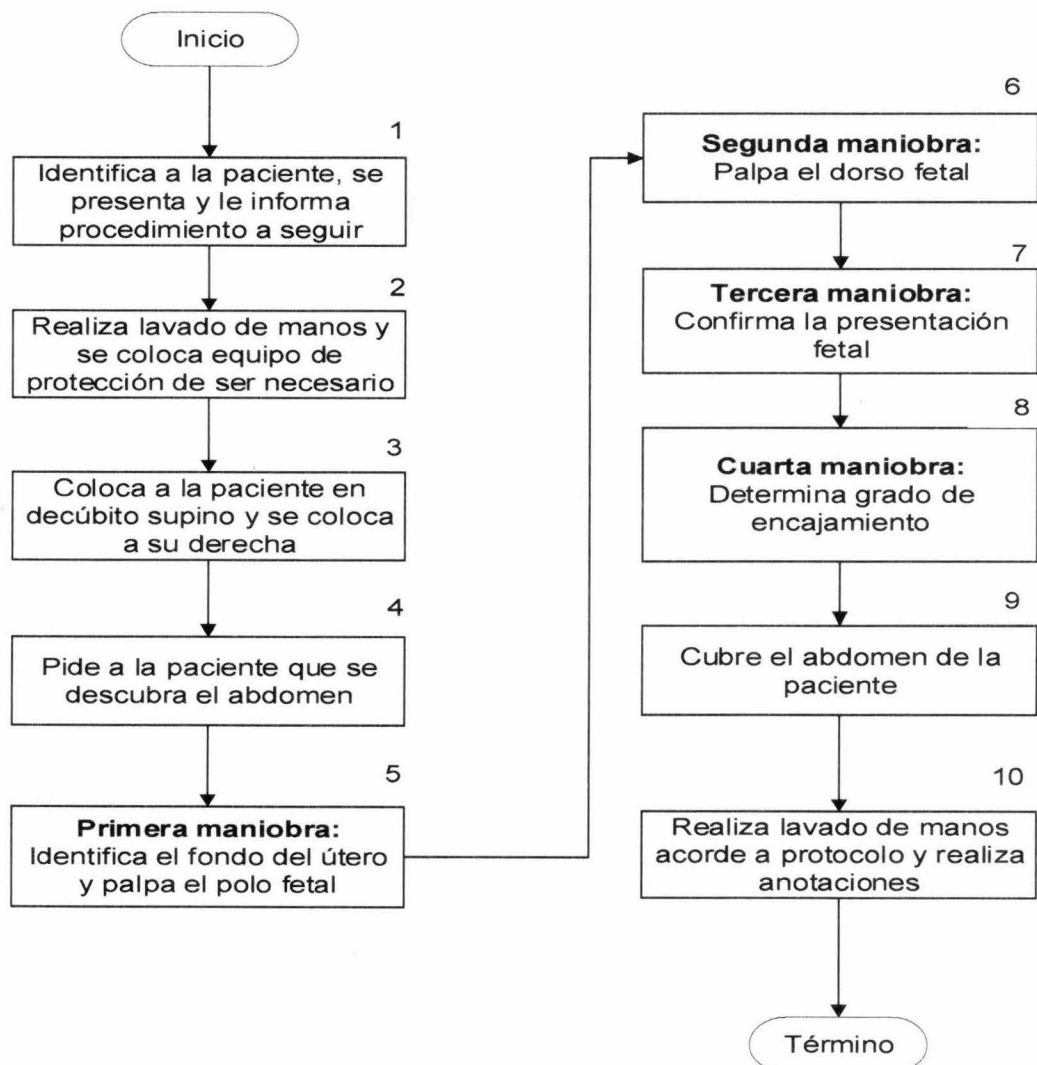
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos, respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer y realizar las maniobras de Leopold.
- Tener el sustento teórico respecto a la estática fetal.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acorde a protocolo institucional.

16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta y le informa el procedimiento a realizar (si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración).
	2	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	3	Coloca a la paciente en posición decúbito supino y se coloca en el lado derecho de la paciente mirando hacia su cabeza.
	4	Pide a la paciente que se descubra el abdomen.
	5	Primer maniobra: Utiliza la palma y el borde cubital de la mano, con los dedos apuntando hacia la cara de la paciente. Identifica el fondo del útero y palpa el polo fetal. Determina qué parte del feto ocupa el fondo uterino (el polo cefálico se palpa como una estructura redonda, rígida y regular, mientras que el polo podálico es una superficie irregular, blanda y no "pelotea". Si no se detecta ningún polo en el fondo uterino, se concluye que el feto está en situación transversa).
	6	Segunda maniobra: Desliza ambas manos desde el fondo del útero hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen, a la derecha e izquierda del útero (el dorso fetal se palpa como una superficie lisa, dura y convexa ubicada en uno de los costados, en el lado opuesto nódulos pequeños, irregulares y numerosos que pueden corresponder a las extremidades).
	7	Tercer maniobra: Coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de la mano derecha a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis del pubis; confirma la presentación fetal; la cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si está encajada y la región pélvica se percibe blanda e irregular.
	8	Cuarta maniobra: Mira hacia los pies de la paciente y coloca los cuatro dedos de cada mano en cada costado de la cavidad pélvica, palpa gentilmente y determina grado de encajamiento.
	9	Cubre el abdomen de la paciente.
	10	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional y hace anotaciones en los registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

Enfermera Asistencial



16. MANIOBRAS DE LEOPOLD

ANEXO

Maniobras de Leopold



1ra maniobra: Evalúa la altura del **fondo uterino**



2da maniobra: Evalúa la **posición fetal**



3ra maniobra: Evalúa la **presentación fetal**



4ta maniobra: Grado de **encajamiento**

Referencias:

- Carvajal JA, Ralph C. Manual de obstetricia y ginecología [Internet] 2017 [consultado 30 junio 2021] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>

17.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO**17.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Consulta Externa**



HOJA

2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

01	04	24
----	----	----

17.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

17.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad de:

1. El/la Jefe(a) de Servicio:

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

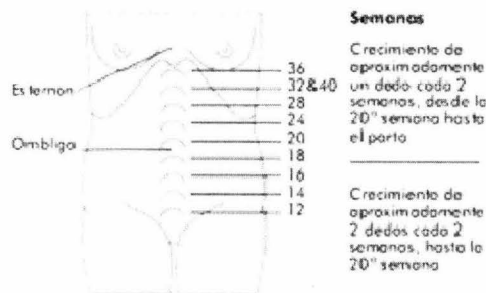
2. De el/la Enfermero(a) Asistencial:

