

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 1 de 39

1. Objetivo

Realización de un manual de técnicas y procedimientos que sirva de guía útil al personal de enfermería que labora dentro de la institución “Centro de Excelencia Medica en Altura by FIFA”.

2. Alcance

El alcance de este procedimiento está dirigido a todo personal de Enfermería que labore dentro del Centro de Excelencia Medica en Altura by FIFA.

3. Receptor del servicio

Alumno deportista
Colaboradores
Padres de familia
Aspirantes
Externos, etc.

4. Responsable

Personal de enfermería

5. Áreas Involucradas

Todo personal de enfermería que labore dentro de los distintos servicios del “Centro de Excelencia Medica en Altura by FIFA”

AREA	RESPONSABLE (PUESTO)	FIRMA
URGENCIAS	TURNO MATUTINO	
	TURNO VESPERTINO	
	TURNO NOCTURNO	
QUIROFANO	TURNO MATUTINO	
	TURNO VESPERTINO	
	TURNO NOCTURNO	
CEYE	TURNO MATUTINO	
	TURNO VESPERTINO	
	TURNO NOCTURNO	
HOSPITALIZACION	TURNO MATUTINO	
	TURNO VESPERTINO	
	TURNO NOCTURNO	

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 2 de 39

6. Contenido

6.1. PASOS A SEGUIR, ANTES DE REALIZAR ALGÚN PROCEDIMIENTO:

- Ver indicación medica
- Lavarse las manos
- Preparar equipo y material
- Trasladar el equipo y material a la unidad del paciente (habitación).
- Identificar al paciente
- Presentación de la enfermera o enfermero con el paciente
- Explicarle al paciente lo que se le va a realizar
- Preparación física del ambiente
- Realizar el procedimiento
- Retirar el equipo y material
- Dejar cómodo al paciente
- Lavarse las manos
- Realizar anotaciones en la hoja de enfermería
- Darle cuidado terminal al equipo y mobiliario
- Desechar el material que no pueda volver a ser utilizado
- Dejar listo el equipo para su nuevo uso

6.2. RECEPCION DEL PACIENTE

La recepción del paciente es un proceso mediante el cual se realizan varias actividades, que incluyen desde recibir un nuevo ingreso en la unidad de hospitalización, hasta el inicio de los servicios de atención para promover y restaurar la salud.

Los ingresos pueden ser programados o provenir del área de Urgencias, en todo caso, es fundamental empatizar desde el primer contacto con el paciente y su familia, lo que implica ser amable y comprender la angustia que conlleva un ingreso hospitalario, en especial con los que provienen de Urgencias, ya que en la mayoría de los casos se genera incertidumbre y desajuste de la dinámica familiar.

6.2.1. En caso de pacientes provenientes del área de urgencias:

- Previa notificación de urgencias, asignar una habitación para el ingreso intrahospitalario, regido por el rol de uso de habitaciones en el documento Word

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 3 de 39

establecido.

- Preparar y verificar que la habitación en la que se recepcionará al paciente se encuentre en condiciones de hospitalizar, enfatizando en la funcionalidad de equipos y acondicionamiento necesario para cubrir necesidades fisiológicas básicas.
- Recepcionar al paciente en la habitación asignada, de ser necesario, apoyar en el traspaso de la camilla a la cama.
 - Instalar al paciente y adaptarle los dispositivos de soporte vital, en caso de traerlos.
 - Solicitar su expediente, indicaciones y hoja de enfermería actualizada y debidamente llenada.
 - Verificar que el paciente esté debidamente identificado con brazalete de identificación.
 - Presentarse con el paciente, dando nombre y función.
 - Verificar que el acceso venoso esté permeable.
 - Acondicionar la cama y habitación para proporcionarle un ambiente comfortable.
- Dejar al alcance el botón de ayuda y explicarle como y cuando lo debe presionar.
- Medirle signos vitales y registrarlos en la hoja de registros clínicos.
- Dejar cómodo al paciente.
- Leer indicaciones médicas.
- Solicitar a almacén los insumos y medicamentos necesarios para su atención, en caso de ser necesario.
- Solicitar al área de mantenimiento y lavandería lo necesario de cada departamento, para la estancia del paciente.

6.2.2. En caso de ser pacientes programados para intervención quirúrgica:

- El personal de enfermería en turno, que asistió a la socialización de la programación de cirugía, solicita los insumos necesarios para el ingreso del paciente programado.
- Asignar una habitación, de acuerdo a rol de uso de habitaciones, regido por el libro documento de Word establecido.
- Preparar y verificar que la habitación en la que se recepcionará al paciente se encuentre en condiciones de hospitalizar, enfatizando en la funcionalidad de equipos y acondicionamiento necesario para cubrir necesidades fisiológicas básicas.
- Verificar que el área de almacén haya surtido los insumos pedidos para el ingreso del paciente y que estén acomodados en el apartado asignado para dicho fin.
- Al momento del ingreso programado el área de recepción, notificara al personal de enfermería del área de hospitalización, acerca de la llegada del paciente a la unidad médica.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 4 de 39

- El personal de enfermería se trasladará al área de recepción, para lo cual, a partir de ese momento y hasta que el paciente salga de quirófano, deberá llevar consigo el radio de comunicación asignado para dicho fin.
 - Deberá ser acompañado del personal de camillería, el cual deberá llevar una silla de ruedas, para trasladar al paciente a su habitación.
 - En caso de ausencia de personal de camillería, el personal de enfermería será quien lleve la silla de ruedas.
- Al llegar al área de recepción solicitar el expediente del paciente y pedir que se nos indique su ubicación.
- Una vez identificado el paciente, el personal de enfermería se acerca.
 - Presentarse con el paciente, dando nombre y función.
 - Corroborar el nombre del expediente con el paciente
 - Explicarle el procedimiento a seguir.
 - Apoyarlo para que se siente en la silla de ruedas.
- Trasladarlo al área de signos vitales, con la ayuda del personal de camillería o el mismo de enfermería, según sea el caso.
 - Abrir una hoja (comenzar a llenar) de registros clínicos de enfermería. Una vez obtenidos y registrados los signos vitales y somatometría, se traslada a su habitación.
- Ya estando dentro de la habitación, se le proporciona una bata al paciente, se le explica de manera rápida, sobre la ubicación de las cosas y cómo funcionan.
 - Se le indica que se despoje de toda la ropa que trae puesta, incluyendo la interior, para que posteriormente se coloque la bata y se acueste en la cama. Apoyarlo en el cambio de ropa, si es necesario.
- Posteriormente, salir de la habitación y se dirigirse a la central de enfermería y leer las indicaciones.
- Lavarse las manos
- Preparar el carro Pasteur, equipado con lo necesario para brindar los cuidados preoperatorios regidos por las indicaciones médicas y el procedimiento quirúrgico.
- Trasladar el carro Pasteur hacia la habitación del paciente.
- Explicarle el procedimiento a realizar.
- Realizar una valoración inicial para comenzar el plan de cuidados enfermeros, que incluya la valoración de riesgo de caídas y aparición de úlceras por presión.
- Realizar las técnicas preoperatorias de enfermería, según las indicaciones médicas (Ver páginas posteriores para la descripción detallada de cada técnica).
- Registrar en la hoja de enfermería cada procedimiento realizado, si así lo pide la hoja de registros clínicos.
- Colocarle un brazalete de identificación.
- Colocar en el lugar asignado de la cabecera de la cama, una ficha de identificación llenada

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 5 de 39

correctamente.

- Colocarle un gorro quirúrgico, con los datos establecidos por este manual.
- Dejar al paciente cómodo, hasta su pase a quirófano.
- Lavarse las manos.
- Registrar en el libro florete, el nuevo ingreso.
- Registrar en el sistema de gestión hospitalaria los insumos utilizados en la realización de los procedimientos preoperatorios.

6.2.3. En caso de ser pacientes provenientes del área de consulta externa:

- Previa notificación médica o enfermera, proveniente de consulta externa, asignar una habitación para el ingreso intrahospitalario, regido por el rol de uso de habitaciones del documento Word ya establecido.
- Preparar y verificar que la habitación en la que se recepcionará al paciente se encuentre en condiciones de hospitalizar, enfatizando en la funcionalidad de equipos y acondicionamiento necesario para cubrir necesidades fisiológicas básicas.
- Recepcionar al paciente en la habitación asignada, de ser necesario, apoyar en el traspaso de la silla de ruedas a la cama.
- Presentarse con el paciente, dando nombre y función.
- Solicitar el expediente.
- Corroborar el nombre del expediente con el paciente
- Explicarle el procedimiento a seguir.
- Realizar una valoración inicial para comenzar el plan de cuidados enfermeros, que incluya la valoración de riesgo de caídas y aparición de úlceras por presión.
- Ya estando dentro de la habitación, se le proporciona una bata al paciente, se le explica de manera rápida, sobre la ubicación de las cosas y cómo funcionan.
- Se le indica que se despoje de toda la ropa que trae puesta, incluyendo la interior, para que posteriormente se coloque la bata y se acueste en la cama. Apoyarlo en el cambio de ropa, si es necesario.
- Posteriormente, salir de la habitación y se dirige a la central de enfermería y leer las indicaciones.
- Solicitar al área de mantenimiento y lavandería lo necesario de cada departamento, para la estancia del paciente.
- Preparar el carro Pasteur, equipado con lo necesario para brindar los cuidados hospitalarios regidos por las indicaciones médicas y el procedimiento quirúrgico.
- Trasladar el carro Pasteur hacia la habitación del paciente.
- Explicarle el procedimiento a realizar.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 6 de 39

- Realizar una valoración inicial para comenzar el plan de cuidados enfermeros, que incluya la valoración de riesgo de caídas y aparición de úlceras por presión.
- Realizar las técnicas de enfermería, según las indicaciones médicas (Ver páginas posteriores para la descripción detallada de cada técnica).
- Registrar en la hoja de enfermería cada procedimiento realizado, si así lo pide la hoja de registros clínicos.
- Colocarle un brazalete de identificación.
- Colocar en el lugar asignado de la cabecera de la cama, una ficha de identificación llenada correctamente.
- Colocarle un gorro quirúrgico con los datos establecidos por este manual, si así procede.
- Dejar al paciente cómodo.
- Lavarse las manos.
- Registrar en el libro florete, el nuevo ingreso.
- Registrar en el sistema de gestión hospitalaria los insumos utilizados en la realización de los procedimientos preoperatorios.

6.3. Medición, Valoración y Registro de Signos Vitales

Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. Los principales signos que se miden en la práctica clínica son: Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Presión Arterial o Tensión Arterial (PA o TA) y Temperatura (T^a).

El personal de enfermería está facultado para interpretar, detectar y evaluar los problemas que puedan surgir cuando una constante sobrepasa los límites normales y actuar en consecuencia de manera eficaz. Cada indicador o signo vital posee unos parámetros numéricos que nos ayudan a interpretar la medición realizada. Esta medición varía en cada paciente y en función de las distintas horas del día, varían en un mismo individuo, por lo que una pauta en la toma de constantes según las necesidades fisiológicas de un paciente, contribuye a una evolución clínica favorable de éste.

6.3.1. Material

- 6.3.1.1. Bolígrafos de distintos colores (azul, rojo y verde).
- 6.3.1.2. Gráfica para registrar mediciones (hoja de registros clínicos de enfermería).
- 6.3.1.3. Termómetro digital.
- 6.3.1.4. Esfigmomanómetro de mercurio, aneroide o digital con brazalete de tamaño adecuado.
- 6.3.1.5. Estetoscopio
- 6.3.1.6. Pulsioxímetro
- 6.3.1.7. Reloj con segundero o cronómetro

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 7 de 39

Frecuencia Cardiaca

La Frecuencia Cardiaca (FC) es el número de latidos del corazón transcurridos en un minuto (lpm). Un latido es el ciclo completo de llenado y vaciado del corazón, los latidos corresponden con las sístoles (bombeo del corazón hacia el resto del cuerpo). Los valores normales de la FC en reposo oscilan entre los 60-80 lpm o ppm (pulsaciones por minuto).

Procedimiento

Tras realizar la higiene de manos e identificar al paciente, le informaremos de la medición a realizar y lo colocaremos en una posición adecuada.

Medición

Podemos medir la Frecuencia Cardiaca mediante:

- ✓ Pulso periférico: Se trata de palpar la arteria con los dedos índice y medio de la mano dominante, sobre una superficie dura. Evitaremos usar el dedo pulgar para la palpación, ya que tiene latido propio y podríamos confundirnos. Para la toma tendremos que ejercer una suave presión sobre la arteria.

Las localizaciones más frecuentes de estas arterias son:

- Radial: se encuentra en la cara interna de la muñeca, sobre la línea media.
 - Cubital: se encuentra en la cara interna de la mano a la altura del hueso pisiforme.
 - Carotideo: la arteria carótida se sitúa en la lateral del cuello. No debe palparse ejerciendo demasiada presión ya que enlentece el ritmo y sería una medición errónea.
 - Femoral: se encuentra bajo el pliegue inguinal.
 - Braquial: se palpa en la cara interna de la flexura del codo.
 - Tibial: tras los maléolos internos de los tobillos.
 - Pedio: en la parte alta del dorso del pie.
 - Poplíteo: se encuentra en el hueco que forman las rodillas al flexionarse.
- ✓ Pulso apical: Colocar el estetoscopio sobre el quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. Contabilizaremos el número de latidos ocurridos en un minuto. Contabilizar el número de latidos ocurridos en un minuto.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 8 de 39

- ✓ Pulso por monitorización: Encender el monitor y verificar que las derivaciones estén correctamente conectadas.
Colocar los electrodos sobre el torso del paciente, según el tipo y número de derivaciones con las que cuente el monitor.
Si el cable es de tres derivaciones:
 Rojo: bajo la línea media clavicular derecha.
 Amarillo: bajo la línea media clavicular izquierda.
 Negro o verde: bajo la apófisis xifoidea.
Si el cable es de cinco derivaciones:
 Rojo: bajo la línea media clavicular derecha.
 Amarillo: bajo la línea media clavicular izquierda.
 Negro: zona abdominal superior derecha.
 Verde: zona abdominal superior izquierda.
 Blanco: en el pecho
- ✓ Pulso por pulsioxímetro: Colocar un dedo del paciente (usualmente se coloca el dedo índice) en el pulsioxímetro haciendo que la luz roja que irradia, coincida con la yema del dedo.

Para finalizar, registraremos la toma realizada en la gráfica de enfermería y donde corresponda con la tinta indicada para cada turno.

Frecuencia Respiratoria

La Frecuencia Respiratoria (FR) es el número de ciclos respiratorios completos (inspiración y espiración) que realiza una persona en un minuto. Los valores normales de esta medicación oscilan entre los 12-20 respiraciones por minuto en adultos y 20-30 en niños.

Procedimiento

Nos lavaremos las manos e identificaremos al paciente, tras informarlo debidamente, lo colocaremos en una posición funcional, sentado o acostado en semi-fowler con el tórax descubierto.

Medición

Podemos medir la Frecuencia Respiratoria mediante:

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 9 de 39

- **Observación:** Valoraremos primero un ciclo respiratorio para ver el ritmo, ruidos respiratorios si los hubiera, esfuerzo, etc. Contabilizaremos el número de ciclos contenidos en un minuto.
- **Palpación:** Se realiza cuando la observación es inadecuada. Colocaremos la palma de la mano sobre el tórax del paciente sin ejercer demasiada presión y contabilizaremos el número de ciclos en un minuto.
- **Fonendoscopia:** Lo usaremos si la observación no es adecuada y siempre en pediatría (es el método más recomendado). Colocaremos la membrana del fonendoscopio sobre el hemitórax derecho y contabilizaremos los ciclos respiratorios en un minuto.

Finalizaremos cubriendo el tórax del paciente y registrando con bolígrafo de la tinta correspondiente a cada turno la toma en la hoja de enfermería.

Tensión Arterial

La Tensión Arterial (TA) es la fuerza que ejerce la sangre en el torrente circulatorio durante el ciclo cardiaco. La Tensión Arterial máxima o sistólica corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo para bombear la sangre y la Tensión Arterial mínima o diastólica a la dilatación de éste. Se mide en mmhg.

Estados

Dependiendo de los valores que midamos nos encontramos los siguientes estados:

- **Normotenso:** Tensión Arterial sistólica: 100 - 120 mmhg y Tensión Arterial diastólica: 60-80 mmhg.
- **Hipertenso:** Tensión Arterial sistólica > 130 -140 mmhg y Tensión Arterial distólica > 90- 100 mmhg.
- **Hipotenso:** Tensión Arterial sistólica < 90 mmhg y Tensión Arterial distólica < 50 mmhg.

Procedimiento

Nos realizamos el lavado de manos e informaremos al paciente del procedimiento a realizar. Lo colocaremos en una posición adecuada, con el miembro sobre el que vamos a medir la Tensión Arterial extendido y apoyado.

Medición

La Tensión Arterial podemos medirla:

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 10 de 39

- **De forma manual:** Utilizaremos un esfigmomanómetro y un fonendoscopio. Ajustaremos el manguito al miembro procurando que la cámara de aire quede por encima de la arteria. Nos colocamos el fonendoscopio y situamos la membrana con la mano no dominante (evitar posar el pulgar sobre la membrana ya que posee latido propio) sobre la arteria sin ejercer demasiada presión. Cogemos la pera del manguito con la mano dominante y cerramos la válvula de aire en sentido de las agujas del reloj. Insuflaremos aire apretando la pera hasta unos 20 mmhg después de dejar de escuchar el pulso, abriremos la válvula de aire lentamente y observaremos como el manómetro empezará a oscilar en el punto en el que se escucha el primer latido. Este valor corresponde a la Tensión Arterial sistólica. Continuaremos desinflando el manguito hasta que el latido deje de percibirse. Este será el valor de la Tensión Arterial diastólica. Desinflaremos el manguito por completo y se lo retiramos al paciente. Registraremos la medición en la hoja de enfermería con un bolígrafo de color acorde al turno.
- **A través del monitor:** Encendemos el monitor. Ajustamos el manguito al miembro donde vamos a realizar la medición y pulsamos el botón que nos indica la toma de TA, generalmente es un icono de un brazo con un manguito.

Miembros

La toma de Tensión Arterial podemos realizarla en distintos miembros:

- **Brazo:** Es la zona más común, se coloca unos cm por encima de la flexura del codo.
- **Tobillo:** Unos cm por encima del maléolo.
- **Muñeca:** En el antebrazo, unos cm por encima de la muñeca.
- **Muslo:** En la zona media del muslo.

Temperatura

La temperatura corporal o Temperatura (T^a) es el resultado calórico de los procesos metabólicos realizados por el organismo. Está regulada por el hipotálamo, por lo que éste es el responsable de que el cuerpo genere o pierda calor según sus necesidades.

Estados

Hay varios estados dependiendo de la Temperatura que posea el organismo:

- **Normotermia:** Temperatura normal, oscila entre 36 - 37.5°.
- **Hipotermia:** Temperatura baja, ocurre por debajo de los 35°.
- **Febrícula:** Temperatura ligeramente alta, entre los 37.5 - 37,9°.
- **Hipertermia o fiebre:** Temperatura alta, a partir de 38°.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 11 de 39

Procedimiento

Tras realizar la higiene de manos, identificar al paciente e informarlo, nos dispondremos a aplicar el termómetro (según el tipo de termómetro lo aplicaremos en la zona del cuerpo correspondiente), esperaremos el tiempo suficiente hasta que marque y anotaremos en la hoja de enfermería la Temperatura medida con un bolígrafo rojo.

Medición de Somatometria

Es la serie de maniobras que se realizan para cuantificar la cantidad de gramos de la masa corporal y la distancia que existe entre la planta de los pies del paciente a la parte más elevada del cráneo en centímetros.

Material:

Bascula con estadiómetro
Hoja de enfermería
Bolígrafo de tinta correspondiente al turno

Procedimiento

1. Nivelar la báscula y verificar funcionamiento del altímetro.
2. Colocar una toalla de papel en la plataforma
3. Ayudar al paciente a quitarse exceso de ropa y calzado.
4. Ayudar al paciente a subir a la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado; es decir, con los talones y escápulas cerca del estadiómetro y la cabeza recta
5. Mover las barras de la báscula hasta encontrar el peso.
6. Colocar la rama del estadiómetro hasta tocar el vértice de la cabeza de tal manera que forme un ángulo recto.
7. Apoyar al paciente para bajar de la plataforma de la báscula, a vestirse y colocarse los zapatos.
8. Hacer la lectura de la talla y bajar la rama del estadiómetro.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 12 de 39

9. Efectuar la lectura del peso.

10. Hacer las anotaciones en la valoración de enfermería.

Dejar báscula lista para su nuevo uso.

Instalación de Catéter Venoso Periférico

Es el procedimiento por medio del cual, se introduce un catéter en una vena periférica, para la administración directa al torrente sanguíneo de fluidos, componentes sanguíneos o medicamentos, que permitan restablecer o conservar el equilibrio hidroelectrolítico y hemodinámico del paciente.

Técnica

1. Identificar al paciente por su nombre, presentarse y explicarle de manera clara y sencilla el procedimiento que se le va a realizar haciendo énfasis que se le dejará un catéter de material plástico dentro de la vena con el propósito de administrar los medicamentos o líquidos necesarios para su tratamiento, asegurándose que lo entienda.

2. Lavar las manos como principio universal para realizar cualquier procedimiento atendiendo a las reglas y normas especificadas en los manuales de prevención de infecciones nosocomiales, permite llevar a cabo acciones eficaces que garanticen la seguridad del paciente.

3. Seleccionar el material y equipo necesario (catéter, equipo de venoclisis, extensiones, llaves de tres vías, material de fijación). Con respecto al catéter considerar aspectos tales como la edad, condiciones físicas del paciente, tiempo que estará instalado, tipo de soluciones que se administrarán, inclusive, cuando el caso lo amerita el tipo de procedimiento o terapia quirúrgica a la que se someterá el paciente.

El equipo de venoclisis debe ser estéril que contenga cámara de goteo transparente con dosificador de gotas, tubo de conducción, regulador de flujo, sitio para administración de medicamentos y conexión universal con protector. Las extensiones y llaves de tres vías son opcionales las cuáles deben ser estériles con sus protectores específicos. En el material de fijación es importante valorar la calidad, costos y disponibilidad de estos, así como las características del paciente. Evitar la utilización de materiales que favorecen la acumulación de humedad lo que puede aumentar el riesgo de infección, la aparición de reacciones adversas o de intolerancia.

4. Preparar la solución y medicamentos con técnica estéril evitando puertas de entrada para los

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 13 de 39

microorganismos y colocar membrete con los datos que permitan identificar al paciente, el tipo de líquido que se administrará, el tiempo en el que deberá pasar, así como la fecha y hora de inicio. Todos estos datos se traducen en elementos de seguridad que la enfermera deberá observar estrictamente.

5. Localizar y seleccionar la vena con base en el propósito de la terapia intravenosa, palpándola con la yema de los dedos y determinar las condiciones de ésta. Evitar la utilización de aquellas que tengan las siguientes características: punción previa reciente, anormalidades anatómicas, rigidez, demasiada movilidad, inflamación o tromboflebitis.

6. Aplicar el torniquete aproximadamente 20 cm. por arriba del punto de elección para la inserción de la aguja; si es necesario y el paciente está consciente se le puede solicitar su cooperación, para que abra y cierre el puño de la mano, lo que permite que la vena se distienda y sea menos difícil su visualización, facilitando su punción, no dar palmadas o “golpecitos”, esto podría provocar dolor o hematoma en los pacientes con fragilidad capilar o padecimientos hematológicos.

7. Utilizar guantes estériles al llevar a cabo el procedimiento para evitar accidentes de contaminación al momento de puncionar el vaso.

8. Usar la solución antiséptica o antimicrobiana para la preparación de la región a puncionar con base en las evidencias de las mejores prácticas; la enfermera se apoyará en la amplia bibliografía que para el caso existe, así como en la experiencia acumulada.

9. Tomar el catéter de elección con el dedo índice y pulgar, esto ayudará a tener control del mismo. Ejercer tracción mínima de la piel debajo del punto donde se va a insertar la aguja para estabilizar la vena y evitar algún movimiento lateral de ésta.

10. Introducir el catéter a través de la piel en un ángulo de 15 a 30° con el bisel hacia arriba, dirigiéndolo por la vena hasta visualizar la sangre en el tubo de la aguja y percibir una disminución brusca de la resistencia, en este momento retirar el torniquete e indicarle al paciente que abra su puño, si lo tiene cerrado.

11. Insertar totalmente el catéter y retirar la aguja, aplicando presión en la parte distal sobre la punta del catéter evitando el retorno venoso y conectar el equipo verificando la permeabilidad de la vena e iniciar la terapia intravenosa.

12. Fijar el catéter y el equipo colocando el parche de acuerdo al método establecido en el protocolo del servicio o de la institución, para evitar que se desplace o salga de la vena; es importante en el paciente pediátrico proteger la piel de las manos y pies y especialmente los espacios interdigitales para evitar que la

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 14 de 39

tela adhesiva los lesione. Es recomendable el uso de apósitos semipermeables y transparentes porque permiten una mejor visibilidad del sitio de salida del catéter y un buen control de la humedad en el sitio de inserción, así como cualquier cambio en la integridad y coloración de la piel.

13. Colocar el membrete de identificación, con la fecha y hora de colocación, número de catéter y nombre de la enfermera que realizó el procedimiento.

14. Desechar de inmediato las agujas en el contenedor de material punzocortante como lo marca la Norma Oficial Mexicana para el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos.

15. Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería, destacando los aspectos más sobresaliente e importantes que se deberán observar posteriormente (fecha, nombre de la enfermera que lo instalo, hora de instalación, numero de catéter).

16. Retirar el material sucio y dejar al paciente cómodo y con el miembro puncionado en una posición fisiológica.

Manejo de la Terapia Endovenosa

Procedimiento mediante el cual se vigila y controla el paso de los elementos terapéuticos, abarca desde el momento en que se inicia la infusión de los líquidos y medicamentos, hasta el retiro de catéter.

Técnica

1. Regular el goteo de acuerdo al horario establecido, si las condiciones del paciente y el tipo de líquidos a administrar requieren del manejo preciso de éste, se deberá utilizar una bomba de infusión.
2. Evitar que regrese sangre por el catéter, si esto sucede irrigar la línea con solución.
3. Orientar al paciente sobre tiempo de duración de la infusión y solicitarle que reporte cualquier molestia que sienta durante el paso del líquido (dolor, ardor, sensación de hormigueo o adormecimiento, cambio en la coloración o salida de líquido).
4. Diluir suficientemente los medicamentos que se administren e irrigar con solución fisiológica, considerando las condiciones y la edad del paciente. Con esta medida se reduce la probabilidad de causar flebitis química.
5. Reducir al mínimo la manipulación del catéter, sitios de administración de medicamentos, conector del equipo de infusión, llaves de 3 vías y extensiones; en su caso, utilizar técnica aséptica; no dejar insertadas agujas en las bolsas o frascos que contienen la solución a administrar, sitios de administración de

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 15 de 39

medicamentos y en los filtros de aire evitando al máximo vías de entrada de microorganismos al sistema.
6. Cambiar los apósitos que cubren el sitio de inserción no antes de 12 horas posteriores a la colocación; después de ese tiempo la curación del sitio de inserción se deberá realizar cada 72 hrs. O antes si se requiere.

Procedimiento para el retiro del Catéter

Es el procedimiento que se realiza al término de la terapia endovenosa o ante problemas de permeabilidad, o extravasación de los líquidos infundidos.

Técnica

1. Explicar al paciente el procedimiento a realizar; en qué consiste y las molestias que pudiera sentir durante el retiro del catéter y del apósito de fijación.
2. Cerrar todas las vías de infusión de líquidos para interrumpir su paso.
3. Humedecer el apósito adhesivo con el que se fijó el catéter, utilizando alcohol en el caso de pacientes adultos, en pacientes pediátricos se recomienda el uso de aceite de origen natural (almendras dulces o de girasol) para reblandecer y despegar con facilidad el parche adhesivo. Evitar utilizar aceite de origen mineral.
4. Retirar la etiqueta con los datos y las cintas adhesivas, cuidando en todo momento no lesionar la piel del paciente. Se recomienda que se retire con suavidad pero de manera rápida para evitar mayor daño o dolor por la maniobra. Debe tener cuidado al utilizar tijeras de botón o punta roma sin perder de vista en donde se hace el corte de tiras adhesivas sobre todo en pacientes pediátricos cuando se utilizan férulas tipo avión para la sujeción del miembro.
5. Colocar una torunda alcoholada o un apósito diseñado expreso para ello, hacer ligera presión en el sitio durante unos segundos y extraer el catéter con movimiento firme, suave y seguro para no lastimar la vena. Esto evitará extravasación del líquido por el orificio que deja el catéter.
6. Colocar una torunda de algodón o gasa seca y limpia en el orificio que dejó el catéter y asegurarse que no haya salida de sangre por el sitio de punción.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 16 de 39

Administración y Ministración de Medicamentos

Maniobras que efectúa el personal de enfermería para administrar una droga o medicamento por alguna de las vías de aplicación con un objetivo determinado. (CEMA-MN-ENF-MPA-14)

Un fármaco o medicamento es cualquier sustancia que modifica funciones corporales cuando se introduce al organismo puede ser utilizado para el diagnóstico, curación, tratamiento, mitigación o prevención de la enfermedad.

Los 5 correctos en la administración de los medicamentos y los 4 yos

Los cinco correctos para la administración de medicamentos, permite al personal de enfermería la administración adecuada de medicamentos, disminuyendo la posibilidad de errores.

1. PACIENTE CORRECTO
2. HORA CORRECTA
3. MEDICAMENTO CORRECTO
4. DOSIS CORRECTA
5. VIA DE ADMINISTRACION CORRECTA

Paciente correcto

El personal de enfermería deberá verificar que la persona a la cual se le va a administrar medicamento, es en realidad la adecuada, ¿cómo? preguntando su nombre al paciente o familiar, jamás tratar a los pacientes por el número de cama por ejemplo.

Hora correcta

Asegurar que se está respetando intervalo de tiempo en el cual está indicado el medicamento.

Dosis correcta

El enfermero (a) debe tener claro cuál será la dosis a administrar, y tener presente que algunos medicamentos como la insulina requieren doble verificación.

Medicamento correcto

Verificar el medicamento a administrar lo cual incluye verificar nombre comercial y de patente, fecha de caducidad y presentación recuerda que hay medicamentos que en su presentación se parecen mucho. Tener en cuenta las siguientes indicaciones:

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 17 de 39

Rotular las jeringas (si el medicamento se ha de administrar con ellas). Disponer todas las medicaciones a administrar en una sola bandeja, a la hora de administrar la medicación, bandeja que pertenecerá a un solo paciente. Nunca se deben disponer en una misma bandeja medicaciones pertenecientes a varios pacientes ya esto aumenta la posibilidad de error.

Vía de administración correcta

La vía seleccionada siempre deberá ser la más segura. El enfermero debe conocer la vía por la que deberá administrar la medicación.

La administración de medicamentos como técnica es muy fácil, como responsabilidad y ética es mucho más complicada de, lo que parece.

YO		PREPARO
YO		ADMINISTRO
YO		REGISTRO
YO		RESPONDO

Administración de Medicamentos por vía Oral

Toda actuación de enfermería llevada a cabo para administrar un fármaco por vía oral.

• Material:

- Fármaco en sus distintas presentaciones (tabletas, grageas, cápsulas, gránulos, jarabes, etc.).
- Líquido adecuado según el tipo de fármaco.

• Método:

- Informar al paciente y familia de los efectos que tienen los fármacos que se van a administrar.
- Tener en cuenta las “5 premisas correctas”
- En caso de presentar dificultad para tragar la medicación indicar que se la coloque en la parte posterior de la lengua donde se produce el reflejo de tragar.
- Valorar el estado de deglución del paciente, en caso de no poder tragar cambiar la medicación por otra presentación del mismo (jarabes, sobres...).
- En el caso de que deba continuar con la medicación, informar al paciente del horario y la forma correcta de hacerlo.
- Registrar la actividad en la hoja de enfermería

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 18 de 39

• Observaciones:

Debemos tener presente según el tipo presentación las siguientes consideraciones:

- Comprimidos: con recubrimiento entérico no se deben triturar ni diluir. Los comprimidos efervescentes deben diluirse totalmente.
- Grageas y cápsulas: no se deben triturar, ni retirar la cápsula protectora. No deben administrarse con leche o alcalinos porque disuelven la cobertura protectora. Administrar con el estómago vacío y con abundante líquido para que llegue antes al intestino.
- Polvos: deben estar totalmente disueltos.
- Jarabes: si se toman con otros medicamentos éstos deben ser los últimos.
- Suspensiones: agitarlas muy bien antes de administrarlas. Las suspensiones antiácidas no deben diluirse.

Administración de Medicamentos por vía Sublingual

Toda actuación de enfermería llevada a cabo para administrar un fármaco por vía sublingual.

• Material:

- Fármaco
- Guantes
- Gasas estériles

Método:

- Informar al paciente de la actividad a realizar y posibles molestias.
- Tener en cuenta las “5 premisas correctas”.
- Colocar la medicación debajo de la lengua, donde permanecerá hasta su completa disolución.
- Registrar la actividad en la hoja de enfermería.

Administración de Medicamentos por vía Intradérmica

Toda actuación de enfermería llevada a cabo para administrar un fármaco por vía parenteral intradérmica.

• Material:

- Fármaco
- Guantes
- Algodón o gasas
- Jeringa
- Aguja hipodérmica
- Solución antiséptica

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 19 de 39

- Rotulador, si precisa
- Contenedor de agujas

• Método:

- Lavado de manos y uso de guantes.
 - Informar al paciente de la actividad a realizar y de su colaboración ante posibles molestias.
 - Tener en cuenta las “5 premisas correctas”.
 - Apoyar el brazo sobre una superficie plana.
 - Seleccionar el punto de punción, habitualmente la elección es la cara anterior del antebrazo, zona media antecubital, desprovista de vello, de lesiones o manchas (en niños se utiliza la cara media del muslo).
 - Desinfectar la zona de punción de forma circular de dentro a fuera, sin friccionar, en un radio de 5 cm. y dejar secar.
 - Sujetar y tensar la piel de la zona de punción e introducir el bisel casi paralelo a la piel (ángulo 5° - 15 °), por debajo de la epidermis (3 mm).
 - Inocular el fármaco hasta formar una pápula o vesícula.
 - Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
- En caso de realizar una prueba diagnóstica, identificar el punto de punción para lecturas posteriores (hacer un círculo alrededor de la vesícula).
- En caso de no aparecer la vesícula, por realizar la punción demasiado profunda, se repite la prueba.
 - Registrar toda actividad en la hoja de enfermería.

Administración de Medicamentos por vía Subcutánea

Toda actuación de enfermería llevada a cabo para administrar un fármaco por vía subcutánea.

• Material:

- Fármaco
- Guantes
- Algodón o gasas
- Jeringa
- Solución antiséptica

• Método:

- Informar al paciente de la actividad a realizar y posibles reacciones locales.
- Tener en cuenta las “5 premisas correctas”.
- Desinfectar el tapón del vial y cargar la dosis adecuada.
- Seleccionar la zona de punción (evitar zonas con cicatrices, heridas, edemas, infección,...) según el fármaco a administrar (insulina, heparina, vacunas antialérgicas,...).

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 20 de 39

- Desinfectar la zona de punción, desde el centro hacia la parte externa en un radio de 5 cm.
- Evitar la utilización de alcohol al 70% en caso de inyectar vacunas antialérgicas o insulina.
- Formar un pliegue cutáneo bien definido con el primer y segundo dedo sin presionar.
- Purgar la aguja y clavar con movimiento rápido y con el bisel hacia arriba. Debe existir una inclinación entre 45° y 90° dependiendo del grosor del tejido subcutáneo.
- Soltar el pliegue y aspirar antes de introducir el fármaco (en caso de heparina no aspirar), evitando la punción de capilares. En caso de no salir sangre se introduce el fármaco lentamente. Si sale sangre, se desecha la aguja y se vuelve a puncionar en otro punto.
- Retirar la aguja con rapidez y aplicar una gasa en el punto de punción sin friccionar.
- Registrar la actividad en la hoja de enfermería.

• **Administración de inyección precargada de heparina:**

Seleccionar el punto de punción alrededor del ombligo (por encima del nivel de la espina iliaca anterior). Hacer un pliegue aproximadamente de 1,5 cm. (pellizcar el tejido adiposo). Introducir la aguja en ángulo de 90°, y sin soltar ni aspirar, inyectar lentamente el fármaco.

Sujetar con gasa el punto de punción sin realizar movimientos, ya que pueden producir hematomas.

El punto de punción debe ser distinto cada vez para evitar la atrofia de los tejidos subcutáneos y producir abscesos.

• **Administración de insulina:**

Dependiendo del tipo de aguja (jeringuilla con aguja o bolígrafo), se realiza de la misma forma que lo indicado para la inyección subcutánea, pero prestando atención a dos puntos fundamentales:

1. El cargado de la dosis debe ser exacto en cuanto al número de unidades a administrar, teniendo presente que si se utilizan dos preparados, se cargará primero la insulina rápida, y posteriormente la lenta, no tardando más de 5 minutos en administrar la dosis, ya que la insulina lenta disminuye la acción de la rápida.

2. Se debe de establecer un sistema de rotación en la zona de punción:

- la cara externa superior del brazo.
- La cara frontal y lateral de los muslos.
- La región glútea.
- El abdomen, evitando la región umbilical.
- La región escapular.

Administración de Medicamentos por vía Intramuscular

Todas las acciones llevadas a cabo para la administración de un fármaco en el tejido muscular.

• **Material:**

- Fármaco

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 21 de 39

- Guantes
- Algodón o gasas
- Solución antiséptica
- Jeringa

• **Método:**

- Informar al paciente de la actividad a realizar y posibles molestias.
- Tener en cuenta las “5 premisas correctas”.
- Desinfectar el tapón en caso de viales y preparar la medicación.
- Elección de la zona de punción, según características del fármaco a administrar, edad y características físicas del paciente y posición (encamados), así elegiremos: glúteos, deltoides, tríceps o muslo.
- Desinfectar la zona de punción en forma circular y de dentro hacia fuera en una zona de radio 5 cm.
- Clavar la aguja con un golpe seco y en un ángulo de 90° respecto al plano de la piel, conectando la jeringa con la medicación.
- Aspirar ligeramente, para comprobar que no sale sangre, en caso contrario sacar la aguja y clavarla en otro punto o retirarla y cambiar de plano, volviendo a aspirar y comprobar que no sale sangre.
- Inyectar el fármaco lentamente, excepto en los fármacos que puedan cristalizar en cuyo caso se realizará de forma más rápida.
- Retirar la aguja de forma rápida, aplicando una gasa o algodón, que deberá mantenerse unos segundos, en la zona de punción.

Desechar la aguja y jeringa en el contenedor apropiado.

- Registrar toda actividad en la hoja de enfermería.

• **Observaciones:**

En caso de penicilinas no se debe usar alcohol como antiséptico ya que favorece la cristalización. Debemos utilizar dos agujas, una para hacer la mezcla del contenido del vial y la ampolla y otra para la punción. No se elegirán las zonas con tejidos inflamados, edematosos, irritados, lunares, marcas de nacimiento, tejidos en periodo de cicatrización, etc.

No se usará esta vía en pacientes con procesos de coagulación alterados ni con tratamiento anticoagulante.

Se extremarán las precauciones por posible lesión de algún vaso sanguíneo, provocando una pequeña hemorragia y por posible lesión de nervios importantes, llegando a la parálisis.

En caso de medicamentos irritantes o que tiñen la piel (inyecciones de hierro), se usa la técnica de “Z”, que consiste en:

- Desplazar el tejido subcutáneo y la piel que hay sobre el músculo antes de la inyección.
- Una vez inyectado el fármaco, antes de retirar la aguja, esperar 10 segundos.
- Una vez retirada la aguja soltar el tejido desplazado.
- No masajear el punto de punción.

En adultos encamados, en posición de decúbito lateral derecho o izquierdo, se inyecta en la parte externa

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 22 de 39

del glúteo. En caso de decúbito prono, se punciona la parte externa del glúteo con los pies dirigidos hacia la parte interna y flexionando la parte plantar.

En niños menores de 5 años se suele puncionar en el músculo vasto externo, donde discurren pocos nervios y vasos importantes.

En adultos a ser posible, se punciona estando el paciente en posición de pie, teniendo presente la localización de los puntos de punción.

Localización de los puntos de punción

- A) Nalgas
- B) Brazo
- C) Muslo

Administración de Medicamentos por vía Endovenosa

Todas las acciones llevadas a cabo para la administración de un fármaco en el torrente sanguíneo por vía intravenosa.

A. - Administración de medicamento en bolo

• **Material:**

- Fármaco
- Guantes
- Gasas estériles
- Jeringas de 5 y 10 cc.

Agujas de 25 x 0,8 o similares, o catéter nº 20, 18 o 16

- Compresor
- Solución antiséptica de acción rápida (clorhexidina)
- Esparadrapo antialérgico.
- Contenedor de agujas

• **Método:**

- Informar al paciente de la actividad a realizar y posibles molestias, preguntando si es alérgico a algún medicamento.
- Tener en cuenta las “5 premisas correctas”.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Preparar la medicación.
- Elegir la mejor vena para el fármaco a administrar.
- Colocar el compresor de 10 a 15 cm., por encima de la zona de punción.
- Desinfectar la zona con movimientos circulares y de dentro hacia fuera en un radio de 5 cm.
- Estirar un poco la piel hacia abajo y con la jeringa acoplada a la aguja pinchar la vena con el bisel hacia

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA
Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.			

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 23 de 39

arriba. Con una inclinación de un 45° respecto a la piel.

- Aspirar ligeramente para comprobar que está en la luz de la vena, si es así, retirar el compresor.
- Introducir lentamente el medicamento, aspirando varias veces para seguir comprobando que estamos en la luz de la vena.
- Preguntar al paciente si se encuentra bien o presenta algún malestar.
- Retirar la aguja y presionar algunos minutos con una gasa, posteriormente aplicar un apósito si fuera necesario.
- Recoger el material y eliminar las agujas y jeringuillas en el contenedor adecuado.
- Registrar la actividad en la historia de salud del paciente.

B. - Administración de medicamento en sistema de perfusión, sueroterapia

• Material:

En este caso además del material ya comentado, se necesita:

- Fármaco.
- Sistema de perfusión
- Llave de tres pasos.
- Solución salina de 100 ml.
- Soluciones de mantenimiento.
- Catéter o abocath distinta numeración, los más utilizados son los números 18 y 20.

• Método:

- Informar al paciente y familiar.
- Tener presente los 5 elementos básicos de administración de cualquier fármaco.
- Preparar la medicación utilizando, generalmente suero fisiológico (SF) al 0,9% de 100 cc., para inyectar los fármacos prescritos, purgando previamente el sistema de perfusión. A continuación conectar un sistema de tres pasos.
- Utilizar la misma metodología que para la punción endovenosa (ver apartado anterior).
- Una vez canalizada la vena se conecta el sistema de perfusión y se comprueba si funciona abriendo la llave del sistema y observando la caída de las gotas del recipiente.
- Etiquetar o señalar el recipiente con los fármacos contenidos (en caso de mezclar varios fármacos se comprueba que no hay interacciones).
- Ajustar, controlar y vigilar el ritmo de perfusión.
- Registrar en la hoja de enfermería.

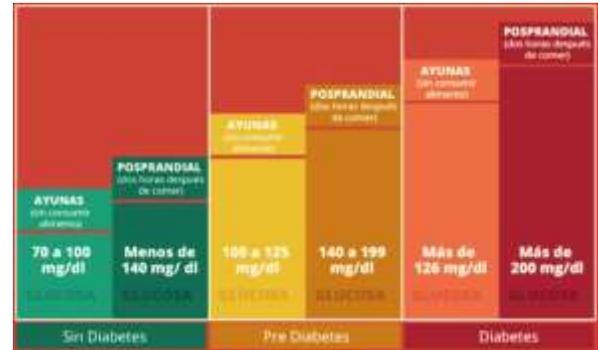
Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 24 de 39

Medición de Glucosa en Sangre o Glucemia Capilar

La glucemia capilar es una prueba para medir la cantidad de azúcar en la sangre a través de una pequeña muestra de sangre extraída de los vasos capilares. Generalmente se realiza en un dedo de la mano o en el lóbulo de la oreja. Se suele realizar de forma sencilla utilizando distintos instrumentos como un punzón para extraer la sangre y un glucómetro que mide los niveles de la muestra.



Metodología

1. Valore la piel del paciente en el lugar de punción, para saber si se encuentra intacta y no existe compromiso circulatorio.
2. Valore las capacidades de autocuidado, como alteraciones visuales y destreza manual.
3. Ver caducidad del frasco e instructivo de manejo.
4. Lavarse las manos.
5. Extraiga una tira reactiva del contenedor.
6. Calibre el glucómetro con el código de tiras reactivas.
7. Insertar la tira reactiva en el glucómetro, según instrucciones del fabricante, coloque la lanceta en el lápiz y efectuar los ajustes.
8. En caso de tiras con colorímetro, sólo se obtiene la tira.
9. Seleccionar y preparar el sitio de punción.
10. Envolver el dedo con paño caliente por 30 a 60 segundos, colocar el dedo en posición de pendiente y aplicar masaje en dirección descendente. Si se utiliza el lóbulo frotarlo suavemente con un trozo pequeño de gasa.
11. Descendente. Si se utiliza el lóbulo frotarlo suavemente con un trozo pequeño de gasa

Para Glucómetro

1. Limpiar la región con torunda alcoholada.
2. Insertar suavemente la tira reactiva, el sensor se enciende por sí solo y aparece el código de calibración.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 25 de 39

3. Verificar que el código corresponda a la tira reactiva que se está usando.
4. Puncionar el lado lateral del pulpejo
5. Aplicar la gota obtenida en el área de la tira reactiva.
6. La medición comienza automáticamente y se obtiene el resultado.
7. Tras el tiempo especificado, realizar la lectura directa en el glucómetro.
8. Retirar la tira reactiva del glucómetro y desecharla en residuos peligrosos. (apagar el glucómetro si tiene botón)
9. Limpiar el glucómetro de los residuos de sangre.
10. Apagar el sensor o después de un minuto se apaga automáticamente.
11. Sacar la lanceta del lápiz y tirar en recipiente de punzo cortantes.
12. Documentar los resultados de glucosa sanguínea y si fue necesaria la administración de insulina.

Terminar con los últimos pasos de todo procedimiento.

Electrocardiograma

Obtención del registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

• **Material:**

- Gel conductor, alcohol o suero salino
- Gasas o símil
- Rasuradora desechable
- Equipo electrocardiográfico

• **Método:**

- Explicar al usuario la técnica a aplicar, pedir su colaboración y solicitar que permanezca lo más relajado posible.
- Colocar al usuario en decúbito supino, con el tórax y la zona distal de los miembros descubiertos preservando su intimidad.
- Si fuera necesario, rasurar la zona de la piel donde se colocarán los electrodos.
- Retirar objetos de metal del paciente, como reloj, pulseras...
- Humedecer con sustancia conductora la zona de la piel donde se colocarán los electrodos.
- Colocar los electrodos en las zonas dístales de las extremidades evitando zonas óseas y pilosas ajustándolos a la piel del usuario, para la obtención de las derivaciones bipolares:
 - AR en muñeca derecha (amarillo)
 - AL en muñeca izquierda (negro)
 - LR en tobillo derecho (verde)
 - LL en tobillo izquierdo (rojo)

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 26 de 39

- Colocar los seis electrodos en el tórax en el lugar correspondiente para obtener las derivaciones precordiales:

- V1, en el 4º espacio intercostal a 2cm a la derecha del esternón
- V2, en el 4º espacio intercostal a 2cm a la izquierda del esternón
- V3, en el punto medio entre V2 y V4
- V4, en el 5º espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular
- V5, en el 5º espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior
- V6, en el 5º espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media

- Proceder a realizar el electrocardiograma de acuerdo con las instrucciones del electrocardiógrafo a utilizar.
- Si no hay otra indicación médica la impresión se realizará a 25 mm/s y a 1 milivoltio.
- Desconectar el aparato, retirar los electrodos y limpiar la piel si se ha utilizado gel conductor.
- Registrar el procedimiento en la historia de salud, anotando fecha, hora e incidencias.

Observaciones:

Se le pedirá al usuario que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.

El cuerpo del usuario no debe estar en contacto con superficies metálicas.

Curación de Heridas

Actuaciones de enfermería encaminadas a mantener unas condiciones fisiológicas y de higiene en la herida que favorezcan y aceleren el proceso de cicatrización.

• **Material:**

- Material básico de curas: pinzas y tijeras de distintos tipos
- Paño estéril
- Solución salina
- Solución antiséptica de clorhexidina al 2% o solución de povidona yodada al 10%
- Apósito estéril o gasas estériles.
- Guantes y gasas estériles
- Tegaderm (tamaño a elegir)
- Jeringas de distinta capacidad
- Fármacos tópicos
- Equipo para toma de cultivo
- Gafas protectoras y mascarilla, si hubiese riesgo de aspersión

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 27 de 39

• **Método:**

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente y colocarlo en posición adecuada.
- Constatar si el paciente tiene algún tipo de alergia.
- Valorar la herida para establecer el tipo de tratamiento a aplicar.
- Preparar el material necesario para la realización de la cura.
- Lavado de manos y colocación de guantes.
- Toma de muestras de exudado si existe sospecha o signos de infección de la herida.
- Limpieza de la herida con suero fisiológico y/o solución jabonosa.
- Desinfección de la herida con solución antiséptica si procede: digluconato de clorhexidina 2% o solución de povidona yodada al 10%.
- Secado de la herida con gasas estériles.
- Aplicar suturas según el tipo de herida, si fuese necesario.
- Aplicar drenaje en la herida, si ésta lo precisa.
- Aplicar fármacos tópicos según el tipo de herida y si se considera necesario.
- Cubrir la herida con apósito estéril y/o vendaje adecuado según la localización y características de la herida.
- Profilaxis antitetánica o actualización del calendario de vacunas según proceda.
- Registrar en la hoja de enfermería.

Educación al paciente y familia:

Enseñar al paciente, familia o cuidador:

- a observar la evolución de la herida
- las medidas higiénicas adecuadas y la necesidad de mantener la asepsia cuando se lleve a cabo el cuidado de la herida
- Los signos de una mala evolución de la herida: inflamación, infección, cambios de color de la piel, calor local etc.
- El paciente y/o familia debe comunicar al personal de enfermería cualquier cambio que se produzca en la herida.

En atención domiciliaria, valorar el entorno y determinar la adecuación de sus condiciones físicas para llevar a cabo el correcto cuidado de la herida; comprobar especialmente si existe una luz adecuada, agua corriente, limpieza etc.

Según las características de la herida se puede instruir a la familia o cuidador para realizar el cuidado de la misma.

Enseñar al paciente y familia las medidas higiénicas y las recomendaciones adecuadas para el baño o la ducha. Indicar la importancia de tomar/administrar correctamente la medicación prescrita y seguir la

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 28 de 39

dieta adecuada. El paciente debe mantener el reposo adecuado, si así se ha indicado, y el cambio de posturas recomendadas.

Preparación y Cuidados del Paciente Quirúrgico

El paciente quirúrgico es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.

Preparación del paciente

Generalmente la preparación comenzará la tarde anterior, a menos que la intervención conlleve una preparación más concisa.

El paciente debe acudir a la sala de quirófano con:

Preoperatorio completo

Éste consta de ECG, analítica completa (hemograma, bioquímica y coagulación) y radiografía de tórax. Dependiendo de la edad del paciente, se sacarán unas u otras pruebas:

- De 0 a 14 años: Hemograma y coagulación.
- De 14 a 20 años: Hemograma, coagulación y bioquímica.
- De 20 a 40 años: Hemograma, coagulación, bioquímica y electrocardiograma.
- A partir de los 40 años: Hemograma, coagulación, bioquímica, electrocardiograma y Rx de tórax.

Limpieza de la zona intestinal

Se realizará si fuese una cirugía abdominal y siempre bajo criterio médico. Lo haremos mediante el uso de enemas jabonosos, se administrará uno la tarde anterior a la intervención y otro unas horas antes de ésta.

Alimentación

Dejaremos al paciente en ayunas desde las 24h.

Preparativos finales

El día de la intervención terminaremos su preparación:

- **Higiene completa:** Si el paciente es autosuficiente le pediremos que se duche, sino lo fuera le realizaremos un aseo general en cama, en ambos casos debe acudir a la sala de quirófano sin ropa interior.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 29 de 39

- **Rasurado de la zona quirúrgica:** Si la zona a intervenir tiene poco vello, no lo rasuraremos.
- **Medición de constantes vitales:** Las tomaremos y las registraremos en la grafica de enfermería.
- **Retirada de joyas, prótesis dentales, lentillas, etc.,** que daremos en custodia a un familiar.

Cuando el camillero acuda a buscar al paciente para llevarlo al quirófano, éste debe ir acompañado de un familiar y su enfermera en turno, con su historia clínica completa.

Sondaje Vesical y Retirada de la Sonda

Actuaciones de enfermería llevadas a cabo para colocar una sonda o catéter a través de la uretra para drenar temporal o permanentemente la vejiga de la orina.

Material:

- Batea
- Paños estériles
- Guantes estériles
- Gasas estériles y no estériles
- Lubricante urológico
- Sonda vesical del número y tamaño adecuado, látex o de silicona
- Bolsas colectoras
- Jeringa 10 cc
- Solución salina al 0,9%
- Pinzas kocher rectas
- Tapón en caso de que el paciente deambule
- Esparadrapo hipoalérgico
- Empapador
- Material de higiene genital

• **Método:**

Colocación de la sonda vesical

- Informar al paciente de la técnica a realizar y de los posibles síntomas molestos.
- Colocar al paciente en una zona bien iluminada.
- Lavar los genitales según la pauta para hombre y mujer.
- Delimitar la zona con un paño estéril mediante técnica aséptica, para evitar provocar contaminación.
- Preparar el material estéril que vamos a utilizar.
- Colocar los guantes estériles.
- Comprobar el balón de la sonda.
- Lubricar la parte distal de la sonda ayudándonos con gasas estériles.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 30 de 39

Dependiendo del sexo del paciente realizaremos una técnica u otra:

Sondaje vesical en el hombre

- Retirada del prepucio y lubricar el glande y parte distal de la uretra.
- Coger con la mano el pene y colocarlo a 90°.
- Decir al paciente que respire profundamente.
- Con el glande descubierto introducir suavemente la sonda lubricada hasta encontrar un pequeño tope (pliegue de Guerin), en ese momento poner el pene en horizontal y hacer tracción hacia delante siguiendo con la introducción de la sonda lentamente para evitar la formación de falsas vías.
- Al penetrar en la vejiga, empezará a fluir orina indicando que estamos en la posición correcta.
- Conectar la sonda a la bolsa colectora.

- Inyectar solución salina en la vía inflando el balón de la sonda para evitar que ésta se salga. En el momento de inyectar la solución, hay que preguntar al paciente si nota dolor, en caso afirmativo hay que parar y revisar la colocación de la sonda.
- Colocar el prepucio tapando el glande para evitar la formación de una parafimosis iatrogénica.
- Fijar la sonda, con esparadrapo en la cara superior del muslo, para evitar la formación de divertículos o fistulas en la uretra.

Sondaje vesical en la mujer

- Debemos usar la misma técnica inicial anteriormente comentada, en lo referente a limpieza de genitales femeninos, campo estéril, lubricación de la sonda, uretra, etc.
- Pedir a la paciente que abra las piernas o que nos ayude un familiar en caso necesario.
- Abrir la vulva con los dedos o ayudados con gasas estériles.
- Decir a la paciente que respire profundamente.
- Introducir la punta de la sonda en la uretra progresando lentamente.
- Cuando se observa que la orina fluye por la sonda conectamos la bolsa colectora.
- Inflamos el balón de la forma ya comentada y fijamos la sonda en el muslo con esparadrapo.
- Se recoge todo el material utilizado.

Registrar toda la actividad en la historia de salud del paciente.

Retirada de la sonda vesical

Cuando sea necesario retirar la sonda vesical procederemos de la siguiente forma:

- Informar al paciente de que vamos a retirarle la sonda.
- Colocar al enfermo en posición supina con las piernas separadas ligeramente.
- Colocar un empapador debajo de los glúteos y muslos.
- Con los guantes puestos y con la jeringa extraeremos la solución salina de dentro del balón de la sonda.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 31 de 39

- Instar al paciente a que respire profundamente y con las gasas se va retirando la sonda lentamente.
- Registrar toda la actividad en la historia de salud del paciente

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Definición:

- OMS:

Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

- Nanda

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

- El índice de caídas es considerado uno de los indicadores para evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería, por lo tanto dicho personal debe aceptar y tomar conciencia que uno de los aspectos más importante en los programas de prevención de caída es la correcta “Identificación de los pacientes de riesgo”

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN DE CAÍDAS

- Identificar en la práctica asistencial la población con riesgo de caída, con independencia del entorno en que se encuentre.
- Implementar intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.
- Garantizar la transferencia de información de los pacientes en “riesgo de caídas” entre los profesionales que intervienen en su proceso asistencial.
- Crear un registro de notificación y consulta que permita conocer incidencias, causas y establecer medidas de mejora.

Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores en identificación de los factores de riesgo y su prevención.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A. de C.V.

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 32 de 39

VALORACIÓN DE CAÍDAS

- En el ámbito hospitalario es obligada la valoración inicial de factores de riesgo relacionados con las caídas y se aplicará la escala de J.H. Downton.

Caidas previas	No/Sí*
Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes o sedantes* Diuréticos* Hipotensores (no diuréticos)* Antiparkinsonianos* Antidepresivos* Otros medicamentos
Deficiencias sensoriales	Ninguna Alteraciones visuales* Alteraciones auditivas* Extremidades* (ictus, etc.)
Estado mental	Orientado Confuso*
Marcha	Normal Segura con ayuda Insegura con/sin ayuda* Imposible
Sumar un punto por cada ítem con asterisco Tres o más puntos indiquen alto riesgo de caída	

CAIDAS PREVIAS	NO SI	0 1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO TRANQUILIZANTES/SEDANTES DIURETICOS HIPOTENSORES NO DIURETICOS ANTI-PARKINSONIANOS ANTIDEPRESIVOS OTROS MEDICAMENTOS	0 1 1 1 1 1 1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO VISUALES AUDITIVOS EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS,)	0 1 1 1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO CONFUSO	0 1
DEAMBULACION	NORMAL SEGURA CON AYUDA INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA IMPOSIBLE	0 1 1 1
PUNTAJE		0-14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Una vez realizada la valoración de Downton se procede a tomar la puntuación con base a los datos obtenidos.

Se determina el grado de riesgo de caídas de acuerdo a la suma obtenida y se da un color acorde al riesgo del paciente y se colocara en la ficha de identificación del paciente que se encontrara pegada en la cabecera de su cama y/o habitación.

	Puntos	Código
Alto riesgo	8-15	Rojo
Mediano riesgo	3-7	Amarillo
Bajo riesgo	0-2	Verde

- En los pacientes identificados con bajo riesgo de caídas, las intervenciones realizadas por los profesionales serán medidas preventivas de carácter general, dirigidas al manejo del entorno, enseñanza del proceso/enfermedad y el manejo del régimen terapéutico.
- Por el contrario, ante un paciente diagnosticado de alto riesgo de caídas, se intervendrá en el mayor número posible de los factores de riesgo asociados detectados. Se hace necesaria la coordinación de

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 33 de 39

un equipo multidisciplinario, para que el paciente mejore su autonomía e independencia y su calidad de vida, aplicando intervenciones específicas relacionadas con sus factores de riesgo.

- Reevaluación cada vez que se modifique el estado de salud o el entorno del paciente, independientemente del medio sanitario donde se encuentre, y periódicamente en atención primaria y residencias, según contempla el “Examen de salud de mayores de 65 años” de la Consejería de Salud

COMO ACTUAR ANTE UNA CAIDA

- Atención preferente e inmediata a la situación clínica del enfermo.
- Diagnóstico y tratamiento de las lesiones.
- Registro del incidente en la historia clínica del paciente.
- Notificación al personal sanitario responsable y a la familia o tutor
- Incluir en la transferencia de información entre profesionales (cambios de turnos, traslados entre unidades o interniveles) información sobre los pacientes con alto riesgo de caídas.
- Inclusión en el protocolo como “paciente de alto riesgo”, si no estaba considerado como tal, reevaluar el plan de cuidados y aplicar las medidas preventivas. Las alarmas visuales de seguridad son útiles en estos casos
- Valoración y seguimiento del paciente atendiendo a factores físicos, psicológicos y sociales.
- El informe de alta hospitalaria para la continuidad de cuidados debe reflejar el alto riesgo de caída para su seguimiento por los profesionales sanitarios de atención primaria o residencia.
- Notificación del EA caída en el ámbito asistencial en el registro pertinente
- Cubrirá el Informe de caídas y lo entregará a la supervisora de la unidad.
- Controlará el estado del paciente en horas sucesivas
- Registrará en la hoja de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.
- Valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico de guardia, si lo considera oportuno.
- Todos los pacientes de riesgo, tendrán en su historia el registro cumplimentando “Escala de riesgos de caídas (J. H. Downton) “.
- En el registro de valoración inicial del paciente, se registrarán los siguientes datos del paciente:
 - Alteraciones de la movilidad/ precisión de ayuda.
 - Edad
 - Estado sensorial, conciencia
 - Tratamiento farmacológico: sedantes
 - Diagnóstico médico
 - Estado emocional del paciente
 - Si es portador de dispositivos externos

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 34 de 39

- Si ha tenido caídas previas

ATENCION POSMORTEM

Conjunto de intervenciones de enfermería que se proporcionan al cadáver

- Iniciar con los primeros pasos de todo procedimiento.
- Proporcione intimidad.
- Doble la lencería de cama en acordeón hasta los pies de la cama.
- Coloque el cuerpo en decúbito supino. Deje rectos los brazos y las piernas. Coloque una almohada bajo la cabeza y los hombros.
- Cierre los ojos de la persona. Tire con suavidad de los párpados sobre los ojos. Aplique con suavidad gasas húmedas sobre los párpados cuando no consiga que se queden cerrados.
- Coloque la dentadura postiza, si así lo indican las normas institucionales. Si no, póngala en un contenedor para dentadura identificado.
- Cierre la boca de la persona. Si fuera necesario, ponga una toalla enrollada por debajo de la barbilla para conseguir que se quede cerrada.
- Siga las normas de la institución acerca de las joyas. Anote cualquier joya que le haya quitado a la persona. Ponga las joyas y la lista en un sobre para la familia.
- Retire los drenajes, las bolsas y otros contenedores. Si es necesario deje las sondas y catéteres en su sitio si se va a realizar la autopsia. Si no retire todo.
- Limpie las áreas sucias con agua corriente. Séquelas bien.
- Coloque un protector de cama debajo de los glúteos.
- Ponga ropa limpia debajo del cadáver.
- Cepille y peine el pelo, si hace falta.
- Rellene las tarjetas de identificación. Ate una en el tobillo o en el dedo gordo del pie derecho y una en el torras.

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 35 de 39

- Cubra el cuerpo con una sábana hasta los hombros si la familia desea verlo.
- Recoja las pertenencias del difunto y póngalas en una bolsa con su nombre.
- Quite el equipo y ropa de cama. Arregle la habitación y ponga una luz tenue.
- Quítese los guantes y lávese las manos.
- Deje que la familia vea el cuerpo, garantizando la intimidad. Dé las pertenencias del difunto a su familiar y vuelva a la habitación cuando se hayan marchado.
- Lávese las manos y póngase los guantes.
- Coloque el cuerpo en una bolsa para cuerpos, cúbralo con una sábana.
- Coloque la parte superior de la sabana por encima de la cabeza.
- Pliegue la parte inferior por encima de los pies.
- Pliegue los laterales por encima del cuerpo.
- Ajuste la sábana con tela adhesiva o seguros.
- Una la tercera tarjeta de identificación a la sábana o bolsa para cuerpo.
- Deje el cadáver en la cama hasta que llegue el personal de la funeraria. Deje la dentadura al lado del cadáver.
- Deje un biombo alrededor de la cama o cierre la puerta.
- Quítese los guantes y lávese las manos.
- Termine el procedimiento con los últimos pasos.

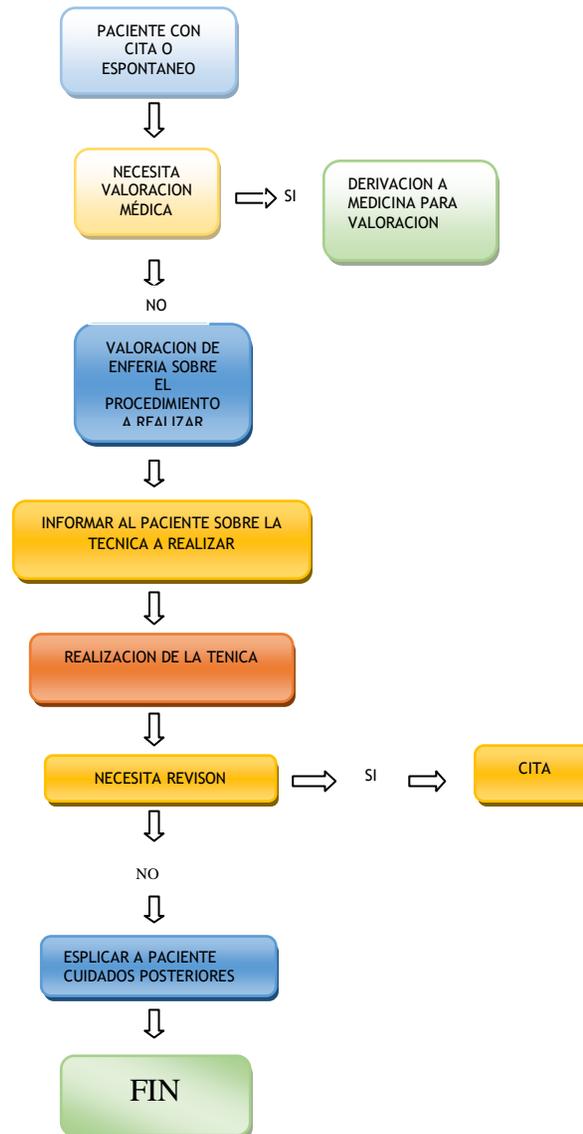
Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA

MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 36 de 39

7. Diagrama de Flujo / Soporte Referencial (imágenes, fotos, referencias)

Esquematización de los pasos (proceso, gestión, operación), / fotos, imágenes, etc.



Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA



MANUAL DE PROCESOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Departamento / Área: AREA DE ENFERMERIA	Vigente a partir de: Marzo 2022	Clave: CEMA-MN-ENF-PBE-10
	Versión: 5.0	Página 37 de 39

8. Resultado deseado / Entregables

Que el personal de enfermería realice los procesos de acuerdo a las normas que rigen en esta organización.

9. Indicador (es)

Hacer referencia al resultado programado.

Este procedimiento no cuenta con indicador.

No.	TIPO	NOMBRE	ALGORITMO	OBJETIVO	FRECUENCIA DE REVISIÓN
1	PROCESO / RESULTADO		-----		

Elaboró	Autorizó	Revisó	Libero
L.E. ISAMAR CERÓN HERNÁNDEZ RESPONSABLE DE ENFERMERÍA	DR. JOSE MARIA BUSTO VILLARREAL DIRECTOR MEDICO DE CEMA	LIC. LIC. ROSA ANGÉLICA BEJARANO LÓPEZ COORDINADORA DE CALIDAD	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS DIRECTORA GENERAL DE CEMA