

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Licenciatura en Enfermería

Informe de Actividades de Servicio Social Realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación

“Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

Persona que realiza el Servicio Social:
Tania Lizbeth Santiago Fuentes

Matricula: 2192052389

Fecha de Inicio: 01/08/2023

Fecha de Término: 31/07/2024

Asesor Interno: Correa Argueta Edgar

Asesor Externo: Pantoja Herrera Martín

ÍNDICE

Introducción	4
Justificación	6
Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Lugar de realización	9
Ubicación	9
Nivel de atención	10
Misión	10
Visión	10
Antecedentes	11
Servicios asignados para la rotación dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación.	15
Cirugía de columna y cirugía de mano/microcirugía	15
Ubicación	15
Consulta externa de oftalmología/ otorrinolaringología / cardiología	59
Ubicación	60
Clínica de accesos vasculares y terapia de infusión	73
Ubicación	73
Banco de sangre	91
Ubicación	91
Objetivos alcanzados	104
Conclusiones	105
Recomendaciones	106
Referencias Bibliográficas	107
ANEXOS	118
Anexo 1. Formato de Venopunción	118
Anexo 2. Formato de Kardex	119
Anexo 3. Membrete para Solución Parenteral	119
Anexo 4. Programación de bomba de infusión.	120
Anexo 5. Los 10 correctos	121
Anexo 6. Curación de Lesión Por Presión.	122
Anexo 7. Medidas de Aislamiento	123

Anexo 8. Hoja de Registro de Transfusiones. _____	124
Anexo 9. Hojas de Enfermería en Hospitalización _____	125
Anexo 10. Resonancia Magnética _____	134
Anexo 11. Desinfectantes utilizados en Consulta externa. _____	135
Anexo. 12. Listado de Verificación de Procedimientos Invasivos _____	136
Anexo 13. Registros Clínicos de Enfermería Área Quirúrgica. _____	138
Anexo 14. Organización del instrumental y material de consulta externa. _	140
Anexo 15. Curación de un Catéter _____	141
Anexo 16. Reunión de los Materiales para la Instalación de un Acceso Vascular. _____	142
Anexo 17. Asistencia en la Instalación de un PICC _____	142
Anexo 17. Asistencia en la Instalación de un PICC _____	143
Anexo 18. Retiro de CVC _____	144
Anexo 19. Registro de Instalación de Catéter Venoso Central _____	145
Anexo 20. Hoja para monitoreo de Dispositivo de Acceso Venoso _____	146
Anexo 21. Donación de Sangre Total. _____	147
Anexo 22. Sangre Total _____	148
Anexo 23. Indicaciones Pos-donación _____	149
Anexo 24. Toma de muestra _____	151
Anexo 25. Infografía de las Reacciones Adversas a la Donación de Sangre. _____	152
Anexo 26. Constancia de Asistencia al Curso “Educación continua: tecnologías aplicadas a la terapia de infusión para la seguridad del paciente”. _____	154
Anexo 27. Constancia de capacitación “Capacitación de toma de muestra _____	155
Anexo 28. Constancia de Asistencia al Curso “Congreso innovación en el cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos”. _____	156

Introducción

El cumplimiento del servicio social es obligatorio por la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal actualmente Ciudad de México. El servicio social es un requisito de egreso y conforme al Art. 1 del “Reglamento de estudios superiores” de la Universidad Autónoma Metropolitana, se entiende por servicio social, como el conjunto de actividades realizadas por los egresados de la Universidad en beneficio de la sociedad y el Estado.

En el plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) se incluye la prestación de servicio social de acuerdo con el Reglamento de Servicio Social a Nivel de Licenciatura y demás lineamientos aprobados por los órganos colegiados correspondientes. Teniendo como propósito el desarrollo individual y profesional del egresado.

Este se presta a partir de que se cumpla con el 100% del total de créditos de la licenciatura. En el área de Enfermería se contempla como principal propósito académico el reforzamiento y la actualización en la prestación del cuidado enfermero en áreas asistenciales, administrativas, de investigación, gestión y docencia. Esta práctica a su vez fortalece la formación académica y practica en el desarrollo de liderazgo, actitudes reflexivas, críticas y de responsabilidad social, como respuesta a necesidades de creación y promoción para responder a problemas socialmente relevantes.

Realizar las actividades de enfermería dentro del entorno hospitalario, se vincula con la interacción del conocimiento aplicado a la realidad, con el fin de desarrollar competencias y habilidades para desenvolverse en el ámbito laboral una vez terminado.

En el presente documento se describen cada una de las actividades profesionales de la carrera en enfermería desempeñadas del 01 de agosto del 2023 al 31 de Julio del 2024 en el Instituto Nacional de Rehabilitación “LGII” durante el turno matutino, acudiendo 5 días a la semana en un horario de 8:00 a 14:00 hrs, descansando sábado y domingo con derecho a dos periodos vacacionales de 2 semanas cada

uno, los servicios para la rotación fueron asignados por el Departamento de Enseñanza e Investigación en Enfermería y la Coordinación de Enseñanza en Enfermería del INRLGII, siendo estos:

- Cirugía de Columna y Cirugía de Mano/Microcirugía
- Consulta externa de Oftalmología/ Otorrinolaringología/Cardiología
- Clínica de Accesos Vasculares y Terapia de Infusión
- Banco de Sangre

Al finalizar la rotación de cada servicio se entregó una hoja de evaluación a la persona con cargo de jefe del servicio, en donde se evaluó el desempeño realizado y el cumplimiento de los objetivos.

Justificación

El cumplimiento del servicio social es obligatorio y deberá ser realizado como requisito previo para obtener el título de licenciatura.¹

A través del servicio social se aplican conocimientos, habilidades y destrezas que se adquirieron durante los 4 años de carrera, continuando con el año de servicio, el cual retribuye a la sociedad por lo recibido en la trayectoria escolar, estableciendo contacto directo con la comunidad donde prestará el dicho servicio.

La Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco cuenta con ciertos requisitos para obtener el título de licenciado o licenciada en enfermería los que incluyen:

1. Haber cubierto un total de 534 créditos.
2. Cumplir con el servicio social de acuerdo con el Reglamento de Servicio Social a Nivel de Licenciatura y demás lineamientos aprobados por los órganos colegiados correspondientes.
3. Presentar constancia de lectura y comprensión técnica del idioma inglés, expedida por el Taller de Lenguas Extranjeras de la UAM-X.^{2,3}

En la inducción donde se realizó el servicio se establecieron los requisitos para la liberación del mismo, los cuales consistían en: asistencia/puntualidad, entrega de Proceso de Atención de Enfermería trimestral, evaluación trimestral y trabajo final (investigación) en el caso de la Universidad Autónoma Metropolitana, sin embargo con la aprobación del asesor Interno y externo, quienes estuvieron de acuerdo en aceptar este informe de prácticas profesionales, como medio para la liberación del Servicio Social, como otra forma de titulación, respetando la estructura y formatos solicitados. Así mismo simultáneamente se trabajó con una bitácora de actividades desempeñadas a lo largo de los días, la cual la Coordinación de Enseñanza en Enfermería se encargaba de revisarla periódicamente. El horario asignado en ciertos servicios fue modificado debido a las necesidades de cada servicio, quedando siempre acorde al turno establecido.

Dicho informe se elaboró con el propósito de plasmar las actividades profesionales realizadas en Instituto Nacional de Rehabilitación durante los 12 meses de servicio social en la Licenciatura en Enfermería, distribuidas en 4 servicios que se mencionan anteriormente de 3 meses cada uno, durante el periodo comprendido del 01 de agosto del 2023 al 31 de julio del 2024, poniendo en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la carrera, sin embargo, debido a la necesidad del servicio y la demanda de personas que necesitan del cuidado en las distintas áreas del hospital, la supervisión solicitaba realizar actividades asistenciales o la rotación emergente por otros servicios para cubrir estas necesidades, como por ejemplo el servicio de Lesión Medular, Hospitalización de Otorrinolaringología y Hospitalización de Especialidades múltiples (8vo Piso).

Objetivos

Objetivo general

- Describir por medio de este informe de servicio social las actividades desempeñadas en cada uno de los servicios asignados en un hospital de tercer nivel con el fin de plasmar las habilidades, destrezas, conocimientos, competencias adquiridas y desarrolladas durante el periodo del 01 de agosto de 2023 al 31 de julio del 2024.

Objetivos específicos

- Aplicar métodos, técnicas y procedimientos fundamentados en modelos y teorías de enfermería, que favorezcan la adaptación funcional del individuo al proceso salud-enfermedad.
- Identificar las habilidades y competencias teórico-prácticas adquiridas durante la formación académica para reforzarlas y la adquisición de nuevas durante la realización del servicio social.
- Informar sobre los conocimientos teóricos y prácticos aplicados en cada uno de los servicios de rotación durante los 12 meses de servicio social para el desempeño de una práctica de enfermería oportuna y de calidad.

Lugar de realización

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo “Ibarra Ibarra”.

Ubicación

Se ubica en Calzada México-Xochimilco 289, Coapa, Col. Arenal de Guadalupe, Tlalpan, 14389 Ciudad de México, CDMX.⁴

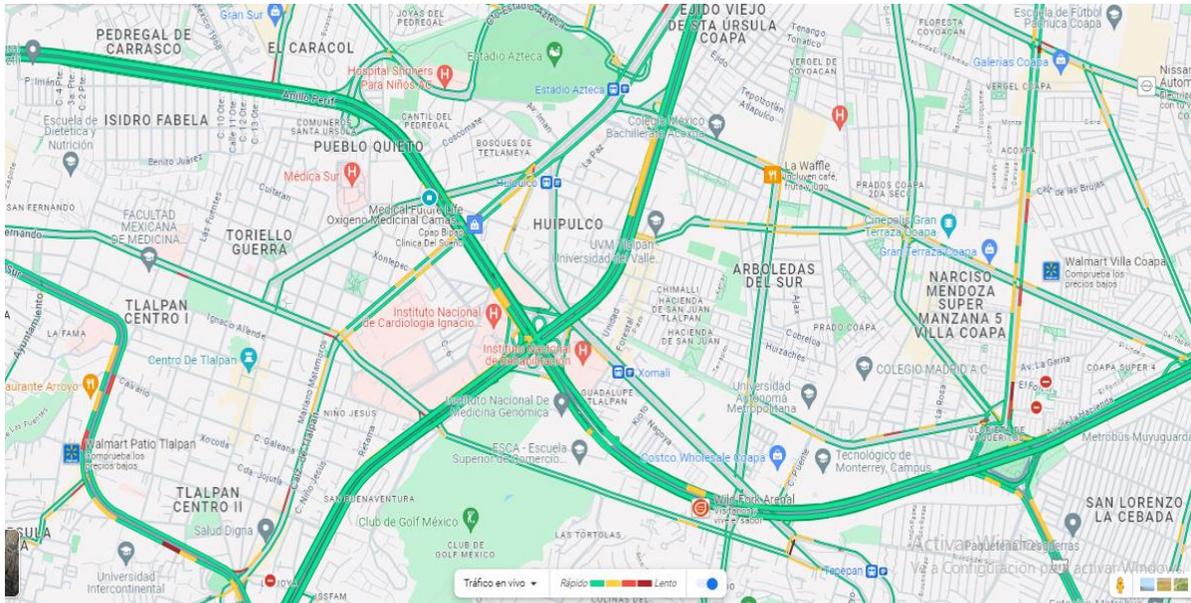


Figura 1 Mapa de localización del INR "LGII"

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación.⁴

Diseño arquitectónico

El instituto se compone de 12 edificios con una construcción total de 128,000 m². Cuenta con 104 consultorios, 18 quirófanos, urgencias, cuidados intensivos, medicina nuclear, electro diagnóstico, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ultrasonido musculoesquelético, banco de sangre, análisis clínicos, densitometría ósea y electro diagnóstico.

Para la asistencia dispone de 282 camas censables (Ortopedia 201, Rehabilitación 40, Quemados 26, Otorrinolaringología 15), con días de estancia hospitalaria (Oftalmología ambulatoria, otorrinolaringología 1, Rehabilitación 30, Ortopedia 7 a 10, CENIAQ entre 30 y 90), urgencias, cuidados intensivos, medicina nuclear,

electro diagnóstico, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ultrasonido musculo esquelético, banco de sangre, análisis clínicos, densitometría ósea y electro diagnóstico.

Opera con áreas de atención médica, medicina de rehabilitación (con 14 subespecialidades), audiología, foniatría y patología del lenguaje, otorrinolaringología, oftalmología, genética, reumatología y medicina del deporte. Adicionalmente, cuenta con un Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) y otro más dedicado a la Medicina del Deporte.⁵

Nivel de atención

En la actualidad el INRLGII ha ganado presencia y reconocimiento a nivel nacional como Institución líder en la Atención Médica de Alta Especialidad y la Formación de Recursos Humanos en los campos de Ortopedia, Medicina de Rehabilitación, Audiología, Otoneurología y Foniatría, Genética, Reumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello y durante el presente año se adicionaron las especialidades de Medicina de la Actividad Física y Deportiva, así como Cirugía Plástica. Asimismo, tiene presencia nacional a través de las campañas de Cirugía Extramuros y del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.⁵

Misión

Somos una institución de salud dedicada a la prevención, tratamiento, investigación, docencia y rehabilitación de las discapacidades, mediante la atención médica especializada, la investigación científica y la formación de recursos humanos con un enfoque diferenciado, intercultural, con perspectiva de derechos y equidad de género.⁶

Visión

Ser el Instituto Nacional de Salud referente en la prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia de las discapacidades, priorizando el acceso

gratuito a servicios de salud, órtesis, prótesis y medicamentos de las personas que no cuentan con seguridad social.⁶

Antecedentes

En el año de 1951 se creó la Dirección General de Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se integró con diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades: musculoesqueléticas, de la audición, de la visión y por deficiencia mental, dando lugar al Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético, al Instituto de Audiología, al Instituto Nacional de Niños Ciegos, anexando la Escuela Nacional de Ciegos y estableciendo el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, el Centro de Débiles Visuales y el de Deficiencia Mental, así como el Centro de Rehabilitación Francisco de P. Miranda, el cual, a finales de 1970 se transformó en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred.⁷

En el año de 1971 se planteó el Programa Nacional de Rehabilitación que incluía la construcción de Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en los Estados y la del Instituto Nacional de Rehabilitación en la Capital de la República, del cual se realizó el proyecto ejecutivo y se le asignó un terreno en la Delegación de Tlalpan, cuya construcción a punto de ser iniciada se suspendió por razones de crisis económica en el País.

Por lo anterior, el Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético cambió de nombre por el de Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación; el del Instituto de Audiología cambió a Instituto Nacional de la Comunicación Humana (a finales de 1970) y el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred por el de Instituto Nacional de Ortopedia, todo ello con el propósito de que a través del tiempo se convirtieran en verdaderos institutos de investigación.

Para el año de 1989 se decidió la fusión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para dar lugar a la Formación de un solo Instituto fortalecido, lo cual se logró mediante la construcción y

equipamiento de un nuevo edificio, llevándose a cabo el proyecto ejecutivo e iniciándose su construcción. La fusión, funcional, de estos Institutos, se llevó a cabo mediante la modificación al Reglamento Interno de la Secretaría de Salud en el mes de agosto de 1997, creándose el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

En el año 2000, los tres Institutos ya fusionados como CNR se cambiaron a las nuevas instalaciones en la Delegación Tlalpan, aún sin estar terminadas las obras, que debieron continuar simultáneamente, prestando servicios de atención médica y realizando actividades de investigación y enseñanza, en forma progresiva conforme se iba terminando la obra y equipando las diferentes áreas.

Como parte fundamental de su objetivo original, el CNR se convirtió en un Instituto Nacional de Salud mediante la modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud a partir del 23 de junio del 2005, creándose el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Del 2005 al 2010, el objetivo fue lograr la Integración real de las tres Instituciones bajo una sola Dirección y Administración, lográndose una nueva Identidad.

Del 2010 al 2015 el objetivo fue Mejorar la Calidad en Investigación, Enseñanza, Atención Médica y Administración, lo cual se hizo evidente a través de la Certificación del Consejo de Salubridad General y de la ISO 9000.⁷

A partir del mes de febrero del año 2015, mediante modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se le impuso el nombre de Luis Guillermo Ibarra Ibarra al Instituto Nacional de Rehabilitación.

El 14 de enero de 2011 el presidente de la República Mexicana, Felipe Calderón Hinojosa, acompañado de su esposa la Licenciada Margarita Zavala y el secretario de Salud, Doctor José Ángel Córdoba Villalobos, inauguró el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), como parte del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). El Ejecutivo Federal destacó la importancia de abrir las puertas de la salud a todos los mexicanos: “porque abrir las puertas de la salud y abrir las puertas de la medicación, es abrir las puertas de la igualdad y el respeto a la dignidad de la persona y sólo así se podrá forjar el México que queremos”.⁷

El CENIAQ cuenta con un equipo especializado de médicos y paramédicos (enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas), quienes han tenido la oportunidad de capacitarse por aproximadamente un año en el Hospital Shriners de Sacramento en California, así como en las unidades y servicios de la Ciudad de México. Con esa obra se pretendió consolidar un Centro en el que la investigación es el punto medular para el desarrollo científico para el cultivo de piel y la revisión de las cicatrices queloides o hipertróficas, las cuales son en gran parte, las responsables de las deformidades, desfiguramientos y contracturas de las personas quemados. El CENIAQ se compone de 10 niveles con servicios y laboratorios como: Urgencias y área de choque, admisión y recepción; Consulta externa; Rehabilitación integral y enseñanza; Hospitalización de subagudos; Área de quirófanos; CEYE; Hospitalización de agudos; Laboratorios de medicina genómica y de tejido conjuntivo; Laboratorio de infectología y banco de piel; Laboratorio de biotecnología y Helipuerto.⁸

Este Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados es el primero en su género, tanto en nuestro país como en América Latina, que ofrece a la población mexicana, una institución altamente especializada para la atención de quemaduras graves, con calidad y calidez; cuenta con la tecnología más avanzada y cumple estrictamente con los estándares establecidos a nivel nacional e internacional.

A partir del mes de febrero del año 2015, mediante modificación a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se le impuso el nombre de Luis Guillermo Ibarra Ibarra al Instituto Nacional de Rehabilitación.⁹

En junio de 2021 puso en marcha Programa de Rescate Integral para reactivar o regularizar atención suspendida por la pandemia de COVID-19. El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” puso en marcha el Programa de Rescate Integral, a través del cual ha aumentado más del doble el número de consultas o servicios, como resultado de la reactivación o regularización de la atención que se había suspendido por la pandemia de COVID-19. Se reactivó el programa de prótesis intrahospitalaria y se creó la Clínica de Terapia de Infusión

Intravenosa Ambulatoria fusionada con la Clínica de Accesos Vasculares y se reestructuró y regularizó el Banco de Sangre y el Servicio de Medicina Nuclear.¹⁰

El día 28 de febrero del 2024 El Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INRLGII) amplió el servicio de cataratas y el área de consulta externa de oftalmología, acciones que “representan un avance y un compromiso con la salud visual y la mejora continua de la atención oftalmológica en México. Estas nuevas áreas incorporan tecnologías de vanguardia para un diagnóstico más temprano y la administración de tratamientos más efectivos y menos invasivos.¹¹

Servicios asignados para la rotación dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Cirugía de columna y cirugía de mano/microcirugía

El servicio de Cirugía de la Columna Vertebral provee atención integral a personas con necesidades en la patología del servicio como Hernias de disco cervical y lumbar, Conducto cervical y lumbar estrecho, Fracturas y luxaciones de columna vertebral con o sin lesión neurológica, Enfermedad discal degenerativa, Escoliosis idiopática, degenerativa y otras etiologías.

Ubicación

Se encuentra ubicado en el 7º piso de la Torre de Hospitalización de Ortopedia, en el costado derecho se encuentra el área de hospitalización de cirugía de columna y por el costado izquierdo el área de cirugía de mano/microcirugía.

Descripción de actividades de enfermería	
Actividad	Fundamentación
Toma y registro de Signos Vitales.	<p>Los signos vitales son fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, proporcionando información para entender la evolución, el desarrollo de los procesos metabólicos de los aparatos y sistemas del cuerpo más importantes para la vida. Permitiendo así estimar la efectividad de la circulación, la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.</p> <p>La técnica de toma de signos vitales es un procedimiento a través del cual podemos determinar los valores normales o anormales. Estos reflejan el estado fisiológico regidos por los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones, riñones) detectando cualquier alteración.</p>

	<p>El control se realiza cuando la persona ingresa a una institución de salud; para atención médica o control rutinario a nivel hospitalario; antes y después de una intervención quirúrgica, antes y después de administrar ciertos medicamentos que puedan afectar la función cardiovascular, respiratoria, en presencia de dolor o alteración en el estado de conciencia.</p> <p>La medición de los signos vitales en forma correcta y adecuada es un aspecto fundamental dentro del diagnóstico de la persona, porque a través de esta técnica se puede constatar la valoración clínica de nosotros como personal de enfermería; su interpretación coadyuva a decidir conductas de manejo.</p> <p>Al omitir u emitir resultados erróneos pone en riesgo la vida del ser humano, por lo tanto, la necesidad con que los signos vitales serán ejecutados y reportados marca la diferencia en el tratamiento de la persona a nuestro cargo.</p> <p>Los signos vitales varían de individuo a otro según la edad, género, ejercicio, fiebre, medicación, estrés, cambios de posición, en la forma en que se toman, pero hay ciertos límites que generalmente se consideran normales.</p> <p>Durante la realización del servicio se pone en práctica el razonamiento clínico, al determinar si se administra un medicamento indicado por él médico, en este caso el Tramadol, por su efecto opioide puede desencadenar efectos hipotensores, por lo cual se procede a corroborar la presión arterial previa a su administración.¹²</p>
Exploración física.	<p>La exploración física es la estrategia para recolectar datos sobre las manifestaciones objetivas comprobables y físicamente existentes en las personas, que son percibidas a</p>

través de los órganos y sentidos. Este método es complementario en la historia clínica y sustenta muchos de los síntomas interrogados.

Se efectúa en dirección cefalocaudal, considerando las diferentes regiones; utilizando los cuatro principales métodos de exploración que comprenden; inspección, palpación, percusión y auscultación.

- La inspección general: incluye el aspecto general, el estado mental, los signos vitales, el peso y altura, postura, marcha y piel.
- La inspección segmentaria: comprende la valoración de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitourinario y extremidades.

En la exploración física se busca confirmar la normalidad en el estado de la persona. De manera que cuando se encuentra algún signo o síntoma anormal se puede intervenir de forma inmediata, el caso de una urgencia vital, o se puede focalizar la valoración en ese aspecto o parte del cuerpo de la persona que estamos explorando. En este sentido se da pauta a establecer un Proceso de Atención de Enfermería determinando el diagnóstico e intervenciones a realizar.

De acuerdo a la *Norma Oficial Mexicana 004*, del Expediente Clínico, la información recolectada a lo largo de la evaluación y atención de la persona debe ser almacenada y registrada de forma ordenada, la exploración física “deberá tener como mínimo: habitus exterior (inspección de la persona), signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o

	específicamente la información que corresponda a la materia de los profesionales de la salud” ¹³
Baño a la persona encamada.	<p>Las personas hospitalizadas en cualquiera de las distintas áreas de un hospital requieren determinados cuidados de enfermería, esto con el fin de satisfacer sus necesidades básicas.</p> <p>La higiene de la persona encamada conforma al conjunto de intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería, en la persona que presenta limitaciones para realizarlas por sí mismo, encontrándose encamada. Durante la realización de la higiene, no solo se logra mantener la piel limpia e hidratada aportando a la persona bienestar, sino que, además, durante el proceso se permite observar las posibles alteraciones de la piel, pudiendo prevenir muchas de ellas, así como evitar infecciones o lesiones. El aseo se realizará tantas veces como sea necesario, ya que los individuos dependientes pueden presentar incontinencia, favoreciendo la presencia de humedad, íntimamente ligada a la presencia de lesiones y otras complicaciones.</p> <p>La higiene se realiza con agua y jabón, se hace hincapié en secar la piel sin friccionar, ya que de esta forma se puede dañar haciéndola más propensa a posibles complicaciones, pero además, se especifica el secado de los pliegues cutáneos de las zonas interdigitales y genitales ya que es probable que estas zonas permanezcan húmedas, provocando posibles problemas, como maceración o infecciones y la aparición de lesiones por presión.¹⁴</p>
Baño en seco.	Procedimiento por el cual se realiza una limpieza del cuerpo o zonas específicas a excepción del cabello, con un paño e

	<p>inclusive toallas, con el uso mínimo de agua y sin jabón, siempre que sea imposible el baño en regadera o en camilla. Esta técnica facilita la higiene a la persona que cuenta con alguna contraindicación al baño normal que puede ser por razones patológicas, dermatológicas, algún proceso infecto-contagioso, favoreciendo el flujo sanguíneo; movilización para prevenir las LPP; eliminar células muertas, secreciones, sudor, polvo y así prevenir la aparición de las IAAS.</p> <p>Por lo anterior, se debe valorar el estado hemodinámico de la persona antes de iniciar las prácticas concernientes a dicha higiene. En el caso de que exista inestabilidad hemodinámica está indicado desestimar el aseo hasta que se consiga el control hemodinámico.</p> <p>Prueba de ello se realizó este procedimiento en una persona la cual se encontraba con tracción cervical mediante un dispositivo llamado halo cefálico, el cual contaba con indicación médica la mínima movilización por lo que resultaba imposible que se le realice un baño normal en regadera. De manera que para mantener una adecuada higiene se llevó a cabo un baño en seco adaptado a la condición existente.¹⁵</p>
<p>Baño de regadera en camilla.</p>	<p>Es el procedimiento que se realiza para proporcionar la limpieza en una camilla con regadera, mediante la aplicación de agua y jabón a corriente al cuerpo de un individuo con déficit de movilidad. Estos aspectos de higiene corporal se realizan de manera diaria en la persona que presenta lesión medular, fractura de pelvis, cadera, fémur y multifracturados quienes son totalmente dependientes para la realización de las actividades de la vida diaria, esta higiene se realiza con el fin de cumplir con la higiene personal.</p> <p>Al mismo tiempo se trata de realzar un procedimiento con juicio crítico, favoreciendo los siguientes aspectos:</p>

- Eliminación de células muertas, secreciones, sudor y polvo que se encuentran en la superficie corporal.
- Estimulación de la circulación por medio de la movilización y el masaje.
- Higiene, confort y comodidad.
- Observación de la integridad de la piel y el estado general.
- Promoción del autocuidado.
- Prevención de posibles complicaciones a nivel hemodinámico, como trombosis y hemorragias.

De acuerdo a los principios biológicos se considera que: el agua corriente elimina las impurezas y favorece la transpiración de la piel, la circulación de la sangre es estimulada mediante la fricción que procede del lavado y secado de la piel, el deslizamiento y el frotamiento del cuerpo suave, prolongado y ascendente por brazos y piernas aumentan el flujo sanguíneo.

En este aspecto en el área de hospitalización de Cirugía de columna o Lesión medular, a los usuarios se les realiza este procedimiento de forma diaria en un baño acondicionado con un sistema desagüe para el baño y una camilla de baño con las siguientes características: altura regulable, hidráulica, con colchón blando, impermeable, bastidor sólido resistente, 2 barandales laterales movibles, 4 llantas con freno y un orificio para desagüe. Se moviliza a la persona de la cama a la camilla para el baño, trasladando la camilla con la persona al baño, con una movilización en bloque se lateraliza a la persona para retirar la ropa de cama incluido el camisón, se colocan los protectores en las férulas y/o fijadores externos o en los dispositivos invasivos, procurando un cierre hermético evitando que se humedezcan la férula/fijador externo o las

	<p>curaciones, se orienta al cuidador primario sobre la utilización del sistema hidráulico y sobre como lavar, enjuagar, secar y cubrir cada una de las partes del cuerpo iniciando por el cabello.</p> <p>En este procedimiento se involucra mucho el cuidador primario como el mismo individuo, esto debido a que se trabaja con el modelo de Dorothea Orem, el cual fomenta el autocuidado de él mismo, para ella el objetivo de la enfermería radica en: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”, dicho esto se brinda la enseñanza y educación sobre los cuidados y técnicas a realizar al usuario como a su cuidador. ¹⁶</p>
<p>Técnicas de traslado y movilización de la persona.</p>	<p>Las técnicas de traslado son el conjunto de actividades que se realizan para movilizar a la persona con limitación del movimiento, tienen como objetivo mantener la comodidad y alineación corporal, prevenir posibles complicaciones (lesiones por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc), colocar a la persona en la posición adecuada asegura una óptima higiene postural, así mismo potencia la autonomía de la persona, asistiéndola de forma pasiva solo cuando sea necesario (en las transferencias de una posición a otra). ¹⁷</p> <p>Esto se realizará mediante la mecánica corporal que se ejecuta cuando se realiza la movilización y transferencia del individuo, con fines diagnósticos y terapéuticos. La alineación corporal es determinante en toda actividad funcional tanto del personal de salud, como de la persona a su cuidado, para evitar lesiones neuromusculoesqueléticas. La postura es la</p>

alineación corporal que se adopta espontáneamente en forma correcta o incorrecta; la posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en formas intencionales, tirar o deslizar un objeto requiere menor esfuerzo que levantarlo, porque para ello es necesario moverlo contra la fuerza de gravedad, utilizando el peso propio para contrarrestar a la persona se requiere menos energía en el movimiento. Algunas técnicas más efectuadas en el servicio fueron:

- Movilización activa de decúbito supino a sentado al borde de la cama
- Movilización activa hacia el cabecero de la cama
- Movilización pasiva hacia un lateral de la cama
- Movilización activa de decúbito prono a decúbito supino
- Movilización pasiva de decúbito prono a decúbito supino
- Movilización pasiva por traslado de cama a camilla y viceversa
- Movilización activa por traslado de cama a silla de ruedas
- Movilización por traslado de cama a bipedestación
- Movilización en bloque en fracturas y patologías de la columna vertebral
- Movilización para iniciar deambulación

Uno de los aspectos más delicados de la atención y el cuidado de las personas con dependencia es su movilidad. Se debe tener en cuenta que el uso de cualquier dispositivo no sustituye a los cambios posturales. La movilización de la persona, son técnicas que frecuentemente se emplean en el día a día en un servicio.

	<p>La estrategia más utilizada en el instituto para la movilización de un individuo que presenta lesión medular es la colocación de una sábana estándar doblada en rectángulo colocada a la mitad de la cama para traslado esta nos facilita el traslado de un lugar a otro en un solo movimiento disminuyendo así la tracción del mismo. ¹⁸</p>
<p>Instalación, mantenimiento y retiro de acceso vascular periférico corto.</p>	<p>La colocación de una vía venosa periférica consiste en la permeabilización de una vena periférica a través de una punción, por medio de un catéter biocompatible de corta longitud que permite acceder al torrente sanguíneo. Puede colocarse con fines diagnósticos o/y con fines terapéuticos, como en la administración de tratamientos. Por sus características se define también como un catéter de corta duración. Este constituye a uno de los métodos invasivos debido a la complejidad tanto en su instalación, mantenimiento y hasta el retiro una vez que se cumplieron los objetivos terapéuticos de su utilización.</p> <p>La técnica de instalación de una vía venosa periférica se realiza con frecuencia en las unidades Hospitalarias y es un proceso que requiere aplicar el plan de atención de enfermería mediante la evaluación minuciosa del tipo de acceso venoso que la persona necesita y el capital venoso que posee.</p> <p>Se realiza este procedimiento bajo conocimientos de anatomía y fisiología, en relación al juicio y práctica en el mantenimiento de dispositivos intravasculares y de las medidas de control para prevenir infecciones. Esta práctica debe estar sustentada en la Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la</p>

	<p>administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>Para la instalación de la terapia se deberá contar con la prescripción médica y realizar doble verificación en las dosis, tiempo y soluciones a utilizar, valorar el sitio de punción y elegir el catéter de capacidad y longitud de acuerdo con el juicio clínico, utilizar un catéter por punción y solo se realizarán 2 punciones por persona, en dado caso de no lograr instalar la vía se solicitará apoyo del equipo o en su defecto determinar el tipo de dispositivo conveniente para la persona, verificar la integridad del catéter al retiro, así como el sitio donde estaba instalado, realizar curación y cubrir adecuadamente.</p> <p>Como protocolo solo se realizan de uno a dos intentos de instalación por persona, en el caso en el que sea urgente se realizara un tercer intento cambiando de operador, solicitando ayuda del personal experto. Para el registro de esta práctica se utiliza un instrumento llamado “Registro Clínico para la seguridad en la venopunción” que se utiliza en el Instituto Nacional de Rehabilitación, que valida porque se instaló, quien lo instalo, tipo, fecha de instalación, valoración y registro. ¹⁹</p> <p>Anexo 1. Formato de venopunción.</p>
<p>Preparación y administración de medicamentos IV.</p>	<p>El objetivo principal de la terapia IV consiste en alcanzar la respuesta deseada en el menor tiempo posible y mantener las concentraciones plasmáticas (terapéuticas) durante el periodo que se requieren. La situación clínica de la persona es, con frecuencia, fuente de variabilidad farmacocinética que requiere considerarse para alcanzar de forma satisfactoria,</p>

los objetivos terapéuticos, otras veces, se recurre a esta vía de administración porque, no existiendo gravedad, es necesario mantener una respuesta terapéutica de forma sostenida, o bien cuando no hay posibilidad de utilizar otra vía alternativa. ²⁰

Como profesional de enfermería se juega un papel indispensable en la verificación de la prescripción, recepción, preparación, administración, registro y seguimiento en el proceso de administración de medicamentos, de manera que se incorporan conocimientos de farmacología y farmacodinamia, asumiendo de la mejor manera la responsabilidad asignada en el proceso, lo cual a su vez requiere de la aplicación de los diez correctos siendo estos una serie de protocolos y reglas destinados a delimitar la forma correcta la administración de los medicamentos.

Por esta razón se pone en práctica el criterio de enfermera en el que se determina, si es adecuada la administración de un medicamento de acuerdo a las reacciones adversas que estos puedan derivar. Sin embargo, en el instituto se maneja un documento llamado kardex, cada individuo hospitalizado cuenta con uno, este tiene por objetivo registrar las órdenes médicas evitando así la consulta continua de la historia clínica de la persona; este contiene las prescripciones de medicamentos, la dosis indicada, la frecuencia con la que debe de administrarse y la vía, por lo que el Jefe de servicio de enfermería es quien se encarga de mantener este formato actualizado de acuerdo a las indicaciones médicas correspondientes. ²⁰

Anexo 2. Formato de Kardex

	<p>En el caso de la administración de medicamentos de alto riesgo como los electrolitos estos deberán de etiquetarse las soluciones con las que se preparan mediante un membrete el cual debe estar elaborado con tinta roja y el contorno debe de ir con rojo, esto con la finalidad de tener un control y seguridad ante el procedimiento.</p> <p>Anexo 3. Membrete para solución parenteral</p>
<p>Programación y manejo de bombas de infusión.</p>	<p>Una bomba de infusión es un producto de uso sanitario activo destinado a regular el flujo de líquidos al interior de la persona bajo presión positiva generada por un mecanismo eléctrico. El objetivo de los sistemas de infusión es el control y la administración de fluidos dentro del organismo por vía intravenosa, subcutánea, epidural, parenteral o enteral de forma confiable y segura, en cantidades muy precisas y a velocidades o tasas de infusión específicas (horas, días, o volumen definido). El uso de estos dispositivos es muy importante porque disminuyen el porcentaje de errores humanos en el suministro intravenoso de medicamentos, así mismo el personal de salud que mas hace uso a estos dispositivos es el personal de enfermería ²¹</p> <p>El infundir un líquido a un individuo a través de un acceso vascular, establecemos un sistema formado por las líneas o “sets” de infusión en la vascularidad de la persona, la presión típica necesaria para mantener una infusión adecuada en un neonato es inferior a la necesaria en un adulto.</p> <p>Los sistemas de infusión pueden clasificarse de acuerdo a la manera en que producen el desplazamiento de fluidos hacia él usuario, mencionando las que se utilizan únicamente en el instituto, tal es el caso de las bombas:</p>

Controladas por volumen. En estos dispositivos se produce un cambio en el volumen (flujo) que se mantiene constante. La presión que se alcanza está en función de la resistencia. En este grupo se encuentran:

- Bombas peristálticas: estas funcionan al presionar una bolsa flexible o tubo para producir movimiento del líquido que se encuentra dentro de un contenedor. Se pueden encontrar dos modalidades las bombas peristálticas lineales y las rotatorias.
 - Las bombas peristálticas lineales tienen una línea de discos en forma de dedos que comprimen el tubo en una forma de ola de movimiento continuo, forzando el líquido fuera del contenedor hacia la persona, las bombas peristálticas rotatorias utilizan un rotor que presiona el líquido dentro del tubo a través de rodillos por un paso semicircular.
- Bomba de casete o pistón: estas bombas una sección del “set” de infusión o casete, contiene una o varias cámaras y el movimiento del fluido se logra desplazando el líquido contenido en éstas mediante la acción de uno o varios pistones. El flujo depende de la carrera y ritmo del desplazamiento del pistón.
- Bombas de jeringa: son las preferidas cuando se requiere suministrar volúmenes bajos y tasas de flujo bajas, estas bombas empujan el émbolo de la jeringa a una tasa controlada para suministrar la sustancia a la persona. La tasa de suministro puede ser continua o en pasos que suministran bolos en un tiempo determinado. La jeringa es colocada en la bomba con

	<p>el émbolo ajustado sobre la porta émbolo. Conforme avanza la porta émbolo, la jeringa se vacía. ²¹</p> <p>Anexo 4. Programación de bomba de infusión.</p>
<p>Administración de medicamento vía subcutánea (insulina, heparina y enoxaparina).</p>	<p>La medicación segura es una de las prioridades en materia de la calidad y la seguridad de la persona en los sistemas de salud. Por ello, en 2017 se publicaron en México las ocho <i>Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente</i>; la tercera trata sobre la seguridad en el proceso de medicación, la cual busca fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los individuos que reciben atención médica. Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización, dentro de este grupo se consideran los medicamentos citotóxicos, insulinas, anticoagulantes y electrolitos concentrados. La administración de medicamentos consiste en preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos, es por ello que se tienen que llevar a cabo los 10 correctos de enfermería. ²²</p> <p>Es importante que la preparación y administración del medicamento lo ejecute el mismo profesional que lo administrara, realizar una doble verificación antes de administrar dicho medicamento.</p> <p>Cabe destacar que durante el servicio se pudo evitar un evento adverso al momento de la administración de insulina, solicitando al compañero de piso la doble verificación de las unidades que se iban a administrar y el tipo de insulina de acuerdo con el esquema de la persona, determinando que no</p>

	<p>eran las unidades correctas, siendo más de la indicada. Por lo que se le dio aviso a la jefa de piso, cabe destacar que el instituto existe una <i>Hoja de enfermería de hospitalización</i> que cuenta con un apartado en el que se registran los medicamentos de alto riesgo, se ingresa el medicamento, la dosis a administrar y el horario, una vez que se ingresa se solicita la clave de la persona con quien se realizó la doble verificación con el fin de evitar un evento adverso, sin embargo esto no es siempre posible cuando se administra y se prepara por un personal no registrado por el instituto.</p> <p>De modo idéntico se brindó promoción a la salud a un cuidador diabético el cual conservaba su insulina en una bolsa sin refrigeración por más de 10 hrs, se llevó a cabo la enseñanza y orientación acerca de las insulinas las cuales deben de ser almacenadas a una temperatura de 2 a 8°, por lo contrario, estas pierden cierta eficacia al estar expuesta a temperaturas extremas.</p> <p>Anexo 5. Los 10 correctos para la administración de un medicamento.</p>
<p>Prevención y tratamiento de las lesiones por presión.</p>	<p>Las lesiones por presión son áreas localizadas de destrucción tisular causadas por la compresión mantenida de los tejidos blandos entre los relieves óseos y una superficie externa rígida que compromete el flujo capilar. Estas lesiones pueden afectar la piel, tejido celular subcutáneo, tejido muscular e incluso la estructura ósea en lesiones graves. Las escalas de valoración son un complemento al juicio clínico, estas determinan el grado de riesgo de la persona, el uso de estas herramientas como Braden y Norton ofrecen una fiabilidad y validez contrastadas, lo que las convierte en instrumentos útiles para las valoraciones y la planificación de cuidados.</p>

	<p>Evidentemente la valoración inicial de la persona por parte de enfermería se realiza al ingreso con una historia y examen físico completo, prestando especial atención a los factores de riesgo de las lesiones por presión, identificando enfermedades y tratamientos farmacológicos que puedan interferir en el proceso de curación, valoración nutricional y psicosocial.²³</p> <p>La prevención de las lesiones por presión se realiza desde una visión integral de la persona, considerando su cultura y su entorno, teniendo en cuenta que el sujeto de cuidados es el usuario y su familia (cuidador principal) por lo que se procura su implicación en el conocimiento de los cuidados de manera que se favorezca su autonomía. Con el fin de favorecer la continuidad en el cuidado, así como la medida de evaluación de los resultados obtenidos es necesaria la aplicación del método enfermero utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC con el fin de garantizar cuidados individualizados a los usuarios del Instituto.</p> <p>Anexo 6. Curación de Lesión por Presión.</p>
<p>Administración de oxigenoterapia.</p>	<p>La oxigenoterapia es el uso del oxígeno con fines terapéuticos. La hipoxemia (hipoxia-hipóxica) se define como la disminución de la presión arterial de oxígeno ($PaO_2 < 60$ mmHg) y de la saturación de la Hemoglobina en sangre arterial ($< 93\%$).²⁴</p> <p>La oxigenoterapia a través de cánula nasal se utiliza en individuos con problemas leves o moderados de oxigenación, con necesidad elevada de humidificación del aire, donde disminuye el trabajo respiratorio y aumentando el bienestar del mismo.²⁵</p>

	<p>Por otra parte durante el servicio se realizaron intervenciones a una persona quien presentaba signos de letargo, cianosis, entumecimiento, por lo que se procedió colocando el sistema de bajo flujo (mascarilla), dando aviso al médico a cargo para la valoración, posterior a eso se verifico de nuevo su oximetría, teniendo en cuenta que la persona con sospecha de hipoxia, no se hace espera a la determinación de gases arteriales para tomar la decisión de iniciar el suministro de oxígeno como primer estrategia de tratamiento, se procede a actuar. La cianosis central (labios lengua y mucosas) es un signo que se presenta cuando la PaO₂ es < 50 mmHg y la saturación de hemoglobina es < 85%, aun cuando esta mejore o desaparezca como consecuencia de la oxigenoterapia, es deseable evaluar la respuesta de manera integral con la evolución global de la persona al tratamiento.</p>
<p>Intervenciones en el manejo de sistema VAC.</p>	<p>La terapia de cierre asistido por vacío (VAC), es la aplicación de presión subatmosférica controlada a una herida, usando una bomba eléctrica, esta presión puede ser de manera intermitente o continua, el objetivo es ayudar a promover la cicatrización en un ambiente cerrado y húmedo mediante presión negativa en la herida, favoreciendo la reducción de la herida, eliminando el exceso de fluidos y estimulando la angiogénesis.²⁶</p> <p>Está indicada en todo tipo de heridas incluidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agudas y traumáticas <ul style="list-style-type: none"> ○ Amputaciones ○ Fracturas expuestas ○ Laceraciones ○ Fascitis necrotizantes ○ Abdomen abierto

- Quemaduras de espesor parcial
- Heridas crónicas
 - Ulceras diabéticas
 - Lesiones por presión grado III y IV
 - Pioderma gangrenoso
- Dehiscencias
 - Abdominales
 - Espinal esternal
 - Extremidades
- Colgajos e injertos²⁶

Los componentes del sistema VAC son: Canistero recolector de secreciones, esponja hidrofóbica de poliuretano (la estructura hidrofóbica de poro abierto facilita la eliminación del exudado), tubo conector y película adhesiva semiexclusivo.

Se debe mantener vigilado el dispositivo, el cual debe tener una presión de 125 – 175 mmHg de acuerdo a la cantidad de exudado, la presión se disminuye en caso de dolor o molestias, en personas con problemas nutricionales o si existe riesgo de hemorragia y de acuerdo a las características del lecho de la herida, ciclo continuo o intermitente, es decir 5 minutos de succión por 2 minutos sin succión El registro de las características de la herida se describen en la hoja de enfermería de los registros clínicos y modalidad de terapia de succión, durante la exploración se corrobora que la esponja se encuentre firme y no colapsada en el lecho de la herida durante la terapia. Previa a la instalación del sistema se deberá realizar una preparación de la herida, la cual consta de la limpieza de la misma. ²⁶

Un individuo con terapia VAC se detectó fuga en el sistema por presencia de exudado hemático en sus piernas, se

	<p>visualizó una baja presión encontrándose el canister lleno, por lo que se procedió a activar la terapia con presión negativa, por lo que se valoró el apósito y se dando aviso a la jefa de enfermería y al médico quien lo instalo, sin embargo, se realizaba ciclos para que se aspirara un poco de contenido que se encontraba acumulado.</p>
<p>Manejo de Aislamiento del usuario por sospecha de infección.</p>	<p>Las precauciones estándar son, esencialmente, un conjunto de medidas dirigidas a minimizar el riesgo de transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).</p> <p>En nuestro país se ha establecido la necesidad de monitorear y evaluar este tipo de infecciones conforme a lo que establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales; ya que este tipo de infecciones son prevenibles en un 30% a 55% de los casos. El <i>Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra</i> realiza actividades de vigilancia epidemiológica hospitalaria a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.</p> <p>Las principales vías de transmisión y diseminación de las infecciones en el ámbito hospitalario se dan entre el usuario, personal de salud o visitantes, transmitidas por la propia flora endógena de la persona, sumado al propio ambiente hospitalario. Los agentes etiológicos microbiológicos se pueden transmitir por diferentes rutas; de las cuales se han descrito tres principales vías de transmisión: de forma directa, por contacto, goteo y vía aérea además de otras vías de transmisión indirecta como son vehículos, fómites y vectores.²⁷</p>

	<p>Todo usuario del INRLGII durante su estancia hospitalaria serán identificados conforme a la siguiente clasificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pacientes con precauciones estándar (Tarjeta roja). Para pacientes sin datos de infección infectocontagiosa.</i> 2. <i>Pacientes con precauciones de contacto (Tarjeta amarilla). Para pacientes con infecciones por transmisión directa.</i> 3. <i>Pacientes con precauciones por gotas (Tarjeta verde). Para pacientes con infecciones trasmisibles por gotas.</i> 4. <i>Pacientes con precauciones por microgotas (Tarjeta azul). Para pacientes con infecciones transmisibles por microgotas.</i> 5. <i>Pacientes inmunocomprometidos. (Tarjeta gris). Para pacientes que, por su enfermedad de base, tiene alterado uno o algunos mecanismos de defensa.</i> 6. <i>Pacientes con precauciones por colonización de agentes multidrogo resistentes o de interés epidemiológico (Tarjeta Naranja).²⁷</i> <p>El personal en general debe acatar las medidas preventivas descritas por la unidad UVEH.</p> <p>Por consiguiente, se realizó el aislamiento a la persona en hospitalización por sospecha de infección, llevando a cabo las medidas preventivas con el fin de contener a un individuo infeccioso de las demás personas para evitar su contagio y así disminuir los posibles brotes. La ropa que utiliza se aparta y deposita en un contenedor verde, el cual es etiquetado con el membrete de ropa contaminada.</p> <p>Anexo 7. Medidas de aislamiento</p>
<p>Toma de muestra para urocultivo obtenida de sonda vesical.</p>	<p>El urocultivo también denominado cultivo de orina, es un examen que se realiza para confirmar la presencia de una infección de las vías urinarias (siendo de las más frecuentes, la cistitis, la pielonefritis o la uretritis) este examen es de utilidad para identificar a los microorganismos causantes de</p>

	<p>dicha infección, lo que ayuda a determinar el tratamiento más adecuado. Las muestras son tomadas con técnica estéril para garantizar que los resultados sean verídicos, siendo imprescindible cuando se pretende hacer un análisis bacteriológico o urocultivo.</p> <p>La muestra se obtiene de la primera orina de la mañana, dado que se pueden obtenerse recuentos bacterianos más elevados.²⁸</p> <p>Es muy importante evitar la contaminación de la orina por bacterias ya sean de la piel o que se encuentren en el cuerpo de la sonda, por ello la importancia realizar una correcta asepsia y antisepsia en el punto donde se tomara la muestra y mediante técnica estéril.</p>
<p>Cambios posturales cada 2 hrs.</p>	<p>Definimos como LPP a una lesión de la piel y/o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla. Asimismo, también pueden producirse sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por distintos materiales o dispositivos externos.</p> <p>Los cambios posturales son las modificaciones o variaciones realizadas en la postura corporal de la persona encamada, con el fin de evitar las complicaciones derivadas de la falta de movilidad. Sin embargo, las personas con más probabilidad de aparición de estas lesiones son las personas dependientes con diferentes demencias o en personas encamadas.</p> <p>Es aquí donde cobra vital importancia el rol de enfermería, a causa de una falta de movilidad, unida a las características de la piel (delicada, húmeda), puede crear riesgos cutáneos y provocar la aparición de problemas en la piel como son las lesiones por presión.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cualquiera que sea la posición de la persona, tiene que vigilarse la alineación del cuerpo, asegurando que las distintas partes del mismo mantengan una correcta relación. En la persona que está inconsciente o con trastornos motores, deben mantenerse los miembros en flexión a fin de prevenir contracturas musculares ➤ Toda persona imposibilitada que esté encamada durante un tiempo prolongado debe ser cambiada de posición con frecuencia, variando su posición cada 2-3 horas, durante las 24 horas, siguiendo una pauta concreta, por ejemplo: decúbito supino o posición de Fowler, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono, decúbito lateral derecho siempre y cuando su patología lo permita. ²⁹ <p>La finalidad de los cambios posturales es hacer que la zona con falta de irrigación se movilice periódicamente.</p> <p>El instituto nacional de rehabilitación cuenta con <i>un Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión</i> el cual tiene por objetivo estandarizar las acciones de prevención, detección, diagnóstico y manejo de úlceras por presión, aplicables a las condiciones de los usuarios atendidos en los diferentes servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con el fin de evitar grado de riesgo del usuario hospitalizado para desarrollar UPP.</p>
<p>Antropometría.</p>	<p>La antropometría es un método que consiste en la medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano. Los índices antropométricos pueden proporcionar valiosa información sobre ciertos tipos de mala nutrición que afectan la composición general del cuerpo. Al mismo tiempo para identificar sujetos que necesitan una</p>

consideración especial o para evaluar la respuesta de alguna intervención.

La circunferencia abdominal permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva esto, se palpa el borde costal inferior y el borde superior de la cresta iliaca, ambos del lado derecho. Con la cinta métrica se toma la distancia media vertical, y después se hace lo mismo del lado izquierdo una vez marcada la media en los dos lados se coloca la cinta sin comprimirla, también se puede tomar de guía la cicatriz umbilical colocando la cinta horizontal a esta y alrededor para medir la circunferencia tomando la lectura correspondiente.³⁰

Medición del muslo esta se realiza rodeando el muslo derecho con la cinta métrica, a nivel medio entre la espina ilíaca anterosuperior y el borde superior de la rótula, esto se realizará en ambos miembros inferiores. Las mediciones de ambos miembros inferiores no deben ocasionar diferencias mayores de 0,5 cm.

Circunferencia de cadera es un indicador del tejido adiposo que está sobre los glúteos y la cadera. Para la medición la persona debe estar relajado, alineado y descubierto de la parte que comprende la cadera para palpar los trocánteres mayores de la cabeza del fémur. Cuando se localizaron los trocánteres se coloca la cinta métrica sin comprimirla alrededor de estos, en su circunferencia máxima y se procede a realizar la lectura. Estos perímetros obtenidos, son registrados en la *Hoja de enfermería de hospitalización del INR*.

Tendidos de cama.

El tendido de cama es el procedimiento que se realiza para preparar la cama clínica en diferentes situaciones, de tal manera que otorgue las necesidades de confort y descanso de la persona al momento de ingresar a hospitalización. Creando un espacio agradable, limpio, libre de agentes patógenos, favoreciendo la recuperación de la persona; cabe señalar que la aplicación correcta de los procedimientos sobre el tendido de cama, intervienen en el ahorro de tiempo y energía del personal de enfermería. Para ello debe de conocer detalladamente la técnica, estar capacitada para proceder con la misma correctamente y determinar el tipo de acuerdo a su fin.

Los tendidos de cama más utilizados en el instituto son:

- Tendido de cama desocupada: se considera cama desocupada cuando el individuo no se encuentra en la cama, por ello se divide en dos tipos:
 - Cama cerrada: es la cama que se prepara después de la desinfección terminal y esta se encuentra desocupada o vacía antes del ingreso del usuario.
 - Cama abierta: es la cama que se prepara cuando el usuario va a ingresar a su hospitalización o cuando la persona se puede movilizar y no se encuentra en su unidad.
- Tendido de cama ocupada: cuando se prepara la cama mientras a persona se encuentra en ella.

En el caso que exista contraindicación de movilización en personas con alteración hemodinámicas, donde se debe considerar sus limitaciones y posturas, se realiza un bulto de ropa conocido en el ámbito hospitalario como “niño”, el cual

es preparado en una cama sola en donde se coloca las dos sábanas estándar, la sabana clínica doblada por la mitad está sirve de traslado, la siguiente sábana estándar y la colcha doblándola por secciones quedando solo un rectángulo que se colocará a la horilla de la cama, mientras el camillero y con la ayuda del familiar movilizan a la persona en bloque, poco a poco se extenderá el bulto por debajo del mismo, de forma rápida pero sin lastimar la piel, metiendo el sobrante de los laterales por debajo del colchón, la cual reduce la movilización de la persona y facilita el tendido de cama.

- Cama quirúrgica o anestésica: El tendido es especial y es para recibir a la persona que ha pasado por una operación.³¹

En hospitalización este tendido se realiza de una sola forma para todos los servicios esto debido a que ara el personal esta técnica resulta ser más hábil y rápida, se inicia colocando dos sabanas estándar, una sábana clínica doblada a la mitad y colocada a la mitad de la cama, la última sabana, el cobertor y la colcha una vez extendidos se meterán los sobranes de la ropa de lado derecho y del lado izquierdo se realiza un triángulo con las esquinas de las sábanas, este triangulo se va doblando por partes reduciendo su longitud y colocándolo del lado derecho dado que eso facilitara el traslado del usuario a él transfer al momento de la entrega de la persona cuando es ingresado a quirófano para su intervención quirúrgica.

Su finalidad es evitar tenciones de la espalda o extremidades de la persona durante el procedimiento, proporcionar una base suave y sin arrugas en la cama, para reducir al mínimo las fuentes de irritación tegumentaria, promover el bienestar

	<p>del usuario, ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.</p>
<p>Toma de glicemias capilares.</p>	<p>Es el análisis del nivel de glucosa en sangre en personas diabéticas para método consultivo de control rutinario de la diabetes. En esta prueba se evalúa el nivel de glucosa por medio de una pequeña gota de sangre obtenida a través de la punción de la yema del dedo suavemente para obtener una gota de sangre y aplicando la gota obtenida en la tira del glucómetro para la lectura de la concentración de glucosa en la sangre.</p> <p>La toma de muestra capilar permite la evaluación de los niveles de glucosa de forma inmediata tras la toma, para con ello realizar una interpretación y asignar un reajuste a su tratamiento o modificar las recomendaciones en caso de ser necesario.</p> <p>Como protocolo en cada turno se toman las glicemias capilares, sin embargo, en el turno matutino a las 12:00 horas se toma la glicemia de todas las personas diabéticas con el fin de detectar a tiempo una hiperglucemia o hipoglucemias. En el área de hospitalización cada persona diabética que se le administre insulina cuenta con un esquema de rescate de insulina el cual se debe de verificar siempre que se presente una hiperglucemia.</p> <p>Sabemos que las insulinas son consideradas como medicamentos de alto riesgo es por ello que se debe tener mucho cuidado en la preparación y administración de los mismos, por regla general se debe realizar una doble verificación con un compañero de la misma profesión,</p>

	<p>posterior a su aplicación debe ser registrada en la <i>Hoja de enfermería de hospitalización</i>.³²</p>
<p>Aspiración de secreciones.</p>	<p>Aspiración de secreciones a través del tubo endotraqueal técnica cerrada; es el procedimiento por el cual se extraen las secreciones acumuladas del tracto respiratorio aplicando presión negativa en el tubo endotraqueal, para llevar a cabo el cuidado en la higiene de la vía aérea.</p> <p>Tiene el propósito de mantener la vía aérea permeable para favorecer la ventilación y prevenir complicaciones por acumulo de secreciones y/o atelectasias. Se indica cuando existe presencia de secreciones visible o audibles a la exploración de campos pulmonares, cuando las presiones inspiratorias se encuentran por arriba de lo normal o programada y hay una disminución de la saturación de oxígeno relacionada a secreciones.</p> <p>Sistema Cerrado (SC): Se realiza mediante la introducción de un catéter flexible, estéril y multiuso a través de la vía aérea artificial, sin necesidad de desconectar a la persona del respirador, este tipo de sistema puede quedar implantado o instalado por hasta 24 horas, se requiere para realizar el procedimiento de un solo operador, por disminución de riesgos y las complicaciones asociadas por el propio procedimiento. Las ventajas sugeridas del SC son: la mejora en la oxigenación, reducción de los signos clínicos de la hipoxemia, mantenimiento de la presión positiva al final de la expiración, limita la contaminación ambiental o del usuario, y menor pérdida de volumen pulmonar. Es importante resaltar que el calibre del catéter o sonda de succión no deberá exceder más de la mitad del diámetro interno del tubo endotraqueal, ello con el fin de facilitar la entrada y salida del</p>

	<p>mismo, además de evitar presiones negativas altas en las vías aéreas y reducir al máximo la caída de pO₂.</p> <p>Hiperoxigenar 30 segundos antes de introducir la sonda de succión, se suele hiperoxigenar al 50% de lo pautado como FiO₂, es decir, posteriormente se baja la hiperoxigenación paulatinamente.³³</p> <p>Dejar al menos 1 minuto de descanso entre la segunda o sucesivas succiones, hasta que haya una recuperación en la saturación de oxígeno, por encima del 90%</p>
<p>Instalación de nutrición parenteral.</p>	<p>La nutrición parenteral (NP) es una intervención nutricional especializada que se caracteriza por el aporte de nutrientes de manera directa en el torrente sanguíneo a través de una vena central, cuando no se puede satisfacer los requerimientos nutricionales de forma enteral, vía oral o por disfunción del tubo gastrointestinal.</p> <p>Su indicación es individualizada según la naturaleza y gravedad de la patología de base del individuo, su pronóstico, expectativas terapéuticas y estado nutricional. A la vez que se busca maximizar el beneficio clínico en tanto que se minimiza el riesgo potencial de eventos adversos. Este tipo de soporte tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición. La composición se realizará en función del gasto energético de cada persona, permitiendo alimentar de manera completa, prácticamente a toda persona hospitalizada con un tracto digestivo no funcionando, suministrando todos los nutrientes directamente al sistema circulatorio.</p> <p>Los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en el éxito de la NPT, pues la mayoría de las</p>

acciones del manejo de la persona que recibe este soporte nutricional, recae en la enfermera; desde la instalación de la nutrición hasta su administración.

La nutrición parenteral requiere una preparación bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia. Previo a la preparación, el personal debe realizarse un lavado de manos vigoroso y usar soluciones desinfectantes, usar ropa adecuada incluyendo gorro, cubreboca y guantes estériles.

Para evitar las complicaciones infecciosas, la manipulación del catéter, las conexiones y los cambios de bolsa se deben hacer con el mayor grado de esterilidad posible, con el fin de disminuir el riesgo de posibles contaminaciones. Las soluciones de NP Total y las emulsiones lipídicas necesitan ser conectadas a conexiones intravenosas nuevas y estériles cada 24 horas.

La conservación protegida de la luz y refrigerada a 2-8 °C- Lo óptimo es administrar la NP inmediatamente después de la preparación, con el uso de bolsas multicapa y de foto protección. Se aconseja infundir la mezcla en un periodo máximo de 24 horas. De modo que las bolsas de NP deben llevar una sobre bolsa protectora para evitar la degradación de vitaminas fotosensibles y los procesos de peroxidación.

Para la administración se recomienda el uso de filtros, debido a que pueden prevenir el paso de posibles precipitados. Los filtros, además, pueden disminuir el embolismo aéreo y la posibilidad de sepsis.³⁴

Se debe evitar la administración de fármacos en "Y", debido a la posible interacción entre las soluciones.

Cambio de circuitos de infusión.

La Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, establece que se deberá cambiar el set básico de terapia de infusión cuando se encuentre con evidencia de retorno sanguíneo, contaminado o dañado.

El equipo de administración de la terapia de infusión debe cambiarse cada 72 horas, sí existe sospecha de contaminación o infección sistémica asociada a un catéter central o periférico, por lo que se procederá al retiro inmediato.

- Los equipos de infusión deben ser cambiados cada 24 horas si se está infundiendo una solución hipertónica: dextrosa al 10%, 50% y NPT, y cada 72 horas en soluciones hipotónicas e isotónicas.
- No se deben desconectar las vías de infusión innecesariamente, por ejemplo, en procedimientos de cuidados generales como el baño, aplicación de medicamentos, deambulación, traslado y otros. Cuando sea necesario, debe hacerse con técnica aséptica.
- El set básico de la terapia de infusión y los insumos, deberán ser rotulados con fecha, hora y nombre de la persona que lo instala.

En el instituto el cambio de equipos se rige mediante la norma antes mencionada, sin embargo, el cambio de las soluciones se realiza de acuerdo al turno en que se prepararon (matutino, vespertino, nocturno) o bien a la hora en que termina la solución de base. Teniendo en cuenta que se utilizara un equipo por cada solución a infundir y en casos necesario se

	<p>utilizara un banco de llaves, un equipo nuevo cada vez que se canaliza una vía nueva, un equipo único para la infusión de emulsiones de lípidos, sangre, hemoderivados, y citostáticos, retirándolo después de su utilización. La importancia del cambio de equipos demuestra una tasa baja de colonización de infusiones, por lo cual se tendrán que membretar con la tinta de color del turno que lo cambio o instalo y fecha en que se realizó. ³⁵</p> <p>Como intervención se realizó el cambio de los equipos de infusión, debido a que estos se encontraban perforados producto de un incorrecto manejo, estos equipos utilizados en hospitalización son libres de agujas, sin embargo el personal que los manipulo no conocía sobre su manejo, al igual se realizó el cambio de equipos unidos a un banco de llaves por la razón de que se aspiró dejando todas las llaves abiertas obteniendo el retorno venoso originando la contaminación de todos los equipos que se encontraban conectados al banco de llaves esto con el fin de conservar ese acceso y evitar las posibles complicaciones.</p>
<p>Toma de pruebas piloto/ pruebas cruzadas.</p>	<p>La toma de muestras de laboratorio es un procedimiento que permite acceder al torrente sanguíneo para extraer una pequeña muestra de sangre, que será utilizada en diversos análisis. Sirve para confirmar si existe compatibilidad ABO entre el receptor y el donador, detectando anticuerpos en el suero de la persona que no se han demostrado en la prueba de tamizaje.</p> <p>La toma de muestra en hospitalización se realiza mediante una jeringa de 10 ml, la cual se deposita en el tubo BD vacutainer con EDTA, esto debido a la carga laboral sobre todo por la falta de insumos. Teniendo en cuenta que</p>

	<p>inmediatamente después de extraer la sangre, las muestras se deben de depositar en los tubos necesarios, con o sin anticoagulante, retirando previamente la aguja y haciéndola resbalar suavemente por las paredes del tubo, de otra manera, se puede ocasionar hemólisis. No olvidar que, en cuanto se deposite una muestra en un tubo con anticoagulante, es indispensable mezclarla por lo menos 15 segundos para garantizar una correcta anticoagulación. Asimismo, es de vital importancia la identificación inmediata y correcta de los tubos para evitar posibles confusiones de muestras.³⁶</p> <p>Estos se membretarán con el nombre completo de la persona, fecha de nacimiento, número de registro y hora de la toma.</p>
<p>Transfusión sanguínea.</p>	<p>La terapia transfusional puede ser una intervención que salva la vida o mejora rápidamente una condición grave, sin embargo, como todo tratamiento puede conllevar a complicaciones agudas o tardías, además incluye riesgos infecciosos que pueden tener consecuencias graves o mortales a pesar de los estrictos controles que anteceden a la transfusión. Este procedimiento terapéutico consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano. La intervención de enfermería en la terapia transfusional, incluye la administración de los componentes sanguíneos y la monitorización de la respuesta del individuo.³⁷</p> <p>Realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico, a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Confirmar la compatibilidad sanguínea con la hoja de solicitud y las hojas de reporte de pruebas de

	<p>compatibilidad, confrontar las papeletas con el formato de solicitud (nombre completo de la persona, número de cedula, tipo de sangre y Rh, número de bolsa, fecha de caducidad del hemo componente), revisar en forma detallada el componente sanguíneo verificando que la unidad permanezca sellada sin fugas y que tenga los rótulos de calidad correspondientes, observar las características generales físicas, del componente (libre de grumos, coágulos y de color adecuado).</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Hacer una pausa para confirmar que se trata de la persona correcta, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.➤ Revisar las indicaciones médicas para confirmar la prescripción de la transfusión y la forma en que debe realizarse constatando:<ul style="list-style-type: none">➤ Componente➤ Cantidad➤ Velocidad de transfusión➤ Tipo de filtro➤ Y si se ha de administrar alguna premedicación.➤ Realizar doble verificación al producto sanguíneo que se transfundirá.➤ Conocer el historial transfusional de la persona que se va transfundir.➤ Elaborar la hoja de Registro de Transfusiones en donde se anotan todos los datos del individuo, fecha de transfusión, numero de la unidad, grupo y Rh, fecha de caducidad, hora de inicio, signos vitales; se tomaran y registraran en el recuadro de antes, durante y después de la transfusión, registrar características de la orina durante 6 a 12 hrs posteriores a la transfusión,
--	--

	<p>anotar las posibles reacciones presentadas, hora de termino ,volumen transfundido, nombre y firma de quien aplico la transfusión, observaciones. ³⁷</p> <p>Anexo 8. Hoja de Registro de transfusiones.</p>
<p>Cuidados postmortem (Amortajamiento).</p>	<p>Es el conjunto de intervenciones de enfermería que se proporciona a un cadáver, con el objetivo de preparar un cuerpo para su inhumación o cremación, participando en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posible. Proporcionar los cuidados de la persona después de la muerte, cualquier procedimiento se deberá realizar con dignidad y respeto.</p> <p>El amortajamiento debe realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario. Siempre se debe garantizar la privacidad de las demás personas para tratar de evitar la angustia adicional, por lo que a los otros individuos se les debe informar amable y honestamente de que la persona ha fallecido y se les brindara el apoyo necesario.</p> <p>La enfermera es la profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo, dedica su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a la persona. En el Instituto Nacional de Rehabilitación se cuenta con un paquete de mortaja que cumple con el propósito de garantizar la máxima protección y preservación del cadaver. ³⁸</p>

<p>Realización de registros clínicos de enfermería.</p>	<p>El registro clínico de enfermería es el reporte escrito en el que se plasma la atención que se brinda de una forma completa a la persona, basándose en una valoración y planeación del cuidado de acuerdo con las necesidades del individuo con la finalidad de otorgar un cuidado de calidad.</p> <p>Los propósitos del registro de enfermería son dos: administrativo y clínico. Los propósitos clínicos incluyen una continuidad del cuidado y una valoración diaria de la persona que está recibiendo la atención médica. Los propósitos administrativos son: definir el objetivo de enfermería para el cuidado y diferenciar la responsabilidad de enfermería del resto de los miembros del equipo de salud.</p> <p>La ausencia del registro de los cuidados que se brindan a un individuo, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones, como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.³⁹</p> <p>La hoja de registros clínicos de enfermería se realiza a toda persona hospitalizada, en el caso del servicio de hospitalización en la torre de ortopedia se encuentra de forma digital y esta basada en la Teórica Dorothea Orem, en cambio en las áreas críticas como Subagudos y Agudos en CENIAQ, Terapia Intensiva (UCI), encuentra de forma física y las intervenciones están basadas en la Teórica Callista Roy.</p> <p>La hoja de enfermería de hospitalización de Ortopedia se encuentra dividida por secciones siendo las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Peso y talla ➤ Comorbilidades
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alergias ➤ Datos del usuario (Nombre completo, Fecha de nacimiento, Numero de registro, Sexo, Edad, Cama, Días Hospitalizado, Servicio y Diagnostico). ➤ Signos vitales/ Hora (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, Spo2). ➤ Estudios de laboratorio y gabinete ➤ Escala del dolor ➤ Otros registros/ Hora (se anota la toma de glucosa capilar, Cambios posturales, Rayos X, Tomografía computarizada, Cámara hiperbárica). ➤ Escala de Glasgow (esta permite evaluar el nivel de conciencia de la persona) ➤ Dieta (en este apartado se coloca el tipo de dieta que la persona consume ya sea dieta cero, dieta líquida, dieta blanda, dieta hiposódica, dieta hipo grasa, dieta hipocalórica, dieta laxante, entre otras). ➤ Ingresos/Hora, total de ingresos ➤ Egresos / Hora (diuresis, cateterismo, vomito, sonda vesical, fuga, sangrado, evacuación, drenajes, drenovac, vac, Penrose, biovac, pleurovac, colostomías, ileostomías, cistostomías, sonda nasogástrica, otros), total de egresos. ➤ Balance de líquidos ➤ Medicamentos / Hora (los medicamentos que tiene indicada la persona en el turno correspondiente) ➤ Valoración de enfermería de acuerdo al Modelo de Dorothea E. Orem. ➤ Diagnósticos e intervenciones de enfermería.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">➤ Prevención de caídas / Hora (limitación física, estado mental alterado, tratamiento farmacológico que implica riesgo, problemas de idioma o socioculturales, son factores de riesgo).➤ Prevención de Úlceras por presión / Escala de Braden (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, cizallamiento y fricción).➤ Acceso Venoso (acceso venoso periférico, acceso venoso central, fecha de instalación, calibre, días consecutivos, sitio de inserción, fecha de curación en CVC, factores de riesgo; eritema, tumefacción, sensibilidad, fiebre).➤ Sonda Vesical Instalada (fecha de instalación, días consecutivos, material, calibre, globo)➤ Intervenciones acceso venoso (turno; circuito cerrado, circuito permeable, instrucción a la persona sobre los cuidados a realizar para mantener su catéter, cambio de circuito).➤ Intervenciones prevención de caídas (turno; visitas frecuentes, uso de barandales, informar riesgos y medidas preventivas, uso de recursos para prevenir caídas).➤ Intervenciones prevención de Lesión por presión (turno; utilizar aditamentos para disminuir la presión, aplicar crema hidratante a personas con piel seca, cambios de posición cada 2 horas, estimular la actividad y movimiento de la persona, inspección diaria de la piel, mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, mantener un ángulo no mayor de 30 en decúbito lateral, medidas para evitar la fricción, movilizar al individuo evitando el arrastre).
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doble verificación de medicamentos y soluciones de alto riesgo (medicamento o solución, hora de aplicación, usuario validador, cedula profesional). ➤ Escala de Madox/ Hora ➤ Comunicación efectiva (indicación médica e informe de laboratorio) ➤ Planeación de alta del usuario ➤ Nota de enfermería <p>En este último apartado expresa de forma escrita, clara, precisa, detallada y ordenada los datos y conocimientos de la persona, reflejando el resultado de las intervenciones realizadas. En este registro debe integrar toda la información relativa al individuo, la valoración, cuidados específicos y resumir todos los procedimientos realizados al mismo, con el fin de facilitar el seguimiento por parte de otros profesionales de la salud; de ahí el rigor de su contenido y veracidad, que toma gran importancia al intentar describir el problema, orientar la terapéutica, ser un importante elemento administrativo y finalmente tener implicaciones legales.</p> <p>El instituto cuenta con Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería de los distintos servicios (cirugía oftálmica, consulta externa, ortopedia, otorrinolaringología, persona quemada y rehabilitación), sobre estos se basan los diagnósticos de enfermería que aparecen en la hoja de Hospitalización.³⁹</p> <p>Anexo9. Hojas de Enfermería en Hospitalización.</p>
<p>Control de temperatura por medios físicos.</p>	<p>Control de temperatura por medios físicos es el conjunto de medidas encaminadas a producir frío o calor mediante agentes físicos de manera local o sistémica. Se conoce</p>

también como la regulación de la temperatura corporal a cifras normales por medios físicos.

Aplicar frío o calor en un área del cuerpo, es necesario para obtener un efecto beneficioso para el organismo y aumentar el confort de la persona. En lo terapéutico, las bajas o altas temperaturas pueden ser aplicadas en medio seco o húmedo, según las necesidades de la persona.

La aplicación de calor al organismo se realiza en búsqueda de un efecto local sobre una zona específica y un efecto general en el organismo, con el objetivo de lograr efectos analgésicos, antiespasmódicos, descongestivos y sedantes, aumentar el intercambio de oxígeno, acelerar la absorción de exudados acumulados en zona de edema o inflamación, aumentar el aporte sanguíneo en la región tratada. Cuando se aplica calor local en la superficie de la piel, existe una estimulación de los receptores de las terminales nerviosas sensoriales libres, éstos avanzan por las vías espinotalámicas laterales hasta los centros preópticos del hipotálamo anterior, desde cuyo centro se conectan a la corteza cerebral; entonces, el hipotálamo anterior tiene la propiedad de reducir la cantidad de calor y aumentar su pérdida.⁴⁰

La aplicación de frío tiene como objetivo aliviar el espasmo y dolor muscular, reducir el metabolismo basal, detener la hemorragia, reducir el edema e inflamación, aliviar el dolor causado por el aumento de líquidos circulantes en los tejidos y lograr una anestesia local.

Es muy importante conocer bien en qué caso se utiliza frío o calor y la técnica de colocación, por lo que se debe estar alerta en la aplicación por ejemplo de frío, ya que el uso prolongado de frío intenso interfiere con el suministro de

	<p>oxígeno y materias nutritivas en los tejidos, con la posibilidad de causar muerte tisular. ⁴⁰</p> <p>Las intervenciones que se realizaron, fueron la aplicación de compresas frías en el sujeto que presentaba fiebre de 39.6 con objetivo de controlar la temperatura y disminuirla, esto mediante un recipiente hondo de plástico en donde se llenó a la mitad de agua con hielos, se sumergían las compresas y se exprimían, estas se colocaban una en la frente, 2 para cada axila y otra en el abdomen, se colocan en estas áreas porque se protegen los órganos de la cavidad craneal de las altas temperaturas y las otras zonas son por donde pasan los principales vasos sanguíneos del cuerpo se cambiaban estas cada 5 min y vigilar temperatura corporal periódicamente. Notando una disminución de la temperatura corporal mediante estos medios.</p>
<p>Intervenciones de enfermería en la persona con tracción mecánica.</p>	<p>La tracción mecánica es un tratamiento utilizado para la reducción o inmovilización de fracturas o luxaciones, aplicando fuerza longitudinal que alinea y estabiliza el foco de la fractura existente. Este tratamiento puede realizarse mediante tracción manual o continua. La posición de la persona debe permanecer en decúbito supino, manteniendo el cuerpo alineado, el cual se encontrará centrado en la cama, si no es así la línea de tracción se modifica o interrumpe.</p> <p>La instalación del halo cefálico es la aplicación de una fuerza continuada en el sentido de la fractura, mediante la fijación del aparato de tracción a los clavos insertados a través del hueso de la extremidad afectada. Se detectan signos y síntomas relevantes de intolerancia: como el dolor, ya que una tracción bien colocada debe ser indolora y el enrojecimiento o supuración de los orificios donde están insertados los clavos.</p>

	<p>Los problemas que pueden surgir en un individuo con tracción esquelética hacen referencia a aquellas alteraciones derivadas de la inmovilidad, es por ello que se debe monitorizar a la persona y mantenerla en vigilancia en todo el proceso de tracción: controlar los pulsos distales, para evaluar la posible existencia de un déficit vascular, revisar el eje mecánico de la tracción; comprobando que la tracción siga el eje del hueso, las pesas cuelguen libremente y la posición de la cuerda y poleas sea correcta, observar si la persona se queja de entumecimiento y hormigueo en la extremidad afectada, valorando la posible alteración de la función motora y/o sensitiva, valorar el estado de la piel en la zona de inserción de los clavos, para valorar que no presente signos de inflamación ni exudado. Colocar gasa estéril en los orificios de entrada de los clavos.⁴¹</p> <p>Esto se realiza mediante la valoración según necesidades fisiológicas de V. Henderson, identificación de diagnósticos enfermero, planificación de objetivos a conseguir (NOC), ejecución de intervenciones (NIC), actividades de enfermería y evaluación de los objetivos conseguidos.</p>
<p>Instalación, mantenimiento y retiro de cateterismo vesical.</p>	<p>El sondaje vesical es la técnica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior. Las indicaciones son: el control cuantitativo de la diuresis, la obtención de una muestra limpia de orina cuando no se puede obtener por los medios habituales, la recolección de orina de varias horas en personas incontinentes, la retención urinaria y la vejiga neurógena.</p>

El cateterismo Vesical o uretral es la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos.

La sonda se mantiene en la vejiga con la finalidad de recolectar la orina, esta sonda está conectada a una bolsa de drenaje, la cual se sujeta mediante un globo que se infla con agua estéril en su extremo, esto impide que la sonda se deslice fuera del cuerpo, los globos vienen típicamente en dos tamaños diferentes: 5 cm³ y 30 cm³, cuando es necesario quitar la sonda, se desinfla el globo.

El tiempo de permanencia del cateterismo es de acuerdo al tipo de sonda:

- Látex. Cambió cada 15 días
- Silicón cambió cada 30 días

En el INR se manejan solo estos dos tipos de sonda.

Una vez instalada la sonda vesical, existe el riesgo de que la persona presente un proceso infeccioso; el cual puede darse por dos vías:

- Vía intraluminal: por migración retrograda del sistema de drenaje urinario
- Vía extraluminal: a través del espacio existente entre la sonda y la uretra.

Por otro lado los mecanismos que pueden contribuir a una infección son: higiene deficiente o incorrecta de las manos del personal al efectuar el sondeo o al manipular la sonda, esto favorece a que los microorganismos colonicen la orina a través del interior de la sonda y a la proliferación ascendente de los microorganismos en la película orgánica que se forma sobre la sonda, por lo tanto, la colocación y el uso de la sonda vesical debe ser sólo en caso necesario y el tiempo de uso debe ser limitado según las necesidades de cada individuo,

ya que la duración del sondaje urinario es también un factor importante que determina la probabilidad de adquirir una infección.

Para el mantenimiento de la sonda el Instituto Nacional cuenta con un *Protocolo para la instalación, manejo y cuidado de pacientes con sonda vesical* el cual nos marca:⁴²

- Se debe realizar la higiene diaria de la persona inspeccionando los genitales del mismo, en búsqueda de alguna secreción anormal o sangrado y orientar a los familiares encargados sobre el aseo periuretral haciendo referencia al familiar que durante el baño diario lo realice con agua y jabón de forma correcta.
- Realizar lavado de manos antes y después de cada manipulación y fijación del circuito, al mismo tiempo en el drenaje de la bolsa colectora de orina, mediante la individualización de un orinal por cada individuo.
- Vigilar la permeabilidad de la sonda vesical, evitar la obstrucción por torceduras o acodaduras del tubo.
- Prevenir la sedimentación de la orina mediante el acomodo del tubo de drenaje en favor de la gravedad, la movilización de la orina mediante movimientos de presión de arriba hacia abajo tratando de evitar el reflujo del sedimento.
- Vigilar que el sistema recolector esté siempre por debajo del nivel de la vejiga; para lo que se debe solicitar el apoyo del cuidador y personal colaborador, con previa orientación de su manejo e higiene de manos.
- Posicionar la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga en un lugar que evite el contacto con el piso.

	<p>El juicio clínico se aplicó cuando al recibir en piso a una persona con diagnóstico de lesión medular, la cual contaba con Sonda Foley a derivación, a la exploración en el área del meato se detectó secreciones de color café adheridas al cuerpo de la sonda, con olor fétido, por lo que se procedió a informarle al doctor, se realizaron las intervenciones como higiene de genitales y comprobar la permeabilidad de la sonda, se instruyó al cuidador sobre los cuidados que le tenía que realizar a la sonda de la persona, en los que se incluía la higiene de los genitales en la hora del baño, con el fin de disminuir la carga bacteriana y evitar la aparición de infecciones.</p>
<p>Traslado de la persona a estudio de resonancia magnética sin medio de contraste.</p>	<p>La Resonancia Magnética (RM) es una prueba diagnóstica no invasiva que no utiliza Rayos X ni elementos radiactivos, con la que se obtienen imágenes del interior del cuerpo humano desde cualquier perspectiva. Su finalidad es la de aportar información sobre la estructura y el funcionamiento de los órganos. La persona se introduce en una máquina en la que es sometida a un campo magnético. Esta técnica es muy sensible a los movimientos, por lo que es muy importante que la persona permanezca inmóvil durante todo el tiempo que dure la exploración. La duración de la prueba es de aproximadamente 30-60 minutos, dependiendo de la parte del cuerpo a explorar.</p> <p>El individuo deberá entrar en la sala de exploración sin objetos metálicos podrían estropearse, empeorar la calidad de las imágenes: joyas, audífonos, tarjetas de banda magnética, piercings o cualquier objeto metálico. Esto se debe a que todos los materiales son atraídos por el campo magnético que se crea dentro del aparato de resonancia y pueden ser</p>

	<p>peligrosos. Llevar a la persona con bata, los equipos de las soluciones cerrados, consentimiento informado, interconsulta del estudio a realizar, hoja de traslado seguro y en compañía de su familiar. ⁴³</p> <p>Anexo10. Resonancia Magnética</p>
--	---

Consulta externa de oftalmología/ otorrinolaringología / cardiología

El servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII tiene la función primordial el diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y rehabilitación de problemas relacionados a oídos, nariz, garganta, y enfermedades oftalmológicas.

Estas áreas se clasifican por secciones:

El área de oftalmología está conformada por segmento anterior, glaucoma, retina y catarata:

Área de Catarata

Diagnóstico oportuno, tratamiento quirúrgico para prevenir la discapacidad visual por Catarata.

Área de Glaucoma:

Diagnóstico oportuno, tratamiento médico y quirúrgico para mejorar el pronóstico y prevenir la discapacidad visual por Glaucoma, que es una de las principales causas de ceguera irreversible.

Área de Retina:

El tratamiento de las enfermedades de retina en la actualidad representa un problema de salud pública importante, y es de especial interés para esta Subdirección el poder ofrecer a las personas un diagnóstico y manejo adecuado de las mismas.

El área de otorrinolaringología se divide con los consultorios de odontología:

Las áreas tienen la función el diagnóstico, tratamiento, la rehabilitación quirúrgica y previsión de los trastornos que producen discapacidad de la audición, equilibrio, de la voz, deglución y del aparato respiratorio superior.

Ubicación

Se encuentra en la torre de ORL y OFT:

- Planta baja: Consulta externa de lado izquierdo ORL y de lado derecho consultorios de OFT
- 1° Piso: Quirófano de ORL Y OFT, Central de Equipos, Hospitalización de ORL, Consulta externa de Cardiología
- 2° Piso: Terapias de lenguaje
- Cuerpo 8 área de catarata

Descripción de actividades de enfermería	
Actividad	Fundamentación
Toma de Signos Vitales.	<p>Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático de una persona, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente.</p> <p>Los signos vitales incluyen: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial y saturación de oxígeno. Sin embargo, en este servicio en el área de Glaucoma es de mayor importancia la presión arterial en las personas que pasan quirófano para la aplicación de inyección intravítrea, es por ello que estas personas no deben de presentar una presión arterial mayor a 170/90 ya que las probabilidades de que exista una hemorragia intraocular o vítrea, hipertensión ocular mantenida, atrofia óptica, son muy altas, por la presión de los vasos sanguíneos que se encuentran en los ojos al momento de la aplicación.</p>

<p>Toma de glicemias capilares.</p>	<p>Es el procedimiento que se realiza para determinar el nivel de glucosa en sangre a través de dispositivos portátiles (glucómetros) que permiten obtener el valor de glucemia.</p> <p>La glucosa habitualmente se mide en sangre capilar, obteniendo los resultados mediante la punción de la parte lateral de la yema de los dedos obteniendo una gota de sangre total colocada en una tira reactiva insertada en un glucómetro.</p> <p>Conocer el nivel de glucosa en la sangre puede ser muy eficaz para el diagnóstico y control de determinadas enfermedades, así como para detectar eventos de hipo/hiperglucemia⁴⁴</p> <p>La importancia de la toma de glicemia capilar, previa a la aplicación de las inyecciones intravítreas es conocer los niveles de glucosa en sangre en las personas diabéticas dado que, si no, se encuentran controlados y sus niveles son muy altos tienen un alto riesgo de presentar endoftalmitis y pseudoendofalmitis, posterior a la aplicación.</p> <p>Como protocolo aquellos que presenten una glicemia mayor a 198 mg/dL no pueden pasar a quirófano para su aplicación hasta que se encuentran controlados, siendo remitidos con su médico tratante para reagendar cita para la aplicación del medicamento.</p>
<p>Limpieza de equipos de oftalmología.</p>	<p>La limpieza de los equipos y el material consiste en la eliminación de materia visible depositada sobre el material, que pueda contener microorganismos, teniendo como objetivo disminuir la carga microbiana. En los consultorios de oftalmología (glaucoma, retina y segmento) se realiza diario la limpieza mediante el uso de las gasas de lavado impregnadas en una preparación de agua con 1 tableta de presept o bien con toallas de caviwipes, estas se pasan por todos los equipos de oftalmología incluidas las lámparas de hendidura para la consulta.</p>

	<p>Los productos PRESEPT desinfectante /descontaminante de nivel intermedio para desinfectar superficies duras (superficies, mobiliario y equipo médico) con acción bactericida, viricida, fungicida, tuberculoide y esporicida. Disueltas en agua las tabletas forman una solución de ácido hipocloroso, eficaz acción desinfectantes proporcionando una solución estable hasta por 12 hrs. Un espectro biocida completo, asegura una desinfección altamente efectiva, incluso en presencia de sangre u otra materia orgánica, brindando protección contra todos los organismos, incluidos el VIH, la hepatitis B y los virus del herpes.⁴⁵</p>
<p>Lavado Ótico.</p>	<p>Consiste en realizar una limpieza del conducto auditivo externo cuando existe la presencia de cerumen o cuerpos extraños lo que produce el taponamiento y conlleva a la disminución de la agudeza auditiva.</p> <p>El objetivo es limpiar o dejar libre el conducto auditivo de forma suave sin causar dolor o daño a la persona. Este se realiza mediante la irrigación de solución fisiológica o agua inyectable tibia, con una jeringa de 10 ml a la cual se le coloca en la punta un catéter de plástico de 18 G.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se sostiene la cabeza erguida y se endereza el conducto auditivo externo, sosteniendo la oreja y jalando suavemente hacia arriba. ➤ Se utiliza una jeringa llena de agua para dirigir suavemente un pequeño chorro contra la pared del conducto auditivo cerca del tapón de cerumen. ➤ Se inclina la cabeza para permitir que drene el agua. ➤ Se repite la irrigación cuantas veces sea necesario.⁴⁶

	<p>El agua debe estar a una temperatura similar a la del cuerpo (37°C).</p>
<p>Extracción de cuerpos extraños.</p>	<p>Se conoce como cuerpo extraño a un objeto que ha sido introducido en un sitio anatómico del organismo. De esta manera, en lo referente a la Otorrinolaringología, podemos encontrar cuerpos extraños en los oídos, en la nariz o en la garganta.</p> <p>Algunos de los objetos que se introducen en el oído pueden no provocar síntomas, sin embargo, otros como, por ejemplo, los alimentos e insectos, pueden provocar dolor en el oído, enrojecimiento o supuración. Además, puede afectar la audición.</p> <p>El tratamiento dependerá del tipo de objeto, la localización en el conducto auditivo, la forma, los bordes, si es vegetal o no vegetal y el tiempo de evolución.</p> <p>Para lograr extraerlos puede ser necesaria la utilización de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserción de instrumentos en el oído. • Limpieza del conducto auditivo con solución fisiológica. • Succión con ayuda de la unidad de otorrino para lograr extraer el objeto. • Es de suma importancia valorar la aparición de lesiones ya sea en el canal auditivo, en nariz o en boca. ⁴⁷ <p>Durante este servicio se presentó el caso de un menor de 6 años, el cuál asistió a consulta externa de oftalmología en compañía de su mama, por la presencia de un cuerpo extraño en el oído derecho, tras la valoración por el medico a cargo determino la presencia de una cuenca, se intentó realizar la extracción del cuerpo mediante pinzas caimán y lavado auditivo, sin tener éxito ya que el menor se encontraba inquieto y agresivo, por lo que se decidió a realizar medidas de</p>

	<p>contención, tras varios intentos, se le solicito al médico que ya no se realizaran más intentos y que la extracción del cuerpo extraño se realizara bajo sedación en quirófano, dado que el canal auditivo del menor ya se encontraba lesionado.</p>
<p>Retiro de puntos.</p>	<p>La palabra “sutura” describe cualquier hilo de material utilizado para ligar los vasos sanguíneos o aproximar los tejidos, su objetivo es sostener en posición los bordes de una herida hasta que el proceso natural de cicatrización esté suficientemente bien establecido para hacer que el soporte de la sutura sea innecesario.</p> <p>Retiro de puntos es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada. El retiro de suturas ayuda a prevenir la cicatrización y el daño al tejido, las suturas se retiran normalmente de 7 a 10 días. Las suturas realizadas en la cara deben retirarse de 3 a 5 días y esto se hace para evitar que se marquen o la cicatriz se note. Las suturas en su cuero cabelludo deben retirarse de 7 y 14 días. Si se retiran los puntos cuando la herida aún no ha cicatrizado se puede causar dehiscencia de la herida o infección.</p> <p>El cierre adecuado de una herida a través de la sutura permite que la cicatrización ocurra satisfactoriamente, reduciendo las posibilidades de complicaciones durante la fase de reparación de tejidos. Por lo cual se debe tener un conocimiento detallado de los distintos materiales e instrumentos, así como el dominio de la técnica para el retiro de puntos, en tal sentido debido a la importancia que reviste el manejo de las heridas. El uso de sutura ayuda a ajustar y fijar los tejidos en su nueva posición, evitar el sangrado posoperatorio, prevenir la cicatrización y estenosis. La elección del tipo de sutura apropiado facilita la</p>

	<p>técnica quirúrgica, disminuye las tasas de infección y proporciona mejores resultados y menos molestias a la persona. En los servicios del instituto se utiliza la sutura de Nylon 3-0 o 2-0, que suturas de Seda ya que son fuertes y duraderas, tienen un bajo índice de infección y pueden utilizarse en las zonas más sensibles. Las suturas de nylon están hechas de poliamida, que es una fibra increíblemente fuerte que también es muy flexible.⁴⁸</p>
<p>Lavado del material e instrumental utilizado.</p>	<p>Este procedimiento consiste en la eliminación de materia visible depositada sobre el material, que pueda contener microorganismos, cuya finalidad es disminuir la carga microbiana.</p> <p>En el área de otorrinolaringología el instrumental sucio utilizado por el personal médico, se lava mediante un proceso:</p> <p>Se inicia enjuagando el material con agua caliente, posterior a este paso se sumerge en jabón enzimático previamente preparado (sumergir en una dosis auto soluble de detergente enzimático de 20% en 4 Litros de agua tibia (30/40 °C)) por 15 min, después del tiempo se lava y se enjuaga el instrumental con agua cliente para remover y desprender las secreciones, por consiguiente se sumerge en alkacide por 15 min, transcurrido este tiempo se seca por completo con compresas limpias, al finalizar este proceso se coloca en un consultorio para su utilización o bien se contabiliza y clasifica por equipos para su entrega en Ceye.</p> <p>Los detergentes enzimáticos: son detergentes que contienen enzimas proteolíticas que disuelven la materia orgánica y están especialmente diseñados para el lavado de instrumental y equipo médico. El detergente enzimático es una solución que</p>

	<p>se utiliza como limpiador y descontaminante de instrumental antes de ser esterilizado. Se sumergen los dispositivos médicos 15 minutos de contacto para remover la Biocarga, destruye las bacterias y las cepas de hongos.</p> <p>Alkacide es un desinfectante de alto nivel de dispositivos médicos, son desinfectados mediante inmersión a base de glutaraldehído que se diluye en agua para material quirúrgico. Su concentrado contiene: Glutaraldehído potencializado al 10,5% (8,5 glutaraldehído + 2% tensoactivo catiónico). Su inicio de acción inmediato, efecto bactericida, viricida, fungicida y prionicida. Su pH alcalino actúa sobre la estructura interna de la biocapa, optimizando sus propiedades de limpieza. La solución preparada de Alkacide es reutilizable y tiene una duración máxima de 30 días. Debe ser reemplazada inmediatamente si presenta turbidez, cambio en la coloración o cuando sea necesario.</p> <p>Su preparación consiste en 1 litro de agua se vierte el contenido del dosificador (20 ml) del alkacide en el recipiente, se sumergen los dispositivos en la solución de Alkacide previamente lavados y descontaminados, ya que si este proceso se omite se inactiva el alkacide, posteriormente se deja actuar durante 15 minutos para su acción. ⁴⁹</p> <p>Anexo 11. Desinfectantes utilizados en Consulta externa.</p>
<p>Semaforización de medicamentos.</p>	<p>La semaforización es una herramienta que permite identificar y determinar en el momento oportuno los medicamentos que están próximos a vencer, posibilitando del mismo modo ejercer un control sobre estos, esta semaforización se efectúa de acuerdo con la rotación de los medicamentos y se aplica en hospitalización, almacén central, en el carro de paro y en donde</p>

	<p>se utilicen medicamentos. Realizar este procedimiento se obtiene un control más idóneo del stock de medicamentos a lo que también permite una adecuada distribución.⁵⁰</p> <p>Se clasifican de acuerdo con su fecha de caducidad:</p> <p>El color rojo indica que tiene menos de un mes de vida útil</p> <p>El color amarillo indica que tiene hasta 3 meses de vida útil</p> <p>El color verde indica que tiene de cuatro meses en adelante de vida útil</p> <p>Su objetivo es protocolizar el control de las fechas de vencimiento de medicamentos que maneja el distinto personal de salud, en lo que hace referencia al almacenamiento y uso de los mismos.</p>
<p>Entrega de las personas a quirófano de oftalmología.</p>	<p>Como definición tenemos que la entrega de individuos, es el proceso en tiempo real, mediante el cual se traspa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de la persona, de un profesional sanitario a otro para darle continuidad al tratamiento que está recibiendo dicha persona.</p> <p>El objetivo principal de la transferencia es garantizar la continuidad de cuidados asistenciales con la máxima seguridad y calidad para la persona. Tratándose de un proceso informativo y dinámico, que se realiza de forma verbal (cara a cara junto al individuo) y escrita mediante un informe asistencial. Se entregará la <i>Hoja de consentimiento informado</i> firmada por el doctor y la persona, <i>Listado de verificación de procedimientos invasivos</i> (solo el primer tiempo de verificación en procedimiento) firmado por el individuo y la <i>Hoja de Registros Clínicos de Enfermería Área Quirúrgica</i>.⁵¹</p> <p>Se realiza de forma ordenada y entendible, con el fin de evitar errores:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de la persona; nombre completo, fecha de nacimiento y número de registro. 2. Alergias y diagnóstico perioperatorio. 3. Procedimiento programado y ojo a intervenir 4. Signos vitales TA, FC, FR, SPO2 y glicemia capilar en personas diabéticas. <p>Anexo 12. Listado de verificación de procedimientos invasivos Anexo 13. Registros Clínicos de Enfermería Área Quirúrgica.</p>
Toma de ECG.	<p>El Electrocardiograma es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, el cual indica alteraciones en la conducción y en el ritmo cardíaco. La electrocardiografía es la tecnología para la toma del registro electrocardiográfico.</p> <p>El ECG clásico de 12 derivaciones consta de 6 derivaciones periféricas y 6 derivaciones torácicas o precordiales.⁵²</p> <p>Estad indicado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para el diagnóstico de patologías cardíacas tales como cardiopatía isquémica, valvulopatías, alteraciones del ritmo o la conducción, miocardiopatías y trastornos electrolíticos. ➤ Trazo basal de la función del corazón durante un examen físico. ➤ Como parte de la preparación previa a algún procedimiento quirúrgico o anestésico. ➤ Valorar el funcionamiento de un marcapaso implantado. ➤ Vigilar la eficacia de ciertos fármacos para el corazón. ➤ Evaluar el estado cardiovascular después de un infarto o de algún procedimiento cardiovascular. <p>Es un proceso sistemático que tiene el propósito de reconocer los cambios en la actividad eléctrica que indiquen alteraciones en la conducción o en el ritmo cardíaco y que, en combinación con los síntomas clínicos que presente la persona, le permitan</p>

	<p>al profesional de enfermería determinar y planificar cuidados específicos que anticipen posibles complicaciones.⁵³</p> <p>Durante la estancia en este servicio se buscó la forma de adaptación para la toma de ECG de acuerdo al tipo de persona que asistía a consulta, determinando que electrodos deben colocarse en zonas con mayor masa muscular, evitando colocar sobre prominencias óseas o superficies articulares, cuando la persona presentaba una extremidad amputada, se colocaban sobre el muñón o lo más distal a la extremidad, en presencia de un yeso/vendaje/férula se colocó el electrodo lo más distal posible, en caso de que la persona presentaba alguna afección del movimiento (Enfermedad de Parkinson), se colocan los electrodos de los miembros en la parte superior de estos.</p>
<p>Marcaje de Ojo a intervenir en la aplicación de inyección intravítrea.</p>	<p>El marcaje quirúrgico es un protocolo que consiste en realizar una marca o señal estandarizada e inequívoca definida, sobre la piel de la persona.</p> <p>El marcaje del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo por el Médico Cirujano que realizará el procedimiento para mayor seguridad, por lo tanto, el personal de Enfermería responsable de la persona verifica que el procedimiento de marcaje se haya realizado correctamente, en caso contrario notificarlo verbalmente cuando entregue al individuo en el preoperatorio, en donde se le solicitará al médico que lo realice. Esta confirmación se realiza mediante <i>las acciones esenciales para la seguridad del paciente</i>, en especial la acción numero 4 hace referencia una a la seguridad en los procedimientos. Sin embargo, por cuestiones de tiempo y retrasos por parte del personal médico del área de oftalmología, el personal de enfermería autorizado realizaba el marcaje de los ojos a intervenir en la aplicación de inyección intravítrea.⁵⁴</p> <p>Se realiza el marcaje del sitio a intervenir:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe realizarse sobre la piel de a persona, y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia. ➤ El marcaje se realizará en presencia de un familiar. ➤ En procedimientos oftálmicos el marcaje se hará realizando una flecha hacia abajo señalando el ojo a intervenir Ojo derecho (OD), Ojo izquierdo (OI), o bien dos flechas señalando ambos ojos (AO). <p>Dicho marcaje indica el ojo que será inyectado con anti angiogénico intravítreo. Este procedimiento garantiza una cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y la persona correcta.</p>
<p>Contabilización y organización del material.</p>	<p>Se verifica que todo el instrumental se encuentre completo y en buenas condiciones, si no es así, se reportara en la central de equipos el instrumental faltante dañado.</p> <p>Los equipos para los consultorios de oftalmología se encuentran esterilizados y envueltos por lo que a la hora de distribuirlos se deberán contar cada uno de ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Numero de rinoscopios adulto ➤ Numero de rinoscopios pediátricos ➤ Cánulas de frazier ➤ Cánulas de adson ➤ Pinza de adson con dientes ➤ Pinzas bayoneta ➤ Tijera mayo curva ➤ Tijera para retiro de puntos ➤ Cucharillas ➤ Riñones <p>Se acomodan los equipos en los consultorios de otorrinolaringología con el fin de garantizar una buena atención a las personas que asisten a consulta, este material se encuentra limpio y estéril para su uso.</p>

	Anexo 14. Organización del instrumental y material de consulta externa.
Dotación de material consumo para los diferentes consultorios.	<p>Se realiza el bastecimiento de consultorios de Retina, Segmento y Glaucoma con los insumos suficientes para la consulta, con el fin de otorgar una valoración de calidad.</p> <p>Se coloca material estéril y no estéril en lo que incluye; paquetes de gasas estériles y no estériles, torundas de algodón estériles, guantes de carterá y guantes limpios, jeringas (1, 3, 5, 10, 20 ml), cubrebocas, aplicadores de algodón, férulas, Micropore, tela adhesiva, torundas alcoholadas/ jabón/secas, oximetazolina al 0.025% o 0.05%. tetracaína, hipromelosa, tiras de fluoresceína.</p> <p>Se abastece de acuerdo a los procedimientos realizados con frecuencia en la consulta externa de otorrinolaringología con el fin de agilizar la atención al individuo.</p>
Cuidados y mantenimiento de las traqueotomías.	<p>La traqueotomía consiste en la creación de una abertura en la tráquea, a través del cuello, donde se inserta un tubo o cánula, con el objetivo de mantener la vía aérea permeable y segura. Las cánulas de traqueotomía son dispositivos huecos y curvos que, al introducirse en el estoma impiden su cierre y mantienen abierta la vía aérea.</p> <p>El cuidado y mantenimiento de las traqueotomías juega un papel fundamental para enfermería, pues es la encargada de proporcionar al enfermo los cuidados necesarios y así evitar o disminuir el riesgo de complicaciones. Durante el manejo de las traqueotomías es importante no olvidar los 5 momentos de la higiene de manos que recomienda la OMS. Tiene como propósito mantener en óptimas condiciones el sitio de inserción de la cánula de traqueotomía, evitar erosión de la superficie traqueal por el contacto de la cánula y disminuir la acumulación</p>

	<p>de bacterias por la presencia constante de secreciones bronquiales. Cada persona precisa un tipo de cánula y un tamaño, el cual será elegido por un profesional especializado.</p> <p>Limpieza de la estoma: minimiza el riesgo de infección de la estoma, manteniéndolo libre de humedad y exudado. Evitar presionar la herida y mantener el estoma limpio y seco. Este procedimiento se debe llevar a cabo diariamente (aunque a veces es necesario realizarlo más frecuentemente).</p> <p>Limpieza de la cánula/camisa interna: la principal función de las cánulas internas es evitar la obstrucción de la traqueotomía con las secreciones bronquiales. Deberá limpiarse cada 8 horas y siempre que sea necesario ante la presencia de secreciones en la cánula o trabajo respiratorio que indique una disminución del flujo de aire por la cánula.⁵⁵</p>
<p>Entrega de material en la Central de Equipos y Esterilización (CEyE).</p>	<p>La Central de Esterilización y Equipos (CEYE) es un servicio de la unidad médica cuyas funciones son: obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar y distribuir el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico quirúrgico a los servicios, es responsable también de obtener, limpiar, preparar, esterilizar, controlar y suministrar a todos los servicios de la institución, los insumos necesarios para las actividades en los campos médico y quirúrgico.</p> <p>La ventanilla de recepción del instrumental y equipos utilizados al término de una cirugía es el área para la recepción de los equipos e instrumental sucio utilizados en quirófano o en los servicios, el personal deberá de recibirlos portando siempre el Equipo de Protección Personal. Se lleva a cabo la entrega del material utilizado en los servicios de consulta externa en la ventanilla de recepción del instrumental de la central de esterilización y equipos de la torre de Otorrinolaringología y</p>

	<p>Oftalmología, siendo este entregado limpio para su lavado, se procede a la contabilización y clasificación de cada instrumental por equipo de forma ordenada y clara, al finalizar la entrega se recibe el vale del instrumental completo.</p> <p>La entrega del material e instrumental se realiza con el fin de obtener los artículos que se requieren para la dotación correcta y que correspondan a los autorizados en los fondos fijos, manteniéndolos en buenas condiciones para su funcionamiento el material e instrumental, al mismo modo surtir de insumos, equipo e instrumental los servicios asistenciales y mantener la existencia de insumos necesarios para cubrir los servicios las 24 horas y los 365 días del año.⁵⁶El Instituto Nacional de Rehabilitación cuenta con un <i>“Manual de operaciones del centro de esterilización”</i>.</p>
--	---

Clínica de accesos vasculares y terapia de infusión

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra implementó la Clínica de catéteres fusionada con la Clínica de Terapia de infusión con la finalidad de “contar con un equipo de profesionales de la salud, que poseen conocimientos y habilidades necesarias para dar respuesta a las necesidades reales de los usuarios con terapia intravenosa y el manejo adecuado de las líneas intravasculares”.

Ubicación

Se encuentra ubicado en el 4° piso de la Torre de Rehabilitación en el extremo derecho.

Descripción de actividades de enfermería.	
Actividad	Fundamentación
Valoración del dispositivo de acceso	Las líneas intravasculares son parte fundamental en el tratamiento hospitalario, ya que se utilizan para la administración de soluciones, nutrimientos, medicamentos y

vascular más apto para la persona.	<p>componentes sanguíneos, así como para la monitorización del estado hemodinámico de un usuario.</p> <p>En el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” cuenta con una Clínica de Catéteres Venosos Centrales, conformado por un grupo de profesionales de enfermería con conocimientos especializados en el manejo de dichos dispositivos con la finalidad de dar cumplimiento a las normas nacionales e internacionales que estandarizan el cuidado en el individuo con acceso vascular central.</p> <p>La valoración se realiza dentro de los criterios de selección del acceso venoso más adecuado (CVC, PICC o Línea media), en relación a la anatomía vascular de la persona, el tiempo estimado de permanencia con la terapia y a las características de las sustancias a infundir (la osmolaridad, el pH, si es un producto vesicante o irritante) esto nos dará la pauta a elegir el catéter más adecuado según el caso. Un CVC es un dispositivo de acceso vascular que se canaliza a través de una vena central como pueden ser la subclavia, la yugular o la femoral. El extremo distal de este catéter se sitúa entre la vena cava superior y la entrada de la aurícula derecha. Estos catéteres se pueden diferenciar en no tunelizados, que se insertan por vía percutánea en la misma cama del usuario y suelen mantenerse menos de 30 días, este dispositivo es solo instalado por el personal médico, sus indicaciones son:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Infusión de soluciones irritantes, vesicantes y/o hiperosmolares.➤ Deficiente capital venoso periférico.➤ Monitorización de parámetros hemodinámicos.➤ Tratamientos que requieren recambio sanguíneo (hemofiltración y hemodiafiltración). Personas que por
---	---

su patología requieran muestreos repetidos de sangre, apoyo con nutrición parenteral total (NPT), ciclos de quimioterapia y hemoderivados.

- Tratamiento de terapia intravenosa mayor a 7 días.

El PICC se define como el Catéter Central de Inserción Periférica, catéter de 55-60cm que se inserta en una vena del brazo cuya punta está ubicada en la unión cavo-auricular, con un grosor de 2-7 French (Fr), introducidas en la extremidad superior de la persona, hasta la vena cava superior. La vena de primera elección es la basílica, la cefálica, la braquial y la mediana antecubital, aunque la vena de elección suele ser la basílica debido a su gran tamaño, posición recta y escasa movilidad. Como primera opción, se miran las venas del brazo antes que las del antebrazo, debido a su mayor diámetro y a que no se encuentran afectadas por la flexión antecubital. El procedimiento es realizado por el personal enfermero mediante la técnica Seldinger modificada y no requiere quirófano. Tras su colocación, es necesario comprobar la adecuada ubicación de la punta mediante una radiografía de tórax o un registro electrocardiográfico.

Los beneficios de un PICC es que pueden ser canalizados por personal de enfermería formados en terapias intravenosas, es una técnica relativamente fácil y se realiza de manera rápida, siendo esta posibilidad de colocación por parte de los enfermeros una gran ventaja debido a que se reduce el tiempo de espera necesario para disponer de un acceso central para iniciar las terapias IV o las mediciones oportunas, presenta un menor riesgo de sangrado e infección que otros catéteres centrales debido a que la fosa antecubital se encuentra menos colonizada por microorganismos que otras zonas como el pecho o el cuello, más cercanas a secreciones respiratorias.

Como es un dispositivo de pequeño calibre, se reduce el riesgo de embolismo aéreo o reflujo de sangre, habitualmente producidos por no clampar correctamente las líneas del catéter.

La línea media es un catéter venoso cuya longitud varía entre 4 y 25 cm. Su inserción es periférica y alcanza venas de diámetros importantes, ya que se introduce en el brazo (y no en el antebrazo, como en el caso del catéter corto). La inserción se hace con técnica Seldinger o MicroSeldinger (MST). Está fabricado en Poliuretano de clase IIa (un mes de duración) o de clase III (duración superior a un mes). La línea media se inserta por encima de la fosa antecubital (en vena basílica o cefálica) y llega hasta la vena axilar: la punta se queda a una distancia media entre una localización periférica y una localización central.

Se tiene que colocar una línea media en los casos siguientes: Árbol venoso periférico pobre, en personas denominadas DIVA, acceso temporal a la espera de acceso definitivo, Tratamiento > 7 días, Antibioticoterapia en infecciones graves: endocarditis, Osteomielitis, Administración de sangre y hemoderivados, Osmolaridad < 800-850mOsm/L* y/o pH entre 5-9.

Los beneficios son que permite un acceso vascular periférico que facilita el acceso a un calibre de vena suficiente grande como para evitar las complicaciones relacionadas con una localización muy periférica de la punta del catéter (flebitis, extravasación), ofrece mayor durabilidad, técnica poco invasiva.⁵⁷

La ecografía es muy utilizada y recomendada para todo tipo de vías centrales (reservorios, PICCS, centrales), así como para las líneas medias. Al hacer visible las venas y su recorrido,

	<p>permite aumentar mucho la tasa de éxito en el primer intento (del 77% al 99%). Además, el ecógrafo permite medir el calibre de las venas, lo que da la ventaja de elegir el diámetro adecuado del catéter respecto a la vena elegida. Cualquier catéter tiene que ocupar solo 1/3 de la luz de la vena.</p>
<p>Salinizado o heparinización del lumen.</p>	<p>La salinización del lumen, se trata de la práctica de irrigación bajo presión positiva, con Solución fisiológica al 0.9%, cada 7 días siempre y cuando el lumen no se encuentre con presencia de restos hemáticos o aire, si es todo lo contrario se realizara el salinizado en el momento de su detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En el instituto Nacional de Rehabilitación se realiza mediante una jeringa de 10 ml y una solución fisiológica al 0.9 % de 50 ml, con técnica de Push-Pause que es la inyección pausada de cada 2 ml de solución, se deja 1 ml de solución en la jeringa para evitar que se quede aire en el lumen. <p>Heparinización: es la práctica de relleno de la luz del dispositivo con solución heparina (un anticoagulante), cuando no hay presencia de retorno y existe resistencia, posterior a las 24 hr se abre el lumen y se verifica permeabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se cargará la jeringa con 9.5 ml de solución al 0.9% al cual se le agrega 0.5 ml de Heparina Sódica de 10, 000 UI. <p>Se utilizará 1 jeringa por cada lumen a salinizar o heparinizar. En un PICC La salinización del catéter debe ser hecha con una jeringa de 10 ml, que tiene una presión menor, reduciendo el riesgo de rotura accidental del mismo. Se deben usar solamente las superiores a 5 ml, pues, cuanto menor sea la jeringa, mayor será la presión, lo que puede causar la ruptura</p>

	<p>del catéter. Estos procedimientos garantizan el funcionamiento adecuado y evita la obstrucción o la pérdida prematura del catéter. La salinización previene la formación de coágulos de sangre (trombos) que pueden formarse dentro del catéter.⁵⁸</p> <p>Los catéteres pueden quedar obstruidos debido a la formación de coágulos o a la precipitación de los fármacos. Por eso la necesidad de la prevención de las oclusiones trombóticas que incluye lavado frecuente del catéter, hasta el cuidado para evitar el retorno de sangre presente en las líneas de los equipos de infusión.</p>
<p>Curación del sitio de inserción del catéter.</p>	<p>Es la técnica aséptica que se realiza para mantener libre de pirógenos el sitio de inserción de los catéteres, esta se realiza a todos las personas que tengan uno o varios catéteres instalados.</p> <p>La curación del sitio de inserción se realiza mediante técnica estéril y el uso de antisépticos y /o apósitos, los tiempos de limpieza que se utilizan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Piel integra <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realizan 3 tiempos de alcohol al 70%, el primero abarcando del sitio de inserción en forma de circulo hasta aproximadamente un área de 5 a 10 cm, el segundo igual del centro a la periferia abarcando el cuerpo del catéter y el tercero del centro a la periferia, abarcando el cuerpo del catéter y unos 10 centímetros de la línea evitando traccionar el catéter. ○ El último tiempo se utiliza clorhexidina al 2% se inicia del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm del centro a la periferia, dejándose actuar el antiséptico durante 2 a 3 min o hasta que seque perfectamente.

- Piel quemada
 - Solo se realiza un tiempo de clorhexidina del centro a la periferia.
- Aplicar el apósito o cubierta con el fin de fijar el catéter y cubrir el sitio de inserción.

La primera curación del sitio de inserción del catéter venoso central se realizará 24 horas posteriores a la instalación, cada 7 días con cubierta de apósito transparente IV y gasa si el apósito de cobertura se encuentra limpia y adherida, cada 10 días cuando se tenga Tegaderm IV + CHG, antes de los 7 días si el apósito está sucio, desprendido, húmedo y/o con restos hemáticos al grado que comprometa la permanencia del catéter, de 3 a 5 días cuando sea cubierta de tela de poliéster + gasa y cada 24 horas si el sitio de inserción se encuentra en piel quemada cubierta con gasa. Con este procedimiento disminuirémos el riesgo de una infección.

Se membreta la cobertura de la curación con la Fecha-Nombre de la persona que instalo el catéter, Fecha-Nombre de quien realizo la curación.

La almohadilla de gel de gluconato de clorhexidina, proporciona protección antimicrobiana inmediata y continua frente a microorganismos asociados. La película transparente y la almohadilla de gel permiten la visibilidad continua del punto de inserción para evaluar fácilmente señales tempranas de infección, además de que Proporciona una barrera impermeable y estéril frente a contaminantes externos como líquidos, bacterias y virus.⁵⁹

Con el propósito de disminuir la humedad y el riesgo de infección cruzada, cuando se realice el baño en el usuario, se deberá cubrir con un plástico protector de mayores dimensiones que el apósito empleado en la curación y se

	<p>pegara en sus bordes, colocando dentro del mismo los lúmenes que se encuentren sellados. Este se retira después del procedimiento teniendo precaución de no lesionar la piel de la persona ni desprender el apósito de cobertura.</p> <p>Anexo 15. Curación de un Catéter en CENIAQ</p>
<p>Circular en la instalación de CVC y PICC.</p>	<p>Por normativa la instalación de un catéter venoso central es realizado por el personal médico y el personal de enfermería se encarga de asistir en la instalación. Sin embargo, el personal de enfermería se encarga de preparar la unidad para la instalación de un CVC, realizar curación posterior a su instalación y monitorear el mismo durante toda su estancia hospitalaria. En personas adultas, utilizar la vena subclavia como primera elección para catéter venoso central corto, en lugar de la vena yugular o femoral, para minimizar el riesgo de infección para los catéteres venosos centrales.</p> <p>La instalación de un Catéter Central de Inserción Periférica se realiza por personal de enfermería experto y entrenado específicamente en este tipo de terapias intravenosas. El procedimiento de inserción se realiza siempre mediante una técnica totalmente estéril.</p> <p>Se asiste en la instalación de CVC al personal médico o PICC al personal de enfermería que lo instala, preparando la unidad con el equipo necesario como cama, monitor y sistema de confirmación Sherlock en el caso de la instalación de PICC. Se verifican la indicación por parte del médico, el consentimiento informado deberá de estar firmado y se monitorea los signos vitales de la persona. ⁵⁹</p> <p>Se reúne y acomoda el material necesario, por tiempos en que se realizara la instalación con el fin de mantener un entorno organizado y asegurando el procedimiento, se comprobara su</p>

	<p>funcionalidad y esterilidad con el fin de prevenir la contaminación de los materiales que serán utilizados.</p> <p>Anexo 16. Reunión de los materiales para la instalación de un Acceso Vascular.</p> <p>Anexo 17. Instalación de un PICC</p>
<p>Colocación del sistema de confirmación SHERLOCK en persona adulta.</p>	<p>Es un sistema de confirmación de punta indicado para la colocación de catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC), este proporciona información en tiempo real sobre la ubicación de la punta del catéter, por medio de un rastreo pasivo y la actividad eléctrica cardíaca (ECG) del individuo, brindando una alternativa a la radiología y fluoroscopia de tórax para confirmar la trayectoria de la aguja, la dirección, la profundidad y la ubicación final de la punta del catéter en la unión cavo auricular correlacionada con el pico más grande de la onda P proporciona mayor eficiencia de inserción y reducción de la tasa de malposición del catéter.⁶⁰</p> <p>Está compuesto de un monitor ECG y de un dispositivo externo magnético (o plastrón) que se coloca en el tórax del usuario, conlleva 2 electrodos. El “sistema de navegación de seguimiento de puntas” en forma de Y se coloca a la altura del tercer cartílago traqueal.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Electrodo negro en el hombro derecho. (2) Electrodo rojo en la parte anterior izquierda de la Línea axilar alrededor del nivel umbilical. (3) Conexión de cables al monitor de electrocardiografía. (4) Detector electromagnético.
<p>Antisepsia en el sitio de instalación del PICC.</p>	<p>La antisepsia comprende el conjunto de técnicas destinadas a destruir o inhibir microorganismos (agentes infecciosos o patógenos) que existen en un tejido vivo. Este procedimiento debe ir precedido de una limpieza del medio donde se vayan a</p>

	<p>instalar. La desinfección se lleva a cabo por medio de biocidas o germicidas, sustancias químicas antimicrobianas. El objetivo de realizar una correcta y adecuada antisepsia previa a la instalación de un catéter disminuye la aparición de riesgo de infección asociado a catéter.</p> <p>Tras la identificación ecográfica de las principales estructuras vasculares y nerviosas del brazo se realiza marcaje del sitio a instalar el catéter asegurando la zona a realizar la antisepsia y disminuyendo la manipulación de la misma.</p> <p>Para la antisepsia de la piel para la instalación del PICC se realiza:</p> <p>Respetando los principios de asepsia, realizar la misma desde el sitio seleccionado para la inserción (marcaje) abarcando el pliegue ante cubital hasta la línea axilar. Prepare un área amplia (20 a 25 cm o más) alrededor de la vena seleccionada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 tiempos con jabón quirúrgico. ➤ 3 tiempos con alcohol al 70%. ➤ 1 tiempo con clorhexidina al 2% con alcohol al 70% y dejar actuar durante 40 seg. (o 3 tiempos de yodopovidona y dejar actuar durante 2 min.). <p>Una correcta antisepsia y técnica de inserción puede evitar eventos adversos a largo plazo.⁶¹</p>
<p>Retiro y cultivo de punta de catéter.</p>	<p>Es la técnica aséptica que se realiza para la remoción de los catéteres, como indicación por fin de tratamiento, disfunción del catéter o ante la presencia de complicaciones (infección, extravasación o fractura de catéter, oclusión, obstrucción, flebitis), tiene por objetivo retirara el catéter de manera cómoda y segura para la persona y para el personal que realiza la extracción del mismo.</p> <p>Retirar catéter venoso central solo con indicación médica.</p>

Para el retiro del catéter ya sea PICC O CVC, se deberá colocar al sujeto en decúbito supino este posicionamiento aumenta la presión venosa central en el sitio de inserción y reduce el riesgo de embolismo gaseoso, por lo que en el procedimiento la persona portara el oxímetro con el fin de monitorizar su saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca, se realiza primero la curación del sitio de inserción posterior a ese paso le retiran todas las suturas que mantienen fijo el catéter mediante una hoja de bisturí, pedirle que inhale de manera profunda y detenga el aire por 3 segundos (maniobra de Valsalva que consiste en la retirada del catéter durante expiración forzada con la glotis cerrada para crear presión positiva intratorácica), en estos segundos, se extrae suavemente un tercio del catéter en un ángulo de 45°C de la piel; repetir el procedimiento en 3 ocasiones hasta extraer totalmente el catéter. Extraer la primera porción del catéter (aprox. 5 cm), preguntar y vigilar datos de dificultad respiratoria, si no hay molestias continuar la extracción en dos tiempos (cada 5 cm).

Si la punta del catéter se rompe durante la extracción, es probable que embolice en el lado derecho de la arteria del corazón o pulmonar lo cual necesita la intervención urgente del médico es por ello que el procedimiento se debe realizar de forma lenta pero constante.

Si tiene indicación de tomar cultivo de la punta del catéter, primero valorando la integridad del catéter y posterior se realiza un corte de 5cm de la punta con la hoja de bisturí estéril y depositando la punta del catéter en el contenedor estéril, desechando el resto en el contenedor rojo.

Se deberá evitar que la punta del catéter toque superficies no estériles al momento de salir ya que notificaría los resultados

	<p>del cultivo. Se deja cubierto el sitio de inserción con un apósito estéril con cojín absorbente no adherente y manténgalo por 24-48 horas.</p> <p>Si es necesario cultivo de punta de catéter (personas con sospecha de infección), esta se enviará al laboratorio de Infectología con su respectiva solicitud de laboratorio.⁶²</p> <p>Anexo 18. Retiro de CVC</p>
<p>Toma de muestras sanguíneas a través del catéter venoso central.</p>	<p>Es el procedimiento especializado que consiste en la extracción de muestras sanguíneas para su análisis, a través de un lumen del catéter</p> <p>La extracción de muestras de sangre a través de CVC para la determinación de valores analíticos supone evitar venopunciones repetidas o la instalación y mantenimiento de un acceso venoso para ese fin, siendo beneficioso al evitar riesgos, aumentar el confort de la persona, así como disminuir las cargas de trabajo de enfermería y los costes.</p> <p>Es conveniente mantener el siguiente orden para que no interfieran los aditivos de unos tubos con otros y así mejorar la exactitud y la calidad de las muestras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frascos de hemocultivos. ➤ Tubo sin aditivo (para análisis de suero) ➤ Tubos para pruebas de coagulación ➤ Tubos restantes con anticoagulante. ➤ Gasometría arterial. heparina sódica. <p>Rellenar los tubos de laboratorio procurando que el bisel quede pegado a la pared del mismo y permitir el llenado mediante vacío, estos no se deberán abrir por ningún momento.</p> <p>La toma de muestras sanguíneas a través del catéter venoso central, se extraerán de un lumen libre de infusiones (sellado), en caso de que no se cuente con un lumen libre de infusiones,</p>

	<p>las muestras se extraerán del lumen distal (soluciones de base).</p> <p>La toma de muestras sanguíneas siempre se realizará con la técnica de SASH (solución, aspiración, solución y heparinización) esto con el fin de seguir preservando el lumen y se permeabilizado para su uso cuando se requiera. ⁶³</p>
<p>Toma de hemocultivo.</p>	<p>El hemocultivo es un método diagnóstico que se realiza para la detección de microorganismos en la sangre y así, posteriormente, realizar la identificación y susceptibilidad antimicrobiana. Se pueden clasificar según el tipo de individuo (neonatal, pediátrico, adulto), el tipo de toma de muestra (centrales o periféricos); tipo de microorganismo (bacterias aerobias, anaerobias, hongos micobacterias) y según la metodología de los distintos sistemas de identificación.</p> <p>Está indicado cuando existe sospecha de Infecciones del torrente Sanguíneo (Bacteriemia o Fungemia), Neutropenia y Fiebre, Endocarditis, Sepsis, Neumonía Bacteriana Complicada, Artritis Séptica/Osteomielitis y toda persona febril con línea venosa central sin otro foco infeccioso evidente. Un cultivo positivo ofrece información fundamental para el diagnóstico y tratamiento de una infección: por un lado, supone un diagnóstico definitivo de una infección y, por otro, permite establecer un tratamiento antimicrobiano específico para el microorganismo detectado. Además, el análisis de los resultados de los cultivos de nuestra población ofrece un patrón epidemiológico de resistencias a antimicrobianos.⁶⁴</p> <p>Un “set” es el número de frascos drenados durante una sola venopunción. Un Set usualmente consiste de un vial aeróbico y uno anaeróbico (2 viales/set). El set Constituye la sangre obtenida de una única venopunción, inoculada en uno o más frascos. El vial anaeróbico tiene una utilidad más allá de la</p>

recuperación de anaerobios “obligados”: (Streptococcus spp. Grupo S. milleri, Abiotrophia y Granulicatella) y algunos anaerobios facultativos (como E. coli) crece mejor/más rápido en el vial anaeróbico. Ante sospecha de bacteriemia por catéter central se recomienda la extracción de 3 sets (2 por vía periférica y la tercera por el catéter).⁶⁴

La gran variabilidad existente en cuanto a la técnica de extracción de hemocultivos, hace necesaria la revisión de los protocolos y la actualización de los conocimientos de enfermería, con el fin de minimizar la variabilidad clínica y mejorar la calidad asistencial, por lo que este procedimiento se realizará estrictamente con técnica estéril con el fin de obtener resultados correctos. La toma de hemocultivos trans-catéter se realizará del lumen con más antigüedad de uso ó donde se esté infundiendo soluciones de base. En caso de haber realizado primero la toma trans-catéter dejar transcurrir un tiempo de 30 min para la toma de la muestra periférica.

Una adecuada antisepsia cutánea previa a la extracción del hemocultivo periférico permite reducir la carga bacteriana, disminuyendo a su vez las posibilidades de contaminación. Dado que usar una técnica aséptica estricta tiene la finalidad de evitar falsos positivos por contaminación en la toma del hemocultivo.⁶⁴

En la clínica de accesos vasculares cuenta con un protocolo para cada procedimiento, se realiza la toma de hemocultivo periférico con técnica estéril, ya que se cuenta con un equipo para la toma de hemocultivo el cual incluye; una bata, dos campos estériles, un riñón, dos flaneras.

En el caso de la toma de hemocultivos por vía central se realiza la asepsia con fricción vigorosa desde lo más proximal a lo distal del cuerpo del catéter abarcando cada uno de los

	<p>lúmenes, se realiza 3 tiempos de alcohol del lumen del que se tomara el hemocultivo, en el último tiempo se realiza la limpieza de la conexión del bioconector por aproximadamente 60 segundos de forma circular, evitando tener contacto con el entorno.</p> <p>En el caso de la toma del hemocultivo periférico se realiza la antisepsia en el sitio de punción del centro a la periferia en tres tiempos, un tiempo de jabón quirúrgico, uno de alcohol y uno de clorhexidina, dejando actuar a la clorhexidina durante 15 segundos, igual mediante técnica estéril y se utilizaran por cada procedimiento un par de guantes limpios/un par de guantes estériles.</p>
<p>Llenado de hojas de instalación y monitoreo de accesos vasculares.</p>	<p>Estos instrumentos se elaboraron con el fin de controlar el cumplimiento del listado de requisitos, recolectar datos ordenadamente de manera sistemática y garantizar la seguridad de la persona, además acredita la buena praxis por parte de los profesionales, al mismo tiempo ayudan a la preparación del usuario para su procedimiento y evita errores cometidos de manera involuntaria y conocer los problemas durante la colocación de catéteres. El monitoreo permite la valoración diaria del acceso vascular anotando la posible aparición de eventualidades accidentales originadas por la manipulación del catéter ya sea por el enfermero a cargo del individuo o el personal de salud. Toda persona que se le instale un acceso vascular deberá contar con los siguientes documentos:</p> <p>La hoja de Registro de instalación de catéter venoso central es un instrumento con método prospectivo para la prevención de infecciones y eventos adversos asociados a la instalación de catéter venoso central en el INR; que tiene por objetivo mejorar</p>

	<p>la calidad de atención, brindar seguridad de la persona y disminuir la morbilidad, la estadía hospitalaria y los costos.</p> <p>La <i>hoja para monitoreo de dispositivo de acceso venoso</i> es un instrumento que reúne y clasifica la información de datos sobre el monitoreo del acceso vascular. Estas deben ser elaboradas por el personal de salud que asiste el procedimiento de instalación y en el mismo día de la instalación, el color de la tinta para su elaboración será de acuerdo al turno (azul-matutino, verde-vespertino y rojo-nocturno). El instituto cuenta con un instructivo para el llenado de cada una de estas hojas. Sin embargo, cuando se presenta el caso en donde exista una persona que llega al instituto con acceso vascular, este se valora con el fin de determinar si el catéter se encuentra apto para conservarse o no, se llenaran las mismas hojas mencionadas el día de la valoración, sin embargo, existe un apartado en las <i>hojas de Registro de instalación de catéter venoso central</i> (Ingresa con catéter), esta se llenara por completo sin omitir ningún apartado. ⁶⁵</p> <p>Anexo 19. Registro de instalación de catéter venoso central Anexo 20. Hoja para monitoreo de dispositivo de acceso venoso</p>
<p>Preparación y Ministración de medicamentos.</p>	<p>La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales nosotros como personal de enfermería debemos enfocarnos reafirmando los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al individuo, asimismo, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que pueden afectar la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, al igual los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración del medicamento.</p>

La administración de un medicamento se efectúa con el fin de lograr una acción específica, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

Las dosis de los medicamentos están calculadas para alcanzar niveles plasmáticos suficientes (niveles terapéuticos). La toxicidad puede evitarse teniendo especial cuidado en la dosificación del medicamento y estando alerta ante la presencia de signos de toxicidad.

Todo medicamento que le sea administrado a una persona, independientemente de la vía, deberá incluir la verificación de los diez correctos para la administración de medicamentos. Los medicamentos preparados y dispensados por la farmacia como mezclas estériles deberán ser en apego a lo establecido por la NOM- 249-SSA1-2002, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.⁶⁶

Previa a la administración se debe valorar el estado de salud de la persona, antes de administrar cualquier medicamento, especialmente en sujetos disneicos, ya que puede afectar el ritmo respiratorio. Se preguntará al individuo si es alérgico a ciertos medicamentos e indicarlo en la historia clínica. Los antibióticos y agentes quimioterapéuticos se deben administrar a la hora exacta para que los niveles en la sangre permanezcan constantes. Quien prepara el medicamento debe también administrarlo y hacer el registro en la historia clínica para evitar confusiones y problemas de índole legal.

Legalmente para que un medicamento pueda administrarse tiene que respaldarse su prescripción y administración en forma escrita en la historia clínica, con ello se disminuyen las interpretaciones erróneas o posibles equivocaciones.

En la clínica de terapia de infusión los medicamentos son administrados por vía intravenosa y preparados en una cabina

	<p>de flujo laminar, la cual es un instrumento que se emplea para tener ambientes libres de contaminación, debido a que logra proporcionar aire descontaminado proveniente de partículas de hasta 0.1 micras, esta nos permite la preparación de los medicamentos estériles manteniendo una seguridad de asepsia elevada. Sin embargo, cuando se manejan medicamentos quimioterapéuticos, el área para su preparación no cuenta con las condiciones y material correcto para la preparación de dichos medicamentos, por lo que el personal de enfermería se adapta a los recursos existentes para su propia protección y de la persona que recibe tratamiento.⁶⁷</p> <p>Los medicamentos que se administran a las personas ambulatorias se deberán registrar en la hoja de enfermería electrónica, se ingresa el número de registro de la persona indicando el medicamento, dosis, vía y hora en el que se ministra, acompañada de una nota de enfermería.</p>
<p>Instalación de Catéter venoso periférico.</p>	<p>La venoclisis o cateterismo venoso periférico es la colocación de una vía venosa periférica, consiste en la permeabilización de una vena periférica a través de una punción, por medio de un catéter biocompatible de corta longitud que permite acceder al torrente sanguíneo. Puede colocarse con fines diagnósticos, como en el caso de la radiología intervencionista o hemodinamia, o/y con fines terapéuticos.</p> <p>El catéter periférico en general es indicado para la reposición de volumen, reposición de electrolitos, administración de fármacos, transfusión de hemoderivados, mantenimiento de una vía en caso de emergencia, nutrición parenteral quimioterapia y procedimientos anestésicos, siendo este un dispositivo esencial durante la atención médica y el</p>

	<p>procedimiento invasivo realizado en personas hospitalizadas. Por sus características se define también como un catéter de corta duración, en este caso se instalan en la clínica de terapia de infusión a los individuos ambulatorios que asisten a su terapia de infusión para su tratamiento de osteoporosis, artritis y otras patologías.</p> <p>Como juicio clínico la mayoría de las personas que asisten a la terapia son de acceso venoso difícil, ya que presentan venas delgadas por lo que se utilizan catéteres venosos periféricos de menor calibre por ejemplo 22 a 20 G, ya que estos son menos traumáticos para la vena y permite un menor flujo sanguíneo que favorece la hemodilución en los líquidos IV. ⁶⁸</p>
--	---

Banco de sangre

El servicio de Banco de Sangre se encargará de recolectar la sangre o hemoderivados en cantidad suficiente para cubrir las necesidades del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, de acuerdo a lo que marcan la Ley, Reglamento y Normas al respecto. A demás de la selección de un donante de sangre.

Ubicación

Se encuentra ubicado en el Cuerpo 3, se ingresa por la entrada de urgencias, planta baja en dirección Oeste a Periférico Sur.

Descripción de actividades de enfermería.	
Actividad	Fundamentación
Identificación correcta del donador.	Definimos seguridad del individuo en este caso donador como el conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo, y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios. Este procedimiento que permite al

	<p>equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante su atención médica.</p> <p>Se debe identificar a la persona desde el momento en que solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo de la persona (nombre, apellido paterno, apellido materno) y su fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa). Corroborando por medio de una identificación oficial original vigente con fotografía. Se puede considerar como identificación oficial la cartilla militar, INE, licencia de conducir, pasaporte y cédula profesional.</p> <p>Esto con la finalidad de tener la máxima seguridad y trazabilidad durante el proceso de donación, el banco de sangre o centro de colecta, podrá realizar la verificación de la identidad del donante durante todas las etapas de la donación, por medio de la revisión de la identificación oficial. Dentro de los datos que se pueden requerir para el registro se incluyen: nombre completo de la persona candidata a donar, dirección, teléfono y/o correo electrónico de contacto, edad, fecha de nacimiento e incluso toma de huella digital y fotografía.</p> <p>En cuanto a la edad, es importante recalcar que la edad permitida para la donación de sangre y sus componentes en México es de 18 a 65 años de edad. Será motivo de diferimiento temporal cuando la persona candidata a donar no tenga 18 años cumplidos, hasta que cumpla este requisito. Será motivo de exclusión permanente cuando la persona candidata a donar cumpla los 65 años y un día. Sin embargo, el médico debe decidir si puede o no donar en función del estado de salud del donante.</p>
Valoración del	La entrevista en el proceso de selección de donantes consiste en dos partes: primero una conversación entre el personal de

<p>Pre-donador.</p>	<p>enfermería con el donante y a continuación un examen físico del donante.</p> <p>La entrevista se realiza como un proceso de “filtro” y que a través de él se están identificando los donantes aptos y difiriendo las personas que no cumplen con los requisitos establecidos para ser donantes. Si durante la conversación, como primera fase de la entrevista se toma la determinación de diferir al donante potencial, éste debe ser informado de la decisión en ese momento sin continuar con el proceso del examen físico. Esto con el fin de no generar molestia ni falsas expectativas en el donante. Los donantes diferidos deben ser asesorados y direccionados a los servicios de atención en salud, en caso de ser necesario.</p> <p>En esta etapa del examen físico, el entrevistador se encarga de examinar el estado general de salud en que se encuentra el donante, evaluando el aspecto físico, signos vitales (presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura), talla y peso. ⁶⁹</p> <p>Anexo21. Requisitos para la donación.</p>
<p>Toma, registro e interpretación de los signos vitales del pre-donador.</p>	<p>La toma de signos vitales y somatometría en banco de sangre está a cargo del personal de enfermería, el cual tiene el propósito de valorar el estado físico de los candidatos a donar sangre, para garantizar una selección apropiada que no perjudique la salud de la persona donante y aporte beneficios al receptor.</p> <p>La temperatura corporal corresponde a la temperatura media del organismo humano, es la medida relativa de calor o frío asociado al metabolismo del cuerpo humano y su función es mantener activos los procesos biológicos. En caso de</p>

detección de temperatura corporal mayor a 37.0°C, se diferirá al candidato a donar.

La frecuencia cardiaca es el resultado de la expansión y retracción de las paredes de los vasos arteriales producidas por el paso de la onda sanguínea, originada por la sístole y la diástole cardiaca. Será motivo de diferimiento temporal todas las personas con frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos por minutos, en caso de frecuencia cardiaca menor a 50 latidos por minuto, debe de valorarse la actividad física de la persona candidata, ya que las personas con actividad física intensa (por ejemplo, atletas de alto rendimiento) pueden tener frecuencias cardiacas menores. En este supuesto se podría aceptar al donante siempre y cuando la frecuencia sea mayor a 40 latidos por minuto.

La frecuencia respiratoria es un proceso mediante el cual se inspira y expira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación a través de los mismos.

La presión arterial está determinada por la presión sobre las paredes arteriales provocadas por la fuerza de la sangre al ser expulsada hacia la circulación general por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. Se debe evaluar la presión arterial sistémica de la persona candidata a donar por medio de esfigmomanómetros Serán motivo de diferimiento temporal, según lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, la cual establece que serán motivo de diferimiento temporal, hasta la mejoría, todas las personas con presión arterial sistólica mayor a 180mmHg y/o presión arterial diastólica mayor a 100mmHg. Sin embargo,

	<p>por criterios del mismo banco se estableció que los donadores con una presión arterial de 140-147/ 90-100 o menor 95-100/ 60-80 mmHg, con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la donación.⁷⁰</p> <p>Estos datos son colocados en la “ficha para donación de sangre PRO 31” del pre-donador la cual consta de un apartado de Signos vitales (Peso, Talla, Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Respiración, Temperatura).</p>
<p>Somatometría y motivos de diferimiento.</p>	<p>La somatometría es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en kilogramos y gramos de masa corporal de los individuos (peso corporal) y la distancia existente entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo (talla).</p> <p>Al inicio del proceso de la donación, se debe de realizar a los candidatos la toma de somatometría que incluya la medición de la altura y peso. De acuerdo a la Norma Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos esta fase se puede diferir a los candidatos a donar que no cumplan con los parámetros establecidos para la somatometría.</p> <p>Es necesario que el peso y volumen sanguíneo sea suficiente para la extracción de sangre. Por lo tanto, se diferirán a aquellos candidatos a donar con peso menor a 50kg, esto es porque no se debe extraer más de 13% del volumen total de sangre de la persona y las personas que pesan menos de 50 kg no pueden donar esa cantidad, ya que existe un mayor riesgo de presentar reacciones adversas a la donación.⁷¹</p>
<p>Preparación del área física del área de</p>	<p>Posterior al término de la toma de signos vitales y somatometría de todos los candidatos a donador, se procede en apoyar en el área de sangrado con la preparación de material de curación (torundas alcoholadas/ enjabonadas,</p>

<p>sangrado (flebotomía).</p>	<p>clorhexidina al 2%, corte de cintas adhesivas para fijar catéter de venopunción, preparación del reposet, corte de coban, preparación del refrigerio para los donadores, etiquetado de las bolsas de recolección de sangre y los cuidados del donante hasta la última donación efectiva del día.</p>
<p>Proceso de Asepsia y antisepsia.</p>	<p>La contaminación microbiana se define como la presencia de bacterias en la sangre o componentes sanguíneos que se recolectan y/o procesan para transfusión. Para evitar su contaminación, la sangre debe ser recolectada siguiendo técnicas asépticas. La contaminación microbiana de componentes sanguíneos puede provocar reacciones transfusionales sépticas que pueden ser fatales. En este sentido, la colecta de sangre es un momento crítico en el que las bacterias presentes en la piel pueden ingresar al sistema de recolecta a través de la aguja de flebotomía. La contaminación bacteriana se origina en la mayor parte por la presencia de bacterias en la piel del brazo del donante. Es por ello que la desinfección del brazo del donante reduce significativamente la carga bacteriana a ese nivel, pero no “esteriliza” el brazo del donante. La aplicación de las buenas prácticas de desinfección del brazo del donante, reducen los niveles de microorganismos en la parte superior de la piel, resultando menor índice de bolsas contaminadas. La desinfección de la piel antes de la venopunción continúa siendo la primera línea de defensa para prevenir la contaminación bacteriana.⁷²Por lo anterior, se han desarrollado diversas estrategias que, en conjunto permiten disminuir el riesgo de contaminación microbiana de los diferentes componentes sanguíneos, en el servicio de banco de sangre.</p>

	<p>Previa a la desinfección del sitio de punción se vuelve a valorar la vena que se utilizara para la flebotomía, posterior a la confirmación se realiza el proceso de antisepsia.</p> <p>Para la antisepsia de la piel en el servicio de banco de sangre se realizan 3 tiempos del centro a la periferia; el primer tiempo es con una torunda de jabón quirúrgico con el fin liminar la flora transitoria y al máximo la flora residente de la piel, el segundo tiempo es con una torunda alcohol al 70% actuando como germicida destruyendo la membrana celular de las bacterias, el tercer tiempo se realiza con clorhexidina de 1 ml al 2% inhibiendo el crecimiento de microorganismos en la piel.</p> <p>Todos los insumos como torundas con alcohol al 70% / Jabón quirúrgico/ secas son preparadas el turno a utilizar con técnica limpia, previo lavado de manos con agua/jabón y calzado de guantes limpios. Al término de la jornada se desechan todos los insumos sobrantes dado que ya no se encuentran limpios para su utilidad, por lo que a la siguiente jornada se vuelve a preparar el material garantizando la seguridad del donador y la sangré donada.</p> <p>El instrumental quirúrgico utilizado como las torunderas y las pinzas Kelly se lavan y desinfectan al término de la jornada.</p>
<p>Valoración de las venas para donación.</p>	<p>Posterior a la fase de toma de signos vitales y somatometría, el donador pasa al área de toma de muestra en donde se valora el capital venoso del donador, se selecciona una vena delgada para la toma de muestra y otra vena con mayor dilatación la cual se apta para la donación de sangre ya que tiene un mayor calibre y flujo, las venas más utilizadas para la venopunción, están localizadas en el área ante cubital entre las que tenemos; vena Cubital: es la más larga y gruesa de todas y es la preferida por bordear la musculatura del brazo,</p>

	<p>vena Cefálica: tiene iguales características de la anterior, pero es un poco menos gruesa y la vena Basílica: es más pequeña que las anteriores. Esta vena está cerca de la arteria braquial, por lo que su punción es riesgosa y su área es más sensible y dolorosa para la persona.</p> <p>Se evitan áreas con hematoma, fístulas, quemaduras, escoriaciones de la piel o cicatrices, al igual se evita tomar muestra del brazo dominante.</p> <p>Con esta valoración se determina si el perdonador es apto o no, por no cumplir con venas adecuadas de acuerdo con lo establecido en la NOM-253-SSA1-2012, ya que el riesgo de que no se complete el volumen de sangre deseado en la donación es alto.⁷⁰</p>
<p>Pesar los paquetes sanguíneos para calcular el volumen.</p>	<p>Durante el llenado de una unidad de sangre, deberá favorecerse la mezcla con el anticoagulante de la bolsa. En el instituto nacional de rehabilitación la agitación se hará con movimientos de balanceo empleando con balanzas con agitación automática que, además, aseguren el volumen sanguíneo neto a recolectar. El volumen máximo de sangre extraído en cada ocasión, por normativa es de $450 \pm 10\%$, no deberá excederse de 10.5 ml. por kg de peso corporal del donante o del 13% de su volumen sanguíneo calculado, incluyendo las muestras.</p> <p>En las bolsas contenedoras disponibles en el instituto nacional de rehabilitación la cantidad de solución anticoagulante y preservadora está calculada para obtener $450 \text{ mL} \pm 10\%$ como indica la NOM-253-SSA1-2012.⁷⁰</p> <p>Para obtener el peso bruto de la unidad o del componente sanguíneo se debe pesar la sangre total posterior al retiro de la aguja y la bolsa de derivación o los componentes</p>

	<p>sanguíneos posterior a su procesamiento procurando estandarizar la longitud de la línea que sea la misma que se consideró para el peso de la bolsa vacía y evitar variaciones de peso, el pesaje se debe realizar en una balanza granataria calibrada y verificada.</p> <p>Anexo 22. Sangre Total</p>
<p>Registrar en la historia clínica el tiempo que duro la donación.</p>	<p>En el banco de sangre solo se realiza la donación de sangre total, siendo esta la obtención de sangre mediante extracción en bolsas con solución anticoagulante, la cual puede ser fraccionada en varios componentes para su uso, dado que solo se tiene el equipo para realizar este procedimiento. Por normativa la flebotomía debe de tener un tiempo de llenado de cada unidad de sangre entre 8 y 12 minutos, esto con fines de evitar descensos abruptos de tiempos de coagulación y que las unidades sean aptas para la obtención de plaqueta, si el tiempo de donación de sangre completa es mayor a 12 min ya no se podrá obtener el concentrado de plaquetas.⁷⁴</p> <p>Para lograr dicho parámetro se indicará a los donantes regular el efecto de bombeo de los músculos del antebrazo con el cierre y apertura de mano.</p>
<p>Elaboración del instructivo que contine las indicaciones post donación.</p>	<p>Se lleva a cabo la creación de un instructivo sobre las indicaciones posdonación para los donadores, con el fin de reducir el tiempo de explicación al donador y que a su vez este sirva como medio de distracción para los que se encuentran nerviosos.</p> <p>Anexo 23. Instructivo sobre las indicaciones Posdonación.</p>
<p>Toma de muestra sanguínea de predonadores.</p>	<p>La punción venos es la más utilizada para obtener muestras de sangre. Es una forma sencilla y adecuada para obtener la cantidad de sangre necesaria para realizar un gran número de pruebas, inclusive grandes cantidades que se pueden distribuir</p>

	<p>en varios tubos, de acuerdo a necesidades específicas. Las muestras de este tipo generalmente se obtienen por punción de una de las tres venas del pliegue del codo: basilíca, cubital media y cefálica.</p> <p>El propósito es obtener una muestra sanguínea periférica para procesar el análisis de biometría hemática, grupo ABO y Rh del pre-donador, además para la búsqueda de lipemia y los parámetros químicos de las células presentes en la sangre; hemoglobina, leucocitos, eritrocitos y plaquetas, determinando con estos valores si el pre-donador es apto o no para la donación de sangre.</p> <p>En este caso se realiza la toma de muestra con un sistema llamado S-Monovette que es un sistema de extracción de sangre que combina dos técnicas de extracción: técnica de aspiración y vacío, su uso es seguro y fácil de utilizar, en comparación cuando se toma una muestra de sangre con el equipo vacutainer en el cual se realiza mayor manipulación existiendo probabilidad de lesionar la vena del donador.⁷⁵</p> <p>Para la toma de muestra el torniquete no debe permanecer mayor a un minuto en el brazo del donar, una vez que se aprecie el retorno de sangre se retira el mismo, dado que si se mantiene por más tiempo puede generar tromboplastina tisular en la muestra y activar la vía extrínseca de la cascada de la coagulación, produciendo resultados erróneos en la prueba.</p> <p>Anexo 24. Toma de muestra</p>
<p>Sellar la bolsa de recolección de sangre total.</p>	<p>Bolsa de recolección de sangre es un insumo utilizado para la extracción de sangre total, compuesto de una bolsa madre con anticoagulante, unida de fábrica con bolsas satélites que permiten obtener las diferentes fracciones sanguíneas en un sistema cerrado.</p>

	<p>Las bolsas de extracción de sangre y sus bolsas satélites son fabricadas bajo condiciones higiénicas, selladas del ambiente exterior y esterilizadas por medios idóneos que acrediten eficientemente su esterilidad asegurando su calidad para efectos de uso y seguridad de los insumos. Los equipos de extracción deben estar en todo momento protegidos del ambiente exterior por sellos herméticos realizados mediante un sellado eléctrico limpio, originando sello rompible que se puede quebrar lo cual asegura con exactitud el volumen de la unidad esto con el fin de reducir el riesgo de contaminación bacteriana de los componentes. ⁷⁶</p> <p>En el caso que involuntariamente se produzca una contaminación de la donación por sangre o aire desde la bolsa, la donación debe ser descartada, esto con el fin de reducir las reacciones sépticas originadas por la presencia de bacterias en los componentes sanguíneos.</p>
<p>Exposición al personal de banco de sangre sobre las reacciones adversas a la donación.</p>	<p>Las reacciones adversas a la donación (RAD) de sangre total son respuestas inesperadas que afectan el bienestar físico y emocional de los donadores. La donación se considera un acto voluntario donde el donador, puede presentar cualquier tipo de reacción adversa a la donación, estas son pocas y la mayoría leves, pero también pueden presentar reacciones severas y graves. Por su severidad se clasifican en leves moderadas y severas, pueden ser sistémicas y locales. Según su prevalencia son, náusea, vómito, reacciones vasovagales con o sin síncope, hematomas, daño neurológico por la aguja, punción arterial, fístula arteriovenosa, flebitis, angina de pecho, infarto al miocardio.</p> <p>Para que la persona presente una reacción adversa existen múltiples factores asociados como el miedo, ansiedad, estrés,</p>

	<p>pánico, desvelo y ayuno entre otras. Por lo anterior fue necesario presentar una exposición al personal de banco de sangre incluidos químicos, biólogos, trabajadores sociales y personal administrativo sobre las intervenciones a realizar al identificar una reacción adversa a la donación de manera oportuna, aplicándose desde la recepción del donador hasta el término del proceso de donación. Si nosotros como profesional de la salud le brindamos al donador seguridad desde que inicia hasta que termina el proceso de donación, minimizamos el riesgo de presentar cualquier tipo de reacción, evitando con esto perder al donador de sangre y pueda regresar a donar en forma altruista.⁷⁷</p> <p>Se ofrece una sesión sobre las intervenciones a realizar ante las reacciones adversos a la donación al personal de banco de sangre incluidos químicos, trabajadora social y personal administrativo, al mismo tiempo se realizó una infografía sobre el tema la cual se colocó en el área de sangrado con fines académicos.</p> <p>Anexo 25. Infografía de las Reacciones Adversas a la Donación de Sangre.</p>
<p>Procedimientos para prevenir, tratar y registrar las reacciones adversas que puedan ocurrir en los donantes.</p>	<p>Las reacciones adversas a la donación son una respuesta del donante con la extracción de sangre, que resulta mortal, discapacitante o que da lugar a hospitalización o enfermedad, es por ello que nosotras como personal de enfermería que vigila a la persona, debemos tener presente los diferentes grados y tipos de reacción adversa a la donación, sus formas clínicas y procedimientos correctivos de emergencia.</p> <p>Previo a la extracción de sangre para colecta de unidades, se otorgará a los donantes de forma gratuita un jugo de 200 ml, con la finalidad de disminuir el riesgo de reacciones vaso</p>

vágales, principalmente en donantes con peso limítrofe (cercano a los 50 kilogramos de peso y en jóvenes menores de 20 años) y donadores que presentan un ayuno de más de 9hrs con el fin de recuperar glucosa dado que la mayoría presenta hipoglucemia.

Si a pesar de las medidas preventivas referidas se llegase a presentar una reacción vasovagal, entonces se procederá:

- Colocar a la persona en posición de Trendelenburg, proceder con la elevación de las piernas por encima del nivel del tórax, lo que permite el flujo sanguíneo de retorno venoso al máximo.
- Mantener en todo momento estimulado al donante, mediante conversación activa y estímulos táctiles con presión gentil sobre el esternón.
- Para evitar riesgos de caídas, no trasladar al donante a otro sitio diferente si este ya se encontraba sentado, pero de contar con personal suficiente
- No se administra nada por vía oral hasta recuperado el conocimiento, no se le permitirá levantarse a la persona hasta que no cese la crisis, sobre todo, hasta recobrar la sensación de debilidad física.

Los efectos adversos asociados a la donación que se lleguen a presentar quedarán registrados en el *Formato de investigación de reacción y efectos adversos de la donación de sangre total y/o componentes sanguíneos*, por lo cual se deberá anotar el nombre completo del donador, signos y síntomas presentados y horario en el que ocurrieron, toma de signos vitales con horario e intervenciones que se realizaron, este se le entregara al médico a cargo para su llenado. ⁷⁸

Objetivos alcanzados

Los objetivos planteados a desarrollar durante el servicio social de la licenciatura en enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación se consideran cumplidos de acuerdo con las intervenciones desempeñadas, por lo tanto, se puede inferir que se implementaron, así como fortalecieron los conocimientos, actitudes, habilidades y competencias adquiridas en la formación académica y que fueron plasmados en los distintos servicios por los que se rotó al momento de brindar el cuidado enfermero.

La capacidad de adaptarse jugó un papel fundamental debido a que fue necesario para llevar a cabo los procedimientos con los insumos que disponía el hospital, además de realizar actividades de forma independiente, ya que existían momentos en los que el servicio mostraba de carencias de recurso humano y en consecuencia se obligaba a contar con solo una persona a cargo de enfermería, por lo tanto, se tuvo la capacidad de coordinarse y enfocarse en ejecutar todas las actividades de manera rápida y segura.

Se generó habilidad, destreza y confianza para al desarrollar ciertos procedimientos se contará con los conocimientos necesarios ya que la persona ortopédica implica un distinto manejo debido a su patología; llevando a cabo una menor manipulación tanto de la persona como del entorno. Debido a la alta demanda de usuarios y las constantes intervenciones de otros especialistas de la salud, se obtuvo una mejora en el desarrollo de los procesos, siendo más rápidos y constantes, pero sobre todo seguros. Se tiene la certeza de que el manejo de estas personas (ortopédico y quemado) generaba nervios y temor en las primeras ocasiones en las que se establecía contacto directo y no por la carencia de conocimientos sino por la complejidad del mismo. No obstante, con el transcurso de los días, y sobre todo con la práctica, se logró superar las barreras personales para atender de forma eficaz y con calidad.

En el ámbito hospitalario, se establece una gran interacción con las personas hospitalizadas y su cuidador, se logró el objetivo de establecer una comunicación simultánea, brindándoles confianza y seguridad para que se acercaran al equipo de salud en pro de su plan terapéutico, lo cual contribuyó significativamente en el

proceso de la enfermedad de dichas personas y en su estancia hospitalaria, reduciendo así la posibilidad de presentar complicaciones y fomentando el rol del cuidador en las intervenciones.

Se logró el propósito de integrarse y colaborar en equipo con el personal multidisciplinario que comprende a enfermería, nutriología, camellería, médicos, químicos, administrativos, trabajadores sociales, recepcionistas, afanadores, ingenieros y biólogos del instituto con el propósito de brindar un cuidado de alta calidad a los usuarios.

Al mismo tiempo se pudo aplicar y llevar a cabo los Procesos de Atención de Enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación, dentro de los que se incluyeron intervenciones asistenciales, administrativas, docentes y de educación-promoción de la salud.

Conclusiones

Con el presente informe se documenta la experiencia de realizar el servicio social y formar parte del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. Por lo tanto, se puede decir que fue enriquecedor para la formación profesional, ya que al estar en contacto directo con todo lo relacionado al ámbito hospitalario se brinda una visión más real del área laboral y todo lo que enfrenta un trabajador de la salud; de igual manera al hecho de realizar el servicio social en un hospital de tercer nivel, permite el desarrollo de un juicio crítico sobre los cuidados e intervenciones más oportunas para las personas, al mismo tiempo el desenvolvimiento y habilidad al realizar las actividades asignadas.

Por otro lado, debido a situaciones propias de la Institución, la distribución de los distintos servicios, no fue adecuado para poder desarrollar conocimientos en diversas situaciones, ya que al presentarse este inconveniente, no se permitió rotar por áreas críticas como lo son Urgencias, la Torre de CENIAQ (agudos y subagudos), UCI o bien áreas quirúrgicas (quirófano y CEYE); por lo que limitó la adquisición de aprendizajes y el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones enfocadas en esos servicios.

Se expresa gratitud al personal de enfermería que brindó la confianza y oportunidad de dejarme a cargo de personas con el fin de brindar cuidados e intervenciones individualizadas, al igual que desempeñar actividades administrativas propias de un servicio, lo cual me permitió ser más independiente y desarrollar la capacidad de tomar decisiones por cuenta propia.

Como resultado personal, considero que el progreso y desarrollo en el Instituto resultó satisfactorio; a pesar de las limitantes descritas con anterioridad se buscó la forma de adquirir conocimientos acerca de las intervenciones y procedimientos que se realizan en otros servicios con la previa autorización del personal a cargo.

Recomendaciones

Con el propósito de que la estancia hospitalaria para el desarrollo del servicio social sea más gratificante, se adjuntan algunas sugerencias para alcanzar los objetivos personales del servicio social:

- Se propone que la duración de los servicios sea de 2 meses, ya que se posibilitaría rotar por más servicios, al igual que sean más variados y no solo enfocarse en los servicios de hospitalización o consulta externa que suelen ser los más demandantes y que además se lleve un orden lógico.
- Proporcionar capacitaciones al personal de enfermería en función de la adaptación y aceptación del trabajo en equipo con el personal externo (pasantes) al instituto, ya que a menudo este no es accesible presentado controversias y actitudes inadecuadas hacia los mismos.

Se han planteado estas recomendaciones con el propósito que las autoridades puedan mejorar las debilidades del campo y que de esta forma el servicio social en el Instituto sea beneficioso para las futuras generaciones y puedan desempeñar satisfactoriamente sus habilidades.

Referencias Bibliográficas

1. Consejo Divisional de CBS. Lineamientos para la prestación y acreditación del servicio social en la división de ciencias biológicas y de la salud de la Unidad Xochimilco [Internet]. Uam.mx. 2022 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/lineamientos/servicio_social_2022.pdf
2. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Plan de estudios de Licenciatura en Enfermería [Internet]. Uam.mx. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uam.mx/licenciaturas/pdfs/74_4a_Lic_en_Enfermeria_XOC.pdf
3. Legislación universitaria, Universidad Autónoma Metropolitana. Reglamento de Revalidación, Establecimiento de Equivalencias y Acreditación de Estudios, Exposición de motivos [Internet]. Uam.mx. 2018 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uam.mx/legislacion/legislacion-uam-septiembre-2023/leg-univ-uam-sep-2023-rreae.pdf>
4. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Ubicación del INR LGII [Internet]. Gob.mx. 2018 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/g12.html>
5. De León JCIP. Propuesta de trabajo para dirigir el Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra [Internet]. Gob.mx. 2015 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://inr.gob.mx/Descargas/programas/2015-2020-PROGRAMA-QUINQUENAL-DR-C-IBARRA.pdf>
6. Dirección General. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Programa anual de trabajo del [director general](#) [Internet]. Gob.mx. 2024 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/Descargas/programas/PAT-INRLGII-2024.pdf>
7. Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. Inauguración del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados. [Internet]. 2018 [citado 2024 Julio 10]. Disponible en:

[https://www.inr.gob.mx/n578.html#:~:text=El%20pasado%2014%20de%20e nero,CENIAQ\)%2C%20como%20parte%20del%20Instituto](https://www.inr.gob.mx/n578.html#:~:text=El%20pasado%2014%20de%20e nero,CENIAQ)%2C%20como%20parte%20del%20Instituto)

8. Diario Oficial de la Federación. Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. [Internet]. 2020 [citado 2024 Mayo 07]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605879&fecha=26/11/2020#gsc.tab=0
9. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Antecedentes [Internet]. Gob.mx. 2018 [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/g20.html>
10. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Se inaugura el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados [Internet]. Gob.mx. 2018 [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/n578.html>
11. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Crecen más del doble cirugías y servicios en Instituto Nacional de Rehabilitación [Internet]. gob.mx. 2022 [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/585-crecen-mas-del-doble-cirugias-y-servicios-en-instituto-nacional-de-rehabilitacion>
12. Villaseñor CJP. Informe de autoevaluación del director general [Internet]. Gob.mx. 2023 [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.inr.gob.mx/Descargas/informes/Informe_Autoevaluacion_2022.pdf
13. Corral R. Corral M. Juárez M. Signos vitales: conocimiento y cumplimiento de técnicas de medición. 2006. RevEnferm. 14 (2): pp 97-100. (Citado mayo 20 2024). Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062f.pdf>
14. Cerecedo V. Universidad Abierta y a Distancia de México. Historia clínica y técnicas de exploración física. TSU en Urgencias Médicas. Sf. (Citado 17 05 2024). Disponible en:

https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/UM/02/UHTE/unidad_02/descargables/UHTE_U2_Contentido.pdf

15. Ortiz J. Importancia de la higiene en el paciente encamado. 2018. (Citado 12 mayo 2024). Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/35305/TFG-L2333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tarjeta de Acciones Específicas Baño seco [Internet]. Gob.mx. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: https://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/12/Tarjeta-Accio%CC%81n_COVID-19_VF_Ban%CC%83o-seco.pdf
17. Hernández L. Vázquez L. Procedimiento de baño de regadera en camilla. 2014. Revista Mexicana de Enfermería. Vol. 2 Núm. 3. (Citado 03 julio 2024) Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=107936>
18. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. movilización del paciente. 2011. (Citado 13 mayo 2024). Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumenti/2019/celad_lectura
19. Lersundi K. Técnicas de traslado, movilización y deambulaci3n. 2014. (citado 05 julio 2024). Disponible en: <https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Zaintza%20eskola%202020/Formaci%C3%B3n%20b%C3%A1sica/3.%20T%C3%A9cnicas%20de%20traslado.%20movilizaci%C3%B3n.pdf?hash=a5a97459e7eb7f7cccedb2c982a&idioma=CA>
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prevención y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares [Internet]. Gob.mx. 2013 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/273GER.pdf>

21. Sánchez A. Merino M. Administración intravenosa de medicamentos: aspectos farmacocinéticos. Cap 6. Pp 172-199. (citado 20 mayo 2024) Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/mivyna/miv06.pdf>
22. Hospital General Napoleón Dávila Córdova. Entrenamiento de bomba de infusión, uso de medicamentos. 2015. Pp 2-30. (citado 28 mayo 2024). Disponible en: <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/si-ENTRENAMIENTO-EN-BOMBAS-DE-INFUSI%C3%93N.pdf>
23. Ramírez MCS. Seguridad en el proceso de medicación de medicamentos de alto riesgo. Subdirección de Medicina. [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/comunicasocial/gaceta/suplemento_abril2021.pdf
24. Jefatura del Departamento Gestión del Cuidado INR. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. 2020. Pp 1-30 (citado 08 julio 2024). Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-03.pdf>
25. Ferreira B. Fernández A. et. Al. Cánula nasal de alto flujo: manejo y cuidados de enfermería. 2021. Rev San Inv. (citado 09 julio 2024). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/canula-nasal-de-alto-flujo-manejo-y-cuidados-de-enfermeria/#google_vignette
26. Jarillo A. Oxigenoterapia. Sf. (citado 09 julio 2024). Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/oxigenoterapia.pdf>
27. Flores I. Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío. 2008. Rev Mex Enf Cardio. Vol. 16, Núm. 1, pp24-27. (citado 13 julio 2024). Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en081e.pdf>
28. Chávez HT. Aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles y pacientes inmunocomprometidos. 2020. Pp 1-24. (citado 13 julio 2024). Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PR-DQ-20.pdf>

29. Departamento de Gestión INR. Protocolo para la instalación, manejo y cuidado de pacientes con sonda vesical [Internet]. Gob.mx. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-06.pdf>
30. Jefatura del Departamento Gestión del Cuidado INR. Protocolo De Prevención Y Tratamiento De Las Úlceras Por Presión [Internet]. Gob.mx. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-03.pdf>
31. Barrientos E. Rosas J. Porcentaje de pérdida de masa muscular en el adulto mayor hospitalizado en un servicio de medicina interna. 2013. Revista Española Medicina Quirúrgica. Vol. 18. Núm. 1. pp 37-44. (citado 14 julio 2024). Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq131f.pdf>
32. Reyes U. Tendido de Camas Enfermería [Internet]. Scribd. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/presentation/520434364/Tendido-de-Camas-Enfermeria>
33. Álvarez A. Amaya M. Calvo A. et al. Manejo del paciente con Diabetes tipo 2. 2020. (citado 11 julio 2024). Disponible en: <https://www.ocez.net/archivos/revista/1743-manejo-paciente-diabetes-tipo-2-enfermeras-final.pdf>
34. Rivera E. Aspiración endotraqueal con sistema cerrado. 2000. Rev Mex Cardio. Vol. 7, Núm. 1. PP. 43-45. (citado 06 julio 2024). Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991i.pdf>
35. Elvira E. García C. Guiral A. Nutrición parenteral. Cuidados de enfermería. 2023. Rev San Inv. (citado 04 julio 2024). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/nutricion-parenteral-cuidados-de-enfermeria/>
36. Norma Oficial Mexicana 022-SSA3-2007. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

(citado 30 mayo 2024).

<https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4167/Salud/Salud.htm#>

37. Rivadeneyra E. Guía de laboratorio de hematología. 2020. (citado 01 julio 2024). Disponible en: <https://www.uv.mx/qfb/files/2020/09/Guia-de-Hematologia-Laboratorio.pdf>
38. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: intervenciones de enfermería para la seguridad en el manejo de la terapia transfusional.(citado 02 julio 2024). Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/754GER.pdf>
39. Olivos M. El amortajamiento del paciente como función de enfermería. 2017. (Citado 03 julio 2024). Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67968/MEMORIA+DE+INVESTIGACIONFLORANGELY+DURAN+SALGADO.pdf;jsessionid=70C9A42B6373473F65EB896AD00E2D62?sequence=3>
40. Jefatura División de Rehabilitación Ortopédica INR. Atención a pacientes en hospitalización de rehabilitación [Internet]. Gob.mx. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PR-SMR-02.pdf>
41. Barrera SR, Gómez ER. Fundamentos de Enfermería [Internet]. 3a edición: El Manual Moderno, S.A de C.V.; 2004 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/fundamentos-de-enfermeria-susana-rosalespdf/252818323>
42. García M. Cuidados de Enfermería en un paciente con tracción. 2016. RevportMed. (citado 06 julio 2024). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-paciente-traccion/>
43. Departamento de Gestión del Cuidado INR. Protocolo para la instalación y cuidado de pacientes con sonda vesical. 2020. Pp 1-42. (Consultado 07 julio 2024). Disponible en:<https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-06.pdf>

44. Figueiras MR. La actuación de enfermería en resonancia magnética [Internet]. Teys tiempos de enfermería y salud. 2021 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Tania/Downloads/122-Texto%20del%20art%C3%ADculo-338-1-10-20220306.pdf>
45. Álvarez M. Fariñas B. González C. Procedimiento de determinación de la glucemia capilar. 2021. (citado 09 julio 2024). Disponible en: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas._glucemia_revisado_pl.pdf.
46. Arkanum México. Presept tabletas desinfectantes [Internet]. 2015 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://shop.arkanum.com.mx/producto/presept-tabletas-desinfectantes-2-5g-pieza/>
47. González X. Lavado del oído. 2013. (citado 10 julio 2024). Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/lavado-de-oido/17965811>
48. Pinilla Urraca M. Extracción de cuerpos extraños en la vía respiratoria superior y el conducto auditivo [Internet]. Fapap.es. 2011 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: https://fapap.es/files/639-722-RUTA/FAPAP4_2011_08.pdf
49. Quindío A. Protocolo de retiro de puntos. 2018. Pp 1-6. (consultado 10 julio 2024). Disponible en: <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-029%20Protocolo%20retiro%20de%20puntos.pdf>
50. Sánchez Y. Manejo de detergente enzimático. 2012. PP 1-6. (Consultado 11 julio 2024). Disponible en: <https://esehospitalmedina.gov.co/documentos/protocolos/esterilizacion/guias/ES%20GU%2008%20MANEJO%20DE%20DETERGENTE%20ENZIMATICO.pdf>
51. Cánova GM. Procedimiento normalizado de operación de semaforización [Internet]. Edu.mx. 2019 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEM-PR-FC-08.pdf>

52. Guerra Vidal CG, Estévez Ramos RA, Basset Machado I, Sánchez González A. El proceso de enlace de turno de enfermería, una reflexión sistematizada. Revista CONAMED [Internet]. 2022;27(1):12–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2022/con221c.pdf>
53. Ruiz I. Cuna C. Catálogo de tecnologías para el cuidado con uso de simuladores. Electrocardiografía y monitorización. 2021. (citado 12 julio 2024). Disponible en: <https://tic.feno.unam.mx/descargas/recursos/ECG%20y%20Monitorizacion.pdf>
54. López L. Hernández S. García R. Intervenciones de enfermería en la toma de electrocardiograma, circulo torácico y medrano. 2014. Rev Mex Cardio. Vol. 22. Núm. 2. Pp 78-84. (consultado 13 julio 2024). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>
55. Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud. Procedimiento para la implementación de la AESP 4 seguridad en los procedimientos [Internet]. Gob.mx. 2022 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: http://www.crae.gob.mx/archivos/conocenos/Manual%20de%20procedimientos/Procedimiento_implementation_AESP_4_Seguridad_en_los_procedimientos_HRAE_CD_SALUD.pdf
56. Che J. Díaz P. Cortés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. 2014. Scielo. Vol. 73 No. 4. (Consultado 11 mayo 2024). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000400006
57. Instituto Nacional de Rehabilitación. Manual de operaciones del centro de esterilización [Internet]. Gob.mx. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MOP-SEN-39.pdf>
58. Secretaria de Salud. Modelo de Atención Clínica en Terapia de Infusión Intravascular. 2022. (Consultado 11 mayo 2024). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/784338/v8_281122_Modelo_de_Atencion_Clinica_en_Terapia_de_Infusion_DGPLADES.pdf

59. Breatas S. Tereza C. Fagundes S. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la inserción y mantenimiento del catéter central de inserción periférica en recién nacidos. 2013. Scielo. Vol 12. No 32. (Consultado 10 mayo 2024). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400002
60. Jefatura del departamento de consulta externa INR. Protocolo para el cuidado del catéter venoso central en el usuario ambulatorio [Internet]. Gob.mx. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-03.pdf>
61. Sistemas de confirmación Sherlock 3 CG [Internet]. Medtec.cl. 2021 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medtec.cl/marcas/sherlock/299-sistemas-de-confirmacion-sherlock-3-cg>
62. Cortés N. Fuertes M. López P. Procedimiento de inserción de catéter central de inserción periférica en adultos. 2019. (consultado 09 mayo 2024). Disponible en: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_insercion_picc_corregido_p.l.pdf
63. Secretaria de Salud de la Ciudad de México. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente. 2011. (Consultado 08 mayo 2024). Disponible en: https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/protocolo_para_el_manejo_estandarizado_del_paciente_con_cateter_periferico_central_y_permanente.pdf
64. Torres AG. Catéter Venoso Central [Internet]. Gob.mx. 2022 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ensenanza.hospitalcentral.gob.mx/docs/formatos/IAAS/diptico%20%20TM%20Cvc%202022.pdf>
65. Instituto Nacional de Pediatría. Toma de hemocultivos. 2019. (Consultado 08 mayo 2024). Disponible en:

[https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/5 Recomendaciones de toma de heocultivos.pdf](https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/5_Recomendaciones_de_toma_de_heocultivos.pdf)

66. Instituto Nacional de Rehabilitación. Protocolo de instalación, manejo y retiro de catéter venoso central [Internet]. Gob.mx. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-02.pdf>
67. García A. Preparación y fraccionamiento de medicamentos parenterales [Internet]. Org.ar. 2019 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://aafh.org.ar/upload1/7uHNtzkbAAWfFJKMwdxlcgoQCj2bPRsnFzqehVPC.pdf>
68. Trujillo AM. Procedimiento para el manejo y uso de medicamentos [Internet]. Gob.mx. 2022 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/18-Sep-2012/MANEJO_Y_USO_DE_MEDICAMENTOS.pdf
69. Ballestas MC. Acceso Venoso Periférico [Internet]. SlideShare. 2019 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/acceso-venoso-perifrico/139547595>
70. Instituto Nacional de Salud. Lineamiento técnico para la selección de donantes de sangre en Colombia. 2022. (Consultado 07 mayo 2024). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/seleccion-donantes-sangre.pdf>
71. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. NOM 253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. 2016. (Consultado 07 mayo 2024). Disponible en: <https://www.gob.mx/cnts/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-253-ssa1-2012-para-la-disposicion-de-sangre-humana-y-sus-componentes-con-fines-terapeuticos>
72. Instituto Nacional de Rehabilitación Banco de Sangre. Manual de operaciones de banco de sangre [Internet]. Gob.mx. 2022 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MOP-SDP-06.pdf>

73. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Guía Nacional de Control de Calidad de Sangre y Componentes Sanguíneos. México; Pág de 101 [Internet]. Gob.mx. 2023 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835533/GUIA_CC_de_CS_2023_V1_formato_final_VF_1.pdf
74. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos [Internet]. gob.mx. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cnts/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-253-ssa1-2012-para-la-disposicion-de-sangre-humana-y-sus-componentes-con-fines-terapeuticos>
75. Secretaría de Salud Asociación Mexicana de Medicina Transfusional Guía para el uso clínico de la sangre [Internet]. Ammtac.org. 2007 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ammtac.org/docs/GuiasTransfucion/GuiaParaEIUsoClinicoDeLaSangre.pdf>
76. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales. ¿Sabes qué debe incluir un chequeo médico anual? [Internet]. gob.mx. 2022 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/sabes-que-debe-incluir-un-chequeo-medico-anual>
77. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Estándares para la obtención de componentes sanguíneos y gestión de inventario o stock. 2013. (Consultado 06 mayo 2024). Disponible en: <https://www.sochihem.cl/bases/arch1112.pdf>
78. Loera AG. Reacciones adversas a la donación [Internet]2010. Medigraphic.com. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2010/mts101k.pdf>
79. Instituto Nacional de Rehabilitación. Estructura Documental del INR [Internet]. Gob.mx. 2021 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/iso14.html>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Venopunción

REGISTRO CLÍNICO PARA LA SEGURIDAD EN LA VENOPUNCIÓN

No. de Registro: Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac. : _____

Edad: _____ Género: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de Ingreso: _____ Días de Estancia: _____ No. de Cama: _____

Diagnóstico: _____

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- 1 De acuerdo con la NOM 022-SSA3-2012 se debe utilizar un catéter periférico por punción y minimizar a dos el número de Intentos.
- 2 En caso de pacientes pediátricos, adultos mayores o con venas de difícil acceso, solicitar que realice la punción la persona con más experiencia.
- 3 Evitar instalar catéter periférico en zonas bifurcadas y de flexión
- 4 Realizar procedimiento con técnica aséptica y el uso de medidas universales de seguridad
- 5 Realizar la punción en el miembro torácico contrario al sitio quirúrgico
- 6 Cubrir el catéter antes del baño del paciente

VERIFIQUE		SI	NO
1	Indicación médica		
2	Preparo la solución prescrita con técnica aséptica		
3	Paciente correcto		
4	Catéter correcto		
5	Sitio anatómico correcto		
6	Asepsia en el sitio correcto		
7	Brindó información clara al paciente del procedimiento a realizar		

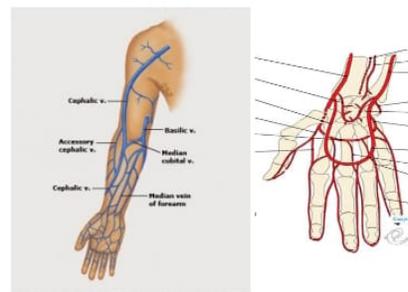
VALORE	SI	NO
1 Venas delgadas		
2 Venas tortuosas		
3 Multipunciones previas		
4 TA sistólica < 100mm Hg		
5 Venas escleróticas		
6 Hipotermia		
7 Paciente anticoagulado		
8 Edema		
9 Tejido adiposo abundante		
10 Piel delgada		
11 Piel gruesa		

¿Se instalo correctamente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Observaciones: _____

REGISTRE	MSD	MSI
Sitio de Punción		
Antebrazo		
Dorso		
Pliegue		
Otro		
No. de Intentos		



Nombre y firma de la Enfermera (o) que
puncionó

Nombre y firma de la enfermera (o)
responsable del paciente

Figura 2. Registro Clínico para la seguridad en la venopunción
Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 2. Formato de Kardex

	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA KARDEX INDIVIDUAL DE PERSONAL																														
NOMBRE _____ SERVICIO _____ N° _____ CATEGORIA _____ HORARIO _____ R.F.C _____ FECHA DE INGRESO _____ AÑO: _____																															
MES /DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENE.																															
FEB.																															
MAR.																															
ABR.																															
MAY.																															
JUN.																															
JUL.																															
AGO.																															
SEP.																															
OCT.																															
NOV.																															
DIC.																															

Figura 3. Kardex
 Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 3. Membrete para Solución Parenteral

	MEMBRETE PARA SOLUCIONES PARENTERALES	
NOMBRE: _____ F.Nac: _____ Reg: _____ F.Inst: _____ No. cama: _____ Servicio: _____ Prescripción: _____ _____ H. de Inicio: _____ H. de Terminó: _____ Tiempo: _____ Velocidad: _____ Gts. x min: _____ Enfermera (O): _____ Doble Verificación: _____ SIN CODIGO REV 02 DIC 20		

	MEMBRETE PARA SOLUCIONES PARENTERALES	
NOMBRE: _____ F.Nac: _____ Reg: _____ F.Inst: _____ No. cama: _____ Servicio: _____ Prescripción: _____ _____ H. de Inicio: _____ H. de Terminó: _____ Tiempo: _____ Velocidad: _____ Gts. x min: _____ Enfermera (O): _____ Doble Verificación: _____ SIN CODIGO REV 02 DIC 20		

Figura 4 Membrete para Soluciones manejado en el INR
 Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 4. Programación de bomba de infusión.



Figura 5 Bomba de infusión Marca BD
Fuente: Elaboración propia

Anexo 5. Los 10 correctos

10 CORRECTOS Y 4 YO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Son precauciones estándares que todos los profesionales de la Salud, sobre todo, de Enfermería deberían aplicar para evitar o minimizar al máximo un error al momento de administrar medicación.

1 PACIENTE CORRECTO

Asegúrate que el paciente, a quien le vas a administrar la medicación, sea el correcto.

- ✓ Preguntar a paciente y/o acompañante
 - ✓ Terjetero
 - ✓ Rótulo
- Datos:
- Nombre del paciente
 - Fecha de nacimiento
 - Nombre del doctor



4 YO

YO PREPARO YO REGISTRO YO ADMINISTRO YO RESPONDO



2 MEDICAMENTO CORRECTO

Comprobar su nombre mínimo 3 veces:

- ✓ Al sacarlo de su recipiente
- ✓ Al prepararlo
- ✓ Y antes de administrarlo
- Rotular jeringa de preparación
- No agrupar con medicamentos de otros pacientes



3 DOSIS CORRECTA

Verificar dos veces la dosis dada por el medico, si resultase inapropiada, informar.

Aplicar cálculos matemáticos.

Verificar correcto funcionamiento de bombas de infusión o goteos.



4 VIA DE ADMINISTRACIÓN CORRECTA

Cada medicamento tiene su vía de administración

- ✓ V.Nasal
- ✓ V.Oral
- ✓ VÓtica
- ✓ V.Endovenosa (más rápida), etc.



5 HORA CORRECTA

Es importante cumplir estrictamente con los horarios establecidos para mantener los niveles plasmáticos del medicamento en rango terapéutico.

Ejmp. Cada 6 hora- 4 veces al día



6 VERIFICAR VENCIMIENTO DE MEDICAMENTO

Luego de la fecha de espiración un medicamento pierde su eficiencia y resulta nocivo para la salud.



7 REGISTRO

Registrar medicamento un momento después de ser aplicada.

- ✓ No mucho tiempo después
- ✓ No antes



10 ADMINISTRAR MEDICAMENTO USTED MISMO

Preparar , administrar y registrar el medicamento con el que usted está trabajando.



9 SEGUIMIENTO DE RESPUESTA

Revisar si el paciente es alérgico a la medicación.

Signos y síntomas:

- ✓ Irritación
- ✓ náuseas
- ✓ vómitos
- ✓ anafilaxia potencialmente mortal



8 INFORMAR AL PACIENTE

Educar e informar al paciente como debe tomarse y/o administrarse la medicación y para que sirve.

Ejmp. ¿Antes o después de la comida?.



Figura 6. Los 10 correctos para la Administración de Medicamentos

Fuente: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa⁸⁰

Anexo 6. Curación de Lesión Por Presión.



*Figura 7. Lesión por Presión, Estadio IV en Región Sacra
Fuente: Elaboración propia*

Anexo 7. Medidas de Aislamiento

TARJETA	PRECAUCIONES ESTANDAR	PRECAUCIONES POR CONTACTO	PRECAUCIONES POR GOTAS	PRECAUCIONES AEREO	INMUNOCOMPROMETIDO	
TIPO DE PRECAUCIONES	PRECAUCIONES ESTANDAR	PRECAUCIONES POR CONTACTO	PRECAUCIONES POR GOTAS	PRECAUCIONES AEREO	INMUNOCOMPROMETIDO	
¿Cuándo aplicarla?	<ul style="list-style-type: none"> En todo momento, en cualquier lugar con todo paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento microbiológico MDR Infecciones gastrointestinales Pedicularias Herpes zoster COVID-19 Otras 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento microbiológico bacteriano MDR en vía aérea Rubeola Febres exantemáticas Difteria (faringea) Influenza humana COVID-19 Otras 	<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis pulmonar Sarampión Varicela o herpes zoster diseminado Influenza no clasificada Síndrome Respiratorio Agudo Severo COVID-19 Procedimientos que generen aerosoles (Broncoscopia, intubación, aspiración de secreciones e instalación de SNG, SNE) Otras 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes inmunocomprometidos Quemaduras: Adultos > 20% SCTQ Niños > 10% SCTQ Enfermedad Hodgkin Otras 	
¿Qué hacer?	<ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos EPP basado en la evaluación del riesgo: lentes, protección facial, cubrebocas, guantes, bata No re encapuchar Eliminación correcta de los RPBI 	<ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Uso de bata Uso de guantes Uso de gafas de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Uso de cubrebocas estricto Uso de bata Uso de guantes 	<ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Uso de mascarilla N-95 estricto Uso de bata Uso de guantes 	<ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Uso de bata quirúrgica Uso de guantes Equipo médico de uso exclusivo 	
¿Cómo manejar los materiales?	Puerta	Cerrada	Cerrada	Cerrada	Cerrada	
	Ventana	Abierta	Abierta	Abierta	Cerrada	
	Visitas	Uno por paciente	Uno por paciente	Familiar con cubrebocas	Familiar con mascarilla N-95	Uno por paciente
	Orinal y cómodo	Colocarlos en el séptico	Uso exclusivo	Colocarlos en el séptico	Uso exclusivo	Uso exclusivo
	Movilización a otro servicio	Libre	Limpia y desinfecta todo el equipo utilizado	Uso de cubrebocas por el paciente	Uso de mascarilla N-95 por el paciente	Limitado
Ropa	Lavado normal	Bolsa etiquetada: "lavado especial"	Bolsa etiquetada: "lavado especial"	Bolsa etiquetada: "lavado especial"	Lavado normal	
Comida	Loza normal: Municipal	Loza normal: Municipal	Loza desechable: RPBI	Loza desechable: RPBI	Loza normal	

Figura 8. Tipos de Aislamiento Manejados en el INR, en personas con enfermedades transmisibles y inmunocomprometidos.

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación²⁷

Anexo 8. Hoja de Registro de Transfusiones.



DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
HOJA DE REGISTRO DE TRANSFUSIONES



NOMBRE PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
REGISTRO: _____

FECHA DE TRANSFUSIÓN	No. DE LA UNIDAD	GRUPO Rh	FECHA DE CADUCIDAD	HORA	SIGNOS VITALES					
					HORARIO	T/A	F.C	F.R	TEMP.	URESIS
					ANTES					
					DURANTE					
					DESPUÉS					
					ANTES					
					DURANTE					
					DESPUÉS					
					ANTES					
					DURANTE					
					DESPUÉS					

RECOMENDACIONES:

- 1.- El Servicio Clínico deberá mantener la unidad en temperatura y condiciones adecuadas que aseguren su viabilidad
- 2.- Antes de cada transfusión verificar la identidad del receptor y de la unidad para el destinada.
- 3.- No deba agregar a la unidad ningún medicamento o solución, incluso las destinadas para uso intravenoso, con excepción de la solución cuando así sea necesario.
- 4.- La transfusión de cada unidad no deberá exceder de 4 hrs.
- 5.- Los filtros deberán ser cambiado por cada unidad a transfundir.
- 6.- De presentarse una reacción transfusional, suspender inmediatamente la transfusión, notificando al médico encargado y reportar al Banco
- 7.- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y Recorrido de la transfusión sanguínea de la OMS.

Figura 9. Hoja de Registro de Transfusiones Sanguíneas en el INR
Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 9. Hojas de Enfermería en Hospitalización.



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
HOJA DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN



Fecha de emisión: 28/08/2023

PESO Y TALLA		COMORBILIDADES				
PESO	TALLA	HAS	DM	NEF	IC	IR

ALERGIAS	
ALERGIAS:	OTROS: VIH

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE:	NÚMERO DE REGISTRO:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
SEXO:	CAMA:
DÍAS HOSPITALIZADO:	SERVICIO: CIRUGÍA DE COLUMNA
DIAGNÓSTICO: FRACTURA DE CUERPO VERTEBRAL T10	

SIGNOS VITALES																											
SIGNOS VITALES / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7			
TEMPERATURA	36.6																										
FRECUENCIA CARDÍACA	85																										
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18																										
TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	120																										
TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	80																										
SPO2	93																										

LABORATORIO Y GABINETE		
TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO

ESCALA DE DOLOR											
HORA / ESCALA DOLOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
08:00					X						

OTROS REGISTROS																											
OTROS REGISTROS / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7			
GLUCOSA CAPILAR																											
POSICIÓN EN CAMA	DS																										

PERÍMETROS																											
MUSLO IZQUIERDO	46.5 CM																										
MUSLO DERECHO	42.0 CM																										

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 10. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización
Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

ESCALA DE GLASGOW																											
ESCALA GLASGOW / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7			
OCULAR	4																										
VERBAL	5																										
MOTORA	2																										
TOTAL ESCALA GLASGOW	11																										

DIETA	
GENERAL:	MATUTINO:
VESPERTINO:	AYUNO POR TIEMPO QUIRURGICO
	NOCTURNO:

INGRESOS																											
INGRESOS / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7			
SOL FISIOLÓGICA 0.9%	50.0																										
FxPM	TP = 50.0							TP = 0.0							TP = 0.0												
FxPV																											
FxPN																											
SOL HARTMANN	500.0																										
FxPM	TP = 500.0							TP = 0.0							TP = 0.0												
FxPV																											
FxPN																											
TOTAL MATUTINO = 550.0								TOTAL VESPERTINO = 0.0							TOTAL NOCTURNO = 0.0												
TOTAL INGRESOS = 550.0																											

EGRESOS																											
EGRESOS / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7			
DIURESIS	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
CATETERISMO	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
VÓMITO	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
SONDA VESICAL	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
FUGA																											
SANGRADO																											
EVACUACIÓN																											
DRENAJES																											
DRENOVAC	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
VAC	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
PENROSE	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
BIOVAC	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
PLEUROVAC	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
COLOSTOMÍAS	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
ILEOSTOMÍAS	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
CISTOSTOMÍAS	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
SONDA NASOGÁSTRICA	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
OTROS	TP = 0							TP = 0						TP = 0													
TOTAL MATUTINO = 0								TOTAL VESPERTINO = 0							TOTAL NOCTURNO = 0												
TOTAL EGRESOS = 0																											

BALANCE DE LIQUIDOS					
Matutino	550 - 0 = 550	Vespertino	0 - 0 = 0	Nocturno	0 - 0 = 0
Balance 24hrs	550 - 0 = 550				

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 11. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Dieta, Ingresos, Egresos y Balance de Líquidos.

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

MEDICAMENTOS																								
MEDICAMENTO / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7

VALORACIÓN ENFERMERÍA																								
MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA												MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE												
TURNO												TURNO												
RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS PARA 24 HORAS												DISNEA												
HIPERTERMIA												ALTERACIÓN DEL PATRÓN DIAFRAGMÁTICO												
DESHIDRATACIÓN												DISMINUCIÓN DE FUERZA DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS												
OTRO												TRAQUEOSTOMÍA												
												MANEJO DE SECRECIONES												
												OXIGENOTERAPIA												
												OTRO												
MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS												MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO												
TURNO												TURNO												
CAPACIDAD PARA ALIMENTARSE												MOVILIZACIÓN EN CAMA												
AYUDA PARCIAL PARA LA ALIMENTACIÓN												SEDESTACIÓN												
ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROSTOMIA												BIPEDESTACIÓN												
OTRO												TRASLADO												
												TERAPIA FÍSICA												
												TERAPIA OCUPACIONAL												
												TERAPIA DE LENGUAJE												
												ACTIVIDADES RECREATIVAS												
												SUEÑO FISIOLÓGICO												
												OTRO												
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL												PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO												
TURNO												TURNO												
AISLAMIENTO SOCIAL												RIESGO DE DISREFLEXIA												
PRESENCIA DEL CUIDADOR												RIESGO DE HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICO												
VISITA HOSPITALARIA												RIESGO DE REPOSO PROLONGADO												
INTEGRACIÓN GRUPAL												RIESGO DE IMPACTACIÓN FECAL												
DEPRESIÓN												FÉRULAS O INMOVILIZACIÓN												
OTRO												APARATOS DE YESO												
												TRACCIÓN CUTÁNEA												
												HERIDA QUIRÚRGICA												
												OTRO												
PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD												PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS												
TURNO												TURNO												
TETRAPLEJÍA												MICCIÓN ESPONTÁNEA												
PARAPLEJÍA												INCONTINENCIA URINARIA												
HEMIPLEJÍA												RETENCIÓN URINARIA												
PARAPARESIA												EVACUACIÓN ESPONTÁNEA												
HEMIPARESIA												INCONTINENCIA INTESTINAL												
DÉFICIT AUDITIVO												ESTREÑIMIENTO												
DÉFICIT VISUAL												SONDA TRANSURETRAL PERMANENCIA												
DÉFICIT DE LA COMUNICACIÓN VERBAL												CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE												
OTRO												OTRO												
ETAPA DE DUELO																								
RELIGIÓN																								
PRACTICAS RELIGIOSAS RELACIONADAS CON LA SALUD																								

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura

12. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de Medicamentos y Valoración de Enfermería.

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES												
ANSIEDAD				COLAPSO DEL CUIDADOR				CUIDADOS DE DRENAJES				
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	
DAR OPORTUNIDAD AL PACIENTE DE EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS	X			ESCUCHAR LAS INQUIETUDES, SENTIMIENTOS Y PREGUNTAS DE LA FAMILIA				VIGILAR PERMEABILIDAD				
IDENTIFICAR SISTEMAS DE APOYO				ACEPTAR LOS VALORES FAMILIARES SIN EMITIR JUICIOS				FIJAR EL TUBO DE DRENAJE	X			
EXPLICAR EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO				ENSEÑAR TÉCNICAS DE CUIDADO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE	X			REGISTRAR CARACTERÍSTICAS, CANTIDAD, COLOR Y CONSISTENCIA DEL MATERIAL DRENADO	X			
OTRO				ENSEÑAR AL CUIDADOR ESTRATEGIAS DE MANTENIMIENTO DE CUIDADOS SANITARIOS PARA SOSTENER LA PROPIA SALUD FISICA Y MENTAL	X			CUIDADOS A LA PIEL PERIFÉRICA AL SITIO DE INSERCIÓN DEL TUBO DE DRENAJE				
				RESPECTAR LOS MECANISMOS DE ADAPTACIÓN UTILIZADOS POR LA FAMILIA PARA RESOLVER PROBLEMAS				INSTRUIR PROPÓSITO DEL TUBO Y SUS CUIDADOS				
				ESTABLECER O SUGERIR UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL CUIDADOR				OTRO				
				OTRO								
DESATENCIÓN UNILATERAL				DESESPERANZA				DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL				
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	
ESTIMULAR TOMA DE CONSCIENCIA DE LA PARTE CORPORAL AFECTADA				FACILITAR EXPRESIÓN Y REALIZACIÓN DE CREENCIAS	X			DETERMINAR LA CAPACIDAD DE EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN				
OTRO				RESPECTAR CREENCIAS Y VALORES	X			EMITIR MENSAJES SENCILLOS Y CORTOS				
				OTRO				IDENTIFICAR OTRAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN				
								OTRO				
DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN				DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA				DETERIORO DE LA MEMORIA				
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	
DIETA ACORDE A LA DEGLUCIÓN	X			DESCRIBIR CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN				REMINISCENCIA				
POSICIÓN SEMIFOWLER				REGISTRAR PRESENCIA DE INFECCIÓN				PROPORCIONAR AL PACIENTE UN AMBIENTE RUTINARIO				
DIETA ASISTIDA				CURACIÓN DE UPP (PROTOCOLO)				ESTIMULAR LA MEMORIA REPITIENDO LOS ÚLTIMOS PENSAMIENTOS EXPRESADOS POR EL PACIENTE				
OTRO				PREVENIR LPP	X			ORIENTAR CON RESPECTO AL TIEMPO, LUGAR Y PERSONAS	X			
				OTRO				LLEVAR A CABO TÉCNICAS DE MEMORIA ADECUADAS, COMO IMAGINACIÓN VISUAL, JUEGOS DE MEMORIA, PISTAS DE MEMORIA, REALIZAR LISTAS				
								DIRIGIRSE AL PACIENTE POR SU NOMBRE AL INICIAR LA INTERACCIÓN Y HABLAR DESPACIO	X			
								PROPORCIONAR UN CALENDARIO				
								OTRO				
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA				DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA / CUIDADOS DE APARATO DE YESO/FÉRULAS				DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA / CUIDADOS DE MOVILIZADOR				
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	
DETERMINAR LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO ARTICULAR				VIGILAR ENVD				DAR POSICIÓN ADECUADA	X			
TERAPIA DE EJERCICIOS PASIVOS	X			ELEVACIÓN DE MIEMBRO AFECTADO				PROGRAMAR MOVILIZADOR ACORDE A INDICACIONES	X			
PROTEGER AL PACIENTE DEL TRAUMA				INSTRUIR A PACIENTE Y FAMILIAR DEL CUIDADO Y PRECAUCIONES				VIGILAR ARCO DE MOVILIDAD	X			
FOMENTAR INDEPENDENCIA AVD				OTRO				OTRO				
MANTENER POSICIÓN FUNCIONAL	X											
OTRO												

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 13. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de Diagnósticos de Enfermería Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA / CUIDADOS DE TRACCIÓN / INMOVILIZACIÓN				DETERIORO DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO				DETERIORO EN LA HABILIDAD PARA TRASLACIÓN			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
ALINEACIÓN DE SEGMENTOS ÓSEOS				FAVORECER NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ADECUADA	X			CAMBIO DE POSICIÓN SILLA DE RUEDAS			
VIGILAR TOLERANCIA AL PESO DE LA TRACCIÓN				ALIMENTACIÓN POR GASTROCLISIS				INSTRUIR TRASLADO CAMA - SILLA	X		
VIGILAR EFECTIVIDAD DE LA TRACCIÓN				ENSEÑANZA AL FAMILIAR				INSTRUIR USO DE SILLA DE RUEDAS A PACIENTE Y FAMILIAR			
MANTENER TRACCIÓN CONSTANTE				OTRO				OTRO			
VIGILAR SITIOS DE INSERCIÓN (TE)											
INSTRUIR A PACIENTE Y FAMILIAR ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA TRACCIÓN											
OTRO											
DIARREA				DISREFLEXIA AUTÓNOMA				DOLOR AGUDO			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
VALORAR SIGNOS / SÍNTOMAS DE DESHIDRATACIÓN				POSICIÓN SEMIFOWLER				VALORAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR	X		
OBSERVAR Y REGISTRAR LAS MANIFESTACIONES SISTEMÁTICAS				IDENTIFICAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISREFLEXIA	X			CONTROL DE FACTORES AMBIENTALES QUE INFLUYEN RESPUESTA AL DOLOR			
REGISTRAR CARACTERÍSTICAS DE LA EVACUACIÓN DE ACUERDO AL CÓDIGO ESTABLECIDO				IDENTIFICAR Y ELIMINAR LA CAUSA				ELIMINAR FACTORES QUE PRECIPITEN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR			
MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA PIEL PERIANAL				EDUCACIÓN A PACIENTE / FAMILIAR ACERCA DE SIGNOS DE ALARMA	X			REALIZAR TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA - EL DOLOR			
REFORZAR MEDIDAS GENERALES Y PRECAUCIONES UNIVERSALES				MONITOREO CONTINUO DEL ESTADO DEL PACIENTE (CADA 3 - 5 MINUTOS)	X			DAR TX. FARMACOLÓGICO PRESCRITO			
COMUNICAR LOS SÍNTOMAS Y LA RELACION ENTRE LA APARICIÓN DE LA DIARREA Y EL CONSUMO, INICIAL O CONTINUADO, DE MEDICACIONES O ALIMENTACIÓN ENTERAL				OTRO				EVALUAR EFICACIA DE LAS MEDIDAS			
FOMENTAR QUE LAS COMIDAS SEAN EN PEQUEÑAS CANTIDADES / FRECUENTES CON BAJO CONTENIDO EN FIBRA								IDENTIFICAR EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS			
OTRO								OTRO			
DOLOR CRÓNICO				DUELO				DUELO ANTICIPADO			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
VALORAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR				FOMENTAR EXTERIORIZACIÓN DE SENTIMIENTOS				IDENTIFICAR LA PÉRDIDA			
CONTROL DE FACTORES AMBIENTALES QUE INFLUYEN RESPUESTA AL DOLOR				EXPLICAR EL PROCESO DE DUELO				IDENTIFICAR REACCIÓN INICIAL			
ELIMINAR FACTORES QUE PRECIPITEN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR				FOMENTAR PARTICIPACIÓN FAMILIAR				FOMENTAR EXPRESAR SENTIMIENTO			
REALIZAR TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA - EL DOLOR				OTRO				ENSEÑAR LAS FASES DEL DUELO			
DAR TX. FARMACOLÓGICO PRESCRITO								APOYAR LOS PROGRESOS POR ETAPA			
EVALUAR EFICACIA DE LAS MEDIDAS								IDENTIFICAR CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA			
IDENTIFICAR EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS								OTRO			
OTRO											
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN				DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN / VALORAR CAVIDAD ORAL				DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO E HIGIENE			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
DAR POSICIÓN ADECUADA	X			ENJUAGUES BUCALES CON BICARBONATO DE SODIO				VALORAR GRADO DE INDEPENDENCIA			
DIETA ASISTIDA	X			REFORZAR RÉGIMEN DE HIGIENE BUCAL	X			PROPORCIONAR AYUDA NECESARIA	X		
FOMENTAR PARTICIPACIÓN FAMILIAR	X			DAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO				INSTRUIR COMO REALIZAR EL BAÑO	X		
VALORAR TOLERANCIA ALIMENTICIA	X			OTRO				OTRO			
OTRO											

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 14. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de Diagnósticos de Enfermería Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DE WC				DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO				DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
DAR LA AYUDA NECESARIA PARA ASISTIR AL WC				VALORAR GRADO DE INDEPENDENCIA				PROPORCIONAR CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES NECESARIAS			
ASISTIR COLOCACIÓN Y RETIRO DE COMODO Y ORINAL				PROPORCIONAR AYUDA NECESARIA	X			OTRO			
MANTENER LIMPIA Y SECA PIEL DEL AREA PERINEAL				SUGERIR ROPA DE FÁCIL MANEJO							
REGISTRAR CARACTERISTICAS DE LA ELIMINACIÓN				OTRO							
OTRO											
ESTREÑIMIENTO				HIPERTERMIA				INCONTINENCIA FECAL			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
VIGILAR SIGNOS /SÍNTOMAS DE IMPACTACIÓN FECAL	X			CONTROL POR MEDIOS FÍSICOS				MASAJE A MARCO CÓLICO	X		
MASAJE A MARCO CÓLICO	X			OTRO				MANTENER LIMPIA Y SECA REGIÓN PERIANAL	X		
DESIMPACTACIÓN FECAL								ROPA DE CAMA LIMPIA Y SECA	X		
REGISTRAR CARACTERISTICAS DE LA EVACUACIÓN								USO DE PAÑAL SI ES NECESARIO	X		
OTRO								REGISTRAR CARACTERÍSTICAS DE EVACUACIONES	X		
								DILATACIÓN DIGITAL			
								DIETA ALTA EN FIBRA Y LÍQUIDOS			
								ENSEÑANZA A PACIENTE Y FAMILIAR BASES DE LA EDUCACIÓN INTESTINAL	X		
								OTRO			
INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL				INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA				INSOMNIO			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
VALORAR PATRÓN URINARIO				SONDAJE VESICAL INTERMITENTE				VALORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO			
HORARIO PARA CONSUMO DE LÍQUIDOS Y MICCIÓN				USO DE TÉCNICA ESTÉRIL	X			PROMOVER AMBIENTE QUE FAVOREZCA DESCANSO Y SUEÑO			
USO DE ROPA DE FÁCIL MANEJO				CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS				OTRO			
ASEGURAR INTEGRIDAD DE LA PIEL MEDIANTE HIGIENE ADECUADA				CONTROL DE LÍQUIDOS	X						
OTRO				INSTRUIR A FAMILIAR EL CATETERISMO LIMPIO INTERMITENTE	X						
				TOMA DE EGO, UROCULTIVO							
				OTRO							
NÁUSEAS				PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ				PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFECTIVA			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
DAR TX. FARMACOLÓGICO PRESCRITO				FISIOTERAPIA RESPIRATORIA				CONTROL DE LÍQUIDOS	X		
VALORAR FRECUENCIA, DURACIÓN E INTENSIDAD				MEJORAR LA TOS				VALORAR CIRCULACIÓN PERIFÉRICA	X		
IDENTIFICAR FACTORES CAUSALES				CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA				USO DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS	X		
INSTRUIR FORMAS PARA EL CONTROL DE LA NÁUSEA				OTRO				CAMBIOS POSTURALES CADA 2 HRS.	X		
USO DE TÉCNICAS PARA CONTROLAR NÁUSEAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE QUIMIOTERAPIA								EJERCICIOS ISOMÉTRICOS E ISOTÓNICOS			
HIGIENE BUCAL PARA FAVORECER COMODIDAD								MANTENER HIDRATACIÓN ADECUADA	X		
CONTROL DE FACTORES AMBIENTALES QUE DESENCADENEN NÁUSEA								OTRO			
VERIFICAR EFECTOS DE LAS NÁUSEAS											
OTRO											

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 15. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de Diagnósticos de Enfermería Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AYUDA AL AUTOCUIDADO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CUIDADOS AL SITIO DE INCISIÓN QUIRÚRGICA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CUIDADOS DEL DOLOR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE LA NUTRICIÓN</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE HERIDAS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	AYUDA AL AUTOCUIDADO				CUIDADOS AL SITIO DE INCISIÓN QUIRÚRGICA				CUIDADOS DEL DOLOR				MANEJO DE LA NUTRICIÓN				MANEJO DE HERIDAS				MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS				OTRO				RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>REAFIRMAR LAS VIRTUDES PERSONALES QUE IDENTIFIQUE EL PACIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESCUCHAR LAS EXPRESIONES DE SENTIMIENTOS Y TRISTEZA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>EDUCACIÓN EN SALUD SOBRE LAS NECESIDADES O CAMBIOS DEL PACIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	REAFIRMAR LAS VIRTUDES PERSONALES QUE IDENTIFIQUE EL PACIENTE				ESCUCHAR LAS EXPRESIONES DE SENTIMIENTOS Y TRISTEZA				EDUCACIÓN EN SALUD SOBRE LAS NECESIDADES O CAMBIOS DEL PACIENTE				OTRO				RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PRIVACIDAD EN ACTIVIDADES ESPIRITUALES</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ORIENTAR SOBRE LAS CELEBRACIONES Y RITUALES RELIGIOSOS EN EL SERVICIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	PRIVACIDAD EN ACTIVIDADES ESPIRITUALES				ORIENTAR SOBRE LAS CELEBRACIONES Y RITUALES RELIGIOSOS EN EL SERVICIO				OTRO																											
TURNOS	M	V	N																																																																																											
AYUDA AL AUTOCUIDADO																																																																																														
CUIDADOS AL SITIO DE INCISIÓN QUIRÚRGICA																																																																																														
CUIDADOS DEL DOLOR																																																																																														
MANEJO DE LA NUTRICIÓN																																																																																														
MANEJO DE HERIDAS																																																																																														
MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
REAFIRMAR LAS VIRTUDES PERSONALES QUE IDENTIFIQUE EL PACIENTE																																																																																														
ESCUCHAR LAS EXPRESIONES DE SENTIMIENTOS Y TRISTEZA																																																																																														
EDUCACIÓN EN SALUD SOBRE LAS NECESIDADES O CAMBIOS DEL PACIENTE																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
PRIVACIDAD EN ACTIVIDADES ESPIRITUALES																																																																																														
ORIENTAR SOBRE LAS CELEBRACIONES Y RITUALES RELIGIOSOS EN EL SERVICIO																																																																																														
OTRO																																																																																														
RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>MONITOREO DEL ENVD</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	MONITOREO DEL ENVD				OTRO				RIESGO DE DISREFLEXIA AUTÓNOMA <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CAMBIOS DE POSICIÓN</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE LA VÍA AÉREA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE LÍQUIDOS</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	CAMBIOS DE POSICIÓN	X			DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD				MANEJO DE ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL	X			MANEJO DE LA VÍA AÉREA				MANEJO DE LÍQUIDOS	X			OTRO				RIESGO DE INFECCIÓN <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>LAVADO DE MANOS (NOM)</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PRECAUCIONES UNIVERSALES</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AMBIENTE ASÉPTICO DURANTE INSERCIÓN DE CATÉTERES CENTRALES</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AMBIENTE ASÉPTICO EN EL CAMBIO DE EQUIPOS Y ALIMENTACIÓN PARENTERAL</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CAMBIO DE EQUIPOS, LÍNEAS IV Y CENTRALES SEGÚN PROTOCOLO</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANIPULACIÓN ASÉPTICA DE LÍNEAS IV</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANEJO DE TÉCNICA ASÉPTICA EN EL MANEJO DE HERIDAS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DRENAJES DE HX CON CIRCUITO CERRADO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FOMENTAR EJERCICIOS RESPIRATORIOS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ANTIBIOTICOTERAPIA PRESCRITA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALERTAR SOBRE INDICIOS DE INFECCIÓN A FAMILIAR Y PACIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	LAVADO DE MANOS (NOM)	X			PRECAUCIONES UNIVERSALES	X			AMBIENTE ASÉPTICO DURANTE INSERCIÓN DE CATÉTERES CENTRALES				AMBIENTE ASÉPTICO EN EL CAMBIO DE EQUIPOS Y ALIMENTACIÓN PARENTERAL	X			CAMBIO DE EQUIPOS, LÍNEAS IV Y CENTRALES SEGÚN PROTOCOLO	X			MANIPULACIÓN ASÉPTICA DE LÍNEAS IV				MANEJO DE TÉCNICA ASÉPTICA EN EL MANEJO DE HERIDAS				DRENAJES DE HX CON CIRCUITO CERRADO				FOMENTAR EJERCICIOS RESPIRATORIOS				ANTIBIOTICOTERAPIA PRESCRITA				ALERTAR SOBRE INDICIOS DE INFECCIÓN A FAMILIAR Y PACIENTE				OTRO			
TURNOS	M	V	N																																																																																											
MONITOREO DEL ENVD																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
CAMBIOS DE POSICIÓN	X																																																																																													
DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD																																																																																														
MANEJO DE ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL	X																																																																																													
MANEJO DE LA VÍA AÉREA																																																																																														
MANEJO DE LÍQUIDOS	X																																																																																													
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
LAVADO DE MANOS (NOM)	X																																																																																													
PRECAUCIONES UNIVERSALES	X																																																																																													
AMBIENTE ASÉPTICO DURANTE INSERCIÓN DE CATÉTERES CENTRALES																																																																																														
AMBIENTE ASÉPTICO EN EL CAMBIO DE EQUIPOS Y ALIMENTACIÓN PARENTERAL	X																																																																																													
CAMBIO DE EQUIPOS, LÍNEAS IV Y CENTRALES SEGÚN PROTOCOLO	X																																																																																													
MANIPULACIÓN ASÉPTICA DE LÍNEAS IV																																																																																														
MANEJO DE TÉCNICA ASÉPTICA EN EL MANEJO DE HERIDAS																																																																																														
DRENAJES DE HX CON CIRCUITO CERRADO																																																																																														
FOMENTAR EJERCICIOS RESPIRATORIOS																																																																																														
ANTIBIOTICOTERAPIA PRESCRITA																																																																																														
ALERTAR SOBRE INDICIOS DE INFECCIÓN A FAMILIAR Y PACIENTE																																																																																														
OTRO																																																																																														
RIESGO DE LESIÓN <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>VIGILAR EFECTOS DE TOXICIDAD DERIVADA DE QUIMIOTERAPIA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VIGILAR SITIO DE INSERCIÓN IV</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MONITOREO DE FUNCIONAMIENTO IV</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VIGILAR PRESENCIA DE ESTOMATITIS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ASEGURAR INGESTA ADECUADA DE LÍQUIDOS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	VIGILAR EFECTOS DE TOXICIDAD DERIVADA DE QUIMIOTERAPIA				VIGILAR SITIO DE INSERCIÓN IV				MONITOREO DE FUNCIONAMIENTO IV				VIGILAR PRESENCIA DE ESTOMATITIS				ASEGURAR INGESTA ADECUADA DE LÍQUIDOS				OTRO				RIESGO DE LIMPIEZA INEFAZ DE VÍAS AÉREAS <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>POSICIÓN SEMIFOWLER</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AMBIENTE HUMIDIFICADO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ASPIRACIÓN DE SECRECIONES</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HIDRATACIÓN ADECUADA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	POSICIÓN SEMIFOWLER				CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA				AMBIENTE HUMIDIFICADO				ASPIRACIÓN DE SECRECIONES				HIDRATACIÓN ADECUADA				OTRO				RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN SISTÉMICA EN EL PACIENTE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REALIZAR EL REGISTRO DE LAS REACCIONES SISTÉMICAS AL LÁTEX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESTUDIAR EL AMBIENTE Y EXTRAER LOS PRODUCTOS DE LÁTEX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN SISTÉMICA EN EL PACIENTE				REALIZAR EL REGISTRO DE LAS REACCIONES SISTÉMICAS AL LÁTEX				ESTUDIAR EL AMBIENTE Y EXTRAER LOS PRODUCTOS DE LÁTEX				OTRO																			
TURNOS	M	V	N																																																																																											
VIGILAR EFECTOS DE TOXICIDAD DERIVADA DE QUIMIOTERAPIA																																																																																														
VIGILAR SITIO DE INSERCIÓN IV																																																																																														
MONITOREO DE FUNCIONAMIENTO IV																																																																																														
VIGILAR PRESENCIA DE ESTOMATITIS																																																																																														
ASEGURAR INGESTA ADECUADA DE LÍQUIDOS																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
POSICIÓN SEMIFOWLER																																																																																														
CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA																																																																																														
AMBIENTE HUMIDIFICADO																																																																																														
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES																																																																																														
HIDRATACIÓN ADECUADA																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA REACCIÓN SISTÉMICA EN EL PACIENTE																																																																																														
REALIZAR EL REGISTRO DE LAS REACCIONES SISTÉMICAS AL LÁTEX																																																																																														
ESTUDIAR EL AMBIENTE Y EXTRAER LOS PRODUCTOS DE LÁTEX																																																																																														
OTRO																																																																																														
RIESGO DE SANGRADO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CONTROL DE LÍQUIDOS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IDENTIFICAR CAUSA DE SANGRADO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REGISTRAR: CANTIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>APLICAR VENDAJE COMPRESIVO CUANDO SEA NECESARIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MONITOREO PRE Y POST QUIRÚRGICO DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	CONTROL DE LÍQUIDOS				IDENTIFICAR CAUSA DE SANGRADO				REGISTRAR: CANTIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO				APLICAR VENDAJE COMPRESIVO CUANDO SEA NECESARIO				MONITOREO PRE Y POST QUIRÚRGICO DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO				OTRO				SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CORRECTA ILUMINACIÓN Y LIMPIEZA DE SU UNIDAD</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>EXPLICAR DE MANERA SENCILLA TODO LO QUE SE LE REALIZA</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>EVITAR SIESTAS DIURNAS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MANTENER CORTINAS ABIERTAS</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ORIENTACIÓN (DÍA, HORA, LUGAR Y TIEMPO)</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>COLOCACIÓN DE LENTES Y AUDÍFONOS DE SER NECESARIO</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RETIRADA DE CATÉTERES INNECESARIOS Y DE SUJECIONES FÍSICAS (SI LAS HUBIERA)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESTIMULAR COGNITIVAMENTE: JUEGOS DE MESA, MANUALIDADES, ROMPECABEZAS, CRUCIGRAMAS, SOPA DE LETRAS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	CORRECTA ILUMINACIÓN Y LIMPIEZA DE SU UNIDAD	X			EXPLICAR DE MANERA SENCILLA TODO LO QUE SE LE REALIZA	X			EVITAR SIESTAS DIURNAS				MANTENER CORTINAS ABIERTAS	X			ORIENTACIÓN (DÍA, HORA, LUGAR Y TIEMPO)	X			COLOCACIÓN DE LENTES Y AUDÍFONOS DE SER NECESARIO				RETIRADA DE CATÉTERES INNECESARIOS Y DE SUJECIONES FÍSICAS (SI LAS HUBIERA)				ESTIMULAR COGNITIVAMENTE: JUEGOS DE MESA, MANUALIDADES, ROMPECABEZAS, CRUCIGRAMAS, SOPA DE LETRAS				OTRO				TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>TURNOS</th> <th>M</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>FAVORECER LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DARLE RESPONSABILIDAD SOBRE SU CUIDADO</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FELICITAR AL PACIENTE POR LOS LOGROS OBTENIDOS EN AVD</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESTIMULAR AL PACIENTE PARA QUE HABLE SOBRE LOS CAMBIOS EN SU VIDA RELACIONADOS CON SU PADECIMIENTO</td><td>X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	TURNOS	M	V	N	FAVORECER LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS	X			DARLE RESPONSABILIDAD SOBRE SU CUIDADO	X			FELICITAR AL PACIENTE POR LOS LOGROS OBTENIDOS EN AVD				ESTIMULAR AL PACIENTE PARA QUE HABLE SOBRE LOS CAMBIOS EN SU VIDA RELACIONADOS CON SU PADECIMIENTO	X			OTRO			
TURNOS	M	V	N																																																																																											
CONTROL DE LÍQUIDOS																																																																																														
IDENTIFICAR CAUSA DE SANGRADO																																																																																														
REGISTRAR: CANTIDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO																																																																																														
APLICAR VENDAJE COMPRESIVO CUANDO SEA NECESARIO																																																																																														
MONITOREO PRE Y POST QUIRÚRGICO DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
CORRECTA ILUMINACIÓN Y LIMPIEZA DE SU UNIDAD	X																																																																																													
EXPLICAR DE MANERA SENCILLA TODO LO QUE SE LE REALIZA	X																																																																																													
EVITAR SIESTAS DIURNAS																																																																																														
MANTENER CORTINAS ABIERTAS	X																																																																																													
ORIENTACIÓN (DÍA, HORA, LUGAR Y TIEMPO)	X																																																																																													
COLOCACIÓN DE LENTES Y AUDÍFONOS DE SER NECESARIO																																																																																														
RETIRADA DE CATÉTERES INNECESARIOS Y DE SUJECIONES FÍSICAS (SI LAS HUBIERA)																																																																																														
ESTIMULAR COGNITIVAMENTE: JUEGOS DE MESA, MANUALIDADES, ROMPECABEZAS, CRUCIGRAMAS, SOPA DE LETRAS																																																																																														
OTRO																																																																																														
TURNOS	M	V	N																																																																																											
FAVORECER LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS	X																																																																																													
DARLE RESPONSABILIDAD SOBRE SU CUIDADO	X																																																																																													
FELICITAR AL PACIENTE POR LOS LOGROS OBTENIDOS EN AVD																																																																																														
ESTIMULAR AL PACIENTE PARA QUE HABLE SOBRE LOS CAMBIOS EN SU VIDA RELACIONADOS CON SU PADECIMIENTO	X																																																																																													
OTRO																																																																																														

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

 Figura 16. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de Diagnósticos de Enfermería
 Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

TRASTORNO PERCEPCIÓN SENSORIAL AUDITIVA				TRASTORNO PERCEPCIÓN SENSORIAL VISUAL				TRASTORNO PERCEPCIÓN SENSORIAL: CINESTESIA			
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N
FACILITAR USO DE DISPOSITIVOS QUE MEJOREN LA AUDICIÓN				IDENTIFICARSE CON EL PACIENTE				DETERMINAR CAPACIDAD DE EQUILIBRIO DEL PACIENTE			
FUNCIONALIDAD E HIGIENE DEL DISPOSITIVO AUDITIVO				AYUDAR A ESTABLECER METAS PARA VER CON LOS DEMÁS SENTIDOS				USO DE DISPOSITIVOS DE AYUDA PARA LA MARCHA			
HABLAR DESPACIO, CLARO, CONCISO				AYUDAR A LA DEAMBULACIÓN				EJERCICIOS DE SENSOPERCEPCIÓN EN DECÚBITO O FUERA DE CAMA			
COMUNICACIÓN POR CONTACTO FÍSICO				DESCRIBIR EL AMBIENTE				EJERCICIOS DE PROPIOCEPCIÓN PRACTICANDO BIPEDESTACIÓN			
UTILIZAR LÁPIZ Y PAPEL P/ COMUNICARSE				FAVORECER LA ORIENTACIÓN DEL PACIENTE				OTRO			
OTRO				OTRO							

PREVENCIÓN DE CAÍDAS																								
PREV. CAÍDAS / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
LIMITACIÓN FÍSICA																								
ESTADO MENTAL ALTERADO																								
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE IMPLICA RIESGO																								
PROBLEMAS DE IDIOMA O SOCIOCULTURALES																								
SIN FACTORES DE RIESGO																								
TOTAL																								

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN / ESCALA BRADEN																								
ESCALA BRADEN / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
PERCEPCIÓN SENSORIAL	3																							
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	3																							
ACTIVIDAD	1																							
MOVILIDAD	2																							
NUTRICIÓN	3																							
CIZALLAMIENTO Y FIRCCIÓN	1																							
TOTAL	13																							

ACCESO VENOSO			
ACCESO VENOSO PERIFÉRICO 1			
FECHA INSTALACIÓN:	2023-08-27 00:00:00.0	DÍAS CONSEJ.: 1	
CALIBRE:	20	SITIO INSERCIÓN:	radial
ACCESO VENOSO PERIFÉRICO 2			
FECHA INSTALACIÓN:		DÍAS CONSEJ.:	
CALIBRE:		SITIO INSERCIÓN:	
ACCESO VENOSO CENTRAL			
FECHA INSTALACIÓN:		DÍAS CONSEJ.:	
CALIBRE:		SITIO INSERCIÓN:	
FECHA CURACIÓN:			
FACTORES DE RIESGO		SI	NO
ERITEMA			
TUMEFACCIÓN			
SENSIBILIDAD			
FIEBRE			

SONDA VESICAL INSTALADA			
FECHA INSTALACIÓN:	2023-08-15 00:00:00.0		
DÍAS CONSEJ.:	13	MATERIAL:	LATEX
CALIBRE:	16	GLOBO:	5
FACTORES DE RIESGO		SI	NO
PICO FEBRIL			
DOLOR SUPRAPÚBICO			
REGIÓN PERIURETRAL CON SECRECIÓN			
PRURITO			
ERITEMA			

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 17. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de prevención de caídas, Prevención de Úlceras por Presión/Escala de Braden, Acceso Venoso, Sonda vesical instalada Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

INTERVENCIONES ACCESO VENOSO					INTERVENCIONES PREVENCIÓN DE CAÍDAS				
TURNOS	M	V	N		TURNOS	M	V	N	
CIRCUITO CERRADO	X				VISITAS FRECUENTES	X			
CIRCUITO PERMEABLE					USO DE BARANDALES	X			
INSTRUCCIÓN A PACIENTE	X				INFORMAR RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS	X			
CAMBIO DE CIRCUITO					USO DE RECURSOS PARA PREVENIR CAÍDAS	X			
INTERVENCIONES PREVENCIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN					INTERVENCIONES SONDA VESICAL INSTALADA				
TURNOS	M	V	N		TURNOS	M	V	N	
UTILIZAR ADITAMENTOS PARA DISMINUIR LA PRESIÓN	X				CIRCUITO CERRADO	X			
APLICAR CREMA HIDRATANTE EN PACIENTES CON PIEL SECA					SONDA PERMEABLE	X			
CAMBIOS DE POSICIÓN CADA 2 HORAS	X				ZONA PERIURETRAL S/ SECRECIÓN	X			
ESTIMULAR LA ACTIVIDAD Y MOVIMIENTO DEL PACIENTE					INSTRUIR CUIDADOS DE LA SONDA	X			
INSPECCIÓN DIARIA DE LA PIEL	X				CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA	X			
MANTENER LA CAMA LO MÁS HORIZONTAL POSIBLE SIEMPRE QUE NO ESTÉ CONTRAINDICADO									
MANTENER LA PIEL LIMPIA Y SECA	X								
MANTENER LA ROPA DE CAMA LIMPIA, SECA Y SIN ARRUGAS	X								
MANTENER UN ÁNGULO NO MAYOR DE 30 EN DECÚBITO LATERAL									
MEDIDAS PARA EVITAR LA FRICCIÓN	X								
MOVILIZAR AL PACIENTE EVITANDO EL ARRASTRE	X								

DOBLE VERIFICACIÓN DE MEDIACAMENTOS Y SOLUCIONES DE ALTO RIESGO			
MEDICAMENTO O SOLUCIÓN	HORA DE APLICACIÓN	USUARIO VALIDADOR	CEDULA PROFESIONAL

ESCALA DE MADOX																								
ESCALA MADOX / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7
ESCALA MADOX	0																							

COMUNICACIÓN EFECTIVA		
INDICACION MEDICA E INFORME DE LABORATORIO MATUTINO	INDICACION MEDICA E INFORME DE LABORATORIO VESPERTINO	INDICACION MEDICA E INFORME DE LABORATORIO NOCTURNO

PLANEACIÓN DE ALTA DE PACIENTE		
TURNOS MATUTINO	TURNOS VESPERTINO	TURNOS NOCTURNO

OBSERVACIONES		
TURNOS MATUTINO	TURNOS VESPERTINO	TURNOS NOCTURNO
PACIENTE ESTABLE EN ESTADO CONSCIENTE, RESPUESTA OCULAR RESPONDE A ESTIMULOS VERBALES, USO DE CON MOVILIDAD DISMINUIDA, SE PREPARA PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA APLICANDO MEDIDAS DE PREVENCIÓN COMO MEDIAS DE COMPRESIÓN, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN EN SITIO DE INSERCIÓN EN CATETER PERIFÉRICO. REFIERE DOLOR EN AREA OCULAR CON UN EVA DE 8		

F10-MOP-DRI-01 Rev. 02 MAY 18

Figura 18. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería utilizada en Hospitalización, Apartado de Intervenciones en Acceso venoso, Intervenciones en prevención de caídas, intervenciones en lesión por presión, intervenciones en sonda vesical instalada, doble verificación en medicamentos de alto riesgo, observaciones.

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 10. Resonancia Magnética

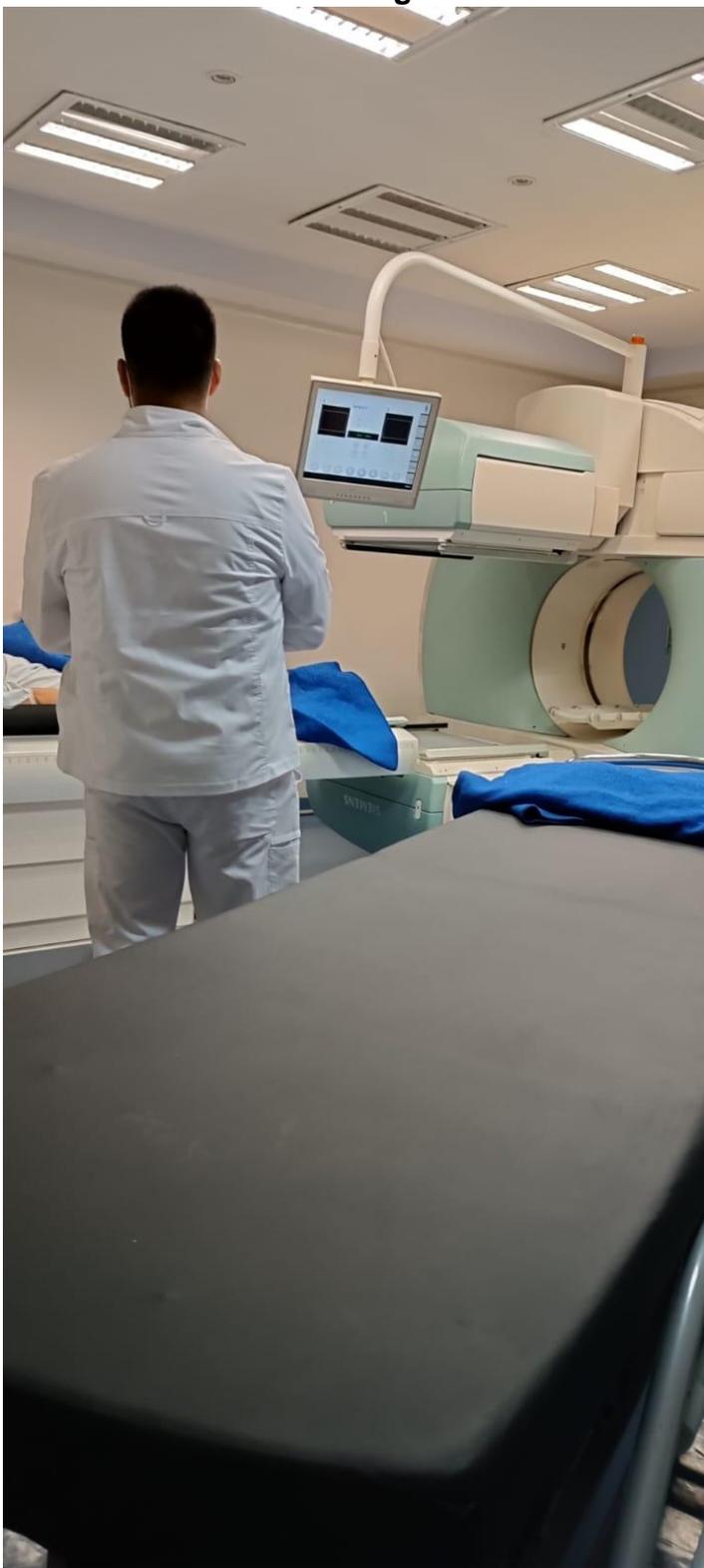


Figura 19. Traslado de Persona a Estudio de Resonancia Magnética
Fuente: Elaboración propia

Anexo 11. Desinfectantes utilizados en Consulta externa.

**Desinfectantes utilizados en Consulta Externa de
Otorrinolaringología, Oftalmología y Foniatria**

Desinfectante	Mecanismo de acción	Tiempo de acción	Ventajas	Desventajas
Estericida (Desinfectante)	Produce daño de oxidación a los patógenos.	30 segundos a 5 minutos. Dilución: Directa.	-Biodegradable. -No requiere dilución. -Proporciona desinfección de amplio espectro.	-Provoca oxidación de metales.
Cavicide (Desinfectante)	Desinfectante (papel enfermedo) de amplio espectro (fungicida, bactericida, virucida y tuberculocida).	3 minutos. Dilución: Directo.	-Reducción del riesgo de contaminación. -Elimina los organismos que amenazan en el entorno actual. -Compatibilidad excelente con los materiales.	-Causa toxicidad en la piel. -En contacto con los ojos puede causar daño en retina. -Altamente inflamable (3).
Jabón enzimático (Detergente)	Degrada las glicoproteínas y separa los patógenos de su soporte causando la destrucción del biofilm.	Sumergir material por 15 minutos, para lograr una acción virucida, bactericida y fungicida. Dilución: 10 mL de sustancia por litro de agua.	-Eficaz con restos de sangre, grasa, mucosa y otro tipo de suciedad. -No es tóxico. -Biodegradable. -No genera espuma. -No daña material de goma o plástico.	-En contacto con la piel durante periodos prolongados puede causar dermatitis. -No se puede combinar con otros líquidos.
Albicide (Desinfectante)	Desnaturalización de las proteínas. (El instrumental debe estar limpio)	-Bactericida: 5 minutos. -Virucida, fungicida y esporicida: 15 minutos. Dilución: 20 mL de sustancia por litro de agua.	-Desinfectante de alto nivel. -No corrosivo. -Económico. -No requiere enjuague. -No es tóxico ni requiere sistemas especiales de ventilación.	-Irrita las membranas mucosas si no es bien enjuagado el instrumental.
Orto-ftaldehído (OFA) (Desinfectante)	Altera la síntesis de DNA, RNA y proteínas. -Causa disrupción de la pared de esporas e inhibe la esporulación y germinación.	5 minutos. Dilución: Directo.	-Rápida acción de desinfección (desinfectante de alto nivel). -No requiere activación. -No fija los tejidos a las superficies.	-Mancha ropa, piel y superficies. -Costo alto. -Uso clínico limitado (endoscopios e instrumental dental; material de plástico o goma). -Desprende vapores que pueden irritar el ojo y el tracto respiratorio.
Jabón enzimático (Detergente)		Dilución	Procedimiento	Tiempo
		10 mL de jabón enzimático por cada litro de agua caliente.	Sumergir en agua caliente el instrumental o material usado, dejar actuar y posteriormente enjuagar.	Sumergir durante 15 minutos.
Albicide (Desinfectante)		20 mL de solución por cada litro de agua fría.	Insuflar en agua fría el instrumental o material posteriormente saturar, sangar y secar.	Sumergir durante 15 minutos.

Elaborado por P.S.S. Araceli Rivera Velasco.
Asesoría: M.A. Hyslop y Fabian Hernandez M.

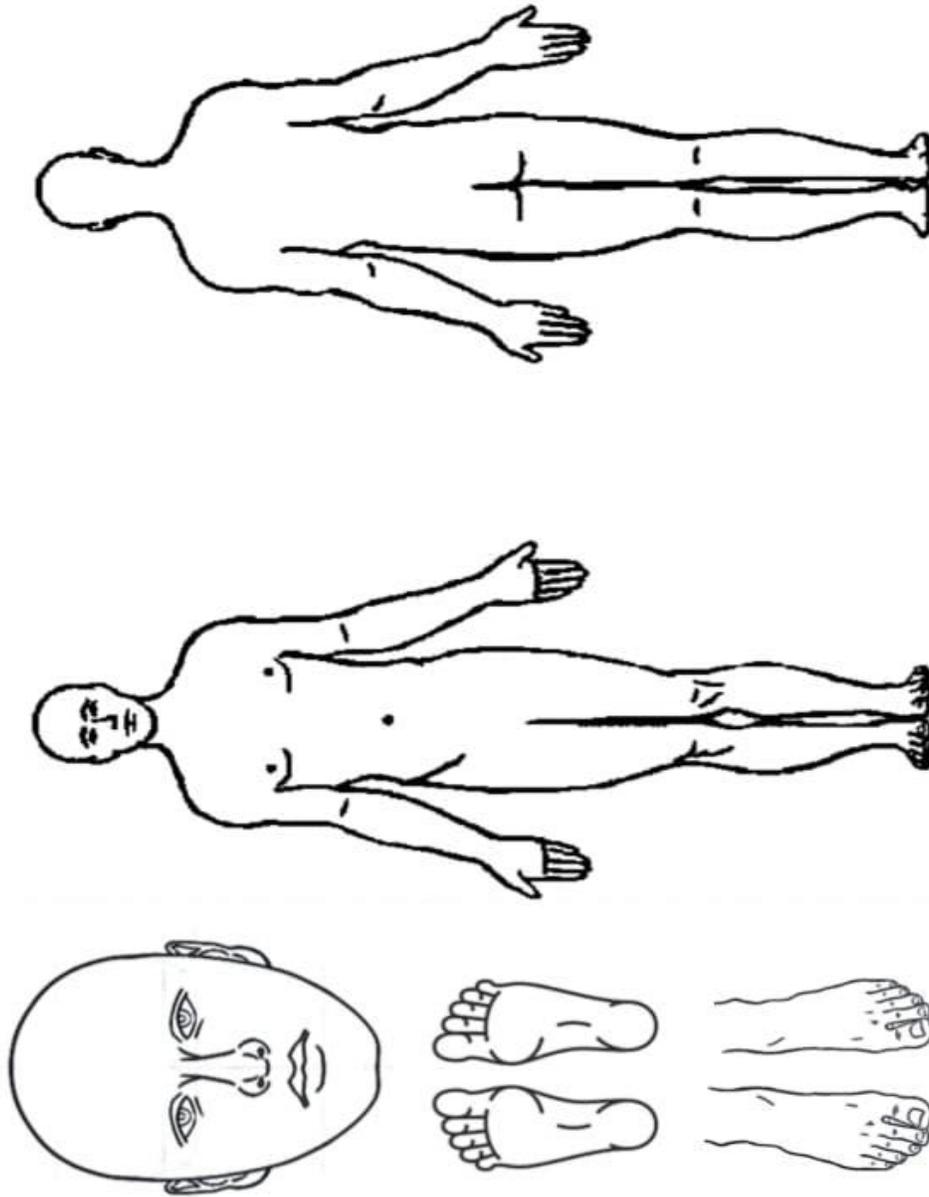
Figura 20. Desinfectantes utilizados en Consulta Externa de otorrinolaringología para el lavado del Instrumental
Fuente: Elaborado por P.S.S Araceli Rivera Velasco

Anexo. 12. Listado de Verificación de Procedimientos Invasivos

	NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CRUJÍA	FECHA DE ELABORACIÓN:
	SERVICIO:	No. DE REGISTRO	CRUJÍA (S) PROGRAMADA (S):	
	NO. DE CAMA:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM		
1° VERIFICACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN, URGENCIA/CLAUO Y CRUJÍA AMBULATORIA Verifica:	3° VERIFICACIÓN AL INGRESO A PREANESTESIA Jefe de Preanestesia o Enfermera Verifica	7° ENTRADA SALA DE OPERACIONES Anes: Inducción, Intubación, Crujía, Anestesiólogo y Enfermera Verifica.	4° PALSA QUIRÚRGICA Antes de la incisión de la piel, Crujía, Anestesiólogo y Enfermera Verifica.	5° SALIDA Antes de retirar el campo estéril, Anestesiólogo, Crujía y Enfermera (Enfermera) y Enfermera Verifica.
<input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA <input type="checkbox"/> ALERGIAS <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO Y CRUJÍA PROGRAMADA <input type="checkbox"/> EXÁMENES PREOPERATORIOS <input type="checkbox"/> VALIDACIÓN MEDICINA INTERNA <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE RADIOLOGICO <input type="checkbox"/> FIRMAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CRUJÍA. <input type="checkbox"/> HEMODERIVADOS DISPONIBLES	<input type="checkbox"/> ESTA VERIFICADO Y FIRMADO EL APARTADO ANTERIOR <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> TIEMPO DE AVUJO DEL VTE. <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE CLÍNICO PRESENTE <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE RADIOLOGICO PRESENTE <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO REALIZADO <input type="checkbox"/> CONFINAR, MARCA, SI DE ZONA (S) QUIRÚRGICA (S)	SE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> PACIENTE FIRMADO CRUJÍA <input type="checkbox"/> FIRMADO CRUJÍA <input type="checkbox"/> LUGAR DE CRUJÍA CORRECTA. <input type="checkbox"/> POSICIÓN CORRECTA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> OMMETRO DE PULSO EN PACIENTE FUNCIONANDO <input type="checkbox"/> ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RIESGO QUE REQUIERA TRANSFUSIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ACCESO VENOSO ADECUADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE SANGRE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCA/ (S) QUIRÚRGICO (S) VISIBLE (S) O NO APLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIFICULTAD EN LA VIA AEREA PACIENTE ADULTO (en Millimetrat 3.0-4) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE CLÍNICO PRESENTE EXPEDIENTE RADIOLOGICO PRESENTE	ENFERMERÍA VERIFICA: <input type="checkbox"/> TODO EL PERSONAL SE HA IDENTIFICADO POR SU NOMBRE <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIMOTICA EN QUIRÓFANO 30 MIN. PREVIOS AL INICIO DE LA CRUJÍA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLAN DE RECUPERACIÓN POR <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO TERAPÉUTICO <input type="checkbox"/> TONA DE CULTIVOS ENFERMERÍA REVISÓ: <input type="checkbox"/> ELEMENTOS DEL EQUIPAMIENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> COMUNICA AL EQUIPO QUIRÚRGICO INDICACIONES DE ESTERILIZACIÓN <input type="checkbox"/> FECHA Y MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN <input type="checkbox"/> LA ESTERILIDAD DE ALGÚN PROBLEMA CON EL INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/> REVISÓ UBICACIÓN DE PLACA DE ELECTROCAUTERIO <input type="checkbox"/> CRUJÍAS/ANESTESIOLOGO: <input type="checkbox"/> LAS IMÁGENES ESCENICALES ESTÁN A LA VISTA DEL CRUJÍANO <input type="checkbox"/> ANTES DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS SE HIZO LA DISTRIBUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN. <input type="checkbox"/> REVISAN UBICACIÓN Y TIEMPO DE ISQUEMIA. ANESTESIOLOGO: <input type="checkbox"/> VALORA ELEMENTOS CRÍTICOS DEL PROCESO DE LA CRUJÍA Y COMERCIALIZACIONES CRÍTICAS DEL PACIENTE, SI LAS HAY.	<input type="checkbox"/> CIJANO REVISÓ CON TODO EL EQUIPO <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO REALIZADO, SUCESOS INTRAOPERATORIOS Y RESULTADO QUIRÚRGICO ANESTESIOLOGO REVISÓ CON TODO EL EQUIPO IMPORTANTES <input type="checkbox"/> SUCESOS INTRAOPERATORIOS <input type="checkbox"/> PLAN DE RECUPERACIÓN ENFERMERA (O) REVISÓ CON TODO EL EQUIPO <input type="checkbox"/> CONTEO DE GASAS E INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DE LAS INDUSTRIAS Y FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> SUCESOS INTRAOPERATORIOS Y PLAN DE RECUPERACIÓN, TRATAMIENTO Y RIESGOS. OCURRIERON EVENTOS ADVERSOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE REGISTRÓ EL EVENTO ADVERSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿DÓNDE?
Nombre y Firma de Médico Residente MARCA ZONA (S) QUIRÚRGICA (S) EN EL PACIENTE	Nombre y Firma de Enfermera (o)	Nombre y Firma de Enfermera (o)	Nombre y Firma de Anestesiólogo	Nombre y Firma de Crujía.
Nombre y Firma de Médico Trabajador ASLAMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> P. DE CONTACTO (T.-AMBIELLA) P. PARA GOTAS (T.VERDE) P. AÉREAS (MICROGOTAS). (T. AZUL)	Nombre y Firma de Anestesiólogo	Nombre y Firma de Enfermera (o)	Nombre y Firma de Crujía	Nombre y Firma de Anestesiólogo
IDENTIFICA PACIENTE ANTES DE TRASLADO A CRUJÍA	Nombre y Firma de Anestesiólogo	Nombre y Firma de Enfermera (o)	Nombre y Firma de Crujía	Nombre y Firma de Anestesiólogo
USUARIO	Nombre y Firma de Anestesiólogo	Nombre y Firma de Enfermera (o)	Nombre y Firma de Crujía	Nombre y Firma de Anestesiólogo
RECIBE INFORMACIÓN DE MARCAJE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> USUARIO REVISÓ MARCAJE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre y Firma de Anestesiólogo	Nombre y Firma de Enfermera (o)	Nombre y Firma de Crujía	Nombre y Firma de Anestesiólogo

Figura 21. Hoja de Listado de Verificación de Procedimientos Invasivos utilizado en el INR
 Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

INDIQUE CON LA PALABRA "SI" Y UNA → EL SITIO ANATOMICO EN EL CUAL REALIZÓ EL



REALIZO MARCAJE QUIRÚRGICO: NOMBRE Y FIRI

Avizo de Privacidad: El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Irujo Salazar, garantiza el acceso a sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el Instituto de Verificación de Carga, según lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Figura 22. Continuación de la Hoja de Listado de Verificación de Procedimientos Invasivos utilizado en el INR
Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 13. Registros Clínicos de Enfermería Área Quirúrgica.



HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA ÁREA QUIRÚRGICA

ALERGIAS				
HAS	DM	NEF	IC	IR

NOMBRE _____ FECHA NAC. _____ EDAD _____ GÉNERO _____ SCQ _____

CAMA _____ REGISTRO _____ SERVICIO: _____ GRUPO Y RH _____

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO _____ FECHA _____

PREOPERATORIO

CIRUGIA PROGRAMADA: _____ HORA INGRESO _____

REQUISITOS PREOPERATORIOS			HOSP	PRE	OBSERVACIONES
PESO:	TALLA:		HORA	HORA	
Consentimiento de Cx			T / A	T / A	MEDIATO
Consentimiento anestesia					
Estudios de laboratorio			F C	F C	INMEDIATO
Inicio Ayuno					
Última Diuresis			FR	FR	
Última Evacuación					
Joyas			T E M	T E M	
Protesis					
Esmalte en Uñas			SPO ₂	SPO ₂	
Lentes					
Glucemia					

MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	HORA	SOLUCIONES	HEMODERIVADOS
TOTAL :					

ANESTESIA	Edo conciencia	valor	Egreso/Hora			TOTAL
Hora _____	2 alerta		uresis			
Bloqueo _____	1 obnubilada		sangrado			
	0 inconciente		drenaje			
Nombre del anestesiólogo _____			otros			
			Total			

Prevención de caídas				
Factores de riesgo	VALOR	PRE	TRANS	REC
Limitación física	2			
Estado mental alterado	3			
Tratamiento farmacológico	2			
Problema de idioma o socioculturales	2			
Sin factores de riesgo	1			
Calificación total	10			

Sonda vesical instalada				
Fecha de instalación				
Días consecutivos	Globo			
Calibre	Material			
Factores de riesgo	PRE	TRANS	REC	
Pico febril				
Lesión en región periuretral				
Secreción				
Prurito				
Edema				
Quemadura				

Acceso vascular				
Fecha de instalación		Cal.		
Días consecutivos		Punciones		
Fecha de curación				
Factores de riesgo	PRE	TRANS	REC	
Eritema				
Tumefacción				
Sensibilidad (dolor)				
Flebre				

INTERVENCIONES	PRE	TRANS	REC
Visitas frecuentes			
Uso de barandales			
Informar riesgos y medidas preventivas			
Uso de recursos para prevenir caídas			
Otra			

INTERVENCIONES	PRE	TRANS	REC
Mantener circuito cerrado			
Mantener permeabilidad de la sonda			
Registrar características de la orina			
Zona periuretral sin secreción			
Instruir cuidadores de la sonda			

INTERVENCIONES	PRE	TRANS	REC
Mantener circuito cerrado			
Mantener circuito permeable			
Instrucción al paciente			
Cambio de equipos			
Escala de Maddox			

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA HOSPITALIZACIÓN _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA PREANESTESIA _____

Figura 23. Hoja de Registros Clínicos de Enfermería Área Quirúrgica elaborada para pacientes que pasan a quirfano de oftalmología

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

138

Anexo 14. Organización del instrumental y material de consulta externa.



*Figura 25. Organización del Instrumental y material utilizado para la consulta externa de otorrinolaringología.
Fuente: Elaboración propia*

Anexo 15. Curación de un Catéter



Figura 26. Curación de Línea Media en Área Femoral derecha en el servicio de CENIAQ
Fuente: Tomada por el Licenciado en Enfermería Aldo Martínez

Anexo 16. Reunión de los Materiales para la Instalación de un Acceso Vascular.



Figura 27. Insumos y materiales para la instalación de CVC Y PICC
Fuente: Elaboración propia

Anexo 17. Asistencia en la Instalación de un PICC



Figura 28. Instalación de Catéter Centra de Inserción Periférica (PICC) en el servicio de Clínica de Terapia de Infusión y Accesos Vasculares

Fuente: Elaboración propia

Anexo 18. Retiro de CVC



Figura 29. Retiro de Catéter Venoso Central en Yugular Derecho en persona que llego al INR de traslado, a la valoración se detecta el catéter disfuncional.

Anexo 19. Registro de Instalación de Catéter Venoso Central

SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		DIRECCIÓN QUIRÚRGICA																	
		SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA		REGISTRO DE INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL															
				FOLIO: -															
NOMBRE: _____		F.N.: / /		EDAD: _____															
SERVICIO: _____		CAMA: _____		GENERO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M															
		REGISTRO: N- /		FECHA: / /															
		DIAGNÓSTICO: _____																	
LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSTALACIÓN DE CATÉTER																			
Fecha de instalación: / /		Tipo de Anestesia: Local <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/>		Tipo de instalación: Urgente <input type="checkbox"/> Electiva <input type="checkbox"/>															
Consentimiento informado <input type="checkbox"/>				Tipo de piel: ⁰ Integra <input type="checkbox"/> ¹ Quemada <input type="checkbox"/> ² Reepitelizada <input type="checkbox"/>															
Tipo de catéter		Sitio de inserción		Técnica de inserción															
CVC <input type="checkbox"/> Alto flujo <input type="checkbox"/>		Yugular <input type="checkbox"/> Basílica <input type="checkbox"/>		Der. Seldinger <input type="checkbox"/> Percutánea <input type="checkbox"/>															
CVC con <input type="checkbox"/> Tunelizado <input type="checkbox"/>		Subclavio <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/>		Sel. modif. <input type="checkbox"/> Venodisección <input type="checkbox"/>															
antiséptico <input type="checkbox"/> Reservorio venoso <input type="checkbox"/>		Femoral <input type="checkbox"/> Braquial <input type="checkbox"/>		I. Por guía <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>															
PICC <input type="checkbox"/> subcutáneo <input type="checkbox"/>				Adicionales de Inst. <input type="checkbox"/>															
				Carac. De catéter <input type="checkbox"/>															
				Núm. Punciones <input type="checkbox"/> No. Lumen <input type="checkbox"/>															
				Mismo sitio <input type="checkbox"/> Calibre <input type="checkbox"/>															
				Uso de Ultrasonido <input type="checkbox"/> Longitud <input type="checkbox"/>															
				Dilatación c/ corte <input type="checkbox"/>															
Servicio de instalación: _____		Instaló: _____		Asistió: _____															
Turno de instalación: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N		Verifica retorno venoso <input type="checkbox"/>		Verifica posición de punta por: Tele de tórax <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/>															
				Catéter Central <input type="checkbox"/>															
INDICACIÓN		MEDIDAS DE BARRERA MÁXIMA		COMPLICACIONES															
Reanimación hídrica <input type="checkbox"/>		Higiene de manos <input type="checkbox"/> Jabón <input type="checkbox"/>		Neumotórax <input type="checkbox"/> Lesión nervio <input type="checkbox"/>															
Monitoreo invasivo <input type="checkbox"/>		Uso de mascarilla <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/>		Hemotórax <input type="checkbox"/> Fistula linf. <input type="checkbox"/>															
Antibioticoterapia <input type="checkbox"/>		Campos adecuados <input type="checkbox"/> Isodine <input type="checkbox"/>		Hematoma <input type="checkbox"/> Multipunción <input type="checkbox"/>															
Quimioterapia <input type="checkbox"/>		Guante estéril <input type="checkbox"/> Clorhexidina <input type="checkbox"/>		Punción art. <input type="checkbox"/> posición de <input type="checkbox"/>															
Hemodiafiltración <input type="checkbox"/>		Cambio de guante <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/>		Arritmias <input type="checkbox"/> catéter <input type="checkbox"/>															
Sin acceso periférico <input type="checkbox"/>		Uso de campos estériles <input type="checkbox"/> adecuada <input type="checkbox"/>		Desgarro <input type="checkbox"/>															
		en ultrasonido <input type="checkbox"/> de la piel <input type="checkbox"/>		vascular <input type="checkbox"/>															
				Estabilización con Nylón <input type="checkbox"/>															
				Estabilizador con adhesivo <input type="checkbox"/>															
				Otro <input type="checkbox"/>															
				Trampa de fijación <input type="checkbox"/>															
				Centímetro de fijación <input type="checkbox"/>															
				Centímetro de refijación <input type="checkbox"/>															
INGRESA CON CATÉTER																			
Tipo de catéter _____		Fecha de instalación / /		Sitio de inserción _____															
Tipo de piel _____		Calibre de catéter _____		Longitud _____															
Tipo de fijación _____		Trampa de fijación <input type="checkbox"/>		No. Lumen _____															
		Retorno venoso <input type="checkbox"/>		Cm. De fijación _____															
		Tele de tórax <input type="checkbox"/>		Datos de infección <input type="checkbox"/>															
Hospital de procedencia: _____																			
ABORDAJE DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO																			
Subclavio <input type="checkbox"/>		Fecha de abordaje / /		Retorno venoso <input type="checkbox"/>															
Der. <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/>				Fecha de Heparinizado / /															
RETIRO DE CATÉTER																			
Fecha de retiro: / /		Días totales de permanencia: _____																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Motivo de retiro</th> </tr> <tr> <td>Reemplazo de catéter <input type="checkbox"/></td> <td>Fin de tratamiento <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sospecha de infección <input type="checkbox"/></td> <td>Alta <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obstrucción <input type="checkbox"/></td> <td>Alta con catéter <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ruptura <input type="checkbox"/></td> <td>Traslado con catéter <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Retiro accidental <input type="checkbox"/></td> <td>Defunción <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Disfunción <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Motivo de retiro		Reemplazo de catéter <input type="checkbox"/>	Fin de tratamiento <input type="checkbox"/>	Sospecha de infección <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	Obstrucción <input type="checkbox"/>	Alta con catéter <input type="checkbox"/>	Ruptura <input type="checkbox"/>	Traslado con catéter <input type="checkbox"/>	Retiro accidental <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/>	Disfunción <input type="checkbox"/>		Cultivo de punta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Resultado: <input type="checkbox"/> Pos + <input type="checkbox"/> Neg -	
		Motivo de retiro																	
		Reemplazo de catéter <input type="checkbox"/>	Fin de tratamiento <input type="checkbox"/>																
		Sospecha de infección <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>																
		Obstrucción <input type="checkbox"/>	Alta con catéter <input type="checkbox"/>																
Ruptura <input type="checkbox"/>	Traslado con catéter <input type="checkbox"/>																		
Retiro accidental <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/>																		
Disfunción <input type="checkbox"/>																			
¿Se retira catéter íntegro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Microorganismo: _____																	
¿Complicaciones durante el retiro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vigilancia post- retiro																	
¿Cuál? _____		Seguimiento del paciente posterior a 48 hrs de retiro del catéter <input type="checkbox"/>																	
		Presentó datos de infección posterior a 48 hrs de retiro de cvc. <input type="checkbox"/>																	
		Nombre de quien retiró catéter: _____																	
OBSERVACIONES																			

Anexo 20. Hoja para monitoreo de Dispositivo de Acceso Venoso

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA CLÍNICA DE CATÉTER HOJA DE MONITORIZACIÓN DIARIA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL																																															
Apellido paterno										Apellido materno										Nombre								Periodo		al																	
Nombre										Fecha de nacimiento										Diagnóstico								Servicio		Número de registro								Edad		Sexo							
Fecha de nacimiento										Diagnóstico										Servicio								Número de registro		Edad								Sexo		Cama							
DATOS DEL CATETER																																															
0 Fecha Instalación		Longitud		CM Fijación		Tipo de Catéter		Fr.		Lumenes		Tipo de fijación		Sitio de inserción		Fij. c/trampa		FOUO DEL CATÉTER		Días de Permanencia		-		-		-		-																			
1 Fecha Instalación		Longitud		CM Fijación		Tipo de Catéter		Fr.		Lumenes		Tipo de fijación		Sitio de inserción		Fij. c/trampa		FOUO DEL CATÉTER		Días de Permanencia		-		-		-		-																			
2 Fecha Instalación		Longitud		CM Fijación		Tipo de Catéter		Fr.		Lumenes		Tipo de fijación		Sitio de inserción		Fij. c/trampa		FOUO DEL CATÉTER		Días de Permanencia		-		-		-		-																			
DÍAS DEL MES																																															
CARAC. DE LA CURACIÓN		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
LIMPIA																																															
SECA																																															
HÚMEDA																																															
DESPRENDIDA																																															
RESTOS HEMÁTICOS																																															
SIN CURACIÓN																																															
CARACT. DE SITIO INSERCIÓN		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
ERITEMA																																															
INFLAMACIÓN																																															
DOLOR																																															
SECRECIÓN																																															
CICATRIZACIÓN																																															
AGRANDAMIENTO DE SITIO																																															
MACERACIÓN PIEL INTEGRAL																																															
PIEL REEPITELIZADA																																															
PIEL QUEMADA																																															
APÓSITO DE COBERTURA		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
PELICULA TRANSPARENTE IV																																															
PELICULA TRANSP. IV CHG																																															
POLIESTER CON ADHESIVO																																															
GASA																																															
OTRO																																															
CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR CON CONECTOR		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
ESVIACIONES EN LA T. INFUSIÓN SIN CONECTOR		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
SOLUCIONES CADUCADAS																																															
EQUIPOS CADUCADOS																																															
EQUIPOS EN "Y"																																															
CÍRCULOS CON FUGA																																															
CIRC. CON RESTOS HEMÁTICOS																																															
MEDICAMENTO PRECIPITADO																																															
EQUIPOS EN EL PISO																																															
MEMBRETES INCOMPLETOS																																															
HÚMEDAD POR BAÑO																																															
CARACTERÍSTICAS LUMEN		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
FECHA EQUIPO																																															
FECHA CONECTOR																																															
HEPARINIZADO																																															
OBSTRUCCIÓN																																															
STOS HEMÁTICOS																																															
SIN RETORNO																																															
FECHA EQUIPO																																															
FECHA CONECTOR																																															
HEPARINIZADO																																															
OBSTRUCCIÓN																																															
STOS HEMÁTICOS																																															
SIN RETORNO																																															
FECHA EQUIPO																																															
FECHA CONECTOR																																															
HEPARINIZADO																																															
OBSTRUCCIÓN																																															
STOS HEMÁTICOS																																															
SIN RETORNO																																															
PROBLEMAS CON EL CATÉTER		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
PERFORACIÓN																																															
RUPTURA DEL CATÉTER																																															
SALIDA ACCIDENTAL																																															
PROCED. DE ENFERMERÍA		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V																		
ASISTENCIA EN INST. DE CVC																																															
CURACIÓN																																															
INST. DE AGUJA GRIPPER																																															

Figura 30. Hoja para monitoreo de Dispositivo de Acceso Venoso utiliza en cada una de las personas que poseen un Catéter en el INR para su vigilancia.

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación⁷⁹

Anexo 21. Donación de Sangre Total.



Banco de Sangre

REQUISITOS PARA DONAR SANGRE

- Edad entre 18 a 65 años.
- Peso mayor de 50 Kilogramos.
- Ayuno de ocho horas (no consumir alimentos con grasa especialmente 24 horas antes de la donación). Durante las horas de ayuno puedes ingerir: jugos, frutas (excepto plátano, mamey y aguacate), té, café y debes mantenerte hidratado.
- No exceder las horas recomendadas de ayuno.
- No haber presentado síntomas respiratorios, diarrea o infección dental en los últimos 14 días.
- No haber ingerido medicamentos (antibióticos, antidiarreicos, analgésicos, etc) en los cinco días previos a la donación.
- No haber estado en tratamiento de endodoncia, acupuntura o haberse hecho tatuajes o perforaciones en los últimos 12 meses.
- No haber sido intervenido quirúrgicamente en los últimos seis meses.
- No haberse vacunado (cualquier vacuna) en los últimos 30 días.
- (aplican restricciones especiales para vacunas contra COVID-19)
- No haber ingerido bebidas alcohólicas 72 horas previas a la donación.
- Si padeces hipertensión arterial y estás controlado, puedes ser candidato a donación, sin necesidad de suspender el tratamiento.
- Pacientes con diabetes que utilizan insulina, no podrán donar.
- Disponer de al menos 3 horas para el proceso de donación.
- El equipo de banco de sangre hará otras valoraciones, para identificar a los mejores candidatos.

DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA



Figura 31 Criterios para la Valoración de Pre-donadores para Donación de Sangre en el INR

Anexo 22. Sangre Total



Figura 32. Bolsa de Hemocomponentes con sangre total posterior a la donación.
Fuente: Elaboración propia

Anexo 23. Indicaciones Pos-donación



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII

BANCO DE SANGRE

EL DIA DE HOY USTED **DEBE:**

- Consumir líquidos (agua o jugo natural) en mayor cantidad de lo habitual.
- Consumir alimentos saludables (posterior a las 2 horas de la donación) y continuar con su alimentación habitual (posterior a las 24 horas).

EL DIA DE HOY USTED **NO DEBE:**

- Realizar ejercicio físico general y evitar subir escaleras.
- Hacer esfuerzo o cargar objetos pesados con el brazo donador
- Consumir bebidas alcohólicas.
- Exponerse demasiado al sol.
- Fumar o estar cerca de personas que lo hagan

DESPUES DE LA DONACIÓN:

- Guardar reposo unos minutos e ingerir el refrigerio por completo
- Permanecer en la sala de espera 45 minutos antes de conducir su automóvil
- Conservar la venda del brazo por lo menos 2 horas
- Pasar con trabajo social

EL DIA DE MAÑANA USTED: PODRA REINCORPORARSE A TODAS SUS ACTIVIDADES NORMALMENTE.

ASPECTOS IMPORTANTES:

- Para garantizar la salud de usted y del receptor, la sangre que dona se le realizara pruebas de enfermedades transmisibles, las cuales son:
VIIH (SIDA), HEPATITIS “B” Y “C”, BRUCELA, SIFILIS, CHAGAS ADEMÁS DE SU GRUPO SANGUINEO Y Rh.
- Los resultados de dichas pruebas estarán listos en un lapso de dos semanas y usted podrá recogerlos presentándose de **LUNES A VIERNES de 9:00 a 13:00 hrs** en la ventanilla del servicio de banco de sangre, presentando una **identificación oficial** con fotografía (INE, PASAPORTE O LICENCIA DE CONDUCIR) y su **comprobante** de donación.
- Los resultados son confidenciales y solo usted podrá recogerlos.
- Después de **90 días** usted podrá realizar una nueva donación (hombres pueden donar con un máximo de **4 veces** al año y las mujeres un máximo de **3 veces** al año).

DONAR MEJORA SU SALUD Y SALVA VIDAS
¡MUCHAS GRACIAS POR SU DONACIÓN!

Realizado por: P.S.S Tania Santiago /UAM-X

Figura 33. Instructivo de Indicaciones Pos-donacion para las personas que son donadoras de sangre total en el INR
Fuente: Elaboración propia

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

VIH/SIDA



¿Qué es?

Virus de inmunodeficiencia humana, ataca el sistema inmunitario del cuerpo, destruyendo las células que combaten las infecciones (glóbulos blancos). El SIDA es un estado avanzado de la infección causada por el VIH.

¿Cómo se transmite?

Vía sexual: relaciones sexuales sin protección.
Vía sanguínea: transfusión de sangre o compartir agujas u objetos punzocortantes contaminados.

¿Cómo se transmite?

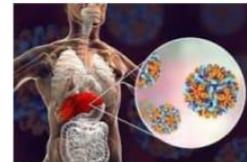
La infección por **hepatitis B** se puede propagar a través del contacto sexual, transfusiones de sangre, contacto directo con sangre y por trasplantes de órganos con sangre contaminada, ya que el virus se encuentra en fluidos corporales de una persona infectada.

Hepatitis C: el contacto directo con la sangre es la forma más eficiente de su transmisión.

¿Qué es?

Son **infecciones víricas del hígado que pueden provocar una enfermedad aguda o crónica.**

HEPATITIS B Y C



SÍFILIS



¿Qué es?

Es una **infección de transmisión sexual (ITS) producida por una bacteria llamada Treponema pallidum** que afecta tanto a varones como a mujeres. La sífilis puede aumentar el riesgo de contraer VIH, ya que las úlceras producidas por la sífilis hacen que sea más fácil transmitir y contraer cualquier enfermedad.

¿Cómo se transmite?

Congénita: transmitida de madre a hijo durante el embarazo.

Adquirida: transmitida por vía sexual o por transfusión de sangre.

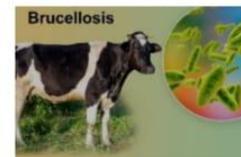
¿Cómo se transmite?

Se transmite a través del consumo de alimentos contaminados, como leche y quesos no pasteurizados.

¿Qué es?

Es una **enfermedad infectocontagiosa causada por bacterias del grupo brucella que se encuentran en el ganado.** Provoca cambios bruscos de temperatura corporal, dolor de cabeza, dolor abdominal y de espalda, escalofríos, pérdida de peso, falta de apetito, dolor muscular.

BRUCELOSIS



CHAGAS



¿Qué es?

Es una **enfermedad infecciosa provocada por el parásito protozoario (Trypanosoma cruzi)** que se alimenta de sangre.

¿Cómo se transmite?

A través de los insectos conocidos como "vinchucas" o "chinchas", siempre que estén infectadas con el parásito T. cruzi. Al picar, para alimentarse, la vinchuca defeca sobre la piel de la persona que cuando se rasca, introduce los parásitos (heces/caca) en la herida producida por la picadura. También la persona puede introducir los parásitos a su cuerpo al tocarse alguna lesión cutánea abierta con la mano con la que se rascó la picadura.

Realizado por: P.S.S Tania Santiago /UAM-X

Figura 34. Instructivo de Enfermedades de Transmisión Sanguínea

Fuente: Elaboración propia

Anexo 24. Toma de muestra

Extracción de Sangre con S-Monovette®

La Solución ideal para resultados perfectos

1 Preparación



Colocación del código de barras



Desinfectar de acuerdo con las normativas internas



Constricción <1 min

Desinfección

Colocar el torniquete unos centímetros por encima del punto de punción

Seguir el orden de extracción (código de color USA)

Hemocultivo

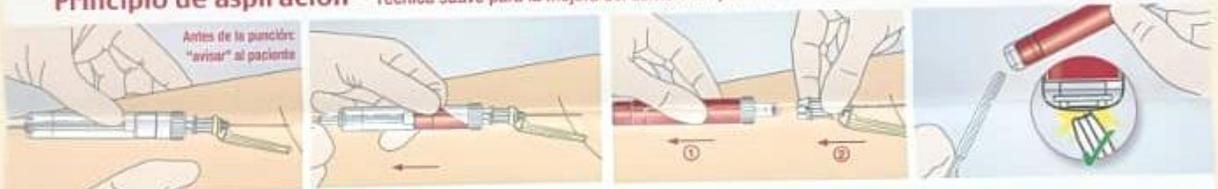
- Suero
- Citrato
- Heparina
- EDTA
- Fluoruro / GlucoEXACT

1. Guía de Prácticas de Laboratorio de la OMS, 1998
2. Norma de laboratorio 10-10-40-2011

2 Extracción de Sangre

Principio de aspiración – Técnica suave para la mejora del confort del paciente

Antes de la punción: "avisar" al paciente



Principio de vacío – Siempre "vacío fresco"

Antes de la punción: "avisar" al paciente



3 Manejo de la muestra y eliminación

Asegurar el llenado CORRECTO para conseguir resultados correctos

- Citrato
- VSG
- GlucoEXACT
- EDTA

Mezclar suavemente 8 - 10 x la muestra invirtiendo la S-Monovette®

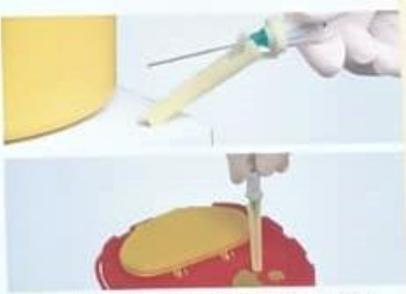
- Heparina
- EDTA
- Fluoruro
- GlucoEXACT
- Citrato
- CPDA
- CTAD



Asegurar almacenamiento correcto

Después de la extracción de sangre, mantener la S-Monovette® Suero/ Suero gel en posición vertical durante 30 min.





Los temas tratados aquí (Extracción de Sangre con S-Monovette®) son sólo recomendaciones y bajo ninguna circunstancia pueden reemplazar la experiencia médica, científica o tecnológica.

Figura 35. Instructivo para la extracción de muestras sanguíneas en banco de sangre con el equipo S-Monovette.
Fuente: Elaborado por S-Monovette⁷⁵

Anexo 25. Infografía de las Reacciones Adversas a la Donación de Sangre.



REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN

PSSLE, Tania Lizbeth Santiago Fuentes



Evento adverso: todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce una discapacidad, estancia prolongada, reintegro subsiguiente o la muerte.

RAD: respuesta inesperada del donante con la extracción de sangre, que resulte mortal, discapacitante, o que dé lugar a hospitalización o enfermedad o las prolongue.

CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN (RAD)

Según el momento de aparición de los síntomas:

CLASIFICACION	TIPOS DE RAD
A. Complicaciones con síntomas locales	
Canturas por atracción de aguja	Hemorragia, contusión de la piel de la zona fuera de la vena Punción arterial: punción de la arteria braquial o de alguna de sus ramas por la aguja usada para la flebotomía en el donante. Surgimiento tardío: fuga de sangre desde el sitio de venopunción después que la flebotomía inicial se ha detenido.
Causas de dolor por dolor	Inyección de color de una sonda, lesión del tendón y dolor en el torso.
Por lesión local por inflamación o infección	Transmisión y colitis; inflamación a lo largo del trayecto de una vena, que progresa a una infección local luego de varios días después de la flebotomía.
Otras causas de lesión de vena	Trasfusión venosa profiláctica, se produce por la formación de un coágulo de sangre en una o más de las venas profundas del brazo. Flebotomía incorrecta: conexión inadecuada entre una vena y una arteria debido a la inserción por compresión de la aguja, movimiento de la punteadora o un movimiento que causa a la inserción de la aguja y aguja flexión. Perforamiento de la arteria braquial: punción de la arteria braquial por fuera de una arteria, causada por la adherencia o frotamiento de la aguja.
B. Reacciones con síntomas generales	Reacciones vasovagales Sin pérdida de conciencia Con pérdida de conciencia.
C. Complicaciones relacionadas con la técnica por dolor	Inyección con otras Hematomas Flebotomía dolor Infecciones
D. Reacciones de tipo alérgico	Lesión anterior, prurito o irritación de la piel en el sitio de venopunción, ocasionada por antivenas en solución acuosa para la anestesia del sitio de punción o en la manipulación del equipo de colecta. Anafilaxia: las reacciones tipo anafilaxia ocurren poco después de iniciar el procedimiento y pueden progresar rápidamente a paro cardíaco.
E. Otras complicaciones graves	Síndrome coronario agudo: angina de pecho, arresto cardíaco. Estrés agudo de: insomnio, ansiedad, confusión y muerte.

Según la extensión de los síntomas:

- Locales
- Generales

SÍNTOMAS LOCALES

HEMATOMA	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Soltar la ligadura y retirar con cuidado la aguja del brazo del donante. Hacer presión sobre el sitio de la punción con torunda estéril hasta que se produzca el coágulo (entre 1 y 5 min) Coloque venda adhesiva sobre el hematoma y comprime durante unos 5-10 min; manteniendo el brazo en alto, sobre el nivel del corazón. Colocar medios físicos fríos sobre el hematoma, durante 5 min.
PUNCIÓN ARTERIAL	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Retirar la aguja de inmediato con cuidado Aplicar compresión al menos 10 min y colocar vendaje compresivo. Detectar presencia de pulso radial, si es débil o no se palpa comunicar al médico a cargo. Mantener en observación, si no se atiende inmediatamente puede complicarse con fístula arteriovenosa y síndrome compartimental.
SANGRADO POS FLEBOTOMIA	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Realizar antisepsia en la zona con jabón y solución fisiológica o agua inyectable. Ejercer presión en la zona de punción mediante una torunda seca por más de 1 min y colocar vendaje compresivo, en caso de no cesar el sangrado deberá ser evaluado por el médico a cargo.
LESIÓN NERVIOSA	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Retirar la aguja cuidadosamente. Evaluar por el médico a cargo. Reposo de la zona afectada y si el dolor es intenso, recurrir a tratamiento farmacológico como analgésicos. Si no mejora acudir al hospital, la recuperación puede durar meses.
PUNCIÓN DEL TENDÓN	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Retirar la aguja cuidadosamente Aplicar medios físicos fríos al menos 10 min en la zona afectada. Reposo de la zona afectada, aplicando los medios físicos por 20 min dos veces al día.
DOLOR EN EL BRAZO	Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Descartar que sea una causa ajena a la donación. Reposo de la zona afectada, aplicar medios físicos dos veces al día. Si el dolor es intenso analgésicos o antiinflamatorios.

RECOMENDACIONES A LA HORA DE PUNCIÓN

Colocar la ligadura entre 7.5 cm o 10 cm por encima del punto de punción.
La ligadura no debe ponerse más de 1 minuto y si en ese tiempo no se localiza la vena, suéltese y póngase de nuevo pasado 3 minutos.
Recordar que las venas más utilizadas para la venopunción se localizan en el área antecubital:

- a) vena cubital: es la más larga y gruesa de todas y es la preferida por hostilar la musculatura del brazo.
- b) vena cefálica: tiene iguales características que la anterior, pero es un poco menos gruesa.
- c) vena basilica: es más pequeña que las anteriores. Esta vena está cerca de la arteria braquial, por lo que su punción supone más riesgo y su área es más sensible y dolorosa para el paciente.
- La palpación se hará con el dedo índice, palpando con suavidad y firme.
- Antes de elegir una vena hay que ver su tamaño, dirección y profundidad



Figura 36. Infografía de Reacciones Adversas presentadas durante la donación de sangre
Fuente: Elaboración propia

SÍNTOMAS GENERALIZADOS

REACCIONES VASOVAGALES

Definición:

Es una sensación general de malestar y debilidad acompañada de ansiedad, vértigo y náuseas, que puede progresar a pérdida de la conciencia (síncope). Es la complicación más común relacionada con la donación de sangre.

Mecanismo:

Reacción generada por el sistema nervioso autónomo y estimulada adicionalmente por factores psicológicos y el volumen de sangre extraído, respecto al volumen de sangre total del donante. El término vasovagal se usa a menudo para describir estas reacciones, para referirse a los cambios fisiológicos que pueden estar asociados con el síncope (es decir, aumento del tono vagal y bradicardia).

Signos y síntomas:

Se presentan varios de los siguientes: malestar, debilidad, ansiedad, mareo/vértigo, náuseas, escalofríos, diaforesis, vómito, palidez, hiperventilación, bradicardia o taquicardia. La hipotensión y el síncope pueden presentarse y acompañarse de pérdida del control de esfínteres (vesical, intestinal) o movimientos convulsivos.

Manejo general:

- Tranquilizar al donante, evitar la ansiedad.
- Si la RAD se presenta en el transcurso de la donación, se debe detener el procedimiento; retirar el torniquete y la aguja del brazo del donante.
- Aflojar las prendas de vestir y colocar al donante en una posición cómoda con un nivel de la cabeza inferior al resto del cuerpo para facilitar la perfusión cerebral: "posición de Trendelenburg".
- Reportar evento al médico a cargo.
- Controlar presión arterial, pulso radial, frecuencia cardíaca y respiratoria, además de la actitud del donante.

Manejo específico:



- Si se presentan náuseas indicar al donante que respire con lentitud y de forma profunda.
- Colocar al donante en posición confortable, girando la cabeza en posición lateral derecho o izquierdo para evitar la broncoaspiración en caso de vómito.
- Suministrar una bolsa o recipiente plástica para el vómito y proveer toallas de papel para que el donante se seque la boca.
- Ofrecer agua al donante para que se enjuague la boca.
- Si los síntomas persisten y según criterio médico, administrar medicamento.

División

Sin pérdida de conciencia: El donante no se desmaya.

Con pérdida de conciencia: El donante presenta un síncope por un periodo de tiempo.

Subdivisiones adicionales para los donantes con pérdida de conciencia son:

- < 60 segundos: sin otros signos y síntomas.
- ≥ 60 segundos: con complicaciones como convulsiones, incontinencia fecal o urinaria.

Subdivisión opcional:

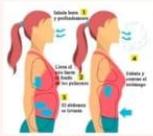
- Con lesión: compromiso de cualquier parte del cuerpo ocasionada por caídas o accidentes en donantes con una reacción vasovagal.
- Sin lesión



- Se debe distraer la atención del donante conversando con él, para evitar la hiperventilación.
- Pedir al donante que respire profundo por la nariz y con la boca cerrada, que mantenga el aire en el tórax y después de unos segundos lo expulse lentamente por la boca, está forma de respiración la debe realizar por lo menos durante cinco minutos.
- Si la sintomatología persiste, se debe hacer respirar al donante dentro de una bolsa de papel o plástico y se le solicita que tome el aire por la nariz y lo expulse con la boca abierta (no administrar oxígeno).



- Se presenta pérdida del conocimiento verificar que las vías aéreas estén permeables y elevar las extremidades inferiores (piernas) realizando movimientos de flexión, y extensión durante 5 min.
 - Colocar compresas frías en la frente y lores del donante.
 - Controlar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno hasta observar mejoría.
 - Cuando la hipotensión se prolonga se debe administrar Solución Salina 0.9% y/o Lactato de Ringer.
 - El donante debe ser valorado nuevamente por el médico, quien valore los signos vitales.
- En caso de reacción vasovagal severa con hipoxia, administrar oxígeno con el dispositivo pertinente. Si no hay mejoría, remitir al servicio de urgencias más cercano para tratamiento respectivo.



- Si a pesar de los cuidados y la posición anatómica, se mantiene hipotensión, se deberá administrar líquidos.
- Solicitar atención del médico especialista y control permanente de la tensión arterial.
- Valorar administración de hidratación endovenosa solución salina a goteo rápido.

- Solicitar ayuda médica en la sala o unidad de donación.
- Evitar que el donante se lesione o lesione a otra persona.
- Detener y retirar la aguja de donación.
- Recostar al donante en la camilla o en el suelo, con el fin de evitar caídas o golpes.
- Administrar oxígeno a 3 Litros por puntas nasales y estar pendiente de las ordenes médicas.
- Lateralizar la cabeza hacia la derecha o izquierda, para evitar broncoaspiración (posición de seguridad).
- Evitar la aglomeración del personal ya que se disminuye la oxigenación.
- Si el donante presenta paro cardiorrespiratorio, se debe iniciar las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y administración de oxígeno con dispositivo de insuflación de aire para ventilación por presión positiva y trasladar al donante rápidamente a URGENCIAS.



El personal asignado al área de sangrado ante cualquier sistema adverso a la donación debe de tomar la decisión si continúa o no para evitar poner en riesgo la vida del donador. Si el profesional de salud le brinda al donador seguridad desde que inicia hasta que termina el proceso de donación, minimizará el riesgo de presentar cualquier tipo de reacción evitando con esto perder al donador y pueda regresar a donar en forma altruista.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Coordinación Red Nacional Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión. MANUAL DE HEMOVIGILANCIA VERSION 2023. 2023 [Consultado 04/jun/2024]. Págs. 147.
2. Hospital Emergencia Ase Vilante. Área de Banco de Sangre. GUÍA PARA EL MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN. 2020. [Consultado 05/jun/2024]. Vers. 1. Págs. 20.
3. Luna L, Cruz L, Suasti M. Incidencia de reacciones adversas a la donación de sangre 2006 a 2009. *Enf Neurol (Mex)*. 2010. [Consultado 05/jun/2024]. Vol. 9 No. 2: 76-80.
4. García A. Reacciones adversas a la donación. *Rev Mex Med Tran*. 2010. [Consultado 03/jun/2024]. Vol. 3, supl. 1, pp 965-970.
5. Mirones M, Zapata Z, Martín D. Reacciones inmediatas a la donación: frecuencia y caracterización. 2001. *Rev Biomed*. [Consultado 03/jun/2024]. Vol. 21 pp. 224-7.
6. Silva H, Zangrenzi. Hemovigilancia de los efectos adversos a la donación. *Rev Cub Hema inm Hemio*. Vol. 34. No. 3 págs. 17.

Figura 37. Infografía de Reacciones Adversas presentadas durante la donación de sangre

Fuente: Elaboración propia

Anexo 26. Constancia de Asistencia al Curso “Educación continua: tecnologías aplicadas a la terapia de infusión para la seguridad del paciente”.



EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Otorga la Presente

Constancia

A: **TANIA LIZBETH SANTIAGO FUENTES**

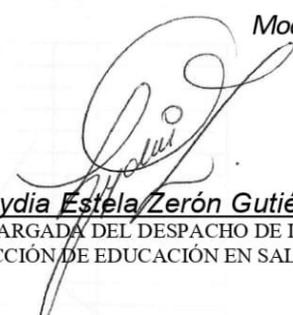
Por participar como asistente al Curso de

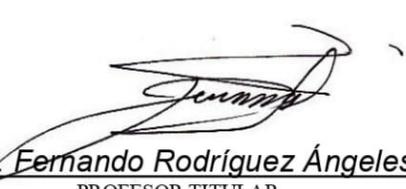
EDUCACIÓN CONTINUA: TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA TERAPIA DE INFUSIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

del 24 al 26 de abril del 2024

Con un Total de 10 horas teóricas y 5.15 horas de taller (sin evaluación)

Modalidad: Presencial


Dra. Lydia Estela Zerón Gutiérrez
ENCARGADA DEL DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD


M.E. Fernando Rodríguez Ángeles
PROFESOR TITULAR

Registrado 03-05-2024
Folios 33
Folio 27415
Libro X
Autorizo: 

Figura 38. Curso “Educación continua: tecnologías aplicadas a la terapia de infusión para la seguridad del paciente” tomado en el INR

Anexo 27. Constancia de capacitación “Capacitación de toma de muestra”



Figura 39. Capacitación de toma de muestra, evada acabo en Banco de Sangre

Anexo 28. Constancia de Asistencia al Curso “Congreso innovación en el cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos”.



**EL INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN**
Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Otorga la Presente

Constancia

A: **TANIA LIZBETH SANTIAGO FUENTES**

*Por participar como Asistente
en el curso de Educación Continua:*

***CONGRESO INNOVACIÓN EN EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS***

*22, 23 Y 24 de julio de 2024
Total de 12.45 horas teóricas (sin evaluación)
Modalidad: presencial*



Dra. Lydia Estela Zerón Gutiérrez
ENCARGADA DEL DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD



L.E. María del Carmen Cervantes Quiroga
PRESIDENTA DEL CONGRESO

Registrado 06-08-2024 Fga: 53 Folio: 28244 Libro: X Autorizo: *Diana*

Figura 40. Curso “Congreso innovación en el cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos” tomado en el INR