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

3. Del Equipo de Salud:

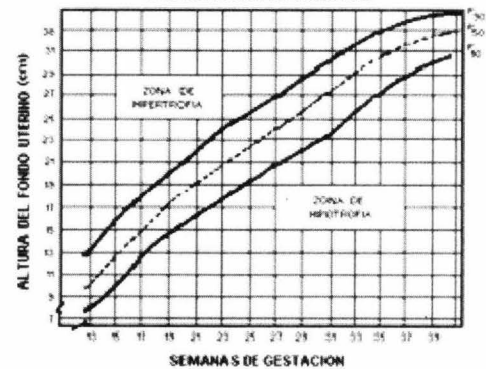
- Respetar la individualidad de la paciente y proporcionar trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención de la paciente y de la realización del procedimiento.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

Crecimiento del útero durante el embarazo



APENDICE A (NORMATIVO)

ALTURA DEL FONDO UTERINO
SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



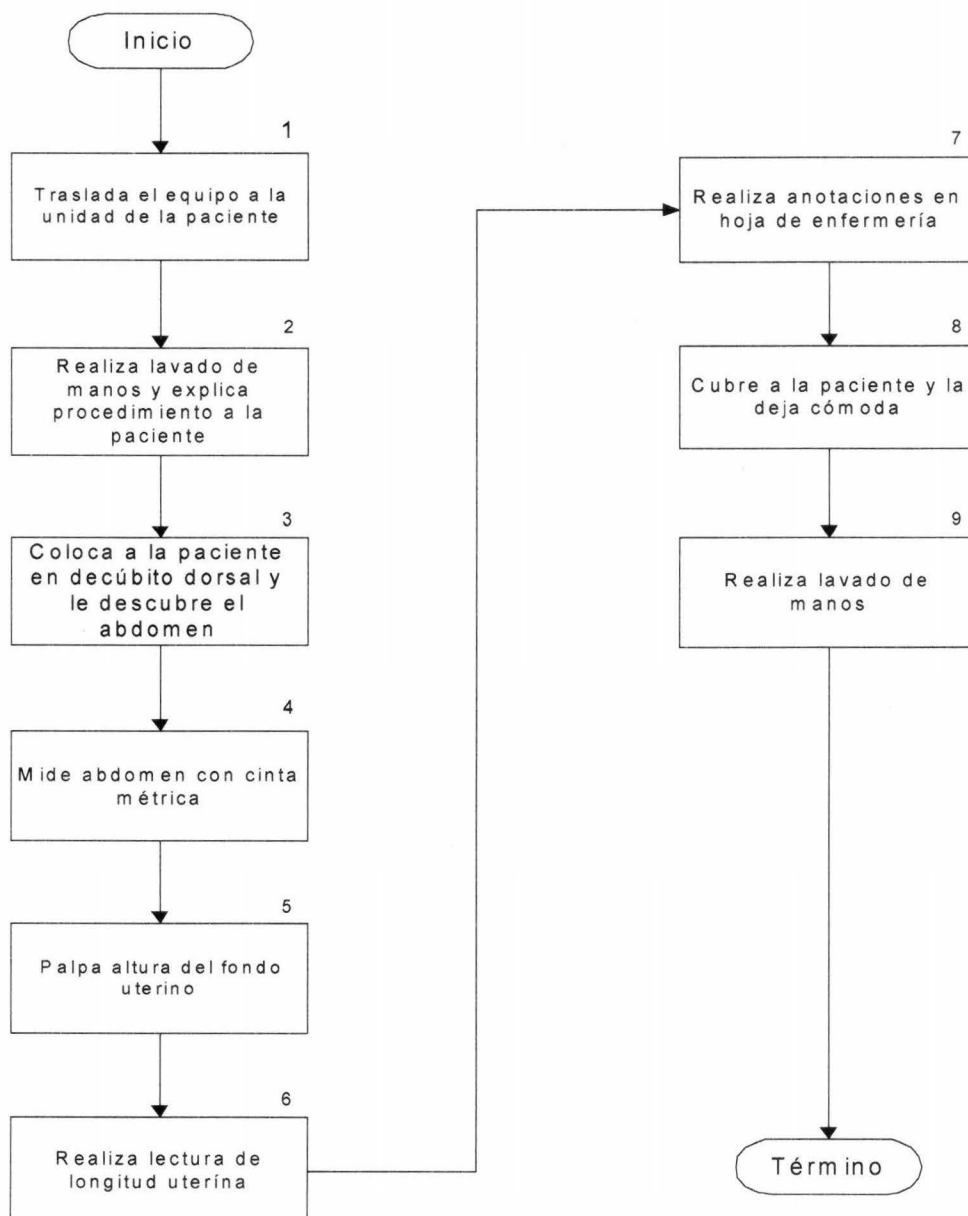
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

17.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

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

17.- MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO

Enfermera Asistencial



18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS**OBJETIVO ESPECÍFICO**

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

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ RESPONSABILIDAD:****1. De la Jefe de Servicio:**

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

2. Del Personal Asistencial:

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

En caso de caídas:

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

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS**Concepto de caída**

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

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

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

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

Valoración del Riesgo de Caídas

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

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

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

Factores Intrínsecos

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

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

EDAD	Niños menores de 6 años, el lactante puede caer de la cama o cuna cuando se le deja solo y los barandales no son instalados y/o no funciona el sistema de seguridad, con frecuencia tienen caídas cuando empiezan a caminar. El niño en edad preescolar no mide el peligro al intentar trepar, subir o bajar cualquier superficie. El adulto mayor de 65 años presenta riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.
------	--

FACTORES EXTRÍNSECOS

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

Arquitectónicas de la unidad hospitalaria	- Ausencia del timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de la luz descompuesto. - Escalones a la entrada o salida del baño. - Ausencia de barras de sujeción en baños y áreas de regaderas. - Área de regaderas con piso deslizante y sin tapetes antiderrapante. - Escaleras o rampas sin antiderrapante. - Escaleras con escalones irregulares. - Lavabos y retretes muy bajos. - Pisos dispares.
Equipo y mobiliario	- Sistema no audible ni visible de timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz descompuesto, focos fundidos dentro o fuera de la habitación o del control de enfermeras. - Mobiliario fuera de su lugar (buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas entre otros). - Silla de baño mojada, resbaladiza o ausencia de ésta (silla desplegable). - Presencia de cables, cordones y obstáculos en general. - Ausencia de dispositivos específicos para la deambulación, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo. Utilización de tripies, sillas de ruedas, bombas de infusión o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulación. Llantas de tripies en malas condiciones. Camas y camillas sin cinturones de seguridad, barandales laterales, piecera o cabecera. Camas, camillas o sillas de ruedas con frenos en mal estado o no funcionales. - Iluminación deficiente. - Fuera del alcance del paciente: timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz, artículos personales, banco de altura.

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

De Proceso

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

FÁRMACOS Y SUS EFECTOS

Diurético

Deshidratación, incontinencia, urgencia de micción, hipopotasemia, hiponatremia, Hiperglucemia, hiperuricemia, desequilibrio hidroelectrolítico.

Laxantes y enemas

Urgencia de evacuar, evacuaciones frecuentes, diarrea, pueden alterar el equilibrio hidroelectrolítico.

Antihipertensivos, calcio antagonista, betas bloqueadores.

Cifras de presión arterial inferiores a las normales, descenso nocturno de la presión arterial, hipotensión ortostática y postprandial, síncope, depresión, adinamia, insuficiencia cardíaca, arritmias.

Inotrópicos

Alteraciones gastrointestinales, síndrome confusional, alteraciones en el gasto cardíaco, arritmias ventriculares.

Digitalicos

Arritmias cardíacas, mareo, desmayo, confusión depresión cansancio, debilidad, Alteraciones visuales, pérdida de apetito, diarrea, vómito, cefalea.

Antiarrítmicos

Alteraciones en el sistema de conducción, alteración en el gasto cardíaco, alteraciones visuales, ataxia, tremor, cefalea, parestesias.

Antidepresivos Sedantes

Confusión, sedación, somnolencia, temblor, bradicardia, anorexia, vómitos, diarrea.

Alteraciones de la atención y de la memoria, estados contusionales,

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

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

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

Medidas de seguridad.

Información a la paciente:

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

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario

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

Acciones encaminadas a mantener un entorno seguro:

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

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS
Escala de Valoración del Grado de Riesgos de Caídas en el Paciente Hospitalizado

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

VALORACIÓN POR TURNO
CRITERIOS DE RIESGO
Criterios de riesgo

TM	T	T
	V	N

Limitación física
Estado mental alterado
Tratamiento farmacológico que implica riesgo
Problemas de idioma o socioculturales
Pacientes sin factores de riesgo evidentes
Total

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

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

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

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

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

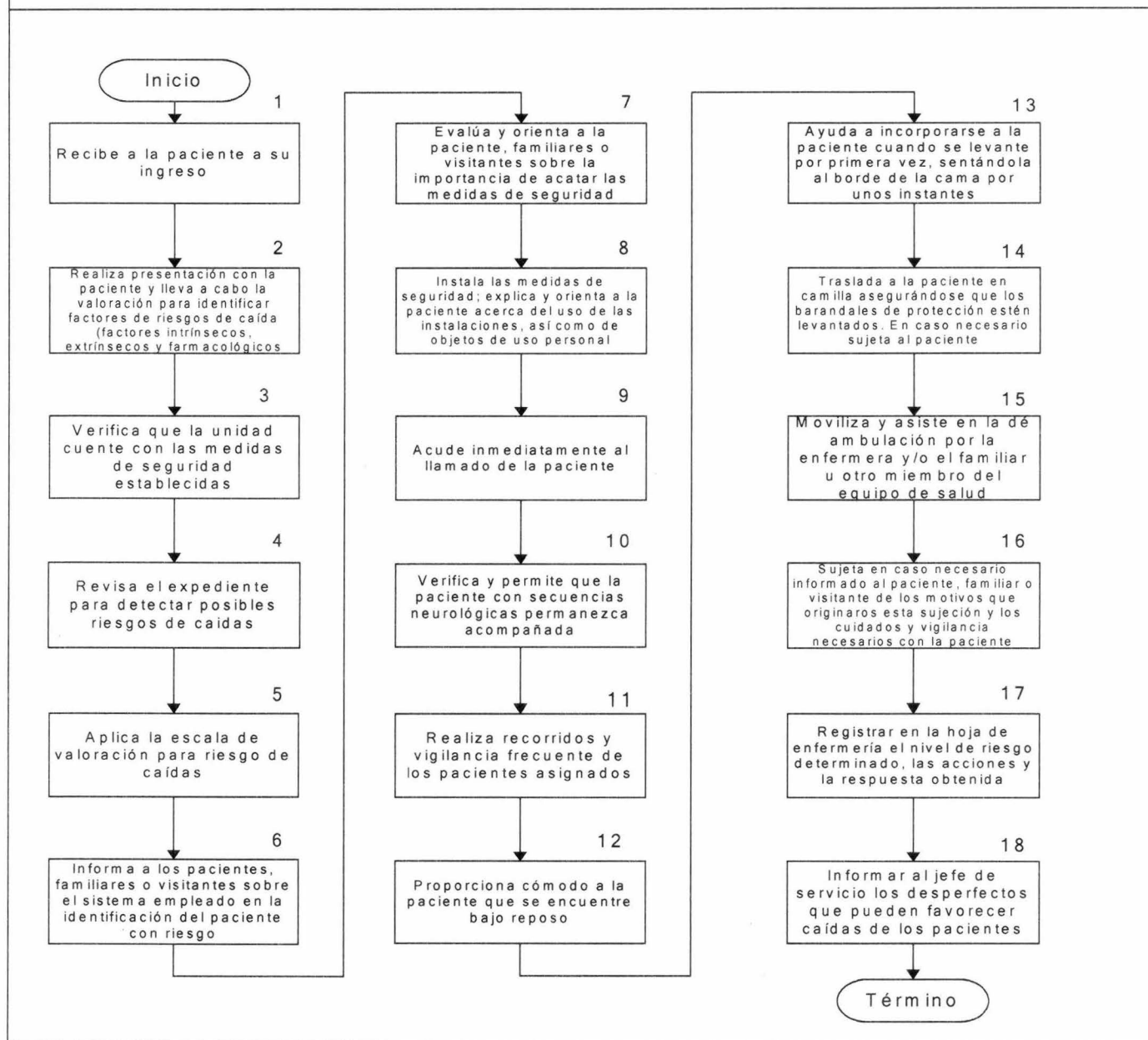


18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	16	Sujeta en caso necesario informando suficientemente al paciente, familiar o visitante los motivos que determinaron esta sujeción y los cuidados y vigilancia que deben tener a fin de evitar complicaciones en las zonas comprometidas (solicita consentimiento informado del familiar).
	17	Valora a la paciente previo al baño en regadera Registra en la hoja de enfermería el nivel de riesgo determinado, las acciones y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado.
	18	Informa al jefe de servicio los desperfectos que pueden favorecer caídas de los pacientes
Termina Procedimiento		

18. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la jefa de servicio y/o encargada del servicio:

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional
- Verificar que el equipo y sus aditamentos se encuentre en óptimas condiciones de uso.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento

2. De la Enfermera asistencial:

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer los parámetros normales de signos vitales
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (TEMPERATURA)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Verifica que el termómetro se encuentre en buenas condiciones.
	4	Realiza asepsia al termómetro digital.
	5	Coloca el termómetro en el hueco axilar hasta que escuche la alarma sonora.
	6	Retira termómetro, realiza lectura, limpia y lo coloca en la porta termómetros.
Termina Procedimiento		

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

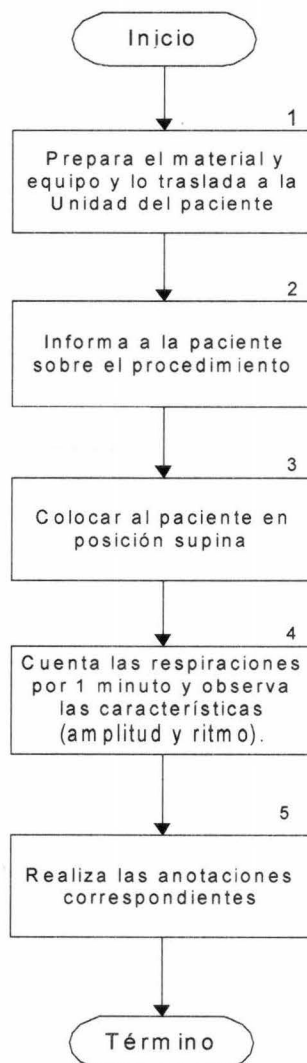


19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

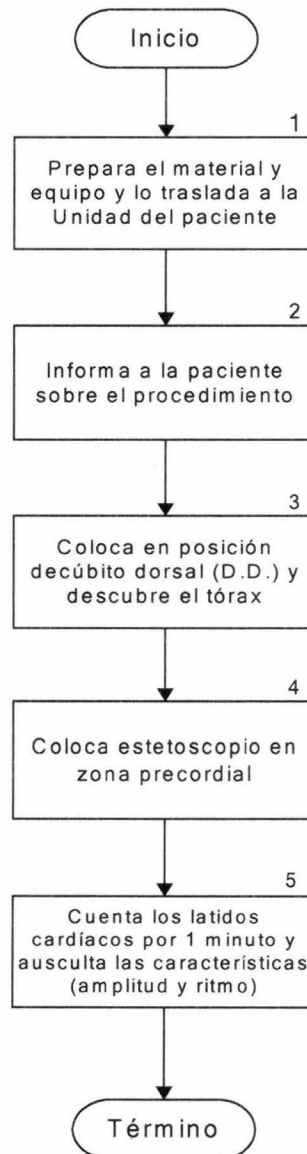


19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

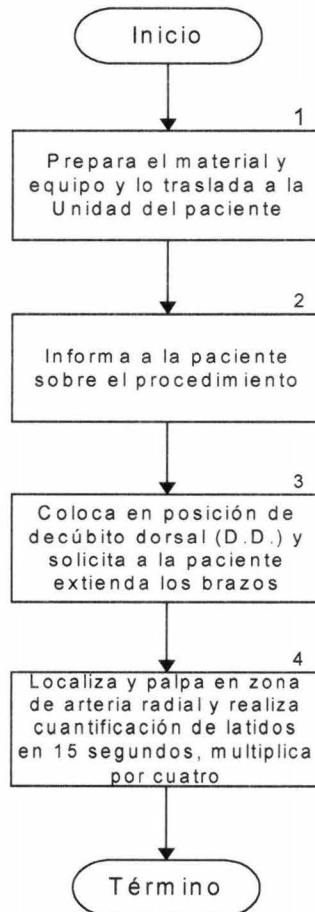


19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

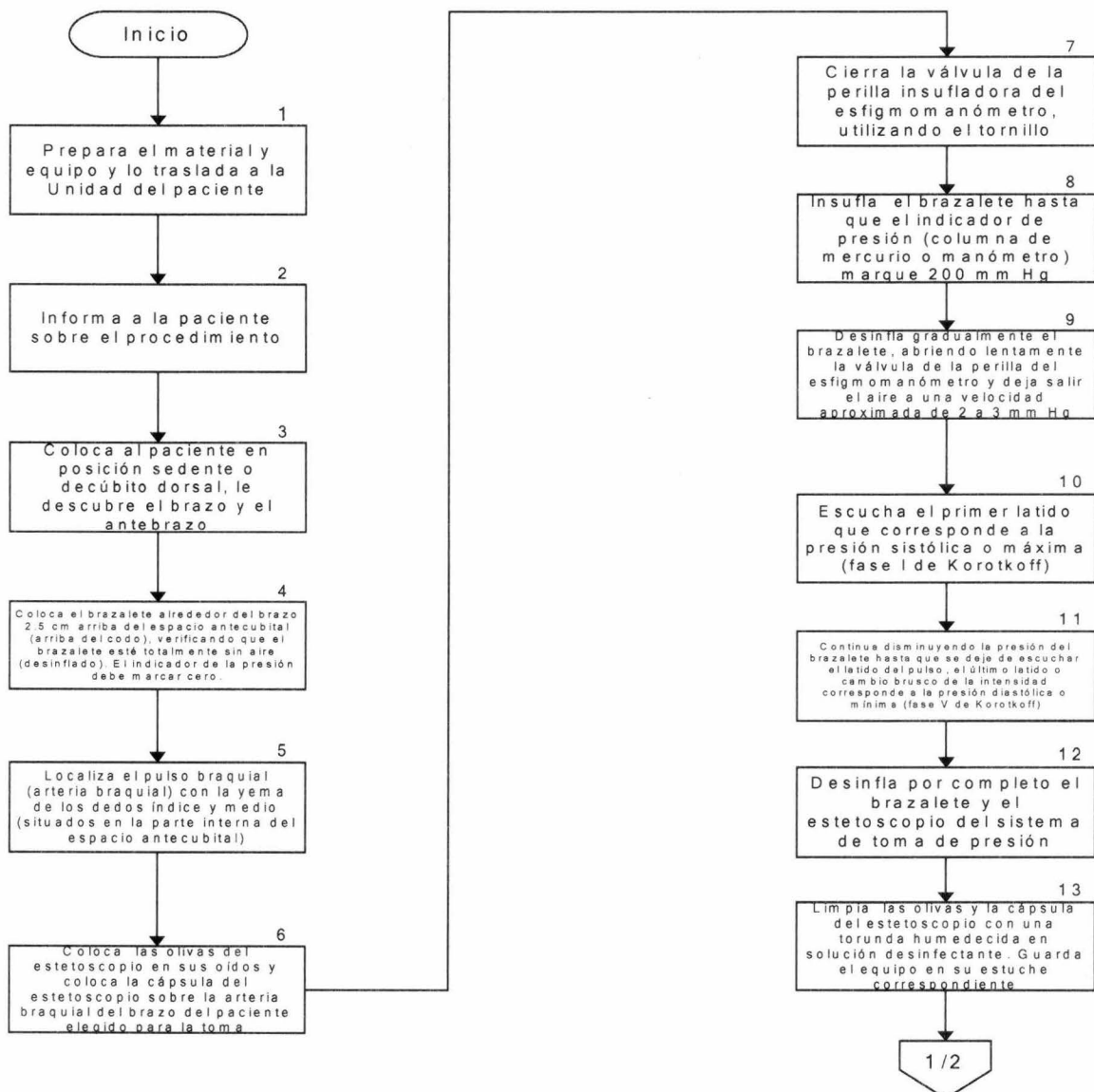
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PRESIÓN ARTERIAL)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición sedente o decúbito dorsal, le descubre el brazo y el antebrazo.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

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

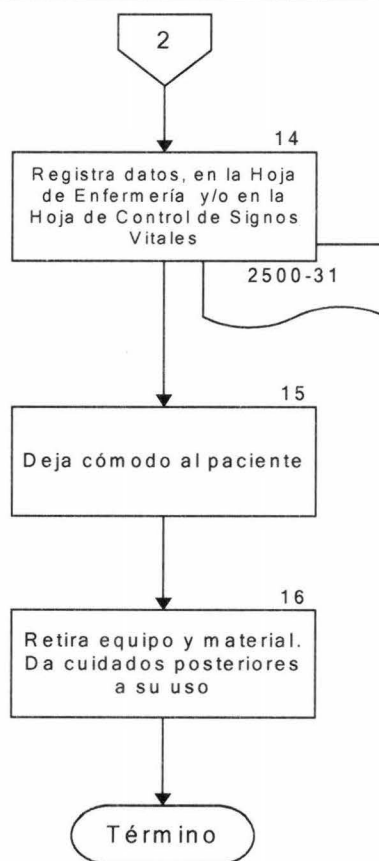
Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

19. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

**20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA****OBJETIVO ESPECÍFICO**

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

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ OBLIGACIÓN:****1. Del Jefe de Servicio.**

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

2. Del Personal de Enfermería.

- Tener el equipo preparado, manteniéndolo en buenas condiciones generales (báscula con estadímetro).
- Conocer las variantes de estos signos para relacionarlos con la evolución y desarrollo de las pacientes.
- Avisar al Jefe de Servicio en caso de que el equipo esté deteriorado o mal calibrado para que se realicen los ajustes necesarios.
- Registrar en Hoja de Enfermería (2500-31) o en Hoja de Control Paciente Diabética (2130-06) el peso y la talla, de acuerdo a la entidad patológica de la paciente.

3. Del Equipo de Salud.

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

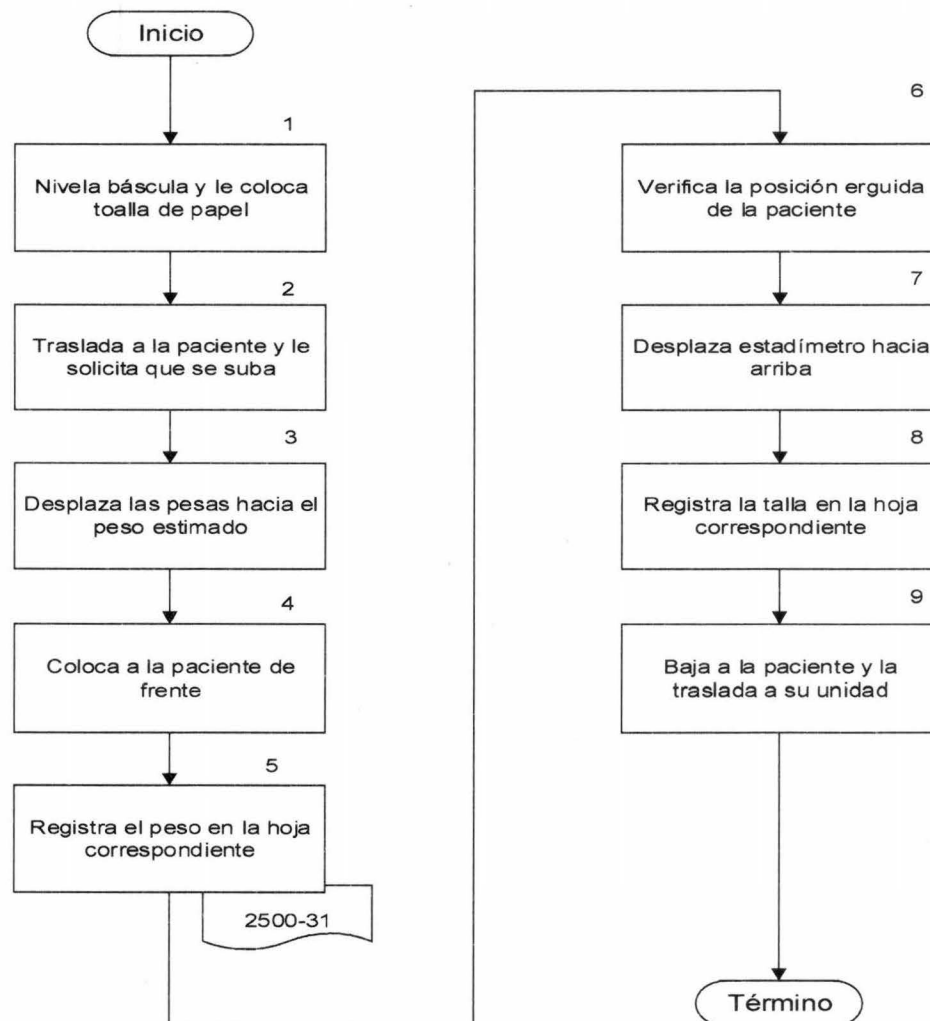


20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

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

20. SOMATOMETRÍA PESO Y TALLA

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. TOMA DE PAPANICOLAOU

21. TOMA DE PAPANICOLAOU

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. TOMA DE PAPANICOLAOU

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detectar neoplasias cérvico uterinas y/o lesiones precursoras.

21. TOMA DE PAPANICOLAOU

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD DEL:

1. Jefe de Servicio:

- Vigilar que la toma de papanicolaou se realice en las condiciones adecuadas y con el respeto requerido.
- Realizar el procedimiento cuando la paciente no esté sangrando y se haya abstenido de tener relaciones sexuales 48 horas previas.

2. Personal de Enfermería:

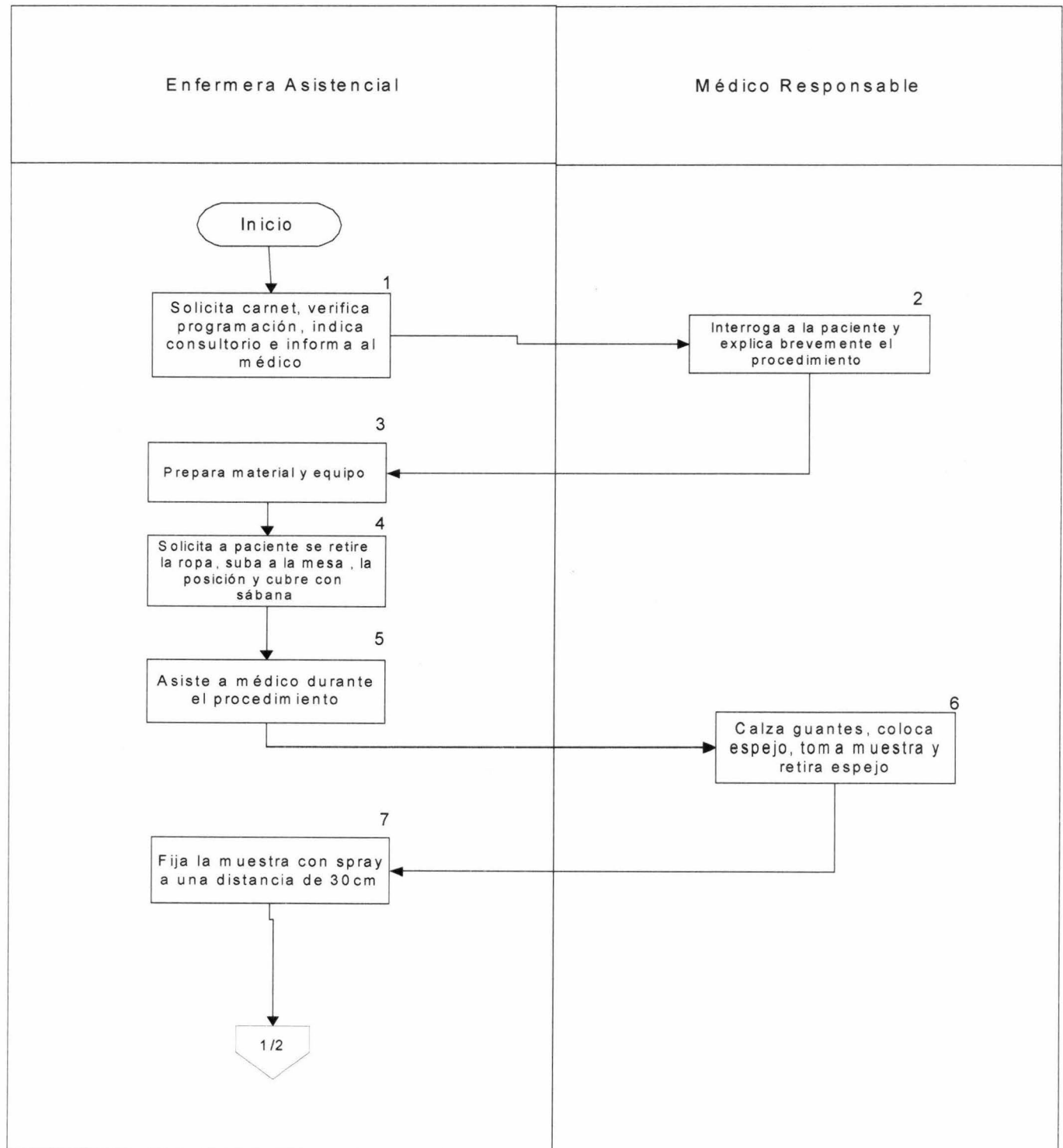
- Asistir al médico en la toma de Papanicolaou.
- Preparar material y equipo (espejo vaginal, cepillo citológico, porta objetos, fijador).
- Respetar y hacer que se respete la individualidad de la paciente.
- Permanecer junto a la paciente durante el procedimiento.
- Informar a la paciente en caso requerido.
- Favorecer un ambiente de confianza paciente-médico-enfermera.
- Avisar al Jefe de Servicio de Enfermería cualquier incidente presentado durante el procedimiento.

21. TOMA DE PAPANICOLAOU

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Solicita carnet a la paciente, verifica programación de cita, indica pase al consultorio e informa al médico correspondiente.
Médico Responsable	2	Interroga a la paciente, explica brevemente el procedimiento.
Enfermera Asistencial	3	Prepara material y equipo (espejo vaginal, cepillo citológico, porta objetos, fijador).
	4	Solicita a la paciente retirar su ropa de la cintura hacia abajo, suba a la mesa de exploración, da posición ginecológica, la cubre con sábana clínica.
	5	Asiste al médico durante el procedimiento.
Médico Responsable	6	Calza guantes, coloca espejo sin lubricar, toma muestra, retira espejo.
Enfermera Asistencial	7	Fija la muestra con spray a una distancia de 30 cm.
	8	Membreta muestra con: nombre completo y número de registro.
	9	Informa a la paciente sobre el término del procedimiento, suspende posición ginecológica e indica baje de la mesa de exploración, solicita se vista, tome asiento e informa al médico.
	10	Da indicaciones y cita subsecuente.
	11	Da cuidados posteriores al equipo, realiza proceso de desinfección, lo prepara y traslada para su esterilización a CEyE al término de la consulta.
Termina Procedimiento		



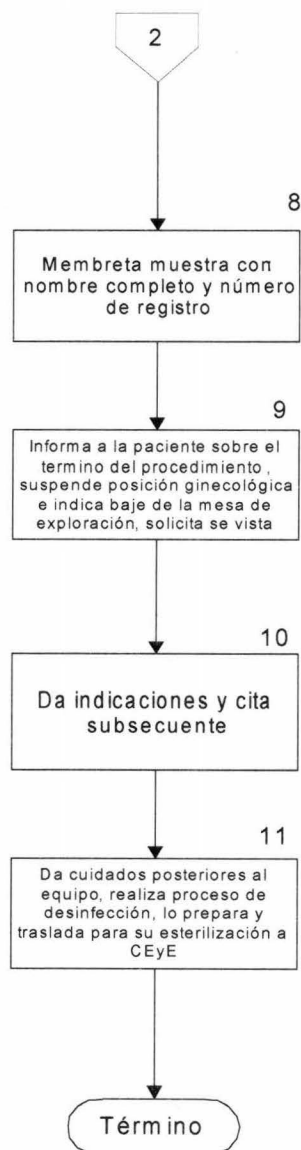
21. TOMA DE PAPANICOLAOU



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. TOMA DE PAPANICOLAOU

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS

22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS

22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar los trámites correspondientes para el ingreso de la paciente a Urgencias y trasladarla de manera segura evitando riesgos

22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será responsabilidad de la Jefe de servicio:

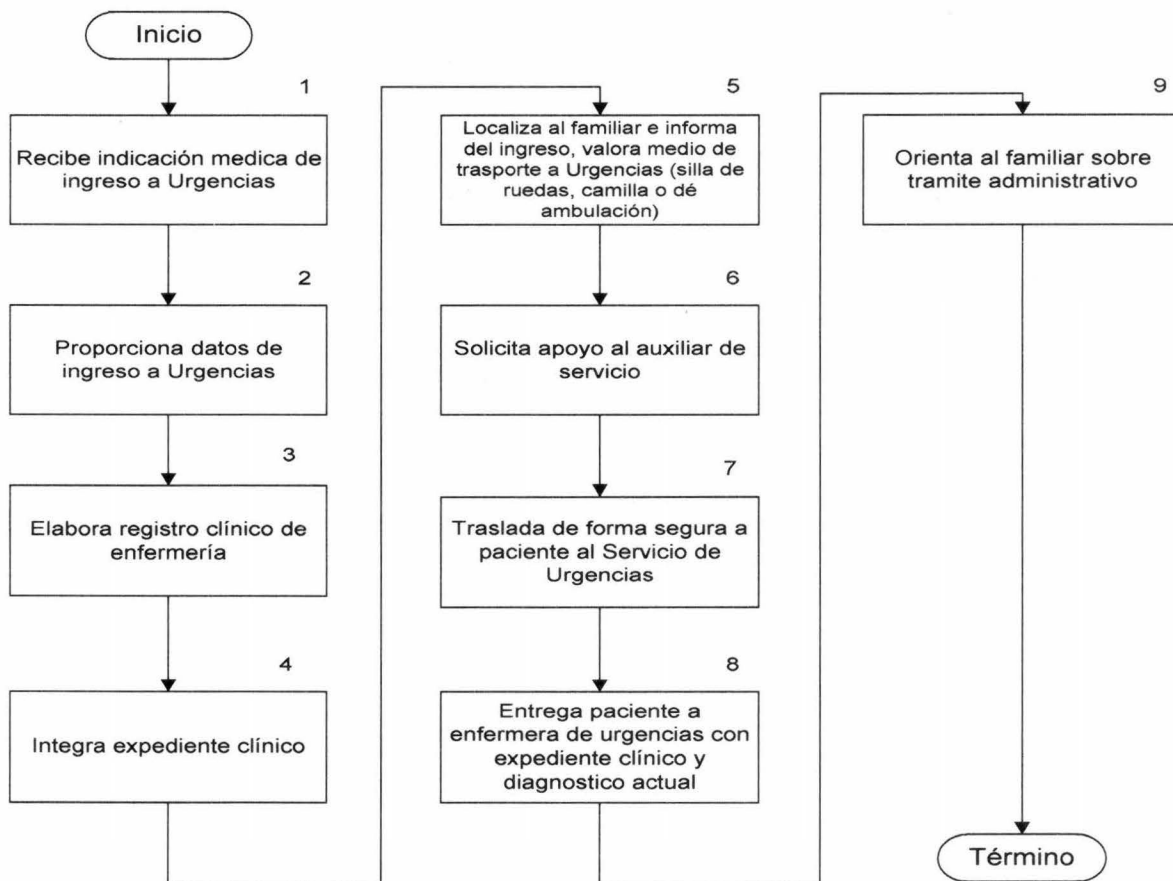
- Notificar oportunamente al servicio de Urgencias del traslado de la paciente
- Realizar todos los traslados bajo indicación médica, con diagnóstico preciso y expediente clínico, con o sin presencia del familiar.

22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Recibe indicación médica de ingreso a Urgencias
	2	Proporciona datos de ingreso a Urgencias
	3	Elabora registro clínico de enfermería
	4	Integra expediente clínico.
	5	Localiza al familiar e informa del ingreso, valora medio de transporte a Urgencias (silla de ruedas, camilla o deambulador).
	6	Solicita apoyo al auxiliar de servicio.
	7	Traslada de forma segura a paciente al Servicio de Urgencias.
	8	Entrega paciente a enfermera de urgencias con expediente clínico y diagnóstico actual.
	9	Orienta al familiar sobre trámite administrativo.
		Termina Procedimiento

22. TRASLADO DE PACIENTE A URGENCIAS

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

23. USO DE REACTIVOS EN ORINA

23. USO DE REACTIVOS EN ORINA

23. USO DE REACTIVOS EN ORINA**OBJETIVO ESPECÍFICO**

Determinar la presencia de bilirrubinas urobilinógeno, cuerpos cetónicos, glucosa, proteínas sangre, PH, nitritos, leucocitos, en orina con fines diagnósticos.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

23. USO DE REACTIVOS EN ORINA**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ OBLIGACIÓN:****1. Del Jefe de Servicio:**

- Verificar que el personal esté capacitado para realizar el procedimiento en forma eficiente.
- Tener el material y equipo necesario para el procedimiento.

2. De la Enfermera(o) Asistencial:

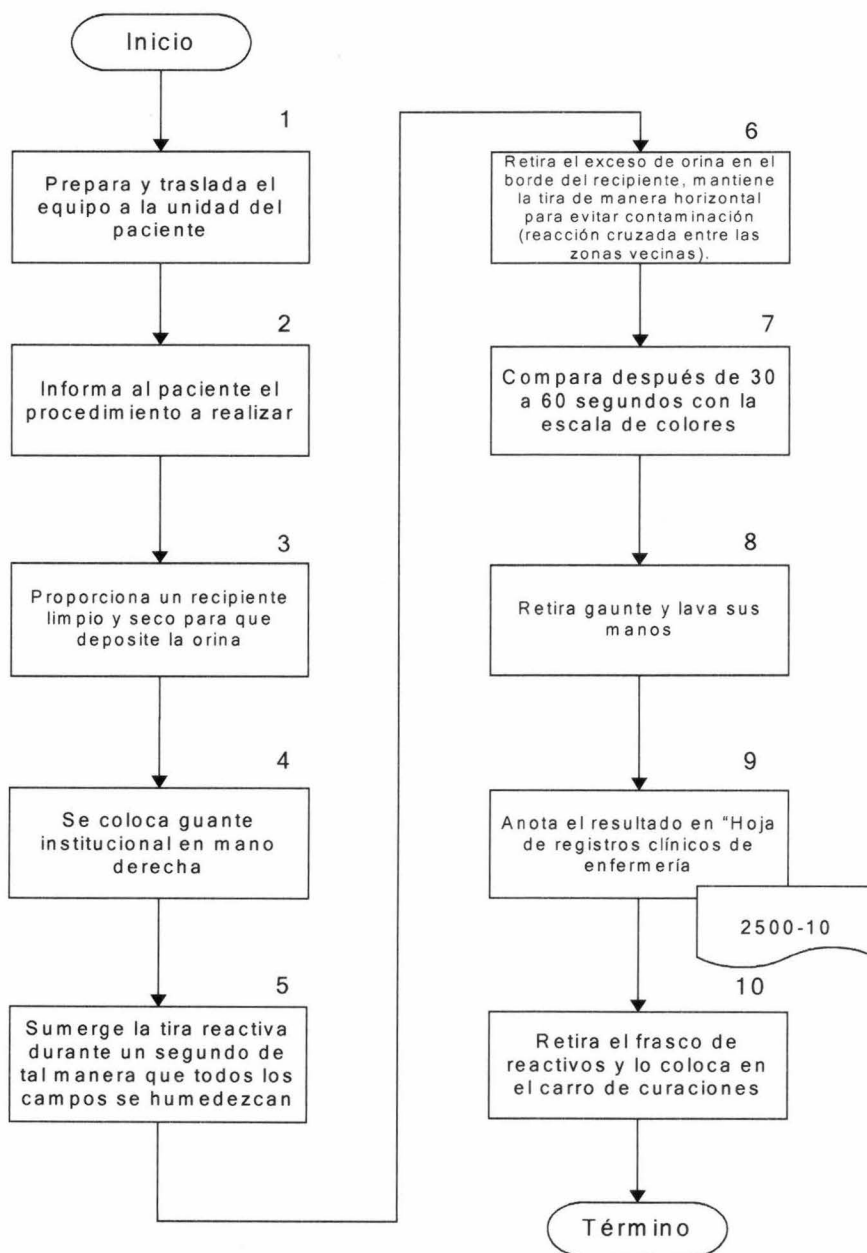
- Preparar el equipo oportunamente (recipiente, tiras reactivas para orina, guantes desechables institucional).
- Usar sólo en diagnóstico in vitro, evitar el contacto con piel y mucosas.
- Almacenar la caja con reactivos en un lugar a temperatura de 30 °C no congelar, protegerlos de la luz y humedad.
- Evitar tocar las zonas de test de las tiras reactivas.
- Recolectar la orina en un recipiente limpio o seco que facilite sumergir la zona de la tira reactiva.
- Desechar las tiras que se encuentren decoloradas.
- Realizar el manejo adecuado de desechos.

23. USO DE REACTIVOS EN ORINA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera(o) Asistencial	1	Prepara y traslada el equipo a la unidad del paciente.
	2	Informa al paciente el procedimiento a realizar.
	3	Proporciona un recipiente limpio y seco para que deposite la orina.
	4	Porta guante institucional en mano derecha.
	5	Sumerge la tira reactiva durante un segundo de tal manera que todos los campos se humedezcan.
	6	Retira el exceso de orina en el borde del recipiente, mantiene la tira de manera horizontal para evitar contaminación (reacción cruzada entre las zonas vecinas).
	7	Compara después de 30 a 60 segundos con la escala de colores.
	8	Retira guante y lava sus manos.
	9	Anota el resultado en "Hoja de registros clínicos de enfermería"
	10	Retira el frasco de reactivos y lo coloca en carro de curaciones.
		Termina Procedimiento

23. USO DE REACTIVOS EN ORINA

Enfermera (o) Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

V. HOJA DE FIRMAS

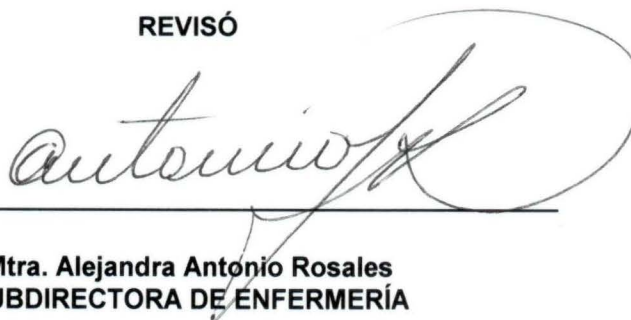
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORIZÓ



EN AUSENCIA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN MÉDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES Y CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA EL DR MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH, DESIGNADO MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0265-2024.

REVISÓ



**Mtra. Alejandra Antonio Rosales
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA**