



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

AREA: OBSERVACIÓN

<b>Proceso:</b> Enfermería
Elaboró: Mayra Selene Beltrán Calderón, Cinthya Mesta Valencia
<b>Aprobó:</b> Gloria Alcalá 
<b>Fecha de Emisión:</b> 24/10/2013
<b>Fecha de Revisión:</b> n/a

## INDICE

AUTORIZACIONES.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
PROCEDIMIENTOS	
Entrega y recepción del área de observación.....	8
Manejo de medicamentos controlados.....	11
Preparación del Carro Rojo.....	13
Recepción del paciente proveniente de Consultorios de Urgencias.....	14
Recepción del paciente trasladado en ambulancia.....	17
Medición de glucosa capilar.....	20
Medición de la frecuencia del pulso.....	23
Medición de la frecuencia respiratoria.....	24
Medición de la presión arterial.....	26
Medición de la temperatura corporal.....	30
Administración de medicamento intramuscular.....	33
Administración de medicamento intravenoso.....	37
Administración de medicamento oftálmico.....	42
Administración de medicamento oral.....	45
Administración de medicamento subcutáneo.....	47
Administración de medicamento vía rectal.....	50
Administración de medicamento vía respiratoria (instilación).....	53
Administración de nebulizaciones.....	56
Administración de oxígeno mediante mascarilla.....	59
Administración de oxígeno mediante puntas nasales.....	62
Aspiración de secreciones por traqueostomía.....	65
Colaboración y cuidados de enfermería en la realización de una paracentesis...68	
Colocación de cánula de Guedel.....	71
Cuidados al paciente con hipertermia.....	75
Cuidados de enfermería en las convulsiones.....	78
Cuidados del paciente con hipotermia.....	81
Curación de herida (Generalidades).....	84
Enema de limpieza.....	87
Extracción de fecalomas.....	90
Extracción de sangre de una vena periférica.....	93
Lavado de genitales.....	97
Lavado de manos.....	100
Manejo de la flebotomía (sangría).....	103
Obtención de muestra de Orina.....	106
Realización de un electrocardiograma (EKG).....	109
Retiro de la sonda nasogástrica.....	113
Sondaje nasogástrica.....	116
Técnica de inserción de catéteres periféricos (venoclisis).....	119
Transfusión sanguínea y hemoderivados.....	123
Vendaje (Generalidades).....	128

Ventilación con mascarilla y balón resucitador (ambú).....	130
Reanimación cardiopulmonar.....	133
Apoyo en posición de sims.....	136
Decúbito supino.....	139
Posición de decúbito lateral.....	142
Posición de Fowler.....	145
Posición de litotomía (ginecológica.).....	148
Posición de Trendelemburg.....	151
Posición del paciente encamado-prono.....	154
Posición genupectoral.....	157

## FORMATOS

Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.....	161
Reporte diario del área de observación.....	163
Solicitud de material y medicamentos.....	165
Hoja de control de transfusiones y reacciones transfusionales para personal de enfermería.....	167
Expediente electrónico: Urgencias-Observación, Nota de enfermería.....	171

## ANEXOS

Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.....	174
--	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	175
-------------------	-----

NORMATIVIDAD.....	176
-------------------	-----

## AUTORIZACIONES

---

Dr. Marcelo González Tachiquin  
Director General de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua

---

Dra. Gloria Elena Alcalá Mejía  
Delegación Chihuahua

---

Dr. Jesús Córdoba Martínez  
Jefatura de Enseñanza

---

Dr. Fernando Sosa Holguín  
Dirección Médica

---

LEO QX. Mayra Selene Beltrán Calderón  
Jefatura de Enfermería

## INTRODUCCIÓN

El presente manual de procedimientos pretende estandarizar las acciones que realizan los profesionales de enfermería en Pensiones Civiles del Estado, con esto se responde a la necesidad de mejorar los sistemas de trabajo e impulsar el desarrollo del actuar enfermero con base en conocimientos científicos y experiencia práctica.

Este manual tiene el objetivo de unificar criterios y facilitar la inducción del personal de nuevo ingreso brindándole guías que le ayuden a desarrollar su trabajo eficazmente.

Debemos tener en cuenta que la actualización de protocolos es dinámica y continua conforme avanza el conocimiento y experiencia en nuestra práctica habitual, por lo que estará sujeto a revisiones periódicas en función de los avances mencionados y de las nuevas necesidades sociales en materia de atención en salud.

## OBJETIVOS

### General.

Proporcionar al personal de enfermería de Pensiones Civiles del Estado una guía descriptiva para la realización estandarizada de las actividades de enfermería acorde con los lineamientos y reglamentos vigentes en la institución.

### Específicos.

- Regular la atención de enfermería en el área de Observación, de acuerdo con las normas establecidas.
- Promover el adecuado aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

# PROCEDIMIENTOS

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Entrega y recepción de las áreas de observación		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actu0061lización
ENF-076	19-05-2011	

### OBJETIVO:

Dar continuidad a los cuidados de enfermería y abastecer de los recursos materiales necesarios para la atención del paciente.

### CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

### RESPONSABILIDAD

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias. Hoja de solicitud de material y medicamentos a CEYE. Libro de conteo de material del carro rojo, y aparatos electromédicos. Baumanómetro y estetoscopio. Hoja de reporte diario del área de observación. Glucómetro. Vales de ropa Registro de enfermería Reporte estadístico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos al inicio y término del turno. Antes y después de cada procedimiento en el cuál se tenga contacto con el paciente.</li> <li>2. Solicitar a la enfermera del turno anterior le informe sobre cada paciente, específicamente los siguientes datos:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. No. de cama</li> <li>2.2. Nombre del paciente</li> <li>2.3. Diagnóstico</li> <li>2.4. Medicamentos administrados</li> <li>2.5. Acciones de enfermería realizadas</li> <li>2.6. Indicaciones médicas pendientes</li> </ol> </li> <li>3. Revisar funcionalidad del equipo:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Negatoscopio</li> <li>3.2. Desfibrilador</li> <li>3.3. Electrocardiógrafo</li> <li>3.4. Aspirador/humidificadores</li> <li>3.5. Baumanómetro /estetoscopio</li> <li>3.6. Glucómetro</li> <li>3.7. Tomas de oxígeno.</li> </ol> </li> <li>4. Realizar el conteo de material y medicamentos y solicitar los faltantes a</li> </ol>

	<p>CEYE mediante la hoja de solicitud.</p> <p>5. Revisar que el material y medicamentos del carro rojo estén completos y funcionales, y registrarlo en el libro correspondiente.</p> <p>6. Efectuar el conteo de ropa en existencia.</p> <p>7. Anotar en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias, los pacientes que se reciben del turno anterior.</p> <p>8. Al finalizar el turno, entregar a la enfermera la información de los pacientes que se quedan a su cargo.</p> <p>8. Al finalizar el turno, entregar a la enfermera la información de los pacientes que se quedan a su cargo, así como los datos relevantes acontecidos durante el turno.</p> <p>9. Llenar la hoja de reporte diario y junto con la hoja de control de procedimientos anexarlas a la carpeta de reporte de actividades diarias.</p>
--	--

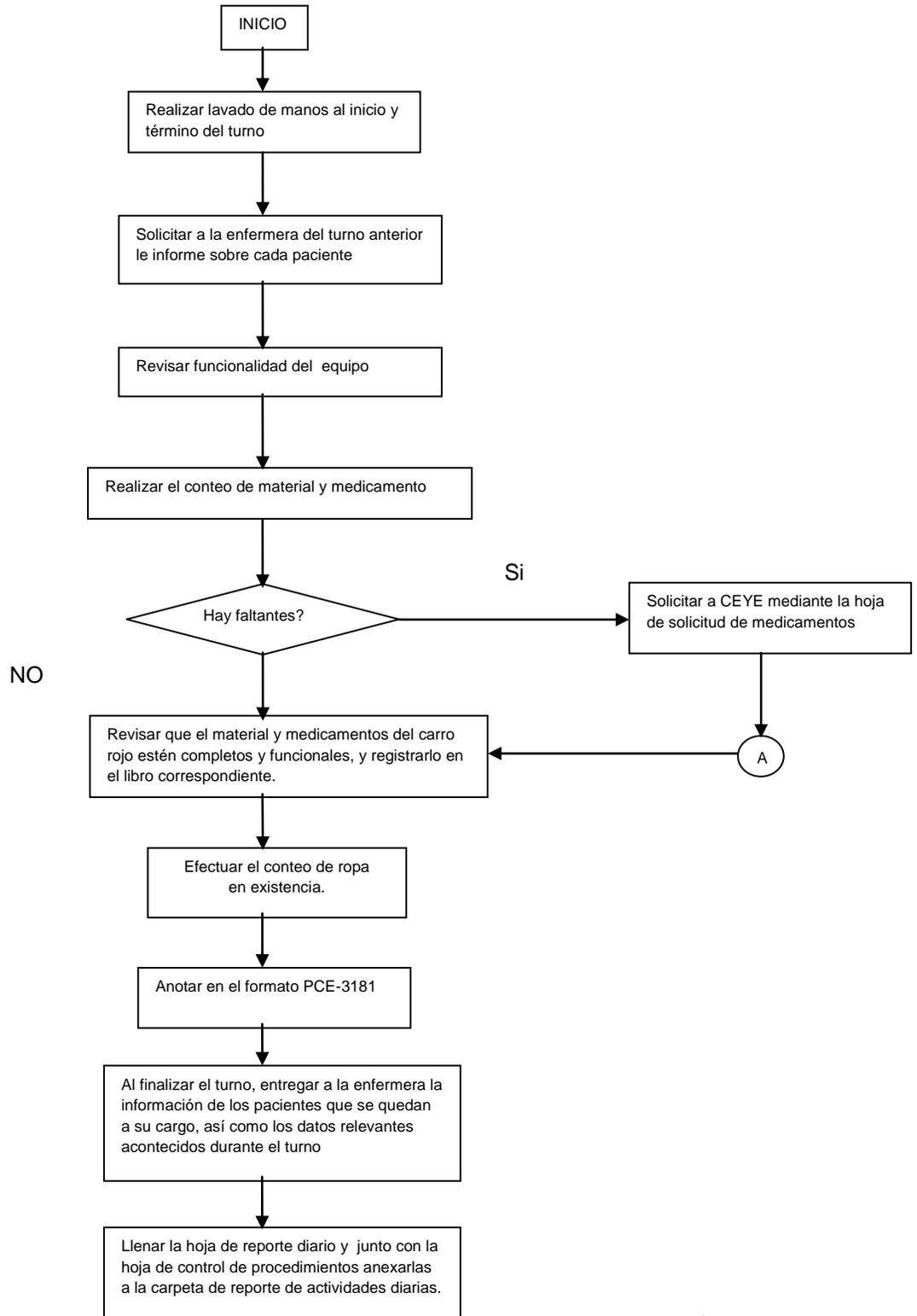
## FORMATOS

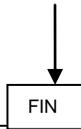
- Hoja de solicitud de material y medicamentos a CEYE
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Entrega y recepción del área de observación

Diagrama de flujo: Entrega y recepción del área de observación





PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Manejo de medicamentos controlados		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-073	19-05-2011	

### OBJETIVO:

Llevar un control adecuado del stock de medicamentos controlados.

### CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

### RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>Receta médica con indicación del medicamento controlado.</li> <li>Expediente electrónico</li> <li>Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> <li>Registro de bitácora de medicamento controlado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar al responsable del área de CEYE el medicamento indicado.</li> <li>Preparar el medicamento acorde con indicación médica y administrarlo, desechar dosis sobrante.</li> <li>Entregar receta por medicamento a la enfermera responsable de CEYE.</li> <li>Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias y bitácora.</li> <li>Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li> </ol>

### OBSERVACIONES:

- Aplicar los 5 correctos en la administración de medicamentos.
- Solicitar al médico una receta por cada ampolleta de medicamento.

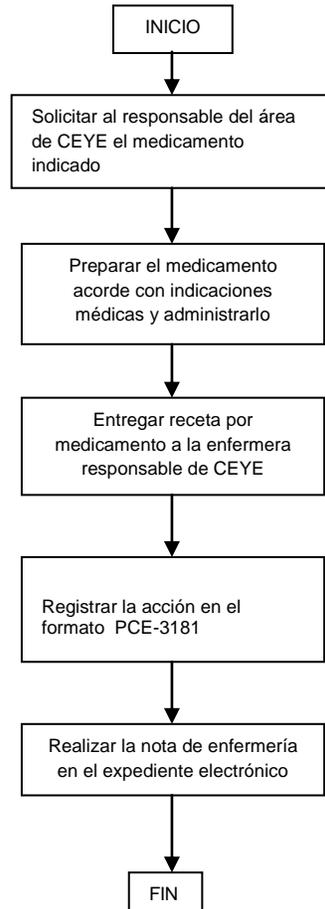
### FORMATOS

- Nota de Enfermería, expediente electrónico
- Bitácora para registro y control de medicamentos controlados.

### ANEXOS

- Diagrama de flujo: Manejo de medicamentos controlados
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.
- 

Diagrama de flujo: Manejo de medicamentos controlados



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Preparación de carro rojo		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-071	19-05-2011	

## OBJETIVO:

Mantener el carro con la medicación y el material adecuado para proporcionar una actuación rápida y segura.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

Enfermera General

Ver formato FOR 6.3 JEN 07 CHI Material de carro rojo

## ACTIVIDAD

1. El carro rojo debe estar dotado de todo el material de urgencias necesario para atender los pacientes de cada unidad, atendiendo a su edad y patología (adulto/pediátrico).
2. La distribución del material en el carro se hará de forma que todo esté visible o bien etiquetado para un uso rápido de todos sus componentes.
3. El carro se situará en cada unidad en el lugar visible y de fácil acceso por parte del personal de la unidad.
4. Se revisará una vez al mes el buen estado y funcionamiento de los componentes del carro, así como la caducidad de la medicación.
5. Reponer toda la medicación y material utilizado tras cada uso.
6. Comunicar a supervisión la existencia de deterioro o carencia de material, cuando se produzca alguna de estas situaciones.

## FORMATOS

- Libro de conteo de material y medicamento del carro rojo

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Recepción del paciente proveniente de Consultorios de Urgencias		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-074	19-05-2011	

### OBJETIVO:

Identificar las necesidades del paciente para establecer los cuidados de enfermería y darle continuidad a los mismos.

### CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

### RESPONSABILIDAD

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bata para paciente (adulto/pediátrico)</li> <li>• Bolsa para artículos personales.</li> <li>• Órdenes médicas para laboratorio y/o imagenología.</li> <li>• Recipiente para muestra urológica.</li> <li>• Tubos para muestra sanguínea</li> <li>• Material y equipo para colocación de venoclisis (si está indicado).</li> <li>• Glucómetro y tiras reactivas.</li> <li>• Baumanómetro y estetoscopio.</li> <li>• Termómetro axilar/rectal</li> <li>• Guantes no estériles.</li> <li>• Reloj con segundero.</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar a la enfermera de consultorios de urgencias la siguiente información:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Nombre del paciente</li> <li>1.2 Diagnóstico</li> <li>1.3 Indicaciones de estudios de laboratorio y/o imagenología</li> <li>1.4 Signos vitales</li> <li>1.5 Hoja de enfermería</li> </ol> </li> <li>2. Acompañar al paciente a la camilla correspondiente. Valoración inicial.</li> <li>3. Solicitar al paciente, apoyado por familiar, se desvista de la cintura para arriba y proporcionarle una bata.</li> <li>4. Entregar al familiar los objetos de valor.</li> <li>5. Entregar al paciente el recipiente para muestra.</li> <li>6. Colocar al paciente en una posición cómoda sobre la camilla.</li> <li>7. Instalar vía venosa permeable acorde con Indicación médica.</li> <li>8. Aprovechar la inserción del catéter para la toma de muestras sanguíneas.</li> <li>9. Solicitar al familiar lleve el recipiente con muestras al laboratorio.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Monitorear los signos vitales del paciente.</li><li>11. Administrar medicamentos prescritos.</li><li>12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada con medidas de seguridad e higiene.</li><li>13. Recoger el material.</li><li>14. Retirarse los guantes</li><li>15. Registrar el ingreso del paciente en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>16. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

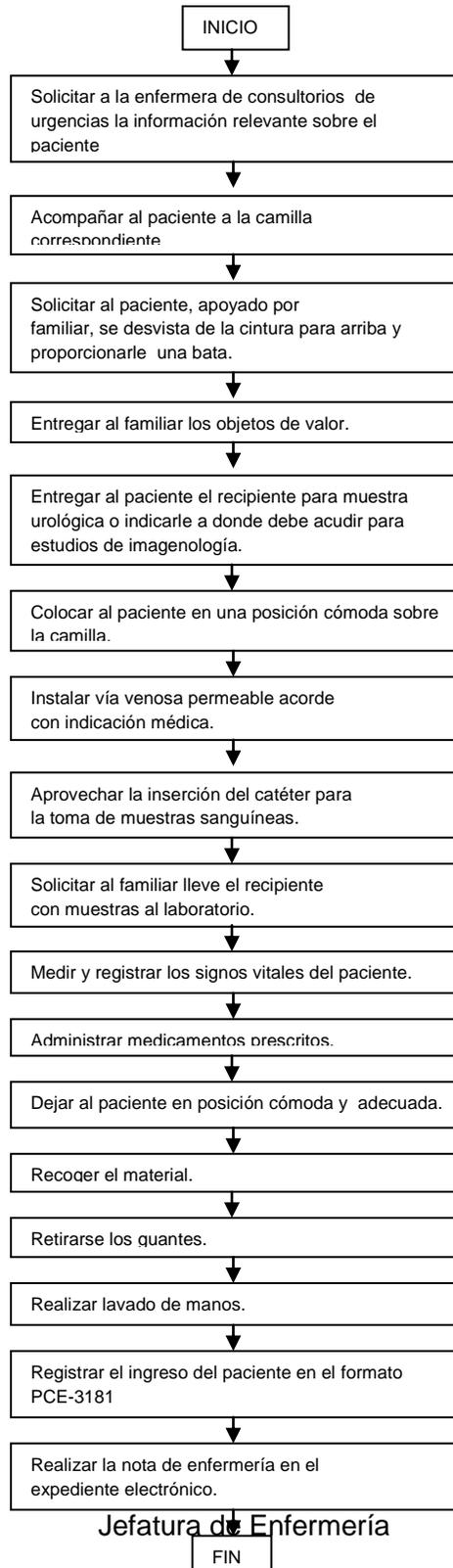
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Recepción del paciente proveniente de Consultorios de Urgencias
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud

Diagrama de flujo Recepción del paciente proveniente de Consultorios de Urgencias



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Recepción del paciente trasladado en ambulancia		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-075	19-05-2011	

### OBJETIVO:

Identificar las necesidades del paciente para establecer los cuidados de enfermería y darle continuidad a los mismos.

### CAMPO DE APLICACIÓN

Observación.

### RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de control de la ambulancia.</li> <li>• Tijeras de botón.</li> <li>• Glucómetro y tiras reactivas.</li> <li>• Baumanómetro y estetoscopio.</li> <li>• Torundas con alcohol.</li> <li>• Recipiente para muestra urológica.</li> <li>• Tubos para muestra sanguíneas.</li> <li>• Material y equipo para colocación de venoclisis.</li> <li>• Bata para paciente.</li> <li>• Registro de Enfermería</li> <li>• Bolsa para artículos personales.</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar al personal de la ambulancia la siguiente información:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Nombre del paciente</li> <li>1.2. Diagnóstico</li> <li>1.3. Signos vitales</li> <li>1.4. Resumen de los eventos acontecidos al paciente.</li> </ol> </li> <li>2. Realizar valoración del estado general del paciente.</li> <li>3. Retirar la ropa del paciente, si no puede moverse se cortará la ropa informando de todo procedimiento al paciente.</li> </ol>

### FORMATOS

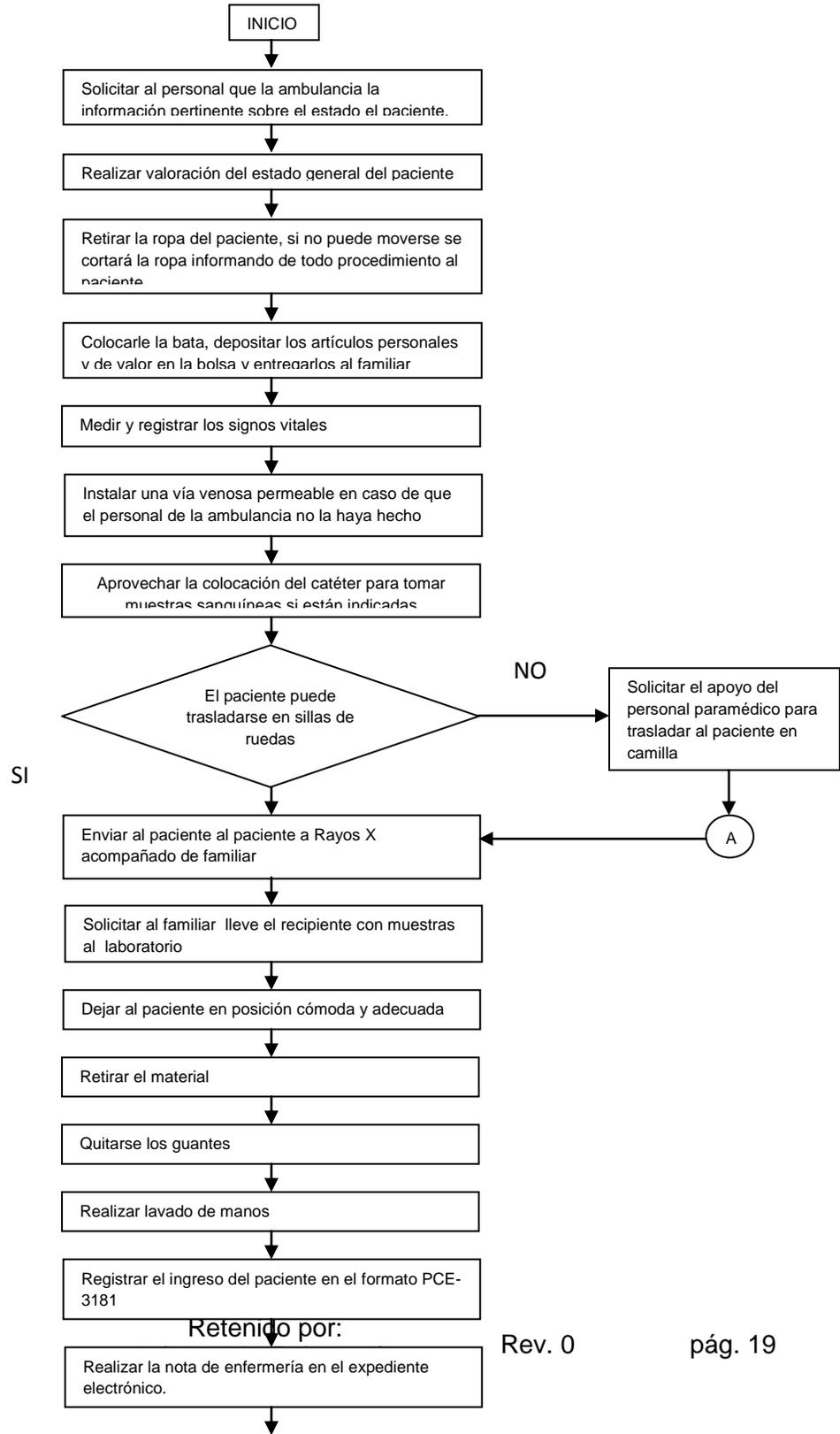
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.

- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Recepción del paciente trasladado en ambulancia
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Recepción del paciente trasladado en ambulancia



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Medición de glucosa capilar		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-004	17-02-2011	

## OBJETIVO

Determinar los valores de glucosa en sangre del paciente mediante punción percutánea.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Endoscopía

Recuperación

Módulo de Detecciones

Sala de Transición

D.O.C.

Ambulancia

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Tiras reactivas para glucómetro</li> <li>• Glucómetro</li> <li>• Disparador</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Trasladar el material al lado del paciente.</li> <li>3. Informar al paciente de la técnica a realizar</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Colocarse los guantes.</li> <li>6. Comprobar la higiene de las manos del paciente.</li> <li>7. Verificar el correcto funcionamiento del glucómetro.</li> <li>8. Masajear y presionar la yema del dedo elegido.</li> <li>9. Aseptizar la zona a puncionar.</li> <li>10. Punzar con lanceta o aguja.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Tomar muestra y proceder según las Instrucciones del glucómetro.</li><li>12. Aseptizar con algodón el dedo puncionado.</li><li>13. Recoger el material.</li><li>14. Retirarse los guantes.</li><li>15. Realizar lavado de manos.</li><li>16. Anotar en registros de enfermería.</li></ol>
--	---

## OBSERVACIONES

- En lactantes y neonatos se puncionará el talón, calentándolo antes.
- No obtener la sangre de zonas frías, cianóticas o edematosas, si las condiciones del paciente lo permiten.

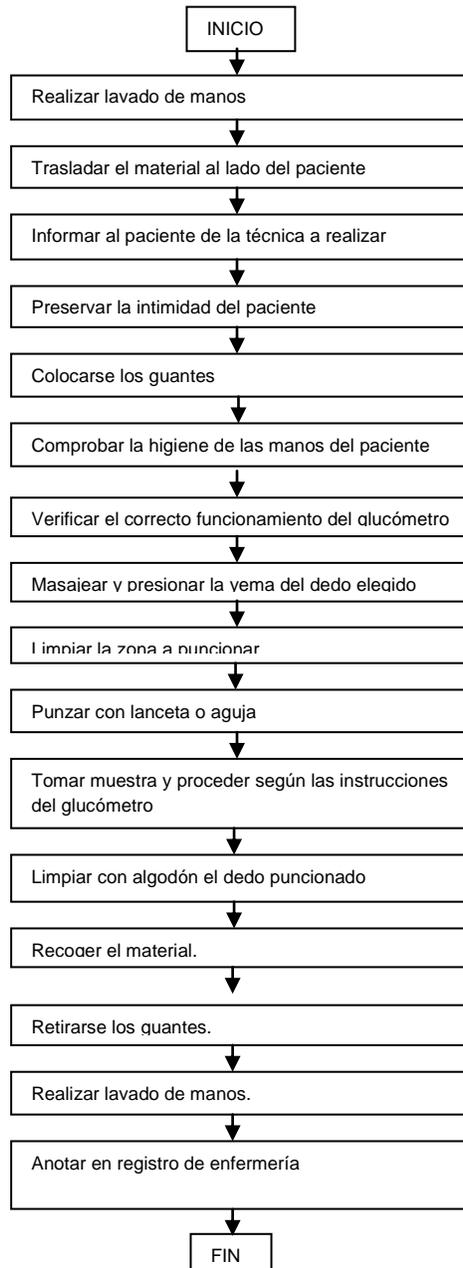
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Medición de glucosa capilar
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud

Diagrama de flujo: Medición de glucosa capilar



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Medición de la frecuencia del pulso		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-002	17-02-2011	

## OBJETIVO

Conocer la frecuencia y ritmo cardiacos del paciente.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias  
Cirugía Menor  
Observación  
Diálisis  
Endoscopía  
Recuperación  
Módulo de Detecciones Sala de Transición  
Ambulancia

## DEFINICIÓN

Se conoce como frecuencia cardíaca al número de pulsaciones (latidos del corazón) por unidad de tiempo. Esta frecuencia suele expresarse en pulsaciones por minuto, cuyo número normal variará según las condiciones del cuerpo (si está en actividad o reposo).

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
Reloj con segundero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Elegir el lugar de palpitación: radial, carótida, temporal o femoral. precordial.</li> <li>4. Apoyar la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria (preferentemente radial) haciendo una ligera presión.</li> <li>5. Contar el latido cardiaco durante un</li> </ol>

	minuto. 6. Registrar en el Expediente Electrónico el número de frecuencia cardiaca, fecha y hora.
--	--

## OBSERVACIONES:

- Si el pulso es débil en las arterias elegidas, auscultar con el estetoscopio colocándolo sobre el diafragma entre el III y IV espacio intercostal izquierdo, contando el número de latidos durante un minuto.

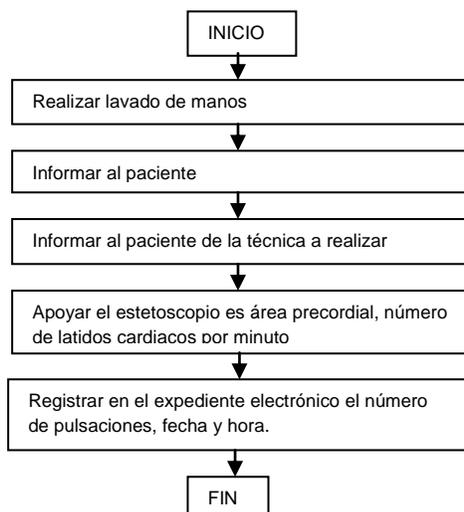
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Medición de la frecuencia del pulso
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

## Diagrama de flujo: Medición de la frecuencia cardiaca



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Medición de la frecuencia respiratoria		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-003	17-02-2011	

## OBJETIVO

Cuantificar en el paciente el número de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Endoscopia

Recuperación

Módulo de Detecciones

Sala de transición

D.O.C

Ambulancia

## DEFINICIÓN

Número de ciclos respiratorios que ocurren por minuto, es decir, número de inspiraciones seguidas de una espiración que se pueden contar en un minuto.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
Reloj con segundero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Observar y contar las elevaciones del tórax y/o abdomen del paciente durante un minuto.</li> <li>4. Poner la mano o el estetoscopio sobre el pecho del paciente, si no se pueden observar los movimientos torácicos, para contabilizar</li> </ol>

	<p>la frecuencia.</p> <p>5. Observar al mismo tiempo la regularidad tipo y características de las respiraciones.</p> <p>6. Registrar en el expediente electrónico el número de respiraciones, fecha y hora.</p>
--	---

## OBSERVACIONES

- Al valorar la frecuencia respiratoria comprobar si el paciente tiene hipotermia o presenta dolor.

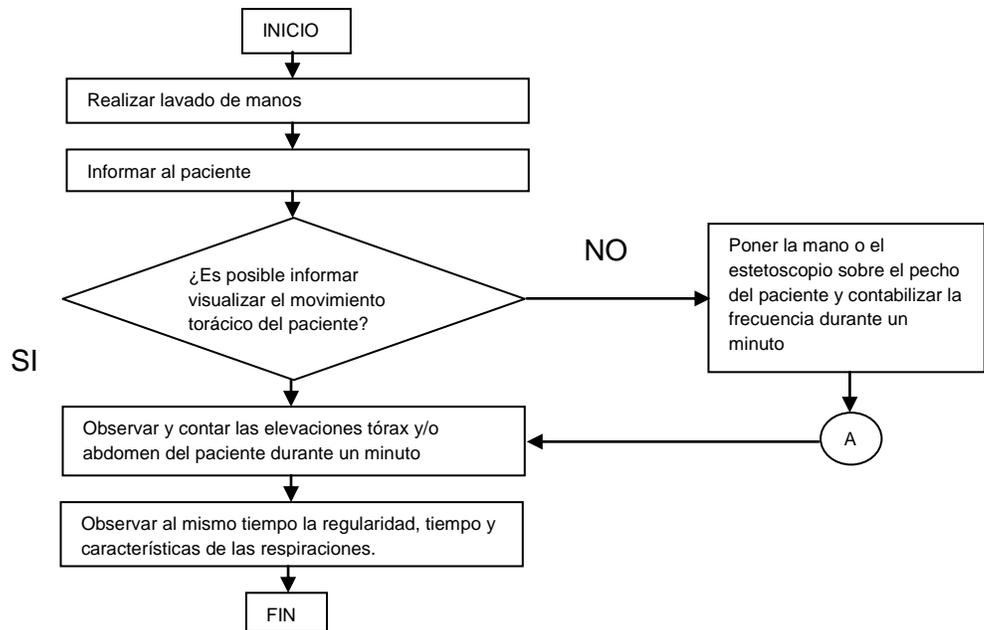
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Medición de la frecuencia respiratoria
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Medición de la frecuencia respiratoria



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Medición de la presión arterial		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-001	17-02-2011	

## OBJETIVO

Conocer y valorar la presión ejercida contra las paredes de las arterias del paciente durante un ciclo cardiaco.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Endoscopía

Recuperación

Módulo de Detecciones

Sala de transición

D.O.C

Ambulancia

## DEFINICIÓN

La presión arterial puede ser definida como la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared de las arterias y varía continuamente a lo largo del ciclo cardiaco.

El valor máximo de presión arterial se alcanza durante el periodo de expulsión sistólica y el mínimo al final del periodo de diástole. De ahí, que al valor de presión máxima se le denomine Presión sistólica y el valor mínimo presión diastólica.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"><li>• Baumanometro</li><li>• Estetoscopio</li><li>• Brazalete del tamaño adecuado</li><li>• Hoja de registro</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Revisar el perfecto funcionamiento del equipo.</li><li>2. Realizar lavado de manos.</li><li>3. Informar al paciente de la técnica a realizar.</li><li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li><li>5. Colocar al paciente sentado o acostado en posición supina.</li><li>6. El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antero cubital a nivel del corazón.</li><li>7. Colocar el manguito del esfigmomanómetro 2 cm. Arriba de la fosa antero cubital y rodear el brazo.</li><li>8. Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar.</li><li>9. Inflar el manguito unos 30 mm Hg. Por encima del punto en que se deje de palpar el pulso braquial.</li><li>10. Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 ó 3 mm Hg. Por segundo, manteniendo esta velocidad hasta la finalización de esta técnica.</li><li>11. El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima.</li><li>12. Retirar el manguito del esfigmomanómetro y el estetoscopio.</li><li>13. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li><li>14. Realizar lavado de manos.</li><li>15. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li><li>16. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li></ol>

## OBSERVACIONES:

- Si el latido no es audible se palpará la arteria braquial o radial y se infla el manguito hasta que desaparezca el pulso. A continuación se comienza a desinflar el brazalete y consideraremos la aparición del primer latido como T.A. sistólica. Con esta técnica no se puede medir la diastólica.
- Utilizar el ancho y largo del manguito acorde al diámetro del brazo del paciente.
- Si el paciente tiene problemas en miembros superiores, se puede realizar esta técnica en miembros inferiores colocando el estetoscopio el hueco poplíteo.

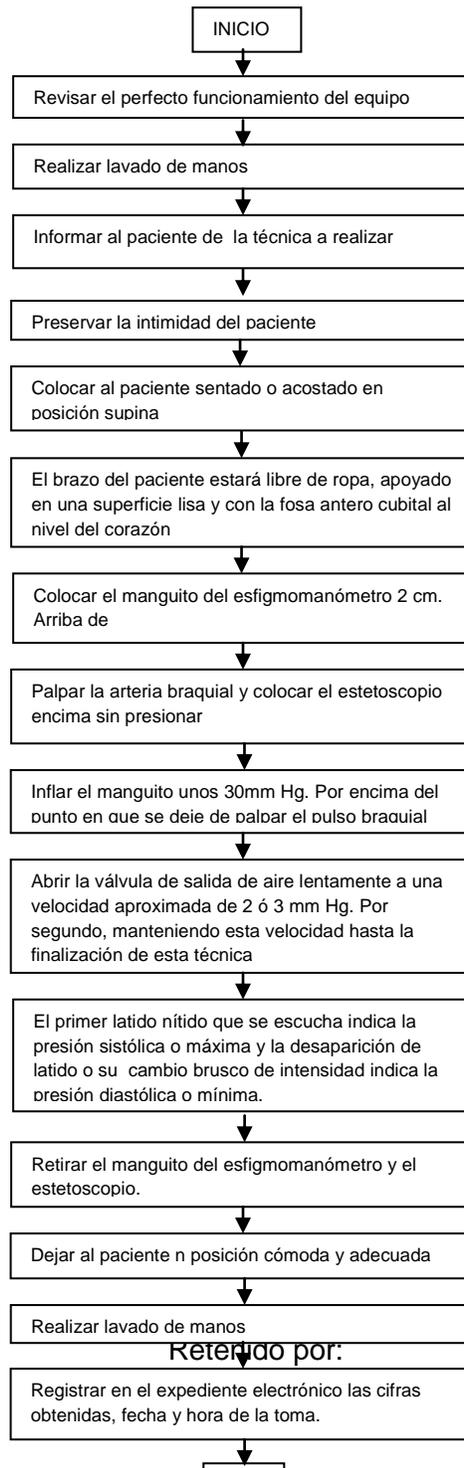
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Medición de la presión arterial.

## Diagrama de flujo: Medición de la presión arterial



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Medición de temperatura corporal		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-005	17-02-2011	

## OBJETIVO

Conocer la temperatura corporal del paciente.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Endoscopía

Recuperación

Módulo de Detecciones

Sala de Transición

D.O.C.

Vacunas

Pediatría

Ambulancia

## DEFINICIÓN

Parámetro que indica el equilibrio entre el calor producido y el eliminado por el organismo en un momento determinado.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termómetro axilar</li> <li>• Toallas desechables</li> <li>• Guantes desechables</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Informar al paciente de la técnica a realizar.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente</li> <li>5. Bajar el mercurio del termómetro a 35°C.</li> <li>6. Comprobar que la axila del paciente está seca y libre de ropa.</li> <li>7. Colocar el termómetro en el centro de la axila, indicando al paciente que ponga el brazo sobre el pecho. Sujetar el brazo en su lugar si el paciente no puede.</li> <li>8. Mantener el termómetro 5 min.</li> <li>9. Retirar y leer.</li> <li>10. Limpiar una vez retirado en agua fría y antiséptico</li> <li>11. Secar.</li> <li>12. Realizar lavado de manos.</li> <li>13. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li> <li>14. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>

## OBSERVACIONES

- En neonatos y lactantes, la toma de temperatura será rectal, con el termómetro destinado a tal fin. Introducir el termómetro en el recto 2 cm. Y mantener 3 min.
- Tener en cuenta la localización de medición, reflejándolo en los registros.

- Aplicar los cuidados correspondientes si la necesidad de termorregulación está alterada.

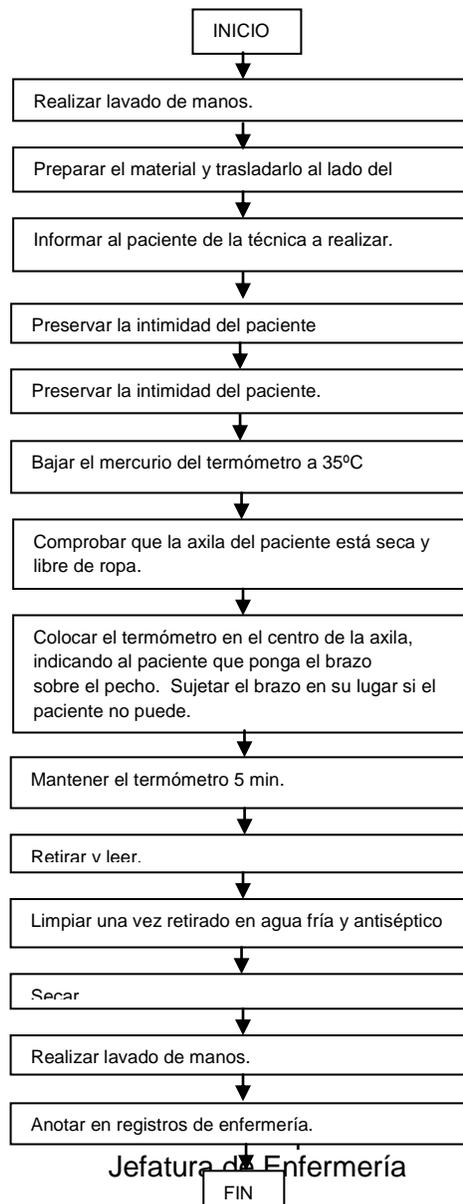
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Medición de la temperatura corporal
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

### Diagrama de flujo: Medición de la temperatura corporal



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento intramuscular		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-008	17-02-2011	

## OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intramuscular en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Sala de Transición Vacunas

## DEFINICIÓN

Introducción de sustancias medicamentosas en el tejido muscular, usada principalmente en aquellos casos en que se quiere una mayor rapidez, pero no puede ser administrado por la vía venosa. La velocidad de absorción dependerá de factores como, la masa muscular del sitio de inyección y la irrigación sanguínea.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción médica</li> <li>• Jeringa de 3-5 cc</li> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Aguja 20 x 38 mm para intramuscular profunda.</li> <li>• Medicamento a administrar</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Reunir material y equipo, trasladarlo a la unidad del paciente.</li> <li>3. Aplicar los 10 correctos.</li> <li>4. Explicar procedimiento al paciente.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Preservar la intimidad</li><li>6. Colocarse los guantes.</li><li>7. Seleccionar la zona de punción adecuada.</li><li>8. Colocar al paciente en posición cómoda según la zona de punción.</li><li>9. Preparar el medicamento.</li><li>10. Descubra la región y seleccione el sitio de administración.<ol style="list-style-type: none"><li>10.1. Glúteo: divida en cuatro cuadrantes y utilice el cuadrante superior externo.</li><li>10.2. Deltoides: centro del músculo.</li><li>10.3. Muslo: punto central entre articulación de cadera y rodilla.</li></ol></li><li>11. Palpar la zona de punción para descartar las áreas que presentan hematomas, induración o sitios de infección.</li><li>12. Aseptizar el sitio de inyección.</li><li>13. Dejar secar la piel.</li><li>14. Puncionar con movimiento firme y rápido en ángulo de 90 °.</li><li>15. Inmovilizar jeringa y jalar émbolo.</li><li>16. Si aparece sangre, retire la aguja y puncione en otro sitio, de lo contrario administre el medicamento.</li><li>17. Retire la guja en el mismo ángulo y haga presión.</li><li>18. Cuando el medicamento a inyectar vía intramuscular es irritante del tejido adiposo o puede causar tinciones en la piel, puede emplearse otra técnica conocida como administración en "Z" y que varía de la anteriormente descrita en los siguientes pasos:<ol style="list-style-type: none"><li>18.1. Hay que efectuar un desplazamiento lateral de la piel y el tejido subcutáneo sobre el músculo de al menos 2.5 cm antes de la inyección.</li><li>18.2. Una vez introducida la medicación, antes de retirar la aguja, esperaremos, unos 10 seg. Para asegurar que se dispersa el medicamento.</li><li>18.3. Una vez retirada la aguja, soltar el tejido que se ha desplazado para formar un</li></ol></li></ol>
--	--

	trayecto en zigzag. 18.4. No masajear el punto de punción. 19. Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzocortantes. 20. Deje cómodo al paciente. 21. Recoger el material. 22. Retirarse los guantes. 23. Realizar lavado de manos. 24. Hacer registro de enfermería en la hoja correspondiente.
--	--

## OBSERVACIONES

- Las zonas de punción son:
  - Músculo Glúteo Mayor (adultos): 0.1 a 5 ml
  - Músculo Vasto lateral externo (adultos): 0.1 a 5 ml.
  - Músculo Vasto lateral externo (niños): 0.1 a 1 ml.
  - Músculo deltoides (adulto): 0.1 a 2 ml.
  - Músculo Ventroglúteo\* (mayores 7 meses): 0.1 a 5 ml.
  - (\*) Engloba a los glúteos menor y mediano.
- Cuando la medicación supera los 5 ml de líquido se cambiará el plano.
- Localización de los puntos de punción:
  - Vasto externo: 1/3 medio
  - Glúteo mayor: por encima y hacia fuera de la línea que una la espina iliaca posterosuperior y el trocánter mayor del fémur (cuadrante supero externo del glúteo)
  - Ventroglúteo:
    - ✘ Colocar la palma de la mano sobre el trocánter mayor de la cadera con la muñeca perpendicular al fémur (cuadrante supero externo del glúteo)
    - ✘ Orientar el pulgar hacia la ingle y los demás dedos hacia la cabeza del fémur con el índice apuntando hacia la espina iliaca antero superior.
    - ✘ Pinchar en el centro del triángulo invertido formado por el pulgar y el índice.
  - Deltoides: Zona comprendida desde el acromion hasta cuatro traveses de dedo por debajo de este.

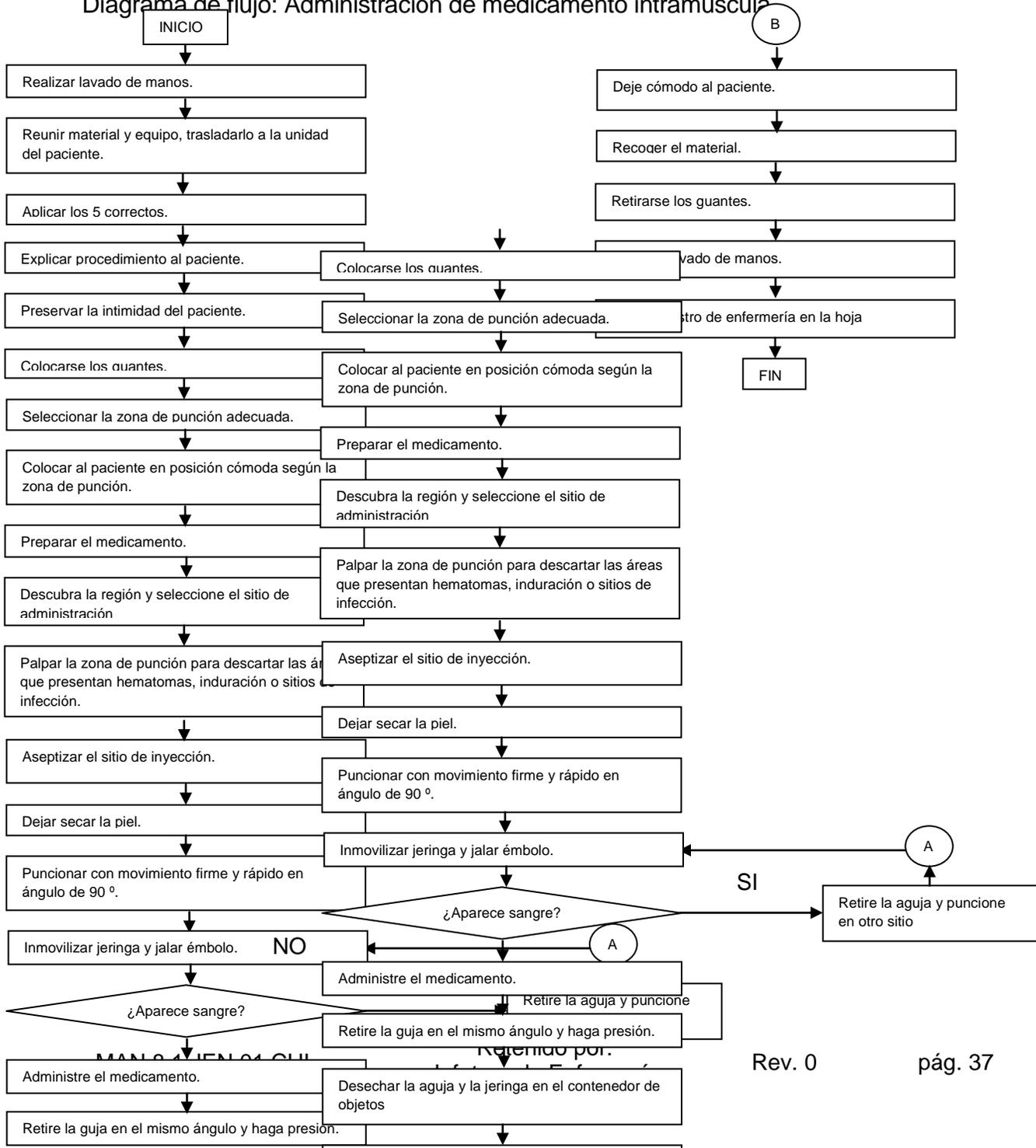
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento intramuscular
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento intramuscular



NO



B

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento intravenoso		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-010	17-02-2011	

**OBJETIVO**

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intravenosa en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

**CAMPO DE APLICACIÓN**

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Diálisis  
Endoscopía  
Recuperación  
Quirófano  
Sala de Transición

**DEFINICIÓN**

Es la introducción de una sustancia medicamentosa directamente al torrente sanguíneo a través de la vena utilizando jeringa y aguja o por medio de venoclisis.

**RESPONSABILIDAD**

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción médica</li> <li>• Jeringa de 10-20 cc</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar el lavado de manos.</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Agujas 25 x 16 mm ó 22 x 32 mm</li><li>• Torundas con alcohol</li><li>• Torniquete</li><li>• Guantes no estériles</li><li>• Medicamento</li></ul>	<p>paciente, verificar los 5 correctos( nombre correcto, medicamento ,vía ,dosis y hora</p> <p>3. Informar al paciente de la técnica a realizar.</p> <p>4. Preservar la intimidad del paciente.</p> <p>5. Colocarse los guantes.</p> <p>6. Colocar al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino.</p> <p>6.1. Administración de medicación I.V. en bolo</p> <p>6.2. Mediante inyección directa.</p> <p>6.2.1. Localizar la zona de punción preferentemente en al área antecubital, eligiendo la vena de mayor calibre.</p> <p>6.2.2. Colocar un torniquete de 10-15 cm por arriba del sitio de punción.</p> <p>6.2.3. Aplicar antiséptico en el lugar de punción y dejar que seque.</p> <p>6.2.4. Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa formando un ángulo de 30°, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena aproximadamente 0.6 cm.</p> <p>6.2.5. Tirar del émbolo de la jeringa y Comprobar y que fluya sangre hacia la jeringa para verificar que la aguja se encuentra dentro de la vena.</p> <p>6.2.6. Retirar el torniquete e inyectar el fármaco lentamente (o a la velocidad prescrita).</p> <p>6.2.7. Retirar la aguja y hacer presión en el lugar de punción con una gasa estéril durante al menos 3 min.</p> <p>6.2.8. Colocar un apósito en el punto de punción.</p> <p>6.3. A través de una vía canalizada con perfusión continúa.</p> <p>6.4. En caso de que exista llave de tres pasos:</p> <p>6.4.1. Retire el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril.</p> <p>6.4.2. Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.</p> <p>6.4.3. Insertar la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (interrumpir la entrada de la infusión principal).</p> <p>6.4.4. Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.</p> <p>6.4.5. Administrar lentamente o a la velocidad prescrita.</p> <p>6.4.6. Limpiar el catéter con 2-3 ml de solución</p>
---	---

	<p>fisiológica, que previamente habremos cargado en otra jeringa.</p> <p>6.4.7. Gire la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón.</p> <p>6.5. Si no existe llave de tres pasos:</p> <p>6.5.1. Limpiar la goma del sistema IV (zona especial para inyección).</p> <p>6.5.2. Cerrar el sistema o pinzar el sistema IV principal.</p> <p>6.5.3. Pinchar con la aguja en la goma, aspirar para comprobar la permeabilidad e introducir el medicamento lentamente o a la velocidad prescrita.</p> <p>6.5.4. Retirar la aguja y la jeringa.</p> <p>6.5.5. Abrir el sistema y ajustar el ritmo de perfusión.</p> <p>6.6. A través de una vía canalizada, con obturador.</p> <p>6.6.1. El procedimiento difiere del anterior en que:</p> <p>6.6.2. Al terminar de administrar la medicación, se procederá a lavar el catéter con 2 ó 3 ml de solución fisiológica o solución heparinizada.</p> <p>6.7. Administración de medicación IV en perfusión intermitente.</p> <p>6.7.1. Esta técnica se emplea para fármacos que van diluidos.</p> <p>6.7.2. Perforar el recipiente de la medicación con un equipo de suero.</p> <p>6.7.3. En caso de que por esa vía se este perfundiendo una solución continua, colgar el recipiente del medicamento por encima del nivel de la solución IV principal.</p> <p>6.7.4. Seguir los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema de infusión.</p> <p>6.7.5. Administrar la medicación al ritmo prescrito o según las indicaciones del fármaco.</p> <p>6.7.6. Retirar el sistema una vez administrada la solución.</p> <p>6.8. Ajustar el ritmo de la perfusión principal en caso de que se haya utilizado un sistema en "Y".</p> <p>7. Observar al paciente mientras se le administra la medicación para valorar la aparición de posibles reacciones adversas.</p> <p>8. Vigilar la zona de punción IV durante la</p>
--	--

	<p>administración (si aparece hinchazón brusca interrumpir la medicación)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de punzocortantes.</li><li>10. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li><li>11. Recoger el material.</li><li>12. Retirarse los guantes.</li><li>13. Realizar lavado de manos.</li><li>14. Anotar en registros de enfermería.</li></ol>
--	---

## OBSERVACIONES

- Cuando se administra medicación que sea incompatible con la perfusión IV principal se lavara el catéter con solución fisiológica antes y después de administrarla.
- Se evitará administra medicación simultánea por la vía que esté pasando:
  - Drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina, etc.).
  - Hemoderivados.
  - Nutrición parenteral.
- En pacientes neonatos, lactantes y niños pequeños el volumen del diluyente utilizado oscilará entre 5 y 50 cc, dependiendo de su edad y peso, para no producir sobrecargas cardiovasculares.

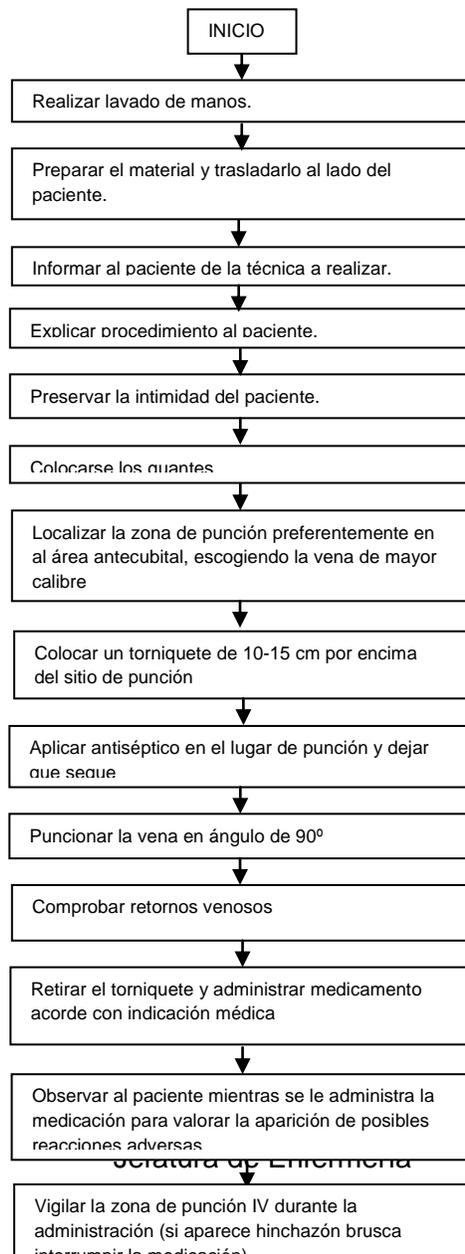
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento intravenoso
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento intravenoso



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento Oftalmológico		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-009	17-02-2011	

## OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía oftálmica el tratamiento prescrito en la dosis y horario indicados.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Sala de Transición

## DEFINICIÓN

Es la aplicación de un medicamento sobre el surco conjuntival anterior (pomada), en la cavidad conjuntival (colirios), con fines de tratamiento, diagnóstico y lubricación ocular.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Gasas estériles empapadas en solución fisiológica o agua estéril</li> <li>• Medicamento a administrar</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavarse las manos.</li> <li>2. Reunir material y equipo, trasladarlo a la unidad del paciente.</li> <li>3. Aplicar 5 correctos. (nombre, completo del</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"><li>Gasas estériles secas.</li></ul>	<p>pte, medicamento, dosis, vía y hora)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Explicar procedimiento al paciente.</li><li>Coloque al paciente en posición cómoda.</li><li>Calzarse los guantes estériles.</li><li>Limpiar el ojo con las gasas con solución del ángulo interno al externo.</li><li>Solicitar al paciente que mire hacia arriba.</li><li>Exponer el saco conjuntival inferior e instilar el medicamento.</li><li>En caso de pomada vierta dos cm de pomada en el saco conjuntival inferior del ángulo interno al externo.</li><li>Solicitar al paciente que cierre los ojos sin hacer presión.</li><li>Para medicamento en solución presione con firmeza el conducto nasolacrimal por 30 seg.</li><li>Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li><li>Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES

- Extremar medidas de asepsia por la gran facilidad de contaminación.
- No aplicar ningún medicamento en los ojos si la etiqueta no indica específicamente “para uso oftálmico”.
- Mantener bien cerrados los colirios y/o pomadas.

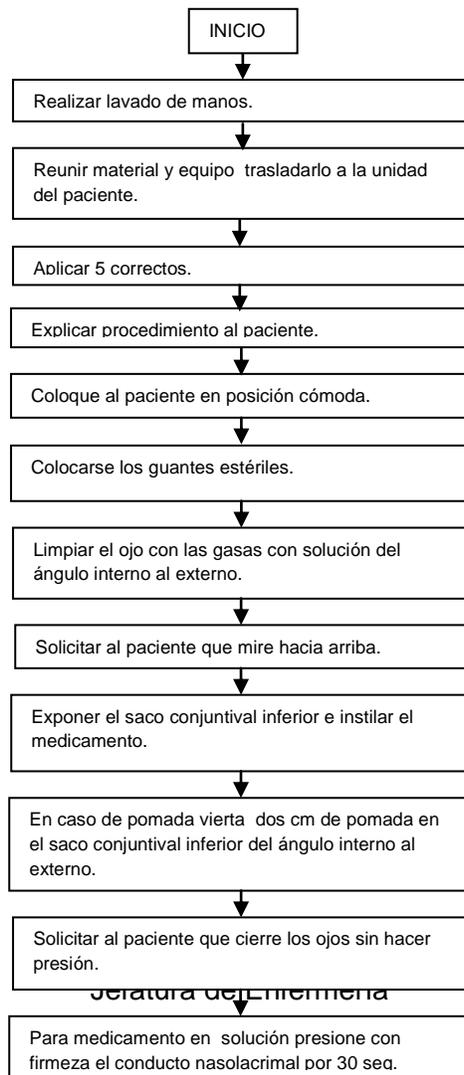
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento oftálmico
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento oftálmico



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento oral		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-009	17-02-2011	

## OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía oral el tratamiento prescrito por el médico en dosis y horarios indicados con una higiene correcta.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Sala de transición

## DEFINICIÓN

Consiste en el paso de los medicamentos desde la cavidad bucal al estómago o la porción proximal del intestino delgado para su posterior absorción.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex</li> <li>• Vasos desechables</li> <li>• Vasos graduados (jeringa de 10 cc)</li> <li>• Mortero.</li> </ul>	<p>Lavarse las manos. los 5 correctos.(nombre correcto del paciente medicamento, vía, dosis y hora Preparar el medicamento. Administrar el medicamento acorde con indicación.</p> <p>4.1. Tabletas o cápsulas: 4.1.1. Ofrecer agua 4.1.2. Corroborar que el medicamento fue deglutido.</p> <p>4.2. Jarabes: 4.2.1. Evitar dar líquidos</p> <p>4.3. Medicamento sublingual: 4.3.1. Aplicar la cantidad indicada debajo de la lengua, 4.3.2. Si es necesario, triturar el medicamento en el mortero. 4.3.3. Evitar que tome líquidos inmediatamente.</p> <p>5. Dejar cómodo al paciente. 6. Detectar si hay reacción al medicamento y avisar al médico. 7. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico. 8. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p>

## OBSERVACIONES

- Asegurarse de la capacidad de deglución del paciente. En caso de estar disminuida o anulada se notificará para elegir otra vía de administración.

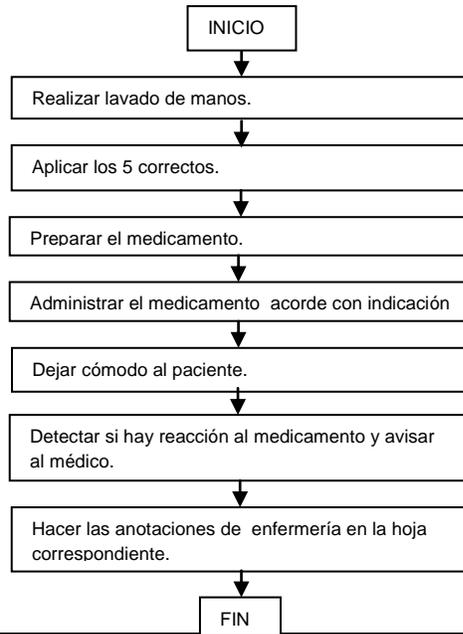
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento oral
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento oral



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento subcutáneo		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-011	17-02-2011	

## OBJETIVO

- Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía subcutánea en dosis y horario indicados con la sepsia adecuada.

## CAMPO DE APLICACIÓN

- Consultorios de Urgencias Cirugía Menor
- Observación
- Curaciones e inyecciones  
Díálisis
- Inmunoterapia Vacunas

## DEFINICIÓN

- Es la introducción de un medicamento (sustancias biológicas o químicas) en el tejido subcutáneo.

## RESPONSABILIDAD

- Auxiliar de Enfermería
- Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex</li> <li>• Jeringa y aguja hipodérmica ( 25 G x 16 mm)</li> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Medicamento</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavarse las manos.</li> <li>2. Reunir material y equipo, trasladarlo a la unidad del paciente.</li> <li>3. Preparar medicamento.</li> <li>4. Aplicar los 5 correctos.(nombre completo del pte, medicamento, vía, dosis, hora)</li> <li>5. Explicar procedimiento al paciente.</li> <li>6. Descubrir el área de aplicación.</li> <li>7. Realizar asepsia.</li> <li>8. Introducir la aguja con el bisel hacia arriba en ángulo de 45°.</li> <li>9. Inmovilizar la jeringa y jalar el émbolo, si hay presencia de sangre, retirarla y puncionar en otro lugar, de lo contrario administrar el medicamento.</li> <li>10. Evitar dar masaje en el área.</li> <li>11. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li> <li>12. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>

## OBSERVACIONES

- Las zonas de punción más frecuentes son: Abdomen, parte externa de los brazos, parte externa de los muslos, glúteos.
- La heparina se inyectará siempre en el abdomen.
- En los pacientes a los que haya que administrar inyecciones subcutáneas constantemente se rotará la zona de punción para evitar lipodistrofias (Ej. Insulina).
- Cuando en la administración de insulina se utilicen dos tipos de preparados, se cargará primero la insulina rápida. En este caso se debe administrar la mezcla antes de que transcurran 5 min. Desde su preparación (la insulina lenta disminuye la acción de la rápida).
- Cuando la administración de medicación se realice con jeringas precargadas (plumas de insulina, heparina de bajo peso molecular, etc.), se seguirán las instrucciones del fabricante.

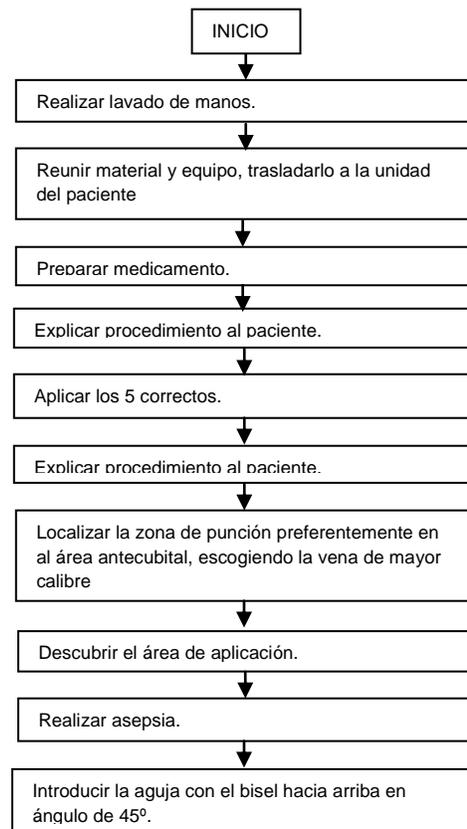
## FORMATOS

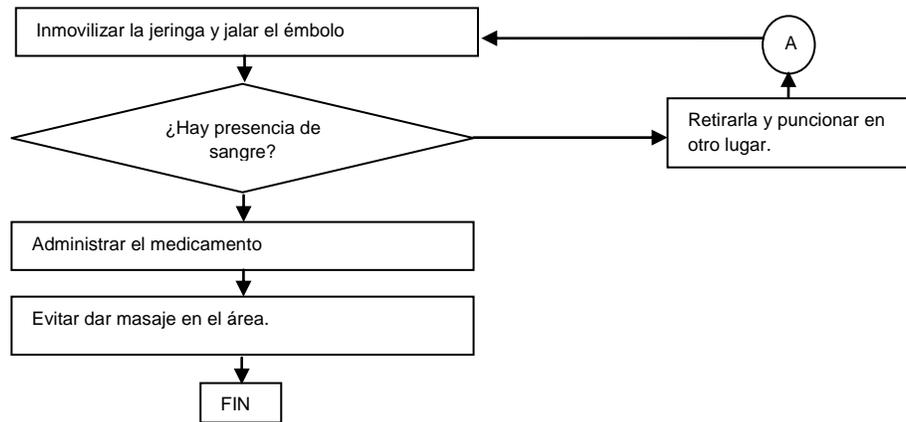
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento subcutáneo
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento subcutáneo





PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento vía rectal		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-013	17-02-2011	

## OBJETIVO

- Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por el médico por vía rectal en dosis y horarios indicados.

## CAMPO DE APLICACIÓN

- Consultorios de Urgencias Cirugía Menor
- Observación Vacunas

## DEFINICIÓN

- Es la administración de un medicamento a través del recto con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos.

## RESPONSABILIDAD

- Auxiliar de Enfermería
- Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex</li> <li>• Medicamento</li> <li>• Gasas no estériles</li> <li>• Guantes desechables no estériles</li> <li>• Lubricante</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavarse las manos.</li> <li>2. Aplicar los 5 correctos.</li> <li>3. Reunir material y equipo, trasladarlo a la unidad del paciente.</li> <li>4. Explicar procedimiento al paciente.</li> <li>5. Colocar al paciente e decúbito lateral izquierdo con la pierna superior flexionada.</li> <li>6. Calzarse los guantes.</li> <li>7. Retirar la ropa y exponer el área.</li> <li>8. Informar al paciente que se le va a tocar.</li> <li>9. Localizar el orificio rectal.</li> <li>10. Lubricar el extremo del supositorio y el dedo índice.</li> <li>11. Introducir el supositorio suavemente.</li> <li>12. Limpiar el exceso de lubricante.</li> <li>13. Juntar los glúteos haciendo presión por unos minutos.</li> <li>14. Solicitar al paciente permanezca en decúbito lateral por 5 min.</li>   <li>15. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li> <li>16. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>

## OBSERVACIONES

- Los enemas medicamentosos se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Si es necesario administrar un supositorio de una dosis menor al preparado comercial, cortarlo longitudinalmente, pues así obtendremos más exactitud que longitudinalmente.

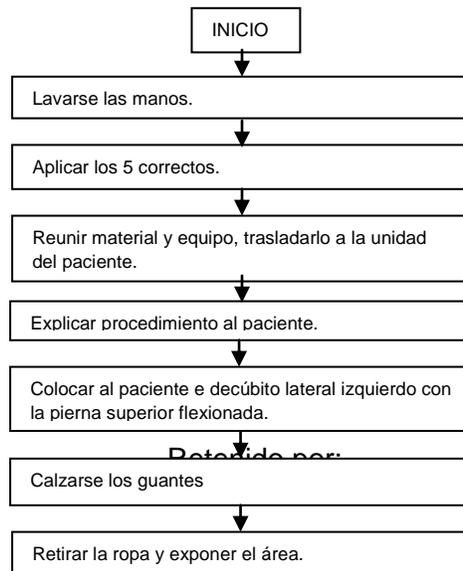
## FORMATOS

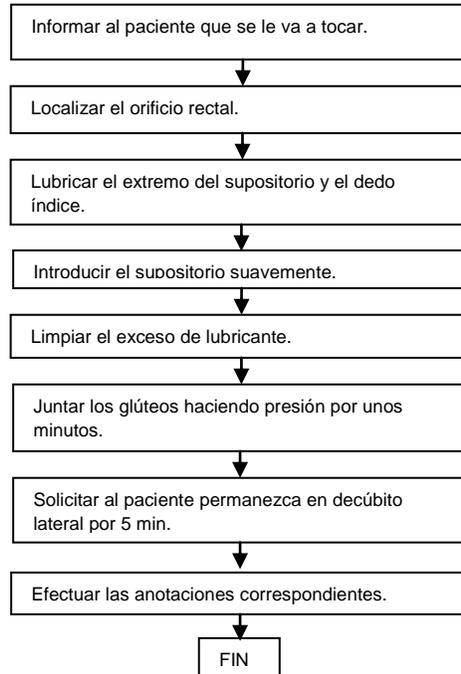
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento vía rectal
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento vía rectal





PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de medicamento vía respiratoria (instilación)		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-012	17-02-2011	

## OBJETIVO

- Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía nasal en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

## CAMPO DE APLICACIÓN

- Consultorios de Urgencias Cirugía Menor
- Observación

## DEFINICIÓN

- Es la aplicación de un medicamento en forma de gotas o aerosol a través de los orificios nasales.

## RESPONSABILIDAD

- Auxiliar de Enfermería
- Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex</li> <li>• Medicamento</li> <li>• Pañuelos desechables</li> <li>• Guantes no estériles desechables</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos</li> <li>2. Aplicar los 5 correctos. Nombre completo del pite, Medicamento, vía, dosis, y hora.</li> <li>3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>4. Informar al paciente.</li> <li>5. Pedir al paciente que se limpie la nariz, si no está contraindicado.</li> <li>6. Colocarse los guantes.</li> <li>7. Para administrar gotas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. Colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás.</li> <li>7.2. Levantar ligeramente la punta de la nariz del paciente.</li> <li>7.3. Instilar las gotas 1 cm. Por encima de las narinas dirigiéndolas hacia la línea media del cornete superior.</li> <li>7.4. Mantener la cabeza del paciente inclinada hacia atrás después de la instilación durante 5 min.</li> <li>7.5. Ofrecer al paciente un pañuelo desechable para que retire los restos de la medicación que queden fuera de la nariz, pero sin sonarse.</li> </ol> </li> <li>8. Para administrar nebulizadores nasales:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Colocar al paciente en posición Fowler o sentado.</li> <li>1.2. Introducir el cartucho de medicamento según instrucciones del fabricante en una narina, mientras se sella la otra con un dedo.</li> <li>1.3. Comprimir el envase con los dedos para expulsar el medicamento y pedir al paciente que lo inhale al mismo tiempo.</li> <li>1.4. Pedir al paciente que exhale</li> </ol> </li> </ol>

	<p>por la boca y mantenga la cabeza inclinada hacia atrás durante varios minutos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li> <li>3. Recoger el material.</li> <li>4. Retirar los guantes.</li> <li>5. Realizar lavado de manos.</li> <li>6. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li> <li>7. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>
--	---

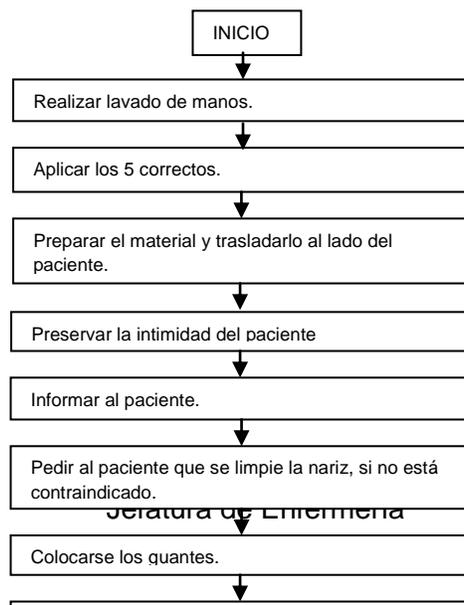
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de medicamento vía respiratoria (instilación)
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de medicamento vía respiratoria (instilación)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de nebulizaciones		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-063	15-05-2011	

## OBJETIVO

Los objetivos generales de la nebulización se relacionan con el cuidado respiratorio a través de la nebuloterapia:

- Administrar medicamentos con efecto local o general.
- Humidificar el aire.

- Mejorar la movilización y la evacuación de las secreciones respiratorias.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## DEFINICIÓN

La nebulización es un procedimiento médico, consistente en la administración de un fármaco o elemento terapéutico mediante vaporización a través de la vía respiratoria. La sustancia a ser administrada se combina con un medio líquido, frecuentemente solución salina, para luego con la ayuda de un gas, generalmente oxígeno, crear un vapor que pueda ser inhalado por el paciente.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuente de oxígeno</li> <li>• Conexión de oxígeno</li> <li>• Flujómetro</li> <li>• Set de nebulización (adulto/pediátrico)</li> <li>• Jeringa</li> <li>• Medicamento prescrito</li> <li>• Solución fisiológica</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar el equipo nebulizador y la medicación prescrita.</li> <li>3. Trasladar el material al lado del paciente.</li> <li>4. Informar al paciente.</li> <li>5. Colocar al paciente sentado o en posición Fowler, si su estado lo permite.</li> <li>6. Introducir la medicación en el vaso del nebulizador, diluida con solución fisiológica si está indicado.</li> <li>7. Conectar el nebulizador a la toma de oxígeno.</li> <li>8. Regular el flujo de oxígeno hasta conseguir una fina niebla (aproximadamente de 6 a 8 litros por minuto)</li> <li>9. Comprobar la correcta salida de vaho por la mascarilla.</li> <li>10. Colocar la mascarilla al paciente.</li> <li>11. Explicar al paciente que realice inspiraciones profundas, manteniéndolas uno o dos segundos antes de la espiración.</li> <li>12. Mantener el nebulizador el tiempo indicado.</li> <li>13. Repetir el procedimiento acorde con indicación médica, con un intervalo de 20 min.</li> <li>14. Retirar el nebulizador y administrar oxigenoterapia si está indicado.</li> <li>15. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li> <li>16. Recoger el material.</li> <li>17. Lavar el equipo nebulizador después de</li> </ol>

	<p>cada uso, secar bien.</p> <p>18. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>19. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	---

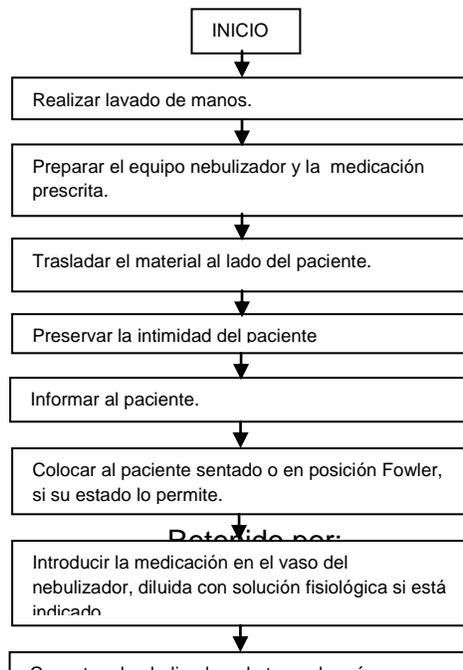
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de nebulizaciones
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de nebulizaciones



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de oxígeno mediante mascarilla		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-020	15-02-2011	

## OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Cirugía menor

Observación  
Diálisis  
Endoscopia  
Recuperación  
Atención Domiciliaria Ambulancia

## DEFINICIÓN

Mascarilla con reservorio. Se utiliza cuando se precisa administrar mayores concentraciones de oxígeno (Fig. 1-3). A una mascarilla simple de oxígeno se le adapta una bolsa reservorio de un volumen aproximado de 1 litro. La conexión del reservorio a la mascarilla lleva una válvula unidireccional que se abre con la inspiración y se cierra con la espiración.

Conectada la mascarilla a una fuente de 15 litros de oxígeno por minuto, se podrían alcanzar en teoría FiO<sub>2</sub> de 1 (100%). En la realidad, por diferentes motivos (pérdidas de concentración de oxígeno por los márgenes de la mascarilla, volumen minuto del paciente superior al flujo de oxígeno administrado, etc.) rara vez se consigue una FiO<sub>2</sub> superior a 0,7 (70%). Es preciso tener en cuenta que la válvula del reservorio ofrece cierta resistencia para abrirse y que niños muy pequeños o fatigados, con un esfuerzo inspiratorio débil, podrían no conseguir abrirla.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de oxígeno</li> <li>• Frasco humidificador</li> <li>• Mascarilla de oxígeno (adulto/pediátrica).</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente del procedimiento.</li> <li>2. Colocar al paciente en la postura más adecuada, elevando la cabecera de la cama/cuna.</li> <li>3. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, coloración de la piel y mucosas y observar la frecuencia respiratoria.</li> <li>4. Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en la mascarilla.</li> <li>5. Poner la mascarilla sobre la nariz y boca del paciente, evitando presiones excesivas.</li> <li>6. Evitar fugas de oxígeno hacia los ojos para impedir la posible aparición de conjuntivitis.</li> </ol>

	<p>7. Comprobar el nivel del agua en el frasco humidificador.</p> <p>8. Comprobar efectividad del sistema.</p> <p>9. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>10. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	--

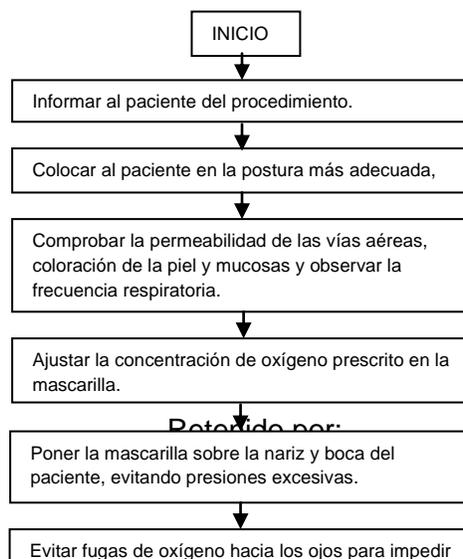
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de oxígeno mediante mascarilla
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de oxígeno mediante mascarilla



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Administración de oxígeno mediante puntas nasales		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-034	15-02-2011	

## OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Endoscopía

Recuperación

Atención Domiciliaria

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntas nasales</li> <li>• Humidificador</li> <li>• Toma de oxígeno</li> <li>• Manómetro</li> <li>• Registros de Enfermería</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente del procedimiento.</li> <li>2. Colocar al paciente en la postura más adecuada.</li> <li>3. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, coloración de la piel y mucosas y observar la frecuencia respiratoria.</li> <li>4. Ajustar la concentración de oxígeno prescrito.</li> <li>5. Comprobar el nivel de agua en el humidificador.</li> <li>6. Comprobar efectividad del sistema.</li> <li>7. Comprobar la salida de oxígeno por las puntas.</li> <li>8. Introducir las puntas en los orificios nasales, fijándolos de la forma más cómoda para el paciente para evitar irritación de la mucosa y prevenir lesiones.</li> <li>9. Vigilar que el paciente respire por la nariz y no por la boca.</li> <li>10. Limpiar y humedecer la nariz del paciente si se precisa.</li> <li>15. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li> <li>16. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias</li> </ol>

## FORMATOS

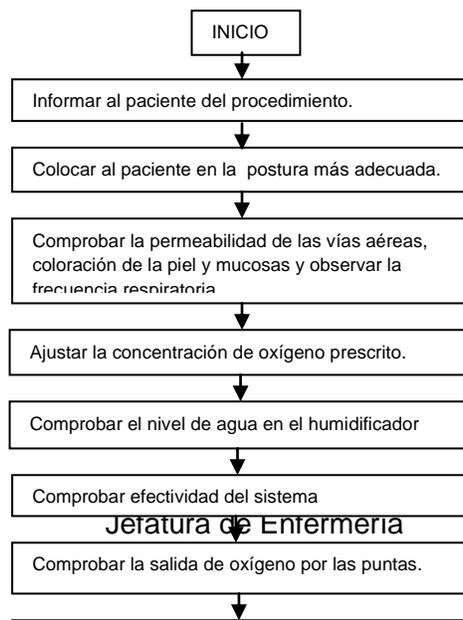
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico´

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Administración de oxígeno mediante puntas nasales

- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Administración de oxígeno mediante puntas nasales



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Aspiración de secreciones por traqueostomía		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-059	15-05-2011	

## OBJETIVO

Mantener la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación  
Diálisis  
Atención Domiciliaria

## DEFINICIÓN

Cricotiroidostomía, Coniostomía o más bien conocida como Traqueostomía se considera que es toda técnica quirúrgica que comunica a la tráquea con el medio ambiente, a través de un puente de piel o de tráquea. Es una operación electiva del médico en donde se realiza un ostoma durante un tiempo parcial o definitivo según sea su necesidad.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Gasas estériles</li> <li>• Sonda para aspiración</li> <li>• Aspirador</li> <li>• Vaso para aspiración</li> <li>• Cubre bocas</li> <li>• Gafas protectoras</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Prepara el material y trasladarlo al lado del paciente</li> <li>3. Informar al paciente.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Colocar al paciente en posición semisentada.</li> <li>6. colocar la sonda en el sistema de aspiración sin retira el envoltorio.</li> <li>7. Abrir y regular el sistema de aspiración.</li> <li>8. Colocarse gafa, cubre bocas y guantes estériles.</li> <li>9. Introducir la sonda de espiración máximo 1 cm más de la longitud de la cánula.</li> <li>10. aspirar las secreciones, introduciendo la sonda sin</li> <li>11. repetir cuantas veces sea necesario.</li> <li>12. Desechar la sonda y los guantes tras la aspiración.</li> <li>13. Evitar realizar la técnica después de las comidas</li>   <li>14. Dejar descansar al paciente entre aspiración y aspiración.</li> <li>15. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li> <li>16. Recoger el material.</li> <li>17. Retirarse los guantes, cubre bocas y gafas.</li> <li>18. Realizar lavado de manos.</li> <li>19. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> <li>20. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li> </ol>

## OBSERVACIONES

- Evitar realizar esta técnica después de las comidas del paciente.

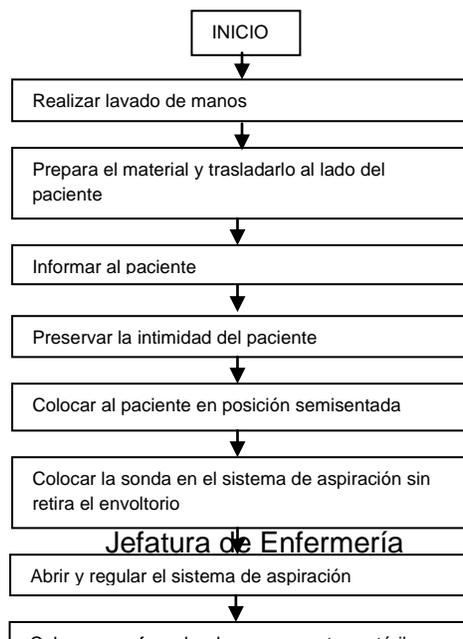
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Aspiración de secreciones por traqueostomía
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Aspiración de secreciones por traqueostomía



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Colaboración y cuidados de enfermería en la realización de una paracentesis.		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-072	19-05-2011	

**OBJETIVO:**

Extraer el líquido de la cavidad abdominal del paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos, colaborando con el médico.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## DEFINICIÓN

**Paracentesis:** Procedimiento invasivo que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal, con técnica estéril, para obtener líquido peritoneal, con fines diagnósticos o terapéuticos.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agujas</li> <li>• Anestésico local</li> <li>• Antiséptico</li> <li>• Apósitos</li> <li>• Catéteres cortos</li> <li>• Equipo de venoclisis</li> <li>• Gasas estériles</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Jeringas</li> <li>• Tubos para muestras</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno</li> <li>• de procedimientos de enfermería en el área de urgencias</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar que el paciente ha recibido información médica del procedimiento a realizar.</li> <li>2. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>3. Pedir al paciente que vacíe la vejiga antes de comenzar el procedimiento (realizar sondaje vesical en caso necesario).</li> <li>4. Realizar lavado de manos.</li> <li>5. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>6. Canalizar una vía venosa si el médico lo indica.</li> <li>7. Medir el perímetro abdominal.</li> <li>8. Situar al paciente en posición semi Fowler.</li> <li>9. Medir y registrar presión arterial.</li> <li>10. Preparar el campo estéril con el material necesario.</li> <li>11. Descubrir el abdomen y aplicar antiséptico en la zona a puncionar.</li> <li>12. Proporcionar al médico el material que necesite en el desarrollo del procedimiento.</li> <li>13. Preparar los tubos estériles para la recogida de muestra si fuera necesario.</li> <li>14. Controlar que el drenado de líquido sea lento y continuo, si la paracentesis es evacuadora.</li> <li>15. Controlar la presión arterial durante la evacuación y al finalizar el procedimiento.</li> <li>16. Colocar apósito sobre la punción al terminar la evacuación.</li> </ol>

	<p>17. Controlar el manchado del apósito periódicamente valorando la cantidad y color del líquido drenado. Cambiar el apósito cuantas veces sea necesario.</p> <p>18. Mantener al paciente en cama e iniciar la deambulacion de forma progresiva dependiendo de su estado general.</p> <p>19. Medir el líquido drenado.</p> <p>20. Medir el perímetro abdominal.</p> <p>21. Retirar el material.</p> <p>22. Realizar el lavado de manos.</p> <p>23. Identificar los tubos con las muestras y enviarlos al laboratorio.</p> <p>24. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>25. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	---

### OBSERVACIONES:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de hemorragia, valorando la coloración de la piel y mucosas tras el procedimiento.

### FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

### ANEXOS

- Diagrama de flujo: Colaboración y cuidados de enfermería en la realización de una paracentesis
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

### Diagrama de flujo: Colaboración y cuidados de enfermería en la realización de una paracentesis



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Colocación de cánula de Guedel		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-065	19-05-2011	

## OBJETIVO:

Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias del paciente, evitar la obstrucción y facilitar la aspiración bucofaríngea.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación  
Ambulancia

## DEFINICIÓN

La cánula de Guedel es un dispositivo de material plástico que, introducido en la boca del paciente, evita la caída de la lengua y la consiguiente obstrucción del paso del aire.

## RESPONSABILIDAD

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abate lenguas</li> <li>• Gasas o compresas</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Cubre bocas</li> <li>• Material de aspiración</li> <li>• Cánula de Guedel de tamaño adecuado (adulto/pediátrico)</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos si la situación del paciente lo permite.</li> <li>2. Reunir el material lo antes posible y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Colocarse los guantes y el cubre bocas siempre que sea posible.</li> <li>4. Explicar el procedimiento al paciente aunque parezca que no está alerta.</li> <li>5. Retirar las prótesis dentales al paciente si las tuviera</li> <li>6. Seleccionar el tamaño de la cánula de Guedel adecuado:             <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1. Colocar la cánula sobre la mejilla del paciente con la placa plana entre los labios.</li> <li>6.2. El extremo de la cánula debe quedar en el ángulo de la mandíbula del paciente.</li> </ol> </li> <li>7. Colocar al paciente en decúbito supino.</li> <li>8. Mantener la hiperextensión de la cabeza del paciente.</li> <li>9. Introducir la cánula en la boca con la concavidad en el paladar.</li> <li>10. Deslizar la cánula por el paladar hasta introducirla aproximadamente hasta la mitad (paladar blando).</li> <li>11. Girar 180° mientras se avanza suavemente hacia la faringe, hasta hacer tope con la pared posterior o los dientes.</li> <li>12. Aspirar secreciones si se precisa.</li> <li>13. Realizar la higiene de la cara del paciente.</li> </ol>

	14. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias. 15. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.
--	---

## OBSERVACIONES:

- Si el paciente presenta traumatismo facial, la técnica de colocación será:
  - Introducir la cánula de Guedel con el extremo distal hacia abajo ayudándonos con un abate lenguas para retirar la lengua.
- Un tubo demasiado largo puede provocar irritación o lesión local, facilitando la aparición de laringoespasmo o edema de glotis.
- Un tubo corto puede producir obstrucción de la vía aérea produciendo un efecto contrario al que buscamos.
- Una técnica de colocación incorrecta puede empujar la lengua hacia atrás y provocar obstrucción.
- La colocación en pacientes consientes puede producir reflejo nauseoso, vómitos y broncoaspiración.
- Si por las condiciones del paciente la cánula va a permanecer durante un plazo prolongado, se procederá a su extracción periódica para llevar a cabo su limpieza y cuidados de la boca.
- Retirar la cánula cuando el paciente este consiente y no la tolere.

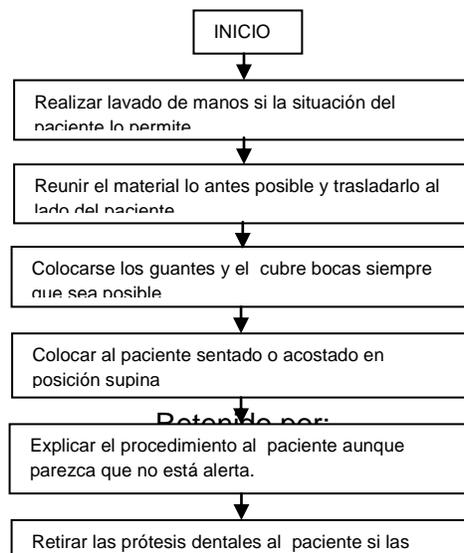
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Colocación de cánula de Guedel
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Colocación de cánula de Guedel



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Cuidados al paciente con hipertermia		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-070	19-05-2011	

**OBJETIVO:**

Aplicar medios físicos y/o administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente disminuya hasta su valor normal.

**CAMPO DE APLICACIÓN**

Observación

**DEFINICIÓN**

La hipertermia, el golpe de calor o (en caso de ser originado por radiación solar) la insolación es un trastorno grave que se presenta cuando un organismo homeotérmico no alcanza a disipar más calor del que genera o absorbe, y generalmente ocurre por estar expuesto a una fuente de calor.

La hipertermia puede ser creada artificialmente con drogas o aparatos médicos. En esas instancias puede tratar cáncer y otras condiciones. La hipertermia maligna es una rara complicación de algunos tipos de anestesia general.

Se considera hipertermia cuando la temperatura corporal rebasa los 41 °C. En la hipertermia el punto de ajuste hipotalámico no cambia, pero la temperatura corporal sube superando los mecanismos de regulación de temperatura. Como consecuencia de esto se produce el llamado golpe de calor o insolación.

**RESPONSABILIDAD**

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebidas</li> <li>• Compresas</li> <li>• Hielo</li> <li>• Medicación prescrita</li> <li>• Termómetro axilar/rectal</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Informar al paciente de la técnica a realizar.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Tomar temperatura para confirmar hipertermia.</li> <li>6. Destapar al paciente.</li> <li>7. Aplicar medios físicos externos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. Compresas tibias en axilas, frente, ingles, huecos popíteos, flexura del codo, etc.</li> <li>7.2. Baño de esponja.</li> <li>7.3. Bolsa con hielo.</li> <li>7.4. Mantener la temperatura ambiente aproximadamente entre 20 ° y 22°C.</li> </ol> </li> <li>8. Administrar medicación prescrita.</li> <li>9. Mantener una buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación procurando que no contengan hidratos de carbono.</li> <li>10. Vigilar temperatura, frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardiaca, diuresis y nivel de conciencia con frecuencia.</li> </ol>

	<p>11. Mantener la ropa de cama, apósitos, vendajes, pañales, etc., limpios y secos.</p> <p>12. Recoger material</p> <p>13. Realizar lavado de manos.</p> <p>14. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>15. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	--

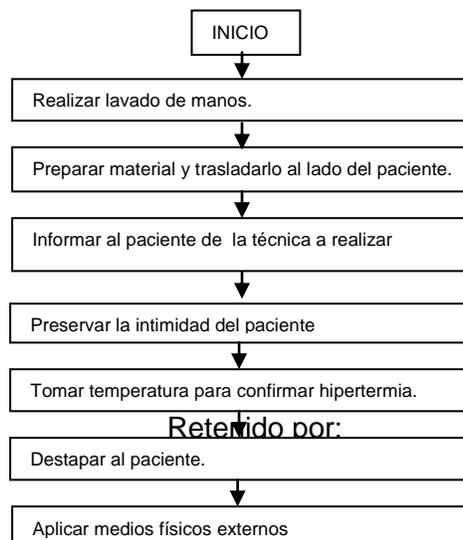
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Cuidados al paciente con hipertermia
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Cuidados al paciente con hipertermia



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Cuidados de enfermería en las convulsiones		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-067	19-05-2011	

**OBJETIVO:**

Controlar la actividad convulsiva del paciente y prevenir la aparición de lesiones secundarias a esta situación.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

### DEFINICIÓN

La convulsión es un síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta, así como de alteraciones del estado mental del sujeto y trastornos psíquicos tales como déjà vu o jamais vu. Una convulsión que persiste por varios minutos se conoce como status epilepticus, mientras que la epilepsia es la recurrencia de crisis convulsivas de manera crónica.

### RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agujas</li> <li>• Fármacos específicos</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Jeringas</li> <li>• Material para canalización venosa</li> <li>• Material para colocación de Cánula de Guedel</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Equipo de aspiración</li> <li>• Tripié</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. solicitar ayuda y avisar al médico.</li> <li>2. Colocar al paciente en el suelo si está de pié o sentado en el momento de la crisis:               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Retirar los muebles y objetos de alrededor.</li> <li>2.2. Proteger la cabeza con una almohada para evitar lesiones.</li> </ol> </li> <li>3. Si el paciente está en la cama, colocarla en posición horizontal y colocar las barandillas.</li> <li>4. Colocar cánula de Guedel cuando la mandíbula del paciente esté relajada durante la actividad convulsiva</li> <li>5. Proporcionar intimidad al paciente si es posible.</li> <li>6. Aflojar la ropa apretada y no sujetar ni restringir los movimientos corporales durante la crisis.</li> <li>7. Colocar al paciente en decúbito lateral, si es posible, con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante para facilitar el drenado de saliva y vómitos.</li> <li>8. Aspirar secreciones, si precisa, procurando el mínimo de estimulación.</li> <li>9. Permanecer y valorar constantemente al paciente durante la crisis convulsiva.</li> <li>10. Ofrecer seguridad y proporcionar un entorno tranquilo y silencioso en el periodo postcrítico</li> <li>11. Registrar la acción realizada en el</li> </ol>

	<p>formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>12. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico con los siguientes datos:</p> <p>12.1. Cómo y cuando comenzó la crisis.</p> <p>12.2. Duración.</p> <p>12.3. Número de crisis.</p> <p>12.4. Tipos de movimientos y parte del cuerpo afectada.</p> <p>12.5. Conducta postcrisis.</p> <p>12.6. Cambios pupilares y mirada conjugada si la hubiera.</p> <p>12.7. Incontinencia urinaria y/o fecal.</p>
--	--

### OBSERVACIONES:

Cuando el paciente se despierte, reorientarlo y tranquilizarlo.  
Preguntarle sobre el aura o las actividades que precedieron a la convulsión.

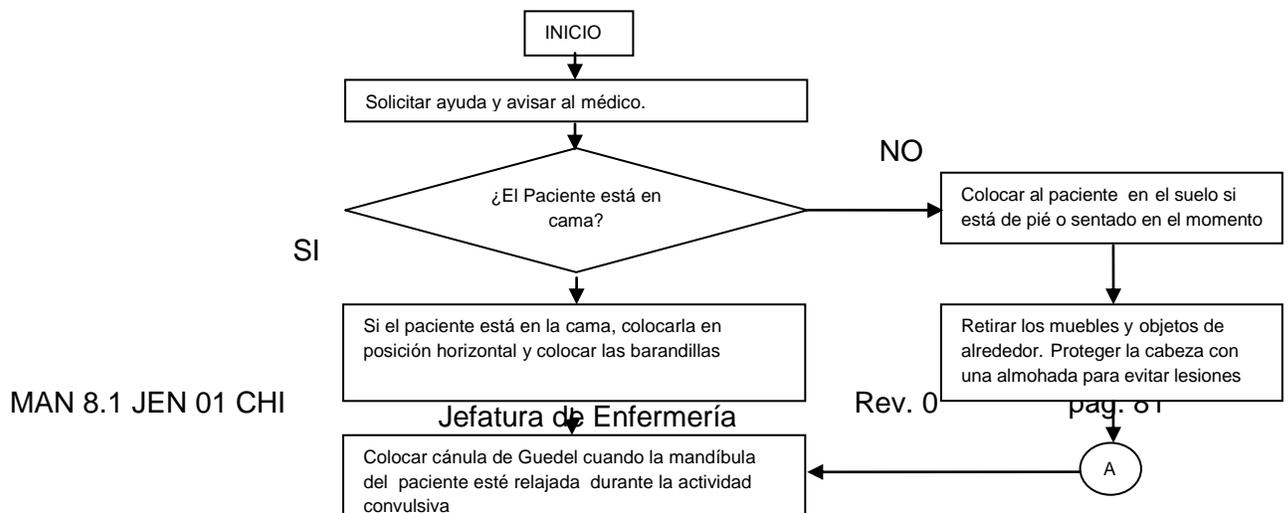
### FORMATOS

PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.  
Nota de Enfermería, expediente electrónico

### ANEXOS

Diagrama de flujo: Cuidados de enfermería en las convulsiones  
Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de Flujo: Cuidados de enfermería en las convulsiones



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Cuidados del paciente con hipotermia		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-061	19-05-2011	

## OBJETIVO

Aplicar medios físicos y/o administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente se eleve hasta su valor normal.

**CAMPO DE APLICACIÓN**  
Observación

## DEFINICIÓN

Hipotermia: Se aplica este término al descenso de la temperatura del cuerpo humano por debajo de los 35°C producido por enfermedad o exposición a un medio frío.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebidas calientes</li> <li>• Compresas</li> <li>• Medicación prescrita</li> <li>• Pañales</li> <li>• Bolsa de agua caliente</li> <li>• Lámpara o foco de calor</li> <li>• Cobija</li> <li>• Manta térmica</li> <li>• Ropa de cama</li> <li>• Termómetro axilar/rectal</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo</li> <li>3. Informar al paciente de la técnica a realizar.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Tomar temperatura para confirmar la hipotermia.</li> <li>6. Mantener la ropa de cama limpia y seca.</li> <li>7. Cambiar y mantener secos los apósitos, vendajes, pañales, etc.</li> <li>8. Aplicar medios físicos externos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1. Cobija, manta eléctrica si la hubiera.</li> <li>8.2. Foco o flexor de calor.</li> <li>8.3. Compresas calientes.</li> <li>8.4. Bolsas de agua caliente.</li> <li>8.5. Aumentar la temperatura ambiente.</li> <li>8.6. Cubrir las extremidades con manoplas, calcetines o vendajes.</li> </ol> </li> <li>9. Mantener una buena ingesta de líquidos para evitar deshidratación y por tanto la pérdida de calor, proporcionando bebidas calientes ricas e hidratos de carbono que no contengan alcohol y cafeína (son potentes diuréticos).</li> <li>10. Administrar la medicación prescrita.</li> <li>11. Vigilar la perfusión tisular de las zonas distales.</li> <li>12. Controlar signos vitales y diuresis con frecuencia.</li> <li>13. Recoger el material.</li> <li>14. Realizar lavado de manos.</li> <li>15. Registrar la acción realizada en el</li> </ol>

	<p>formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>16. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	--

## OBSERVACIONES

- Tener en cuenta la localización de la toma de la temperatura, reflejándolo en los registros.
- En pacientes pediátricos se revisará frecuentemente el pañal y se cambiará si es necesario.
- No se aplicarán los medios físicos directamente sobre la piel, se pondrá ropa de cama entre estos y el paciente.
- Se controlará el tiempo de exposición a los medios físicos eléctricos para evitar quemaduras.
- Se le retiraran al paciente todos los objetos metálicos (joyas), éstos se calientan muy rápido y pueden ocasionar quemaduras.

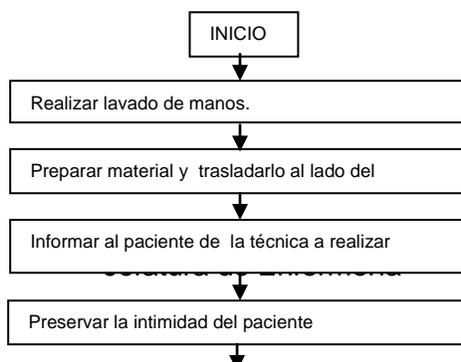
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Cuidados del paciente con hipotermia
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Cuidados del paciente con hipotermia



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Curación de herida (Generalidades)		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-014	17-02-2011	

## OBJETIVO

Facilitar al paciente la cicatrización de la herida, evitando la infección.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Atención Domiciliaria

## DEFINICIÓN

Herida: Es toda pérdida de continuidad en la piel (lo que se denomina "solución de continuidad"), secundaria a un traumatismo. Como consecuencia de la agresión de este tejido existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes: músculos, nervios, vasos sanguíneos, etc.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre bocas</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Solución antiséptica</li> <li>• Solución fisiológica o agua estéril</li> <li>• Apósitos estériles</li> <li>• Gasas estériles</li> <li>• Venda elástica</li> <li>• Tela adhesiva</li> <li>• Riñón estéril</li> <li>• Palangana</li> <li>• Pinzas de disección o hemostasia</li> <li>• Tijeras</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavarse las manos.</li> <li>2. Preparar el material y equipo, trasladarlo a la unidad del paciente.</li> <li>3. Explicar el procedimiento al paciente.</li> <li>4. Colocar al paciente en posición cómoda y en la cual la herida sea fácilmente expuesta.</li> <li>5. Lavarse las manos.</li> <li>6. Colóquese cubre bocas y guantes no estériles.</li> <li>7. Retirar vendajes y apósitos de la herida.</li> <li>8. Valorar la herida.</li> <li>9. Desechar guantes y lavarse las manos.</li> <li>10. Abra el material y equipo estéril utilizando técnica aséptica.</li> <li>11. Vierta solución antiséptica sobre las gasas estériles.</li> <li>12. Colóquese los guantes estériles.</li> <li>13. Realizar la limpieza del área cambiando con frecuencia las gasas.</li> <li>14. Enjuague con abundante agua y seque el exceso de solución.</li> <li>15. Aplique medicamentos indicados.</li> <li>16. Cubra la herida con gasas o apósitos según se requiera.</li> <li>17. Vendar la herida y fijar con tela adhesiva.</li> </ol>

	18. Lavar el instrumental y entregarlo a CEYE. 15. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico. 16. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
--	--

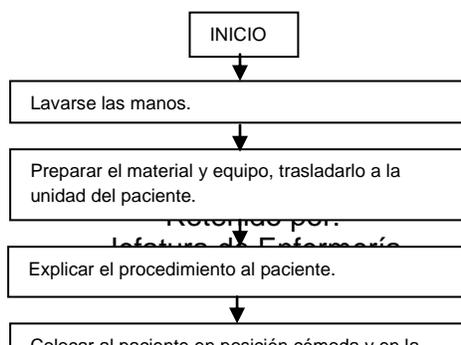
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Curación de herida
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Curación de herida (Generalidades)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Enema de limpieza		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización

ENF-060	17-02-2011
---------	------------

## OBJETIVO

Facilitar la evacuación de las heces mediante la introducción de una solución a través del recto del paciente.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## DEFINICIÓN

Enema: Medicamento líquido que se introduce en el recto por el ano, y que se utiliza generalmente para estimular la defecación de las heces.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ATIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toalla o cubierta</li> <li>• Gasas no estériles</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Lubricante hidrosoluble</li> <li>• Solución a irrigar</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar la solución prescrita a temperatura templada.</li> <li>3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>4. Informar al paciente del procedimiento.</li> <li>5. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>6. Colocar al paciente en posición de sims.</li> <li>7. Colocarse los guantes.</li> <li>8. Realizar higiene de los genitales y de la zona anal si es necesario.</li> <li>9. Colocar la toalla o cubierta debajo de las caderas y glúteos del paciente.</li> <li>10. Lubricar la punta del enema.</li> <li>11. Separar suavemente los glúteos y localizar el ano.</li> <li>12. Indicar al paciente que respire profundamente e introducir la punta del enema lentamente en dirección al ombligo.</li> <li>13. Comprimir el depósito del enema para administrar el líquido.</li> <li>14. Retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.</li> <li>15. Informar al paciente que debe retener la irrigación durante 5-10 minutos.</li> <li>16. Facilitar el acceso al cuarto de baño.</li> <li>17. Observar el aspecto de las heces.</li> <li>18. Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal, si es necesario.</li> <li>19. Dejar al paciente en posición cómoda y</li> </ol>

	adecuada. 20. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias. 21. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.
--	--

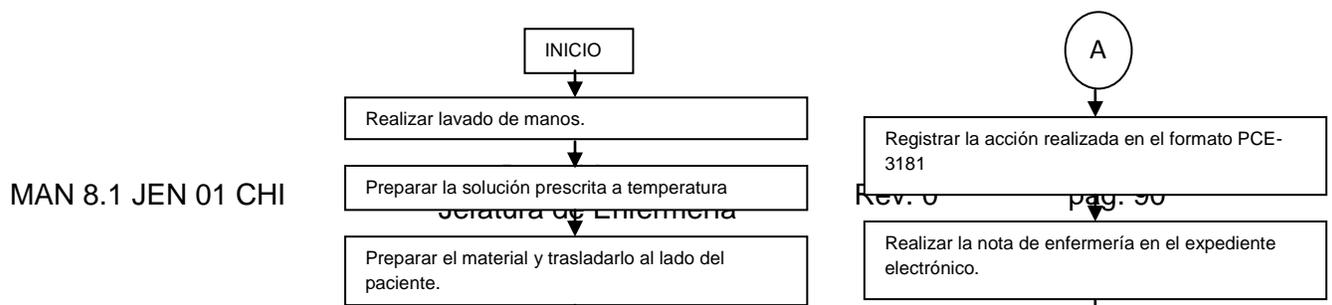
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Enema de limpieza
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

### Diagrama de flujo: Enema de limpieza



COPIA  
NO CONTROLADA

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO	(A)
Manual de Procedimientos	
Procedimiento	
Extracción de fecalomas	

Clave del Procedimiento ENF-068	Fecha de Elaboración 19-05-2011	Fecha de Actualización
------------------------------------	------------------------------------	------------------------

## OBJETIVO:

Deshacer las impactaciones fecales, a nivel de la ampolla rectal, con el fin de facilitar la defecación del paciente.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## DEFINICIÓN

Un fecaloma (llamado también fecalito y coprolito), es una acumulación de heces en ano que taponan el flujo normal del tracto intestinal. A veces están pegados a las paredes del intestino y puede ser causado por situaciones que enlentecen el tránsito intestinal: ancianos, estreñimiento por deshidratación, enfermedad de Chagas, (por destrucción del sistema nervioso autónomo, enfermedad parasitaria propia de América del Sur), enfermedad de Hirschsprung, etc.

Este tipo de afección puede ser severa e inclusive letal, como sería la ruptura de las paredes del colon, por las agudezas de los fecalomas (perforación estercoral), seguida de septicemia. También un fecalito puede causar una apendicitis aguda.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Cubre bocas</li> <li>• Bata</li> <li>• Lubricante hidrosoluble</li> <li>• Gasas</li> <li>• Bolsa para desechos</li> <li>• Cómodo</li> <li>• Papel higiénico</li> <li>• Sábana o cubierta</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Proporcionar intimidad al paciente.</li> <li>4. Explicar el procedimiento.</li> <li>5. Colocarse los guantes y el cubre bocas.</li> <li>6. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas.</li> <li>7. Colocar la cubierta bajo los glúteos del paciente.</li> <li>8. Solicitar al paciente que se relaje y respire profundamente.</li> <li>9. Lubricar el dedo índice e introducirlo suavemente en el recto unos 5-10 cm.</li> <li>10. Extraer los fecalomas y desecharlos en la bolsa roja.</li> <li>11. Realizar lavado de genitales.</li> <li>12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada</li> <li>13. Retirar el material.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>14. Retirase los guantes.</li><li>15. Realizar lavado de manos.</li><li>16. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>17. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES:

- Realizar procedimiento con delicadeza para evitar traumatismos en la mucosa rectal.
- Detener el procedimiento si hay dolor.

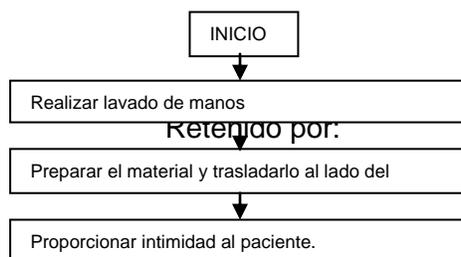
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Extracción de fecalomas.
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Extracción de fecalomas



COPIA  
NO CONTROLADA

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO  
Manual de Procedimientos

Procedimiento Extracción de sangre de una vena periférica		
Clave del Procedimiento ENF-030	Fecha de Elaboración 17-02-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO:

Obtener muestras de sangre venosa del paciente de forma aséptica para determinaciones diagnósticas.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación  
Diálisis

## DEFINICIÓN

Consiste en la punción de una vena para la extracción de una muestra sanguínea.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recipiente para transporte de la muestra</li> <li>• Torniquete</li> <li>• Contenedor de punzo cortantes</li> <li>• Etiquetas de identificación</li> <li>• Gasas estériles</li> <li>• Método de tubo con vacío:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Agujas estériles para toma de muestras.</li> <li>○ Soporte para agujas.</li> </ul> </li> <li>• Método con jeringa:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aguja 20 G x 32 mm</li> <li>○ Jeringa</li> </ul> </li> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Tubos para muestra (tipo y cantidad adecuada según pruebas pedidas)</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar las condiciones necesarias antes de la toma de la muestra sanguínea, según normas del laboratorio.</li> <li>2. Verificar orden médica.</li> <li>3. Realizar lavado de manos.</li> <li>4. Preparar todo el material (llevar siempre más tubos de los necesarios) y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>5. Identificar al paciente.</li> <li>6. Informar al paciente.</li> <li>7. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>8. Colocar al paciente en posición adecuada con el brazo en hiperextensión (el paciente nunca debe estar de pie).</li> <li>9. Colocar el torniquete de 7-10 cm. por encima de la zona de punción elegida.</li> <li>10. Localizar la vena más adecuada por calibre y movilidad, preferentemente en fosa antecubital.</li> <li>11. Colocarse los guantes.</li> <li>12. Aplicar antiséptico sobre la zona a puncionar y dejar que se seque.</li> <li>13. Método tubo de vacío:</li> </ol>

	<p>13.1. Colocar la aguja en el soporte o adaptador. 13.2. Colocar el tubo de sangre en el soporte sin perforarlo 13.3. Aplicar una ligera tensión con el pulgar en la piel distal 13.4. Introducir la aguja en la vena con un ángulo de 20-30° 13.5. Estabilizar el adaptador y la aguja con una mano, colocar el pulgar de la otra mano en la parte inferior del tubo y los dedos índice y medio en las aletas del adaptador. Presionando con el pulgar y el dedo índice el uno contra el otro, se forzará el tapón de goma a deslizarse dentro de la aguja. La sangre fluirá dentro del tubo. 13.6. Mantener estabilizado el adaptador tras haber rellenado el tubo y retirar éste. Insertar los tubos que sean necesarios. 13.7. Sacar el último tubo del adaptador. 14. Método con jeringa. 14.1. Colocar la aguja en la jeringa. 14.2. Aplicar una ligera tensión con el pulgar en la piel distal. 14.3. Introducir la aguja en la vena con un ángulo de 20-30°. 14.4. Utilizar la mano no dominante para estabilizar la jeringa y la guja. Tirar del émbolo con la mano dominante y extraer la sangre necesaria, aspirando suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas. 15. Retirar el torniquete tirando de uno de los extremos. 16. Llenar cada tubo con cuidado hasta que haya suficiente cantidad de sangre (llenar primero los tubos de las muestras coaguladas y terminar con los tubos con anticoagulantes. Los tubos con anticoagulante deben llenarse hasta consumir todo el vacío para mantener la proporción correcta de anticoagulante y sangre. Una vez llenos, invertir varias veces los tubos para que la sangre y el anticoagulante se mezclen). 17. Retirar la guja y ejercer presión sobre la zona de punción con la torunda hasta que deje de sangrar 18. Desechar las agujas y material contaminado en el contenedor de punzocortantes 19. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada. 20. Rotular los distintos tubos correctamente 21. Recoger el material. 22. Retirarse los guantes</p>
--	---

	23. realizar lavado de manos. 24. Enviar muestras al laboratorio. 25. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias. 26. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.
--	---

## OBSERVACIONES:

- Si el paciente estuviera con fluidoterapia en la mano, muñeca o antebrazo, tuviera un hematoma en la zona elegida o haya sido sometido a una mastectomía, se elegirá el brazo opuesto.
- No puncionar nunca las fístulas arteriovenosas en los pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Valorar si el paciente puede presentar algún riesgo con la punción venosa: tratamiento anticoagulante, recuento plaquetario bajo, alteraciones de la hemostasia, etc.
- El método de tubo de vacío no es aconsejable si el paciente tiene las venas frágiles, éstas pueden colapsarse por la presión del vacío (pacientes pediátricos, ancianos, etc.).
- Nunca se hará presión encima de la zona de punción antes de retirar la guja, esto sería doloroso y causaría un traumatismo en la vena innecesario.
- En algunos pacientes será necesario la colaboración de otro miembro del equipo (pacientes pediátricos, agitados, etc.)

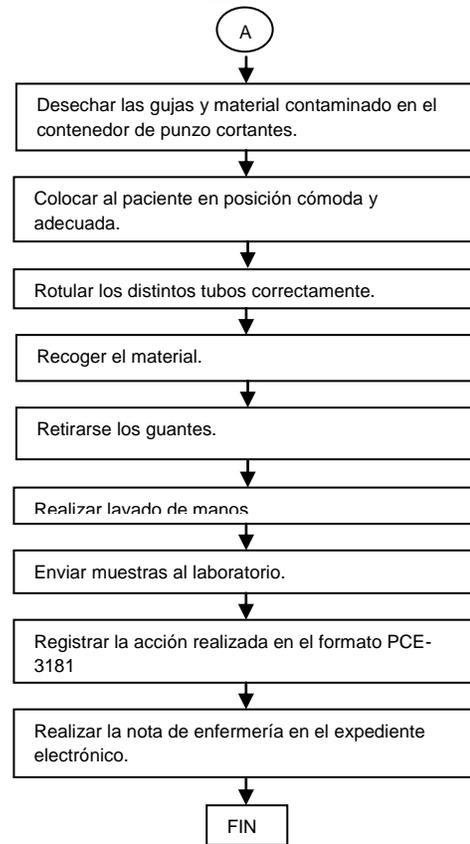
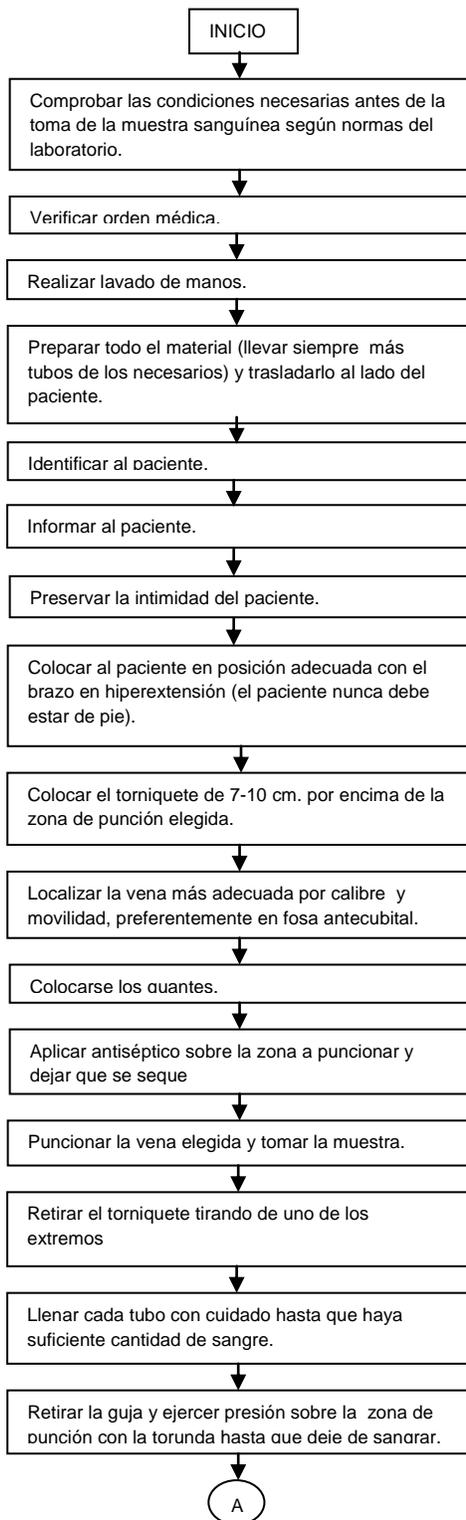
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Extracción de sangre de una vena periférica
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Extracción de sangre de una vena periférica



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Lavado de genitales		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-033	19-05-2011	

## OBJETIVO

Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación  
Atención Domiciliaria  
Curaciones e inyecciones

## DEFINICIONES

Procedimiento de asepsia que se efectúa al usuario en los genitales externos y región adyacente a ellos.

## RESPONSABILIDADES

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa para residuos</li> <li>• Gasas no estériles</li> <li>• Guantes no estériles desechables</li> <li>• Jabón</li> <li>• Pañal</li> <li>• Papel higiénico</li> <li>• Registros de Enfermería</li> <li>• Agua</li> <li>• Sábana o cubierta protectora</li> <li>• Palangana</li> <li>• Toalla</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Informar al paciente.</li> <li>4. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.</li> <li>5. Proteger al paciente de las caídas.</li> <li>6. Colocarse los guantes.</li> <li>7. Preparar agua a temperatura adecuada.</li> <li>8. Colocar al paciente en decúbito supino.</li> <li>9. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.</li> <li>10. Retirar pañal si lo tuviera.</li> <li>11. En el varón:             <ol style="list-style-type: none"> <li>11.1. Retraer el prepucio del pene del paciente y lavar el glande. Enjuagar, pero no secar, ya que la humedad lubrica e impide la fricción.</li> <li>11.2. Devolver el prepucio a su posición para evitar edema y lesión tisular.</li> <li>11.3. Limpiar la parte superior y los lados del escroto. Enjuagar y secar.</li> </ol> </li> </ol>

	<p>11.4. Poner al paciente en decúbito lateral.</p> <p>11.5. Limpiar la parte inferior del escroto y región anal. Enjuagar y secar bien.</p> <p>12. En la mujer:</p> <p>12.1. Pedirle a la paciente que flexione las rodillas si no puede por sí misma.</p> <p>12.2. Separar las piernas de la paciente.</p> <p>12.3. Separar los labios vulvares con una mano y lavar con la otra, limpiando de adelante hacia atrás el periné (para evitar contaminar la uretra o la vagina).</p> <p>12.4. Enjuagar y secar bien con la toalla.</p> <p>12.5. Colocar a la paciente en decúbito lateral.</p> <p>12.6. Limpiar el área rectal desde la vagina hasta el ano en un solo movimiento.</p> <p>12.7. Proceder de la misma manera para enjuagar y secar.</p> <p>13. Colocar pañal si lo precisa.</p> <p>14. Dejar al paciente en posición adecuada y cómoda.</p> <p>15. Recoger material.</p> <p>16. Retirarse los guantes.</p> <p>17. Realizar lavado de manos.</p> <p>18. Anotar en los registros de enfermería posibles incidencias.</p>
--	--

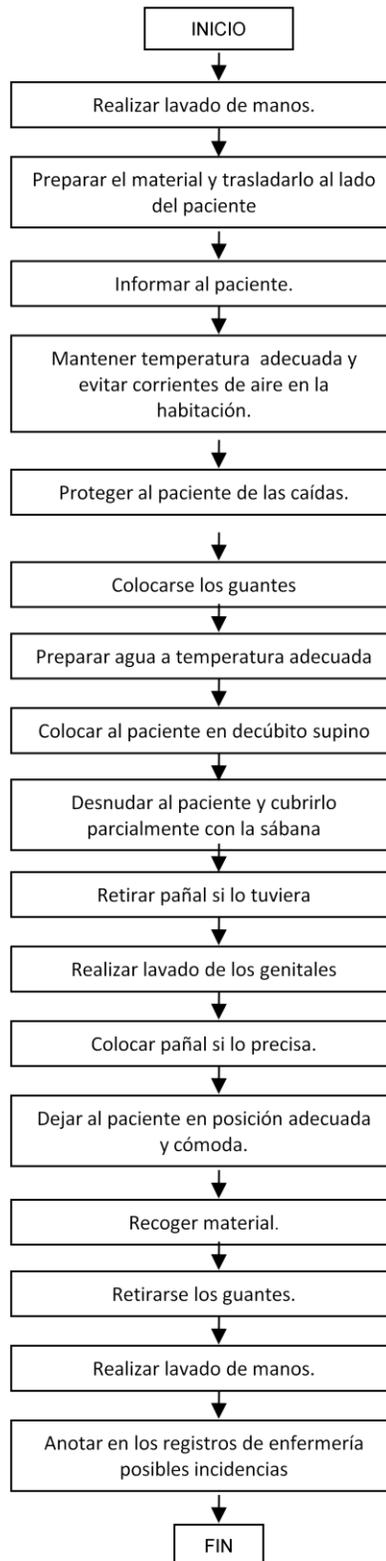
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Lavado de genitales
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

## Diagrama de flujo: Lavado de genitales



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Lavado de manos		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-016	17-02-2011	

## OBJETIVO

Prevenir la aparición de las infecciones nosocomiales y evitar las infecciones cruzadas.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
CEYE  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano  
Módulo de Detecciones  
Sala de Transición  
CEYE Odontología  
D.O.C.  
Inmunoterapia Vacunas  
Pediatría  
Ambulancia

## DEFINICIÓN

Son medidas higiénicas que persiguen eliminar el mayor número posible de microorganismos patógenos de las manos mediante la técnica de lavado de manos con agua, jabón neutro y antiséptico.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General.

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toallas de papel</li> <li>• Jabón</li> <li>• Agua</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retirar todas las joyas.</li> <li>2. Mojar las manos</li> <li>3. Tomar jabón suficiente</li> <li>4. Hacer abundante espuma y lavar palmas, dirija sus manos hacia abajo.</li> <li>5. en los dorsos abarque espacios interdigitales</li> <li>6. frote las uñas en la palma de la mano.</li> <li>7. talle los pulgares con movimientos</li> </ol>

	<p>circulares. 8. lave hasta la muñeca de igual forma. 9. enjuague de igual forma como se lavó. 10. seque sus manos con toalla desechable. 11. use la toalla desechable para cerrar la llave. 12. compléméntelo con alcohol y frótelo durante 20 segundos 13. cierre con la toalla de papel y deséchela</p>
--	---

## OBSERVACIONES

- En el lavado de manos rutinario se debe tener las manos más bajas que las muñecas para que el agua fluya desde las muñecas a las puntas de los dedos.
- El empleo de guantes no excluye la necesidad del lavado de manos.

## Indicaciones

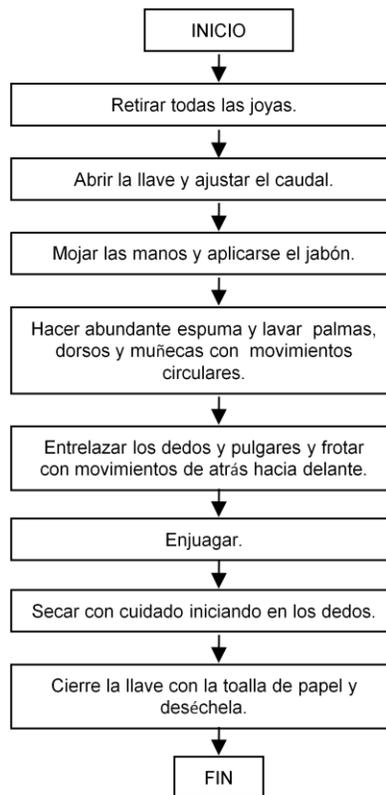
- Lavado básico o higiénico:
  - Al empezar y terminar la jornada de trabajo.
  - Antes y después de:
- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una tarea aséptica.
- Después de la exposición a líquidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente
  - Extracciones sanguíneas (excepto hemocultivos).
  - Usar guantes limpios.
  - Revisar vías urinarias, vasculares y respiratorias.
  - Distribuir la comida.
  - Preparar la medicación.
  - Después de:
  - Manipular cuñas, bolsas diuresis, etc.
  - Sonarse la nariz, estornudar o peinarse.
  - Tener contacto con secreciones, excreciones y sangre del enfermo.
  - Tener contacto con superficies y objetos contaminados.
  - Hacer uso del w.c.
  - Usar guantes estériles.
  - Realizar técnicas invasivas.
- Lavado especial o antiséptico. Antes de:
  - Uso guantes estériles.
  - Manejo de enfermos inmunodeprimidos.

- Realizar técnicas invasivas con el enfermo como: inserción de catéteres centrales, extracción de hemocultivos, inserción de catéteres urinarios, práctica de curas especiales, aspiración bronquial, punción lumbar, etc.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Lavado de manos

### Diagrama de flujo: Lavado de manos



Ver ayuda visual:

AYU 7.5.1 JUR 05 CHI y AYU 7.5.1 JUR 05 CHI

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Manejo de la flebotomía (sangría)		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-069	19-05-2011	

## OBJETIVO:

Disminuir la viscosidad de la sangre y normalizar el hematocrito con el fin de mejorar el transporte de oxígeno.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## DEFINICIÓN

La flebotomía, consiste en el procedimiento de extracción de sangre desde una vena periférica. A través de sistema estéril con aguja, equipo y bolsa de colecta, semejante al procedimiento para la transfusión de sangre.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa para recolección de sangre</li> <li>• Torniquete</li> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Gasas estériles</li> <li>• Apósito estéril para fijar (Tegaderm)</li> <li>• Tela adhesiva</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Reunir el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Explicar el procedimiento al paciente y obtener su consentimiento.</li> <li>4. Ayudar al paciente a que adopte una posición cómoda.</li> <li>5. Medir y registrar signos vitales antes y después de realizar el procedimiento.</li> <li>6. Verificar que la bolsa de recolección de sangre este en perfectas condiciones, sin rupturas, sin contaminación aparente.</li> <li>7. Calzarse los guantes.</li> <li>8. Colocar el torniquete en el brazo, seleccionando una vena de buen calibre.</li> <li>9. Puncionar la vena seleccionada y utilizar la aguja del equipo que trae la bolsa de sangre.</li> <li>10. Retirar el torniquete y fijar la guja con el Tegaderm y la línea de la bolsa con tela adhesiva.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Observar el flujo de sangre hacia la bolsa y calcular la cantidad indicada.</li><li>12. Observar constantemente al paciente hasta terminar la extracción.</li><li>13. Retirar el equipo.</li><li>14. Realizar nuevamente control de signos vitales y reacciones en el paciente.</li><li>15. Desechar la bolsa de sangre en la bolsa roja.</li><li>16. Retirarse los guantes.</li><li>17. Realizar lavado de manos.</li><li>18. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>19. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	---

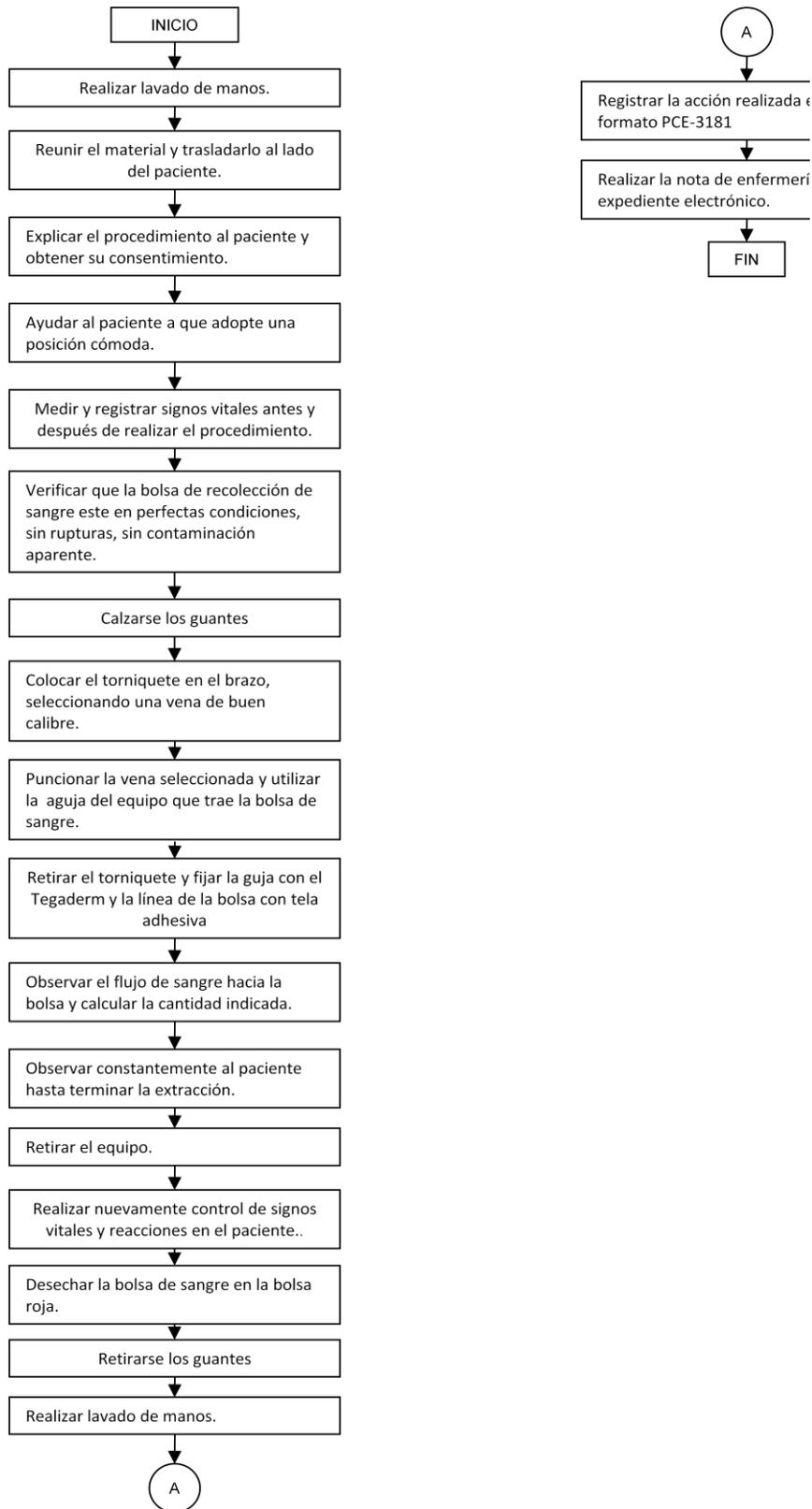
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Manejo de la flebotomía (sangría)
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Manejo de la flebotomía (sangría)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO  
Manual de Procedimientos

Procedimiento Obtención de muestra de Orina		
Clave del Procedimiento ENF-062	Fecha de Elaboración 19-05-2011	Fecha de Actualización

**OBJETIVO:**

Recoger un volumen de orina suficiente para realizar determinaciones diagnósticas.

**CAMPO DE APLICACIÓN**

Observación

**RESPONSABILIDAD**

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa de orina pediátrica o neonatal</li> <li>• Bolsa de plástico para muestras</li> <li>• Contenedor de orina.</li> <li>• Guantes no estériles.</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>4. Identificar el recipiente.</li> <li>5. Colocarse los guantes.</li> <li>6. Pedir al paciente que pueda ir al cuarto de baño por sí solo, que miccione directamente en el recipiente proporcionado para tal fin.</li> <li>7. En niños que no controlan esfínteres, la recogida de orina se efectuará:             <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. Lavar bien los genitales y secar con gasa estéril.</li> <li>7.2. Colocar la bolsa de orina estéril alrededor del periné.</li> <li>7.3. Retirar cuando haya orina y vaciar en el recipiente para muestra.</li> </ol> </li> <li>8. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li> <li>9. Retirar el material.</li> <li>10. Enviar el recipiente al laboratorio junto con la orden médica.</li> <li>11. Retirarse los guantes.</li> <li>12. Realizar lavado de manos.</li> <li>13. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>

	<p>14. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</p> <p>15. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p>
--	---

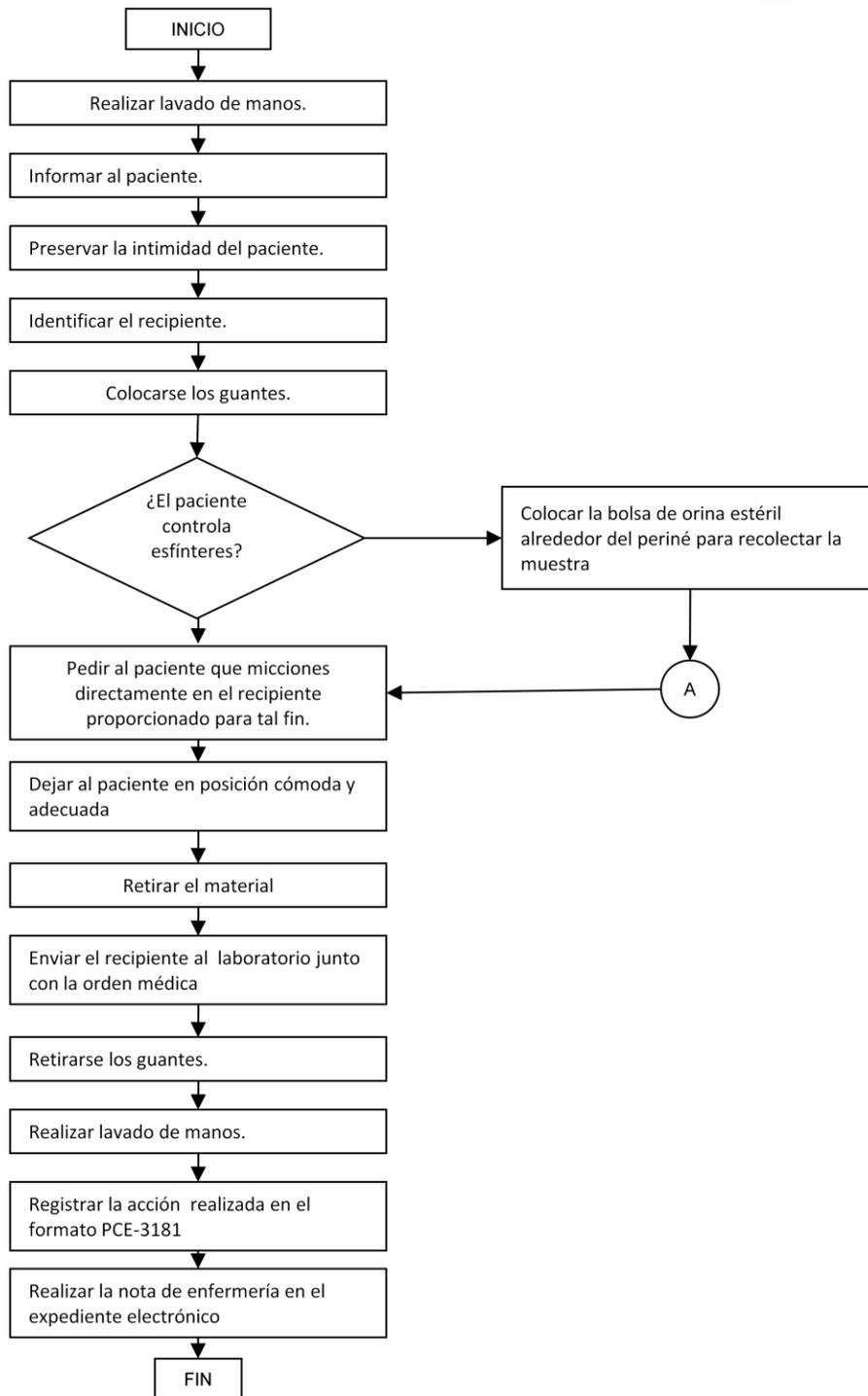
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Reporte diario del área de observación.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Obtención de muestra de Orina
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Obtención de muestra de Orina



Procedimiento Realización de un electrocardiograma (EKG)		
Clave del Procedimiento ENF-031	Fecha de Elaboración 17-02-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO:

Obtener una representación gráfica de los impulsos eléctricos generados por el corazón del paciente durante el ciclo cardiaco.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación  
Sala de transición

## DEFINICIÓN

El electrocardiograma (ECG/EKG, del alemán Elektrokardiogramm) es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón, que se obtiene con un electrocardiógrafo en forma de cinta continua. Es el instrumento principal de la electrofisiología cardíaca y tiene una función relevante en el cribado y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y la predisposición a una muerte súbita cardiaca. También es útil para saber la duración del ciclo cardíaco.

El electrocardiograma tiene la ventaja de ser un procedimiento médico con resultados disponibles inmediatamente, no es invasiva y es económica. El nombre electrocardiograma está compuesto por  $\eta\lambda\epsilon\kappa\tau\rho$  electro que implica la actividad eléctrica,  $\kappa\alpha\rho\delta\iota\omicron$  cardio del griego corazón y  $\gamma\rho\alpha\mu\alpha$  grama, también del griego, que significa escritura.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Papel de registro</li> <li>• Gel conductor</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> <li>• Electrodo</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Informar al paciente.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Colocar al paciente en decúbito supino.</li> <li>6. Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el pecho tobillos y muñecas.</li> <li>7. Limpiar la piel con alcohol en las zonas de colocación de los electrodos. Utilizar gel conductor si existe abundante vello.</li> <li>8. Colocar electrodos y conectar derivaciones:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tórax. Derivaciones precordiales:                 <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>V1-Cuarto</td> <td>espacio</td> </tr> <tr> <td>intercostal,</td> <td>borde</td> </tr> <tr> <td></td> <td>esternal</td> </tr> </table> </li> </ol> </li> </ol>	V1-Cuarto	espacio	intercostal,	borde		esternal
V1-Cuarto	espacio						
intercostal,	borde						
	esternal						

	<p>derecho.</p> <p>V2-Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.</p> <p>V3-Entre V2 y V4</p> <p>V4-Quinto espacio intercostal, línea medioclavicular izquierda.</p> <p>V5-Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V4.</p> <p>V6-Línea axilar media izquierda a la misma altura que V4.</p> <p>b) Extremidades</p> <p>R (rojo): Muñeca derecha</p> <p>A (amarillo): Muñeca izquierda</p> <p>N (negro): Tobillo derecho</p> <p>V (verde): Tobillo izquierdo</p> <p>9. Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/seg y el voltaje a 1 mV. Seleccionar “filtro” y modalidad manual o automática.</p> <p>10. Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitar hablar durante el procedimiento.</p> <p>11. Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.</p> <p>12. Ayudar a vestirse al paciente, dejándolo en posición cómoda y adecuada.</p> <p>13. Recoger el material.</p> <p>14. Realizar lavado de manos.</p> <p>15. Identificar el electrocardiograma con los siguientes datos:</p> <p>Número de Pensiones</p> <p>Nombre completo del paciente Fecha y hora</p> <p>16. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>17. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	--

OBSERVACIONES:

- Si existe imposibilidad de colocar algún electrodo en la zona indicada, situar éste lo más cercano a este punto.

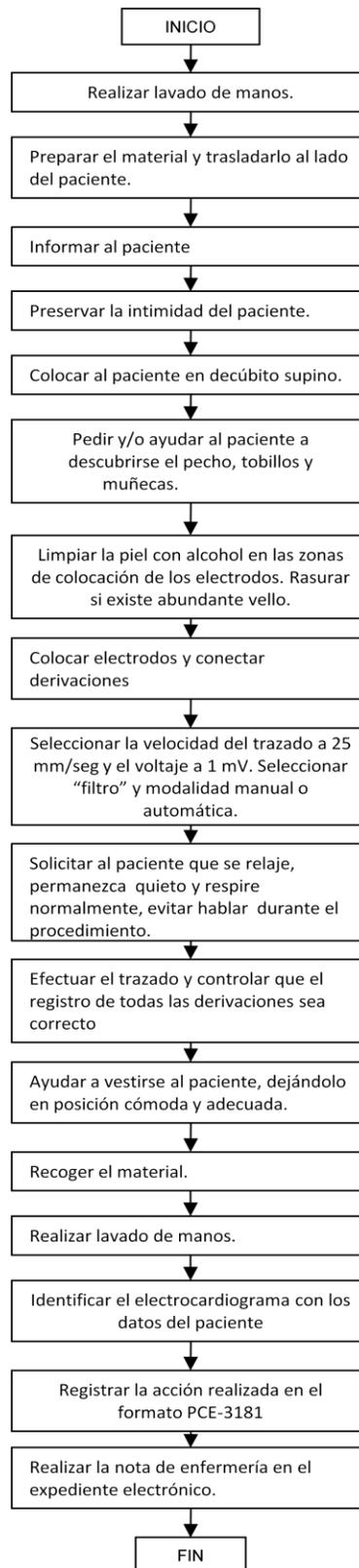
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Realización de un electrocardiograma (EKG)
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Realización de un electrocardiograma (EKG)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

Manual de Procedimientos		
Procedimiento Retiro de la sonda nasogástrica		
Clave del Procedimiento ENF-058	Fecha de Elaboración 19-05-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Extraer la sonda nasogástrica cuando el paciente no la necesite, este obstruida o en posición incorrecta, evitando posibles complicaciones.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa para residuos</li> <li>• Toalla</li> <li>• Gasas no estériles</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> <li>• Torunda con alcohol</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente</li> <li>3. Informar al paciente que puede sufrir alguna molestia nasal o nauseas al realizar el procedimiento.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente</li> <li>5. Colocar al paciente en posición semi-fowler.</li> <li>6. Colocarse los guantes.</li> <li>7. Colocar la toalla sobre el tórax del paciente.</li> <li>8. Desconectar la sonda del sistema de aspiración</li> <li>9. Introducir 10 cc de aire o agua a la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla (en pacientes pediátricos de 3 -5 cc de agua).</li> <li>10. Retirar los adhesivos que fijan la sonda a la nariz y otras sujeciones que hubiera.</li> <li>11. Pinzar la sonda doblándola con la mano.</li> <li>12. Pedir al paciente que retenga la respiración para cerrar la epiglotis.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>13. Retirar la sonda suavemente pero sin pausa, limpiándola con gasa a medida que se va retirando, (puede retirarse más rápidamente cuando llega a la nasofaringe).</li><li>14. Depositar la sonda en la bolsa para residuos.</li><li>15. Limpiar los residuos adheridos a la nariz.</li><li>16. Mantener al paciente en posición semi-fowler unos 30 min para prevenir aspiraciones.</li><li>17. Recoger material.</li><li>18. Retirarse los guantes.</li><li>19. Realizar lavado de manos.</li><li>20. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>21. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES

- Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales, vómitos diarrea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos, etc. Y comunicarlo al médico.

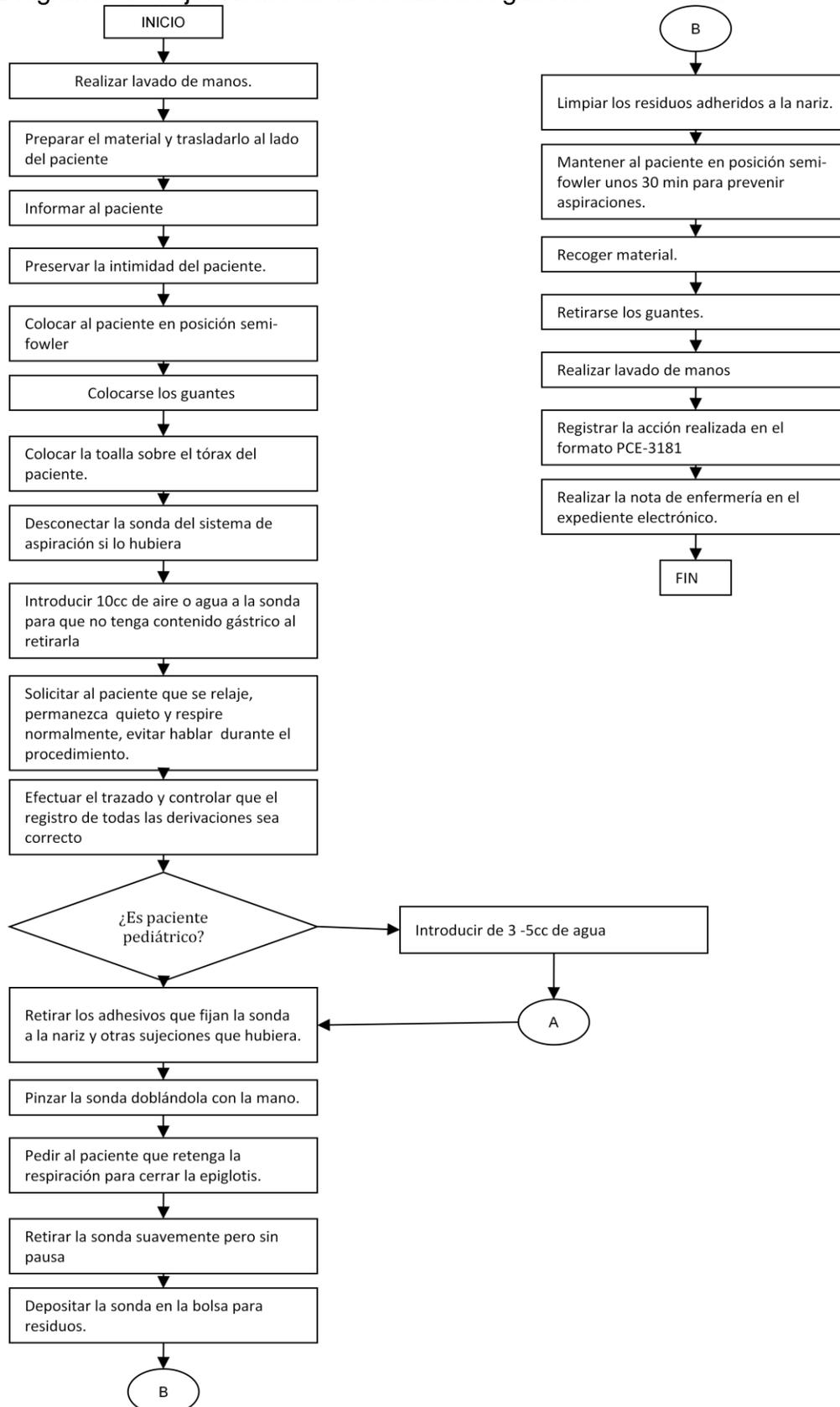
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Retiro de la sonda nasogástrica
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud

Diagrama de flujo: Retiro de la sonda nasogástrica



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Sondaje nasogástrico		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-057	19-05-2011	

## OBJETIVO

Extraer la sonda nasogástrica cuando el paciente no la necesite, este obstruida o en posición incorrecta, evitando posibles complicaciones.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERISL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa para residuos</li> <li>• Toalla</li> <li>• Gasas no estériles</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> <li>• Torunda con alcohol</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente</li> <li>3. Informar al paciente que puede sufrir alguna molestia nasal o nauseas al realizar el procedimiento.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente</li> <li>5. Colocar al paciente en posición semi-fowler.</li> <li>6. Colocarse los guantes.</li> <li>7. Colocar la toalla sobre el tórax del paciente.</li> <li>8. Desconectar la sonda del sistema de aspiración</li> <li>9. Introducir 10 cc de aire o agua a la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla (en pacientes pediátricos de 3 -5 cc de agua).</li> <li>10. Retirar los adhesivos que fijan la sonda a la nariz y otras sujeciones que hubiera.</li> <li>11. Pinzar la sonda doblándola con la mano.</li> <li>12. Pedir al paciente que retenga la respiración para cerrar la epiglotis.</li> <li>13. Retirar la sonda suavemente pero sin pausa, limpiándola con gasa a medida que se va retirando, (puede retirarse más rápidamente cuando llega a la nasofaringe).</li> <li>14. Depositar la sonda en la bolsa para</li> </ol>

	<p>residuos.</p> <p>15. Limpiar los residuos adheridos a la nariz.</p> <p>16. Mantener al paciente en posición semi-fowler unos 30 min para prevenir aspiraciones.</p> <p>17. Recoger material.</p> <p>18. Retirarse los guantes.</p> <p>19. Realizar lavado de manos.</p> <p>20. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>21. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	---

## OBSERVACIONES

- Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales, vómitos diarrea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos, etc. Y comunicarlo al médico.

## FORMATOS

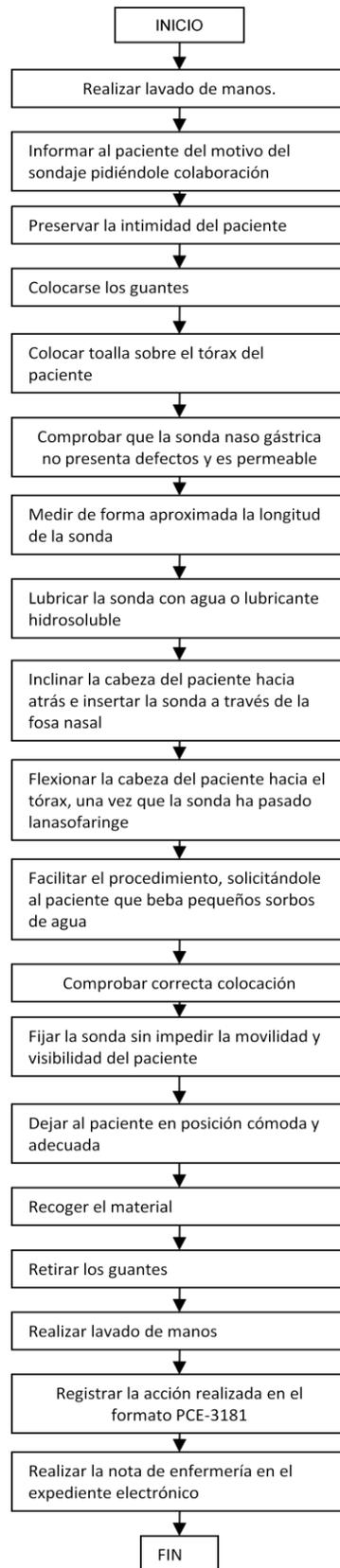
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Retiro de la sonda nasogástrica
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

COPIA  
NO CONTROLADA

Diagrama de flujo: sondaje nasogástrica



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

Manual de Procedimientos		
Procedimiento Técnica de inserción de catéteres periféricos (venoclisis)		
Clave del Procedimiento ENF-032	Fecha de Elaboración 17-02-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO:

Canalización de una vena periférica del paciente con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Diálisis

Endoscopía

Recuperación

## DEFINICIÓN

Procedimiento utilizado para aplicar un medicamento o líquido dotado de propiedades terapéuticas directamente al torrente circulatorio a través de una vena periférica.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Tegaderm</li> <li>• Equipo de venoclisis</li> <li>• Catéter intravenoso periférico calibre 14 G x 45 mm 18 G x 30 mm 20 G x 16 mm</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Sábana o cubierta</li> <li>• Solución a administrar</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Informar al paciente de la técnica a realizar.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda según la zona que hayamos elegido</li> <li>6. Seleccionar la vena más adecuada atendiendo a :               <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1.El estado de las venas del paciente.</li> <li>6.2.Características de la solución a infundir.</li> <li>6.3.Calibre del catéter, procurar que sea el de mayor calibre para una mejor infusión.</li> </ol> </li> <li>7. Colocar la sábana o cubierta debajo de la zona a puncionar (para no manchar la ropa de cama del</li> </ol>

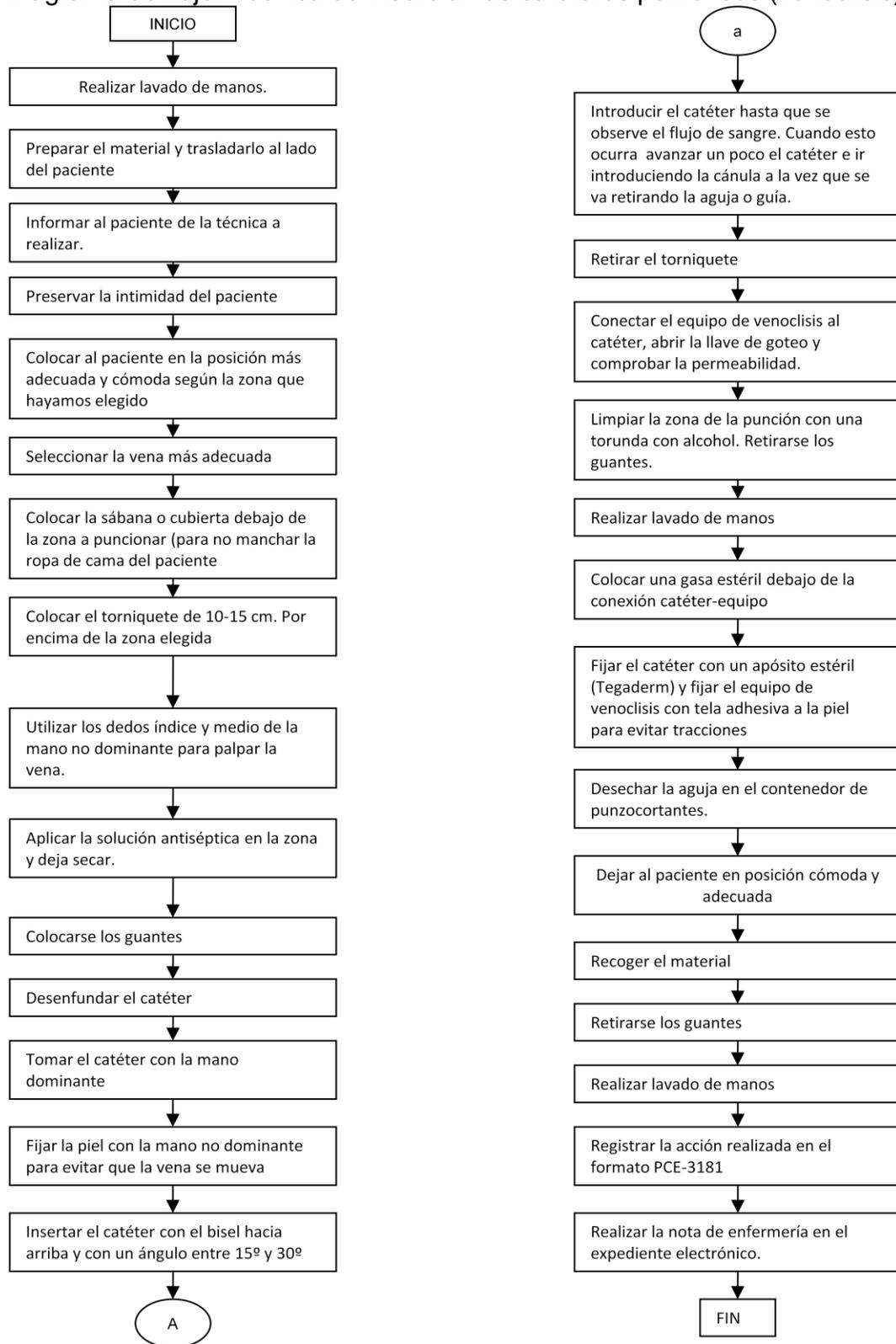
	<p>paciente).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Colocar el torniquete de 10-15 cm. Por arriba de la zona elegida para interrumpir la presión venosa pero que permita palpar el pulso radial.</li><li>9. Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.</li><li>10. Aplicar la solución antiséptica en la zona y deja secar.</li><li>11. Colocarse los guantes.</li><li>12. Desenfundar el catéter.</li><li>13. Tomar el catéter con la mano dominante</li><li>14. . Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva.</li><li>15. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena) ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.</li><li>16. Introducir el catéter hasta que se observe el flujo de sangre. Cuando esto ocurra avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.</li><li>17. Retirar el torniquete.</li><li>18. Conectar el equipo de venoclisis al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad.</li><li>19. Limpiar la zona de la punción con una torunda con alcohol.</li><li>20. Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo.</li><li>21. Fijar el catéter con un apósito estéril (Tegaderm) y fijar el equipo de venoclisis con tela adhesiva a la piel para evitar tracciones.</li><li>22. Desechar la aguja en el contenedor de punzocortantes.</li><li>23. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</li><li>24. Recoger el material.</li><li>25. Retirarse los guantes.</li></ol>
--	---

	<ol style="list-style-type: none"><li>26. Realizar lavado de manos.</li><li>27. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>28. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES

- Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- No puncionar en venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas tijeras si fuera necesario.
- Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- No puncionar en venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas tijeras si fuera necesario.

Diagrama de flujo: Técnica de inserción de catéteres periféricos (venoclisis)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Transfusión sanguínea y hemoderivados		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-064	19-05-2011	

## OBJETIVO:

Administrar sangre o hemoderivados al paciente en las condiciones de seguridad adecuada evitando complicaciones.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Área de Observación Área de Diálisis

## DEFINICIÓN

La transfusión de sangre es la transferencia de sangre o de un componente sanguíneo de una persona (donante) a otra (receptor)

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agujas</li> <li>• Contenedor para punzocortantes</li> <li>• Equipo de venoclisis especial para transfusión</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Hoja de control de transfusiones</li> <li>• Unidad de sangre a transfundir</li> <li>• Torundas con alcohol</li> <li>• Gasas estériles</li> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Solución fisiológica</li> <li>• Tripié</li> <li>• Orden médica para transfusión</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recoger el hemoderivado en el laboratorio y firmar el libro de Registro de ingresos y egresos, verificando los datos del receptor. (Tipo y Rh)</li> <li>2. Comprobar que el hemoderivado recibido es compatible con el receptor acorde con las pruebas realizadas en el laboratorio y que corresponde con el prescrito por el médico.</li> <li>3. Verificar los datos del paciente en las bolsas del hemoderivado y en la hoja del Banco de sangre que acompaña a la unidad.</li> <li>4. Comprobar la fecha de caducidad del producto a transfundir y el aspecto (color, grumos, burbujas, etc.)</li> <li>5. Rechazar el producto y entregarlo al personal de laboratorio si hay alguna anomalía o no coinciden los datos.</li> <li>6. Trasladar el hemoderivado en la hielera al área hospitalaria donde se realizará la transfusión.</li> <li>7. Realizar lavado de manos.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>8. Preparar el material y trasladarlo a la unidad del paciente.</li><li>9. Informar al paciente de la técnica a realizar.</li><li>10. Preservar la intimidad el paciente.</li><li>11. Volver a comprobar los datos de la unidad y la identidad del paciente (doble chequeo)</li><li>12. Llenar la hoja de control de transfusión y solicitar la firme de autorización.</li><li>13. Colocar al paciente en posición decúbito supino o semi-fowler.</li><li>14. Medir y registrar signos vitales.</li><li>15. Colocar una vía intravenosa de calibre adecuado.</li><li>16. No administrar ningún otro líquido o medicación a la vez por la misma vía mientras dure la transfusión excepto solución fisiológica. Si resulta inevitable administrar medicación, limpiar la vía con solución fisiológica antes y después.</li><li>17. Homogeneizar la bolsa y comprobar que la temperatura del producto es similar a la temperatura del cuerpo.</li><li>18. Conectar el equipo de venoclisis a la bolsa del hemoderivado y purgarlo.</li><li>19. Cuando se transfunda sangre total o concentrado eritrocitario, cambiar el sistema con cada unidad.</li><li>20. Iniciar la transfusión muy lentamente y permanecer al lado del paciente los primeros minutos observando las posibles reacciones transfusionales. toma de signos antes de la transfusión, a los 15min, a los 30 y después cada hora.</li><li>21. Ajustar el ritmo de infusión prescrito, teniendo en cuenta que el tiempo de perfusión del hemoderivado no debe sobrepasar las 4 horas.</li><li>22. Medir y registrar las constantes vitales a los 15 min. De iniciada la transfusión y al finalizarla.</li><li>23. Vigilar a menudo el ritmo de la infusión y</li></ol>
--	--

	<p>el estado general del paciente.</p> <p>24. Suspender la transfusión ante cualquier tipo de reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea y avisar al médico. (Llevar a cabo las pautas mencionadas en el apartado de observaciones).</p> <p>25. Lavar la vía IV con solución fisiológica una vez terminada la transfusión.</p> <p>26. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.</p> <p>27. Recoger material.</p> <p>28. Retirarse los guantes.</p> <p>29. Realizar lavado de manos de manos.</p> <p>30. Adjuntar la hoja de control de transfusiones y pruebas cruzadas al expediente del paciente.</p> <p>31. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>32. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	---

## OBSERVACIONES:

- Pautas a seguir durante una reacción transfusional:
  - Interrumpir de inmediato la transfusión.
  - Notificar la reacción al médico.
  - Valorar y estabilizar al paciente. Vigilar constantemente sus signos vitales en especial TA, esfuerzo respiratorio y diuresis.
  - Retirar el equipo de transfusión y el hemoderivado, enviar la unidad al laboratorio junto con dos muestras sanguíneas del paciente (tubo rojo y morado).
  - Mantener la vía permeable con una perfusión de solución fisiológica.
  - Anotar todo lo ocurrido durante la transfusión y las actividades realizadas.
  - Durante todo el proceso permanecerá un miembro del equipo con el paciente.
- Extremar los cuidados en pacientes con patologías cardíacas, ancianos o pediátricos, que puedan presentar signos de sobrecarga circulatoria durante la transfusión. Si esto ocurre notificarlo al médico, enlentecer la transfusión a una frecuencia de mantenimiento de vía, elevar la cabecera de la cama y administrar oxígeno.

## FORMATOS

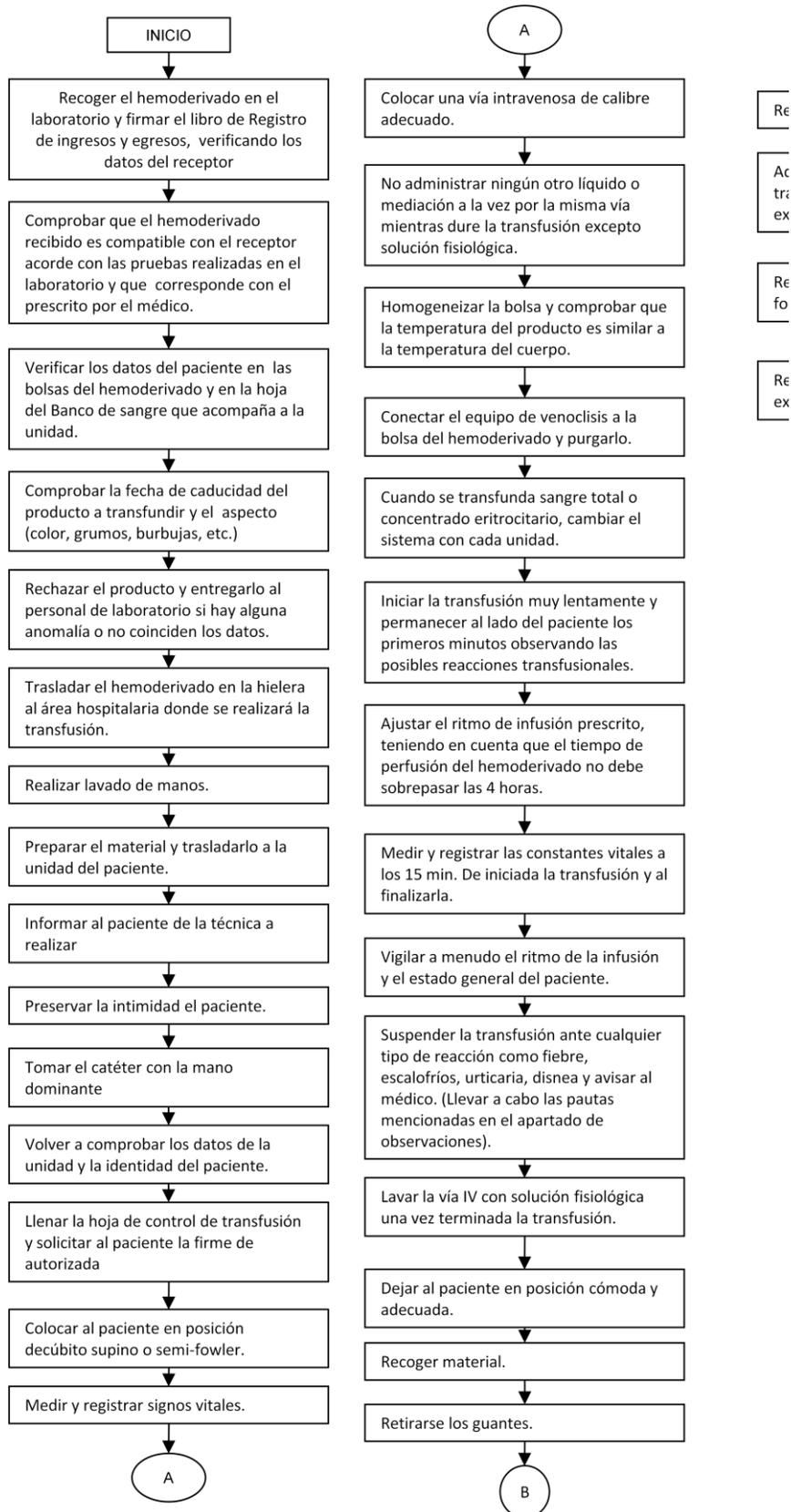
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Reporte diario del área de observación.
- Control de Transfusiones y Reacciones Transfusionales para personal de Enfermería.

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Transfusión sanguínea y hemoderivados
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

COPIA  
NO CONTROLADA

Diagrama de flujo: Transfusión sanguínea y hemoderivados



Manual de Procedimientos		
Procedimiento Vendaje (Generalidades)		
Clave del Procedimiento ENF-015	Fecha de Elaboración 17-02-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Cubrir con vendas una parte del organismo afectado por una lesión traumática o inflamatoria para inmovilizarla o protegerla del medio externo.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Atención Domiciliaria Recuperación

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIALY EQUIPO	ACTIVIDAD
Vendas elásticas Tela adhesiva Tijeras	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavarse las manos.</li> <li>2. Reunir material y equipo, trasladarlo a la unidad del paciente.</li> <li>3. Explicar procedimiento al paciente.</li> <li>4. Colocar al paciente en posición adecuada de manera que exponga el área del vendaje.</li> <li>5. Realizar vendaje acorde con indicación médica.</li> <li>6. Realizar nota de Enfermería en el expediente electrónico.</li> <li>7. Registrar la actividad en la hoja: Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>

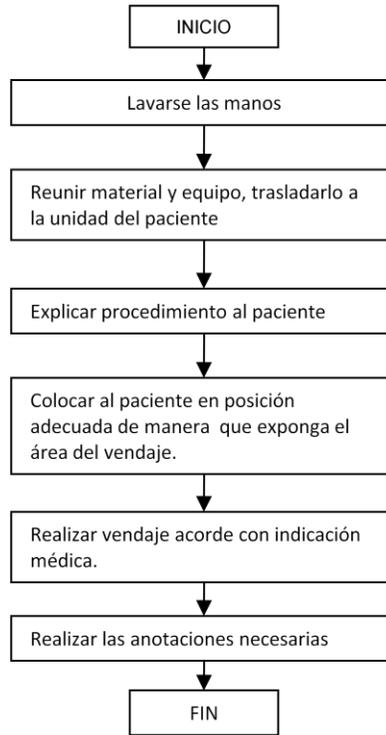
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Vendaje (generalidades)
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Vendaje (generalidades)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Ventilación con mascarilla y balón resucitador (ambú)		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-066	19-05-2011	

**OBJETIVO:**

Suplir la ventilación y oxigenación espontánea.

**CAMPO DE APLICACIÓN**

Observación  
Ambulancia

**RESPONSABILIDAD**

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conexión de oxígeno</li> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Mascarillas faciales de varios tamaños</li> <li>• Material de aspiración</li> <li>• Cánula de Guedel de tamaño adecuado</li> <li>• Ambú</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos si la situación del paciente lo permite.</li> <li>2. Reunir el material lo antes posible y trasladarlo al lado del paciente.</li> <li>3. Colocarse los guantes siempre que sea posible.</li> <li>4. Explicar el procedimiento al paciente aunque parezca que no esté alerta.</li> <li>5. Retirar las prótesis dentales al paciente si las tuviera.</li> <li>6. Colocar al paciente en decúbito supino.</li> <li>7. Aspirar secreciones si precisa.</li> <li>8. Colocar cánula de Guedel si precisa.</li> <li>9. Situarse por detrás de la cabeza del paciente.</li> <li>10. Conectar la mascarilla al ambú.</li> <li>11. Conectar el ambú a la fuente de oxígeno.</li> <li>12. Sellar la mascarilla a la cara del paciente englobando la boca y nariz.</li> <li>13. Sujetar la posición nasal de la mascarilla con el pulgar y la parte mentoniana con el índice de la mano no dominante.</li> <li>14. Mantener la hiperextensión de la cabeza, traccionando de la mandíbula hacia arriba y atrás con los dedos de la misma mano.</li> <li>15. En pacientes pediátricos la hiperextensión del cuello será menor o</li> </ol>

	<p>nula, ya que ésta puede cerrar la vía aérea por las características anatómicas de estos pacientes.</p> <p>16. Ventilar con compresiones del ambú firmes y suaves.</p> <p>17. Comprobar la elevación del tórax con cada insuflación, si esto no ocurre verificar el ajuste de la mascarilla o la permeabilidad de la vía aérea</p> <p>18. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>19. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	---

## OBSERVACIONES:

- Evitar la hiperextensión del cuello en pacientes con lesiones cervicales.
- Observar a través de la mascarilla transparente si hay vómitos; en caso de que los hubiera suspender el procedimiento, levantar la mascarilla, limpiar y aspirar. Volver a iniciar compresiones.

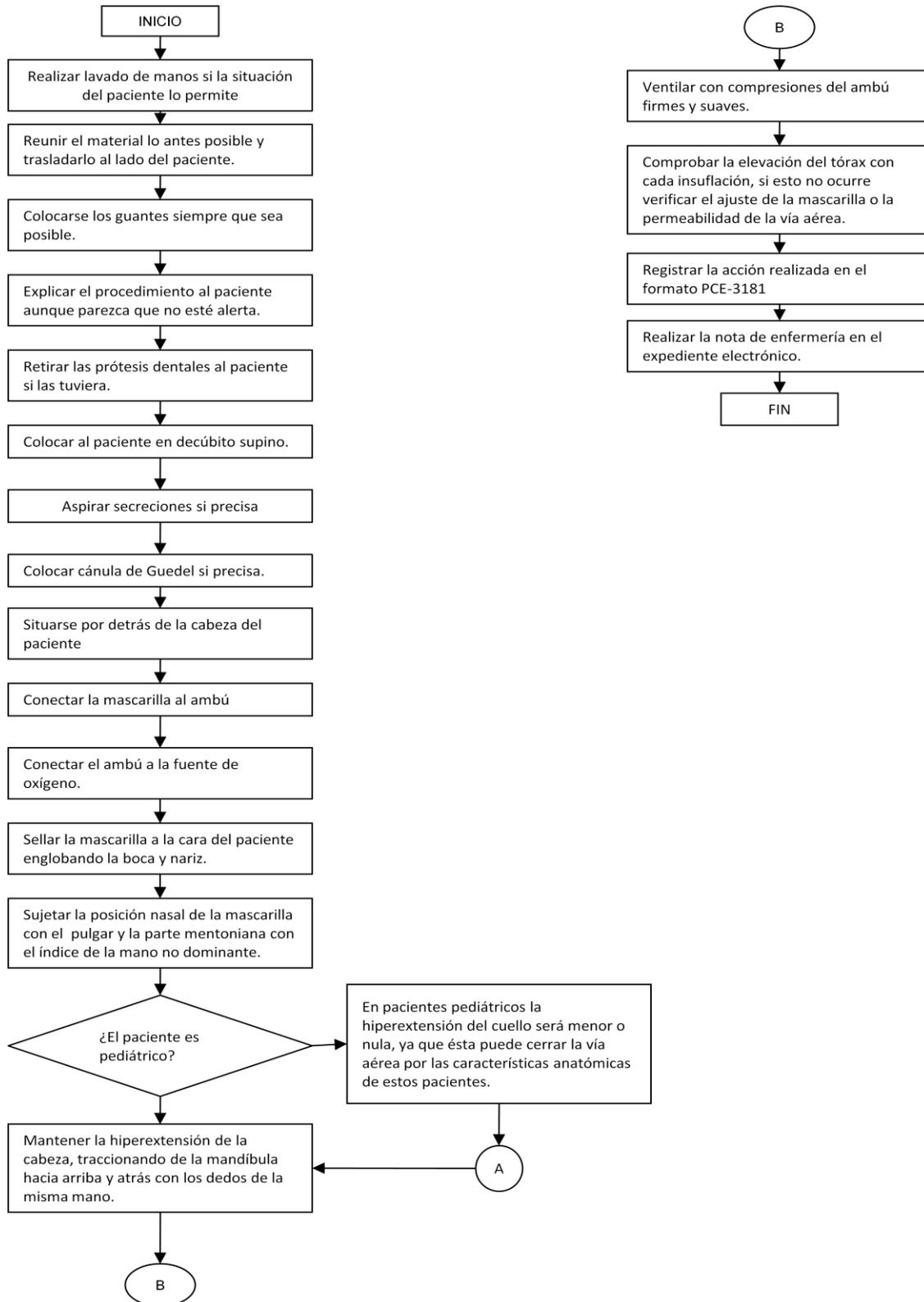
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Ventilación con mascarilla y balón resucitador (ambú)
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

## Diagrama de flujo: Ventilación con mascarilla y balón resucitador (ambú)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Reanimación cardiopulmonar		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-077	16-06-2011	

## OBJETIVO

Revertir el estado de paro cardiorespiratorio sustituyendo primero, para intentar instaurar después, la circulación y respiración espontáneas, encaminadas a recuperar las funciones cerebrales de forma completa.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Curaciones e inyecciones

Diálisis

Endoscopía

Atención Domiciliaria Recuperación

Quirófano

Modulo de Detecciones

Sala de Transición

D.O.C.

Inmunoterapia Vacunas

Pediatría

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes desechables no estériles.</li> <li>• Material y equipo para aspiración.</li> <li>• Material y equipo para oxigenoterapia.</li> <li>• Material y equipo para colocación de venoclisis</li> <li>• Registros de enfermería</li> <li>• Carro rojo</li> <li>• Desfibrilador</li> <li>• Tabla para RCP</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar que el paciente está en paro cardiorespiratorio siguiendo los siguientes criterios:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Comprobar estado de conciencia del paciente.</li> <li>b. Examinar brevemente la respiración: el paciente no respira o no tiene respiración normal ( es decir, sólo jadea/boquea)</li> <li>c. Detectar la presencia de latido de la arteria carótida, esto debe tardar menos de 10 segundos.</li> </ol> </li> <li>2. anotar mentalmente la hora de inicio del paro.</li> </ol>

	<p>3. Dar la voz de alarma y avisar al resto del equipo. 4. Aplicar el CAB del RCP:</p> <p>C. (Chest compressions) Compresiones Torácicas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. (Airway) Vía aérea</li><li>B. (Breathing) Respiración.</li></ul> <p>5. Compresiones Torácicas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Sitúese al lado de la víctima.</li><li>b. Asegúrese de que la víctima este en decúbito supino sobre una superficie plana y firme.</li><li>c. Aparte o quite las ropas que cubran el pecho de la víctima.</li><li>d. Coloque la palma de la mano en el centro del pecho desnudo del paciente, entre los pezones.</li><li>e. Coloque la base de la palma de la otra mano sobre la primera.</li><li>f. Estire los brazos y colóquese de forma que sus hombros queden justo encima de sus manos.</li><li>g. Comprimir el tórax con una profundidad de al menos 5 cm en adultos y niños, y 4 cm en lactantes; con una frecuencia de 100 compresiones por minuto.</li><li>h. Permitir una expansión torácica completa después de cada compresión.</li></ul> <p>6. Vía aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Colóquese a la cabecera del paciente.</li><li>b. Ponga la mascarilla sobre la cara del paciente, tomando el puente de la nariz como punto de referencia para una correcta colocación.</li><li>c. Utilice la técnica E-C para mantener la mascarilla en su lugar mientras eleva la mandíbula para que la vía aérea quede abierta.</li></ul> <p>7. Respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Apriete la bolsa para administrar respiraciones (cada una de 1 segundo) mientras observa si el pecho se eleva.</li><li>b. Relación de compresión-ventilación 30:2 en adultos, niños y lactantes.</li><li>c. Una vez colocado un dispositivo</li></ul>
--	---

	<p>avanzado para la vía aérea las compresiones pueden ser continuas y la ventilación será entonces cada 6 u 8 segundos (alrededor de 8 a 10 ventilaciones por minuto).</p> <p>d. Evitar una excesiva ventilación.</p> <p>8. Conectar al paciente al monitor/desfibrilador, para realizar desfibrilación acorde con indicación médica.</p> <p>9. Canalizar una vía venosa si el paciente no la tuviera y administrar los fluidos y medicamentos prescritos por el médico.</p> <p>10. Interrumpir RCP cuando el médico lo indique.</p> <p>11. Preparar el traslado del paciente a UCI si procede.</p> <p>12. Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza.</p> <p>13. Reponer el material y medicamentos utilizados del carro rojo, dejándolo completo para su uso posterior.</p> <p>14. Realizar lavado de manos.</p> <p>15. Registrar el ingreso del paciente en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</p> <p>16. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</p>
--	---

## FORMATOS

PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.

Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Association de 2010 para RCP y ACE

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Apoyo en posición de sims		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-027	17-02-2011	

**OBJETIVO:**

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado (administración de enemas, medicación, etc.).

**CAMPO DE APLICACIÓN**

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor

Observación

Curaciones e inyecciones

Diálisis

Endoscopía

Atención Domiciliaria Recuperación

Quirófano

**DEFINICIÓN**

Es similar al decúbito lateral, pero el brazo que queda en la parte inferior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo. La cadera superior y rodilla del mismo lado están flexionadas sobre el pecho. La cabeza está girada lateralmente.

En esta posición se colocan los enfermos inconscientes para facilitar la eliminación de las secreciones. Es una posición frecuente para la exploración del recto. También se utiliza para la administración de enemas y medicamentos por vía rectal.

**RESPONSABILIDAD**

Auxiliar de Enfermería

Enfermera General.

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.</li> <li>5. Colocar la cama en posición</li> </ol>

enfermería en el área de urgencias.	horizontal asegurándonos que este frenada. 6. Colocar al paciente en posición lateral descansando sobre el abdomen. 7. Colocar una almohada bajo la cabeza del paciente. 8. Colocar una almohada bajo el brazo superior, flexionado, apoyando este a la altura del hombro. 9. Colocar una almohada bajo la pierna superior, flexionada, a la altura de la cadera. 10. Recoger el material. 11. Retirarse los guantes. 12. Realizar lavado de manos. 13. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias. 14. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.
-------------------------------------	---

#### OBSERVACIONES:

- Esta posición es la más idónea para la administración de enemas, realizar tactos rectales y extracción de fecalomas.

#### FORMATOS

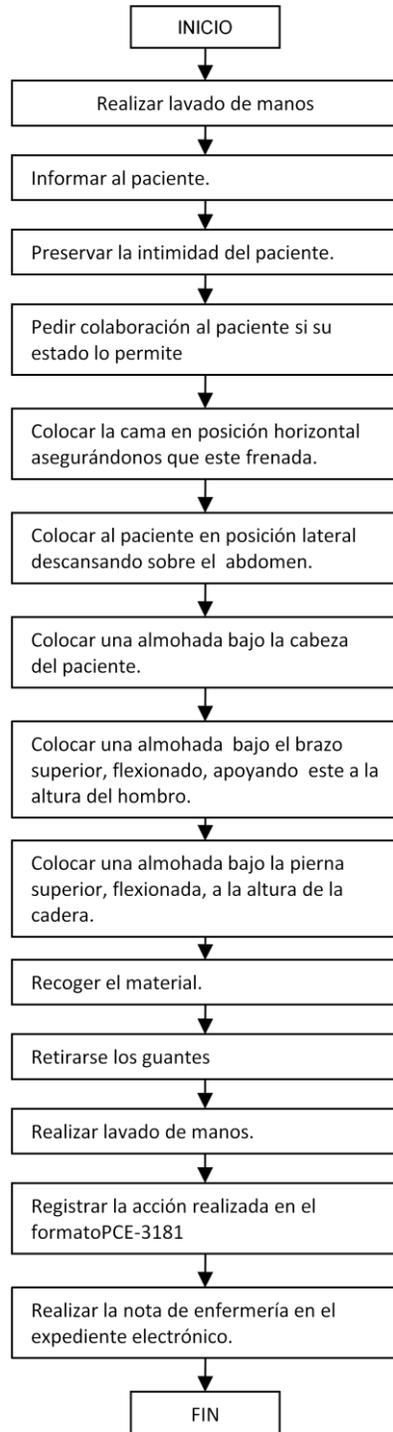
- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

#### ANEXOS

- Diagrama de flujo: Apoyo en posición de sims.

COPIA  
NO CONTROLADA

Diagrama de flujo: Apoyo en posición de sims



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO  
Manual de Procedimientos  
Procedimiento

Decúbito supino		
Clave del Procedimiento ENF-022	Fecha de Elaboración 17-05-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO:

Colocar al paciente en la posición adecuada indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y/o prevenir complicaciones (ulceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano  
Sala de Transición  
D.O.C.

## DEFINICIÓN

Es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal acostado boca arriba.

- Cuello en posición neutra, con mirada dirigida al cénit.
- Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba.
- Extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los ortejos hacia arriba.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite</li> <li>5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que este frenada.</li> <li>6. colocar al paciente tendido sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos alineados, guardando el eje longitudinal.</li> <li>7. Colocar la almohada bajo la cabeza.</li> <li>8. Cuando el paciente se desplace por</li> </ol>

	<p>gravedad hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera de la siguiente manera (2 personas):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8.1. Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.</li><li>8.2. Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.</li><li>8.3. Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.</li><li>8.4. En los pacientes que no puedan colaborar:</li><li>8.5. Colocar sábana cruzada desde los hombros hasta los muslos.</li><li>8.6. El personal se situará a cada lado del paciente y, con la ayuda de la sábana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando así movimientos de fricción.</li><li>9. Elevar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.</li><li>10. Retirar el material.</li><li>11. Realizar lavado de manos.</li><li>12. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>13. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES:

Se tendrá precaución en occipucio, omóplatos, codos, sacro, cóccix, talones y dedos de los pies.

## FORMATOS

PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.

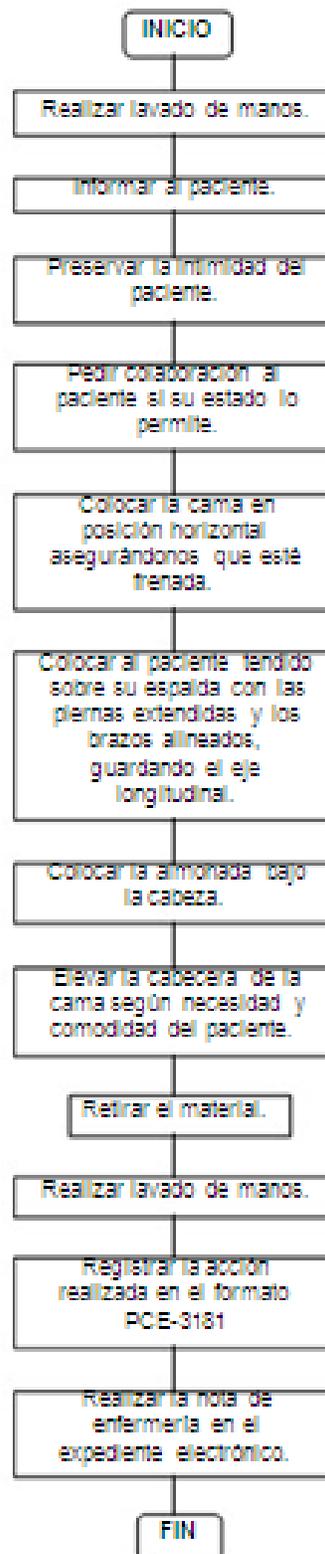
Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

Diagrama de flujo: Decúbito supino

Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Decúbito supino



Procedimiento		
Posición de decúbito lateral		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-024	17-02-2011	

## OBJETIVO:

Colocar al paciente en la posición adecuada indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y/o prevenir complicaciones (ulceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano

## DEFINICIÓN

El paciente descansa sobre un costado, con los brazos hacia adelante, con las rodillas y caderas flexionadas. La cabeza se encontrará en línea recta con relación a la columna vertebral. Esta posición se usa poco en la exploración, pero puede ser la más adecuada en casos de traumatismos locales y de otras afecciones.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Informar al paciente.</li> <li>• Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>• Pedir colaboración del paciente si su estado lo permite.</li> <li>• Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.</li> <li>• Colocar la paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo. Para ello se desplazará al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar almohada bajo la cabeza y cuello.</li><li>• Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre una almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.</li><li>• Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.</li><li>• Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.</li><li>• Elevar la cabecera según necesidades de comodidad y seguridad del paciente.</li><li>• Retirar el material.</li><li>• Retirarse los guantes.</li><li>• Realizar lavado de manos.</li><li>• Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>• Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ul>
--	--

#### OBSERVACIONES:

- Precauciones en orejas, hombros, codos, cresta iliaca, trocánteres, rodillas y maléolos.

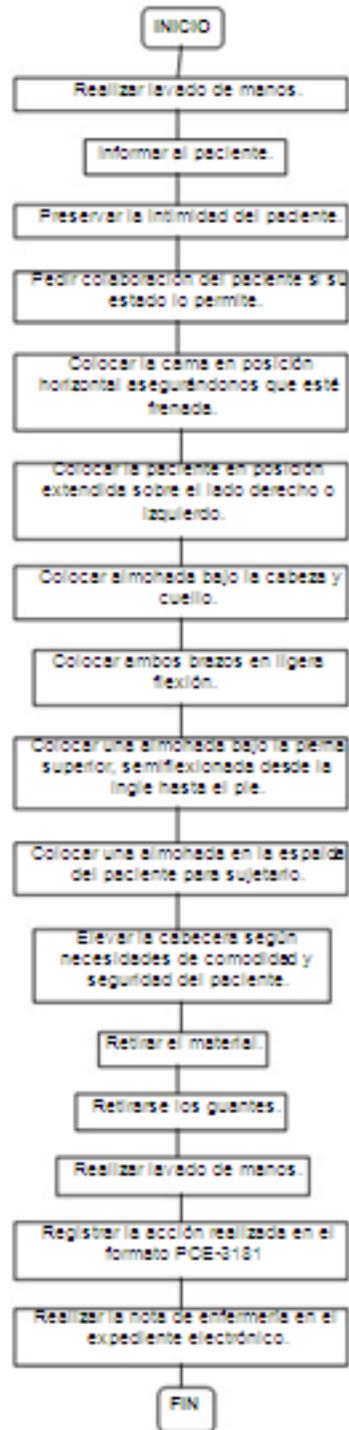
#### FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

#### ANEXOS

- Diagrama de flujo: Posición decúbito lateral
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Posición decúbito lateral



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Posición de Fowler		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-025	17-02-2011	

## OBJETIVO:

Colocar al paciente en la posición adecuada indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y/o prevenir complicaciones (ulceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano

## DEFINICIÓN

La posición de Fowler es un epónimo usado en medicina para describir una de las posturas usadas en la terapia respiratoria. Se indica para relajar la tensión de los músculos abdominales, permitiendo así una mejora en la respiración de pacientes inmóviles e incrementar la comodidad de los sujetos conscientes durante la alimentación oral y otras actividades. Se emplea en mujeres después del parto para mejorar el drenaje uterino, así como en pacientes con meningitis y otras infecciones sépticas. El epónimo viene del médico neoyorquino George Ryerson Fowler (1848 - 1906), aunque fue usada por primera vez por el médico inglés Charles Powell White.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.</li> <li>5. colocar al paciente en decúbito supino.</li> <li>6. Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60°</li> <li>7. Retirar la almohada de la cabeza.</li> <li>8. colocar una almohada en la región</li> </ol>

	<p>lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña o cojín bajo los tobillos.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Recoger el material.</li><li>10. Retirarse los guantes</li><li>11. Realizar lavado de manos.</li><li>12. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>13. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES:

- Precauciones en sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- Utilizar almohadas laterales para sujetar los brazos si el paciente no tiene control voluntario.

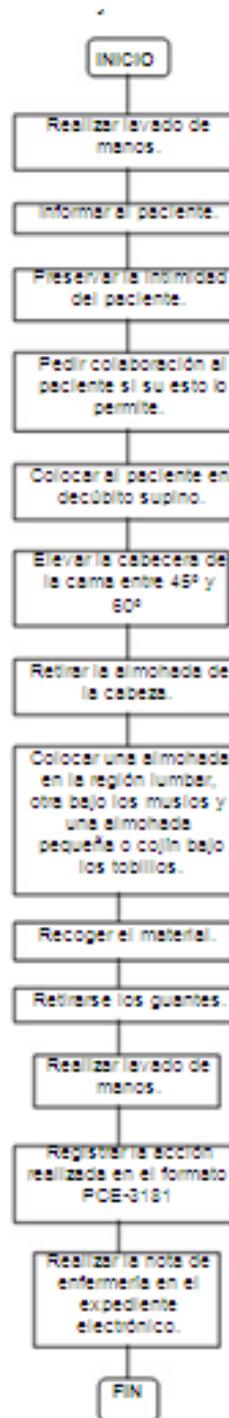
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Posición de Fowler

## Diagrama de flujo: Posición de Fowler



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Posición de litotomía (ginecológica)		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-028	11-02-2011	

## OBJETIVO:

Proporcionar la posición adecuada para la exploración ginecológica, lavado de genitales, sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes, toma de muestras, etc.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano  
D.O.C.

## DEFINICIÓN

La que adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y glúteos, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración. Es la posición más empleada para la exploración ginecológica y el parto, para las intervenciones en el ano y periné y para la cirugía transuretral.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General.

MAERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Colocarse los guantes.</li> <li>6. Retirar la ropa interior si la tuviera.</li> <li>7. Colocar la cama en posición horizontal.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>8. Poner al paciente en posición supino.</li><li>9. Pedir a la paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas. Si necesita ayuda se la proporcionaremos.</li><li>10. Cubrir el abdomen el área genital con una sabana.</li><li>11. Elevar la cabecera de la cama con una almohada.</li><li>12. Dejar a la paciente en una posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica.</li><li>13. Recoger el material.</li><li>14. Retirarse los guantes.</li><li>15. Realizar lavado de manos.</li><li>16. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>17. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

## OBSERVACIONES:

- En caso de utilizar una mesa de exploración ginecológica, la paciente descansa sobre su espalda y se le pide que baje hasta colocar los glúteos en el extremo de la mesa de examen y que apoye los pies sobre los estribos.

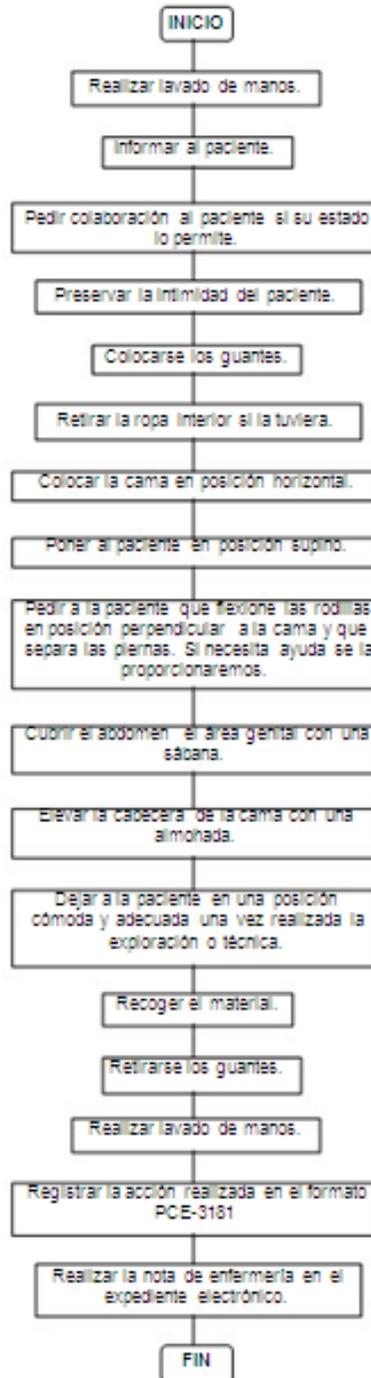
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Posición de litotomía (ginecológica)

## Diagrama de flujo: Posición de litotomía (ginecológica)



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Posición de Trendelemburg.		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-026	17-02-2011	

## OBJETIVO:

Colocar al paciente en la posición adecuada indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y/o prevenir complicaciones (ulceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano

## DEFINICIÓN

El enfermo se coloca como en decúbito supino, pero a diferencia de aquella posición, el plano del cuerpo está inclinado 45° respecto al plano del suelo. La cabeza del paciente está mucho más baja que los pies.

En esta postura hay que colocar a los pacientes con shock, desmayos, lipotimias etc.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.</li> <li>5. Colocar la paciente en decúbito supino elevando la parte inferior de la cama.</li> <li>6. Recoger el material.</li> <li>7. retirarse los guantes.</li> <li>8. Realizar lavado de manos.</li> <li>9. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ol>

	10. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.
--	--

## OBSERVACIONES:

- Precauciones en omóplatos, sacro, cóccix, talones, dedos de los pies, codos, y prestando especial cuidado en la protección de la cabeza.
- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar que se produzcan aspiraciones en el caso de la existencia de vómitos.

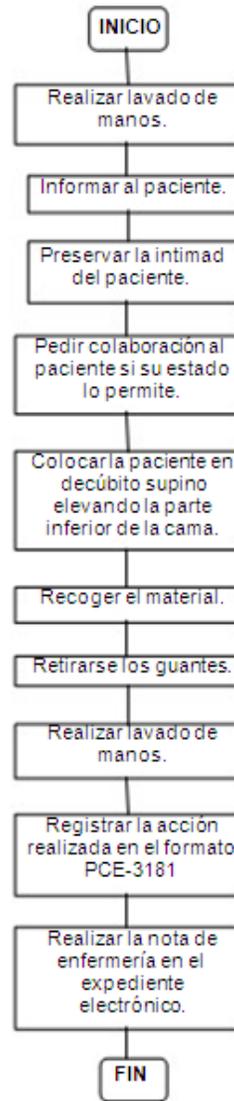
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Posición de Trendelemburg.

Diagrama de flujo: Posición de Trendelemburg



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Posición del paciente encamado-prono		
Clave del Procedimiento ENF-023	Fecha de Elaboración 17-02-2011	Fecha de Actualización

## OBJETIVO:

Colocar al paciente en la posición adecuada indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y/o prevenir complicaciones (ulceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones Atención Domiciliaria  
Recuperación  
Quirófano  
Sala de Transición Vacunas

## DEFINICIÓN

El decúbito prono es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por:

- Posición corporal: tendido boca abajo.
- Cuello en posición neutra.
- Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo.
- Extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos pulgares hacia abajo.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente</li> <li>3. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.</li> <li>5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.</li> <li>6. Colocar al paciente en posición sobre el</li> </ol>

	<p>tórax y abdomen con la cabeza apoyada sobre una almohada pequeña.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen del paciente por debajo del diafragma.</li><li>8. Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.</li><li>9. Apoyar las piernas sobre almohadas para elevar los dedos de los pies.</li><li>10. Retirar el material.</li><li>11. Retirarse los guantes.</li><li>12. Realizar lavado de manos.</li><li>13. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>14. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	--

#### OBSERVACIONES:

- Se tendrá precaución en los dedos de los pies, rodillas, genitales (hombre), mamas (mujer), mejillas, oídos y costillas.

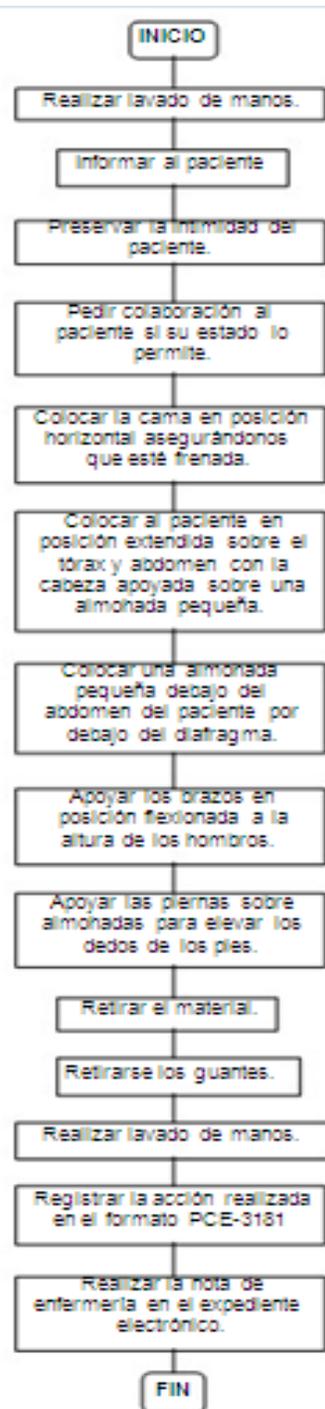
#### FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

#### ANEXOS

- Diagrama de flujo: Posición del paciente encamado-prono
- Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.

Diagrama de flujo: Posición del paciente encamado-prono



PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Procedimiento		
Posición genupectoral		
Clave del Procedimiento	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización
ENF-029	17-02-2011	

## OBJETIVO:

Proporcionar la posición adecuada para examinar el recto, vagina y próstata del paciente.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Consultorios de Urgencias Cirugía Menor  
Observación  
Curaciones e inyecciones  
Diálisis  
Endoscopía  
Atención Domiciliaria Recuperación  
Quirófano

## DEFINICIÓN

También conocida con el nombre, aunque menos frecuente, de posición mahometana.

El paciente adopta una posición similar a la que adoptan los mahometanos para sus prácticas religiosas.

El paciente se coloca boca abajo apoyado sobre su pecho y rodillas.

Para colocarse en esta posición primero se arrodilla y luego flexiona su cintura de forma que sus caderas quedan arriba y la cabeza abajo en el suelo.

Sirve para exploraciones rectales.

## RESPONSABILIDAD

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera General

MATERIAL Y EQUIPO	ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes no estériles</li> <li>• Almohadas</li> <li>• Sábana cruzada</li> <li>• Expediente electrónico</li> <li>• Formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar lavado de manos.</li> <li>2. Informar al paciente.</li> <li>3. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.</li> <li>4. Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>5. Colocarse los guantes.</li> <li>6. Retirar la ropa interior si la tuviera.</li> <li>7. Colocar al paciente de rodillas sobre</li> </ol>

	<p>la cama.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Hacer descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y el pecho.</li><li>9. Volver la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos.</li><li>10. Cubrir al paciente con la sábana.</li><li>11. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica.</li><li>12. Recoger el material.</li><li>13. Retirarse los guantes.</li><li>14. Realizar lavado de manos</li><li>15. Registrar la acción realizada en el formato PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.</li><li>16. Realizar la nota de enfermería en el expediente electrónico.</li></ol>
--	---

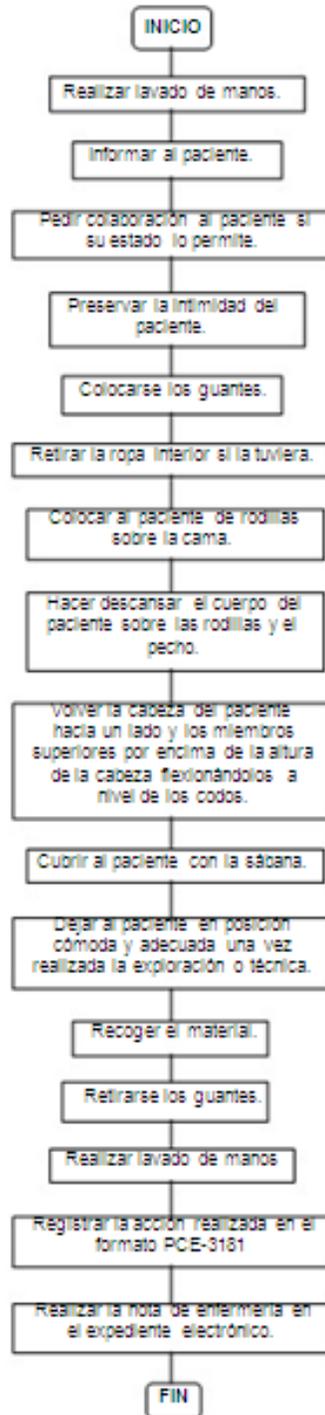
## FORMATOS

- PCE-3181 Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.
- Nota de Enfermería, expediente electrónico

## ANEXOS

- Diagrama de flujo: Posición genupectoral

## Diagrama de flujo: Posición genupectoral



COPIA  
NO CONTROLADA

# FORMATOS

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Formatos		
Control por turno de procedimientos de enfermería en el área de urgencias.		
Clave del Formato PCE-3181	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Llevar un control estadístico de las actividades de enfermería realizadas en el área de observación por cada paciente atendido.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

Enfermera General

Licenciada en enfermería

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

1. Enfermera Responsable: Nombre de las enfermeras o enfermeros que realizaron sus actividades en el área.
2. Turno: Turno en que se realizan las actividades.
3. Fecha: Fecha del llenado del formato.
4. No. Afil.: Anotar el número de afiliación del paciente.
5. Nombre: Nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno.
6. Diagnóstico: Diagnóstico dado por el médico de urgencias.
7. Edad: años cumplidos del paciente.
8. Sexo: Genero del paciente.
9. Tipo de Servicio: Actividades de enfermería realizadas a cada paciente, señalar la casilla.
  1. Curación
  2. Sutura
  3. Control térmico
  4. Rehidratación oral
  5. Observación

6. Venoclisis
7. Aplicación de medicamentos
8. Examen de laboratorio
9. Examen de Rayos-X
10. Electrocardiograma
11. Reanimación
12. Aplicación de Antídotos
13. Lavado gástrico
14. Lavado Ocular
15. Vendaje
16. Aplicación de férula
17. Aplicación de yeso
18. Reducción cerrada
19. Control de ortopedia
20. Otros: Al señalar esta casilla deberá anotar el nombre del procedimiento que se le realizó al paciente.

10. Hora Ing.: Hora en que el paciente ingresa al área, si el paciente se recibe del turno anterior, se anotar TA para hacer referencia a esto.

11. Hora Egre. Hora en que egresó el paciente del área. Si el paciente continuará en la unidad durante el siguiente turno se anotará PST

12. Egres a: Lugar al cual egresa el paciente, se llenará de acuerdo con las siguientes claves:

D. Domicilio

PCE. Pasa a consulta externa PE. Pase a especialista

HCP. Hospital Clinica del Parque HCC. Hospital clínica del Centro SP.

Sanatorio Palmore

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social

O. Otro: especificar a donde se egresó el paciente.

13. Al margen se observa los listados de Tratamiento y Claves de Egreso.

Ver formato:

For 7.5.1 Procedimiento de Enfermería por favor

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Formato		
Reporte diario del área de observación		
Clave del Formato	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Llevar un control estadístico diario de las actividades de enfermería realizadas en el área de observación por cada paciente atendido.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

Enfermera General

Licenciada en enfermería

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

1. ENFERMERA/O RESPONSABLE: Nombre de quien realizó el reporte.
2. TURNO: Turno del cual se realiza el reporte diario.
3. FECHA: Día, mes y año en que se realiza el reporte.
4. PRODUCTIVIDAD: Listado de actividades que se realizan con mayor frecuencia en el área. Anotar el número de veces que se realizó la actividad. Realizar la sumatoria y anotarla en el recuadro donde se señala el Total.
5. DIAGNÓSTICO: Listado de especialidades médicas en las cuales se ubica el diagnóstico del paciente. Anotar el número de diagnósticos pertenecientes a cada especialidad.
7. EGRESOS: Se anotará el número de pacientes que realizó su egreso de acuerdo a cada concepto señalado.
  - a. Domicilio: Número de paciente que regresó a su domicilio ya sea por mejoría o por alta voluntaria.
  - b. Hospital: Número de pacientes que por indicación médica se hospitalizaron.
  - c. Defunción: Número de pacientes que fallecieron en la unidad durante el turno.
  - d. Px pasan a sig. Turno: Número de pacientes que se quedan en la unidad durante el siguiente turno.

8. EDAD: anotar el número de pacientes atendidos durante el turno de acuerdo con el rango de edad correspondiente.
8. HRS DE ESTANCIA: Anotar el número de pacientes atendidos durante el turno según el número de horas de estancia en el área de observación.
9. GÉNERO: Número de pacientes masculinos o femeninos atendidos durante el turno. Realizar la sumatoria y anotar el total en la casilla correspondiente.

Ver formatos:

For 7.5.1. Diario de actividades

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Formato		
Solicitud de material y medicamentos		
Clave del Formato PCE-3338	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Solicitar material y medicamentos al área de Central de Equipos y Esterilización, que se necesitarán durante el turno.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

Enfermera General

Licenciada en enfermería

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

1. FECHA: Día, mes y año en que se llena la hoja de solicitud.
2. MEDICAMENTO: Listado de medicamentos con que se cuenta en el área de Central de Equipos y Esterilización.
3. OTROS: anotar el nombre de los medicamentos que no se encuentran señalados en la lista anterior.
4. SOLUCIONES: Listado de soluciones que se utilizan con mayor frecuencia en el área de observación.
5. MATERIALES: Listado de materiales que se utilizan con mayor frecuencia en el área de observación.
6. OTROS: Anotar el nombre de otras soluciones o materiales que no figuren en las listas anteriores.
7. CANTIDAD: Anotar el número de piezas de cada material o medicamento que se solicitan. Evitar caer en excesos.
8. TOTAL: Esta columna es llenada por el personal de Central de Equipos y Esterilización de acuerdo al total final de material y medicamentos solicitados durante el turno.
9. CLAVE: Esta columna será llenada por el personal de Central de Equipos y

Esterilización con las claves de almacén con que se identifica cada producto.

10. FIRMA: Firma de la o el enfermero que realiza la solicitud de material y medicamentos.

Ver formato:

FOR 7.5.1 JEN 10 - 15 CHI STOCK'S Observation.

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO		
Manual de Procedimientos		
Formato		
Hoja de control de transfusiones y reacciones transfusionales para personal de enfermería		
Clave del Formato PCE-3338	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Registrar signos vitales y eventos relevantes presentados por el paciente en el período pre tras y post transfusional.

Se llenará una hoja por unidad de sangre y se anexará al expediente del paciente.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación  
Hemodiálisis

## RESPONSABILIDAD

Enfermera General

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

1. NOMBRE DEL RECEPTOR: Nombre completo del paciente que recibirá la transfusión, iniciando por el apellido paterno.
2. FECHA: Día, mes y año en que se realiza la transfusión.
3. SEXO: Género del paciente
4. GPO RH: Grupo sanguíneo y factor Rh del receptor.
5. NO. PENSIONES: Número de afiliación del paciente.
6. SERVICIO: Área hospitalaria donde se realizará la transfusión.
7. COMPONENTE: Nombre del hemoderivado a transfundir.
8. TRANSFUSIONES PREVIAS: Responder si el paciente ha recibido o no alguna transfusión anteriormente.
9. NO. BOLSA(S): número de identificación del hemoderivado.
10. DIAGNÓSTICO: Diagnóstico médico por el cual se indica la transfusión.
11. HORA DE INICIO: Hora en que inicia la transfusión.

12. HORA DE TÉRMINO: Hora en que se termina la transfusión.
13. SIGNOS VITALES: Anotar los signos vitales del paciente y la hora de la medición según los tiempos indicados (pretransfusional, transfusional y postransfusional).
14. PRESENTO REACCION TRASNFSIONAL: señalar SI o NO según sea el caso.
15. ENTREGÓ LA UNIDAD: nombre del personal de laboratorio de quien se recibió la unidad de sangre.
16. CLASIFIQUE: Señalar el grado de la reacción transfusional acorde con la sintomatología presentada por el paciente.
17. CLASIFIQUE AL RECEPTOR SEGÚN RIESGO: Señalar Riesgo normal o riesgo inmune acorde con la patología del paciente.
18. RIESGO DE INFECCIÓN: Se señalará esta casilla si se cumple con uno o varios de los conceptos ahí mencionados.
19. RIESGOS VOLÉMICOS: Se señalará esta casilla si se cumple con uno o varios de los conceptos ahí mencionados.
20. CANTIDAD DE COMPONENTE APLICADO: Mililitros totales de hemoderivado, administrados al paciente hasta el momento de la detección de reacción transfusional.
21. MI HORA DE DETECCIÓN DE LA REACCIÓN: Hora en que la enfermera detectó la presencia de reacción transfusional.
22. SINTOMAS PRINCIPALES: Principal sintomatología presentada por el paciente, referirlo de forma breve y concisa.
23. MEDIDAS TOMADAS: Acciones realizadas por el personal de enfermería al momento de detectar la reacción transfusional.
24. REPORTÓ: Nombre completo y firma de la enfermera quien reporta la reacción (Generalmente será la enfermera responsable del turno quien llenará este formato).
25. SINTOMAS PRINCIPALES: Listado de la sintomatología principal que el paciente puede presentar ante una reacción transfusional. Señalar con una cruz según lo presentado por el paciente.

26. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE O FAMILIAR: Este apartado debe ser leído y llenado por el paciente y o familiar antes de realizar la transfusión. El médico tratante anotará su nombre completo y firmará el documento para poder realizar la transfusión.

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA**

**HOJA DE CONTROL DE TRANSFUSIONES Y REACCIONES TRANSFUSIONALES PARA PERSONAL DE ENFERMERIA.**

Este documento es de gran valor para el control médico del paciente, favor de anezarlo al expediente.

Nombre del receptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ GpoRh \_\_\_\_\_ No. Pensiones \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ Componente \_\_\_\_\_ Transfusiones previas \_\_\_\_\_

No. bolsa(s) \_\_\_\_\_ Diagnostico \_\_\_\_\_ Hora de inicio \_\_\_\_\_

Hora de termino \_\_\_\_\_

Signos Vitales

	TA	FC	TEM.	F.RESP
Hora pretransfusional	___	___	___	___
Hora transfusional	___	___	___	___
Hora posttransfusional	___	___	___	___

Presento reacción transfusional: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Entrego la unidad \_\_\_\_\_

Clasifique

Grado I \_\_\_\_\_ Grado II \_\_\_\_\_ Grado III \_\_\_\_\_ Grado IV \_\_\_\_\_  
(urticaria) (fiebre) (escalofríos) (dolor lumbar)

Clasifique al receptor según riesgo

Riesgo normal \_\_\_\_\_

Riesgo Inmune \_\_\_\_\_ (Aquel con Dx de patología inmune AHA, LES AR, etc. Citopenias Inmunes, artritis, lupus, anemia hemolítica multigesta o enfermedad hemolítica del recién nacido)

Riesgo de infección \_\_\_\_\_ (Uso de componentes con sistema abierto, transfusión + 4 horas y uso de plaquetas de mas de 3-5 días)

Riesgo Volémicos \_\_\_\_\_ (insuficiencia renal y cardiaca, hipertiroidismo, anemias crónicas con uso de ST o embarazada)

Cantidad de componentes aplicado \_\_\_\_\_ Mi hora de detección de la reacción \_\_\_\_\_

Síntomas principales \_\_\_\_\_

Medidas tomadas \_\_\_\_\_

Reporto: Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Este documento debidamente elaborado sera devuelto a el banco de sangre ante una reacción transfusional. Notifique todas las reacciones al banco de sangre independientemente del tipo que presente el receptor.

Síntomas principales: Señale con una cruz.

Fiebre _____	apnea _____	hipotensión _____
Urticaria _____	cambio de color de orina _____	anafilaxia _____
Aféresis _____	disnea _____	oliguria _____
Prurito _____	hematoma _____	hemorragia _____
Taquipnea _____	parestesias _____	choque _____
Dolor de pecho_espalda _____	taquicardia _____	edema pulmonar _____
Calofríos _____	tos _____	nausea _____
Aprensión _____	mialgias _____	estertores _____
Sepsis _____	bradicardia _____	vomito _____
Diarrea _____	dolor abdominal _____	arritmia _____
Calor, dolor en vena _____	cianosis _____	cefalea _____
Hipertensión _____	rubor _____	

## AUTORIZACION DE PACIENTE O FAMILIAR

Autorizo a los médicos de Pensiones Civiles del Estado,  
para que efectúen la transfusión(es) que sea(n) necesaria(s)  
para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de  
que conozco los riesgos a que quedo sujeto por el procedimiento.

26

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONA  
LEGALMENTE RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO Manual de Procedimientos		
Formato Expediente electrónico: Urgencias-Observación, Nota de enfermería.		
Clave del Formato SEAS	Fecha de Elaboración	Fecha de Actualización

## OBJETIVO

Registrar en el expediente electrónico las acciones de enfermería realizadas al paciente durante su estancia en el área de observación.

## CAMPO DE APLICACIÓN

Observación

## RESPONSABILIDAD

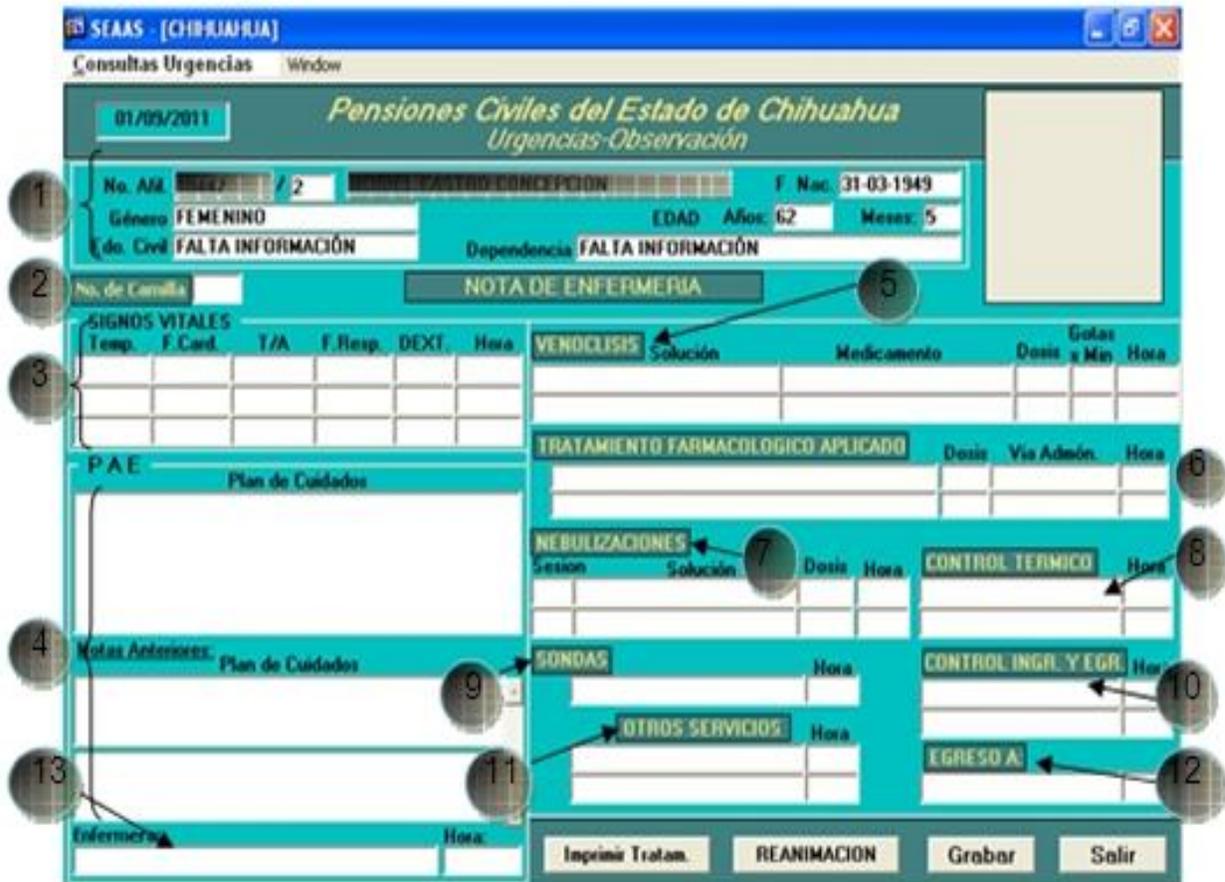
Auxiliar de Enfermería

Enfermera General

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE: Estos datos aparecen automáticamente al seleccionar el expediente del paciente.
2. NO. CAMILLA: Anotar el número de camilla en la que se encuentra el paciente.
3. SIGNOS VITALES: Registrar los signos vitales en el recuadro que le corresponda, así como la hora en que se midieron.
4. PLAN DE CUIDADOS: Nota de enfermería.
5. VENOCLISIS: Anotar la solución a administrar, los medicamentos y la dosis que lleva la solución, si están indicados; la velocidad del goteo y la hora de inicio.
6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO APLICADO: Anotarlos medicamentos aplicados por indicación médica, dosis, vía de administración y hora.
7. NEBULIZACIONES: Anotar el número consecutivo de sesión, la solución y/o medicamento administrado, dosis y hora en que se administró.
8. CONTROL TÉRMICO:
9. SONDAS: Anotar si se lo colocó algún tipo de sondeo al paciente y la hora en que se realizó.
10. CONTROL INGR. Y EGR.: Anotar si se realizó control de ingresos y egresos.

11. OTROS SERVICIOS: Anotar algún otro procedimiento que no esté estipulado en los recuadros anteriores.
12. EGRESO A: Anotar si el paciente egresó a domicilio, hospital, etc., junto con la hora.
13. ENFERMERA: Nombre completo de la enfermera que realizó la nota de enfermería.



**SEAS - [CHIHUAHUA]**  
Consultas Urgencias Window

01/09/2011 *Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua*  
*Urgencias-Observación*

No. AM: 0002 / 2 F. Nac: 31-03-1949  
Género: FEMENINO EDAD Años: 62 Meses: 5  
do. Civil: FALTA INFORMACIÓN Dependencia: FALTA INFORMACIÓN

No. de Camilla: [ ] **NOTA DE ENFERMERIA**

**SIGNOS VITALES**  
Temp. F. Card. T/A F. Resp. DEXT. Hora

**VENOCUSIS**  
Solución Medicamento Dosis a Min Hora

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO APLICADO**  
Dosis Via Admón. Hora

**NEBULIZACIONES**  
Sesion Solución Dosis Hora

**CONTROL TERMICO**  
Hora

**ONDAS**  
Hora

**CONTROL INGL. Y EGR.**  
Hora

**OTROS SERVICIOS**  
Hora

**EGRESO A**

P.A.E. Plan de Cuidados

Notas Anteriores: Plan de Cuidados

Enfermera: [ ] Hora: [ ]

Imprimir Tratam. REANIMACION Grabar Salir

COPIA  
NO CONTROLADA

# ANEXOS

## Anexo 1

### Guía manejo de residuos biológicos

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ TORRES, Martín G. Manual para Elaborar Manuales de Políticas y Procedimientos. 1ª edición. México D.F.: Panorama. 1996. 144 p.
2. AMERICAN HEART ASSOCIATION, Aspectos destacado de las guías de la American Herat Association de 2010 para RCP y ACE. 2010.
3. AMERICAN HEART ASSOCIATION, SVB para personal del equipo de salud. 1ª edición. 2006.
4. CASALES HERNÁNDEZ, Ma. Guadalupe. HERNÁNDEZ TORRES, Juleny. Protocolo de Enfermería para la Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas. Chihuahua, México: Secretaria de Salud.2008. 70p.
5. D.R. SECRETARIA DE SALUD. Guía para el Manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos en unidades de Salud. Primera Impresión. México. 2003. 30p.
6. KOZIER, Bárbara y cols. Fundamentos de Enfermería:Conceptos, Proceso y Práctica. 5ª edición. Madrid: McGraw-Hill/interamericana de España, 1999. 1569 p.
7. SMELTEZR, Suzanne C. BARE, Brenda G. Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica. 9ª edición. México, D.F.: McGraw-Hill/interamericana Editores, S.A. de C.V., 2002. 2313 p.

## NORMATIVIDAD

1. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993, "Para la Disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental -Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
7. NORMA Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
8. PROYECTO de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico
9. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-022-SSA3-2007, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos