



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

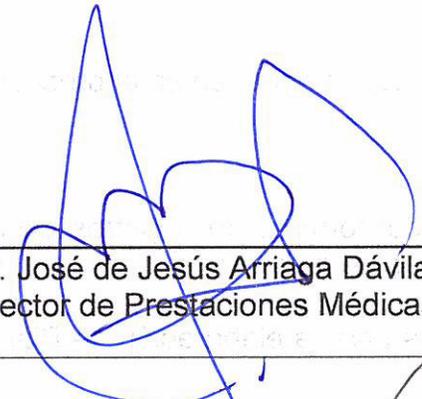
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento de enfermería para el servicio de hospitalización en Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA
0702-003-002

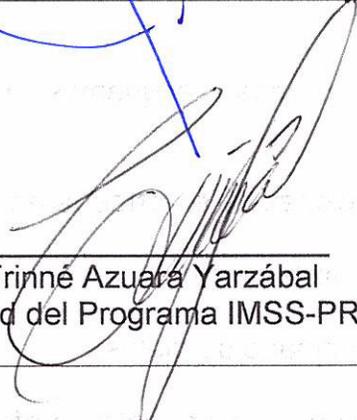
AUTORIZACIÓN

Aprobó



Dr. José de Jesús Arriaga Dávila
Director de Prestaciones Médicas

Revisó



Dra. Frinné Azuara Yarzabal
Titular de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA

Elaboró



COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN Y COMITADO DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA
Elisa Martínez Coronado
TITULAR DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 25 JUL. 2017

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

	Página
1 Base normativa	4
2 Objetivo	4
3 Ámbito de aplicación	4
4 Políticas	4
5 Definiciones	7
6 Descripción de actividades	10
7 Diagrama de flujo	25
8 Relación de documentos que intervienen en el procedimiento	37

Anexos

Anexo 1	Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería
Anexo 2	Lineamientos para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE)
Anexo 3	Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería
Anexo 4	Guía de acciones de enfermería en el alojamiento conjunto.
Anexo 5	Tarjetas de aislamiento
Anexo 6	Vale extraordinario de dietas
Anexo 7	Comunicación efectiva entre profesionales de la salud, (en órdenes verbales o telefónicas)
Anexo 8	Formato integral para la recepción del inventario de material
Anexo 9	Bitácora de carro rojo
Anexo 10	Control de insumos para el carro de curaciones



- Anexo 11 Bitácora de botiquín de urgencias obstétricas
- Anexo 12 Reporte diario de hospitalización
- Anexo 13 Lista de verificación para prevención de infección del sitio quirúrgico
- Anexo 14 Tarjeta de identificación de cama
- Anexo 15 Cartel higiene de manos
- Anexo 16 Bitácora de medios invasivos
- Anexo 17 Solicitud de dietas
- Anexo 18 Reloj de posiciones para prevención de úlceras por presión
- Anexo 19 Prevención de caídas en pacientes hospitalizados
- Anexo 20 Guía de ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de medicamentos de alto riesgo
- Anexo 21 Plan de alta



Procedimiento de enfermería para el servicio de hospitalización en Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA

1 Base normativa

El presente procedimiento atiende lo dispuesto en los siguientes documentos:

- Reglamento Interior Instituto Mexicano del Seguro Social, art. 82 fracciones I -IV. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 18 de septiembre de 2006 y sus posteriores reformas.
- Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, publicado el 15 de marzo de 2016, numeral 8.1.2.5
- Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA. Numeral: 3.6. publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de diciembre de 2015.

2 Objetivo

Realizar los procesos sustantivos de enfermería a pacientes hospitalizados en los Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, brindando atención multidisciplinaria, resolutiva, competente con calidad y seguridad.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el personal de enfermería que integre el Equipo Multidisciplinario de Supervisión, así como en los Hospitales Rurales: Cuerpo de Gobierno, Titulares de la Jefatura de Enfermería y Personal Operativo de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4 Políticas

Personal de enfermería que integra el Equipo Multidisciplinario

4.1 Difundirá, implementará, supervisará, evaluará y asesorará la aplicación del presente procedimiento al personal de enfermería en Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA.

Jefa o Jefe de Enfermería

4.2 Evaluará el Formato de registros clínicos en esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, de acuerdo al instructivo "Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería" 0702-011-004, clave (anexo 1), para realizar capacitación necesaria. Nota: el "Formato de registros clínicos en esquema



terapéutico e intervenciones de enfermería” lo regula la División de Enfermería del Programa IMSS-PROSPERA y lo envía a nivel delegacional para su reproducción.

4.3 Realizará un programa de capacitación que incluya inducción al puesto, así como de la evaluación realizada al personal de enfermería a su cargo.

4.4 Programará rotación y distribución de personal de enfermería por servicio, turno y categoría, de acuerdo a la periodicidad de servicio.

4.5 Recibirá al personal de nuevo ingreso, así como a becarios y realizará orientación a través de recorrido físico por la unidad médica hospitalaria.

4.6 Programará al personal de nuevo ingreso para que asista a curso de inducción al área y puesto, recabará evidencia documental de participación.

4.7 Planeará y realizará, en coordinación con el personal de enfermería, enlaces de turno en los servicios, al inicio y término de la jornada para asegurar la continuidad de la atención, con la finalidad de verificar sobre situaciones que puedan afectar la atención de los pacientes, así como la calidad que se proporciona.

4.8 Fomentará la participación y coordinación del trabajo en equipo durante la jornada laboral.

4.9 Realizará análisis semestral de productividad hospitalaria del material y medicamentos de consumo.

4.10 Elaborará el fondo fijo de material y medicamentos de consumo, para uso de 24 horas de servicio en hospital.

4.11 Participará en el pase de visita médico, enfocándose en la evaluación de los cuidados de enfermería.

4.12 Supervisará que el personal de enfermería oriente al paciente hospitalizado, familiar o persona responsable, sobre la educación para el cuidado de la salud

4.13 Realizará y actualizará cada 12 meses el catálogo PLACE, conforme a los “Lineamientos para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE)”, clave: 0702-013-005 (anexo 2), de acuerdo a las patologías más frecuentes para consulta en el servicio.

Personal de enfermería

4.14 Realizará sin excepción alguna, el registro de las órdenes médicas y las intervenciones realizadas durante su jornada laboral, en los “Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería” clave: 0702-009-026 (anexo 3), para la valoración, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.



- 4.15** Brindará al paciente atención con oportunidad, calidad, seguridad, trato humano, amable y cortés.
- 4.16** Otorgará a pacientes hospitalizados la atención y ministra soluciones de acuerdo a indicaciones médicas.
- 4.17** Informará al paciente sobre el diagnóstico y las diferentes opciones terapéuticas, efectuando previo consentimiento bajo información de los procedimientos técnicos médicos necesarios para la recuperación de la salud.
- 4.18** Otorgará atención médica de los pacientes hospitalizados con apego a las Guías de Práctica Clínica, del Catálogo Maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la Secretaría de Salud, cumpliendo con lo establecido en el Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 4.19** Brindará cuidados al recién nacido como lo indica la “Guía de acciones de enfermería en el alojamiento conjunto” clave 0702-013-001 (anexo 4), cuando la paciente ingrese al servicio de hospitalización con su recién nacido.
- 4.20** Desempeñará adecuadamente lo estipulado en las Metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente para reducir al máximo y prevenir la posibilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud.
- 4.21** Participará dentro del ámbito de su competencia en la ejecución de procesos y acciones que garantice el traslado hospitalario del paciente en forma segura y oportuna entre los diferentes servicios del hospital.
- 4.22** Utilizará las “Tarjetas de aislamiento” clave 0702-006-003 (anexo 5), cumpliendo los criterios de acuerdo al tipo de aislamiento y aplicando las medidas de precaución estándar.
- 4.23** Realizará acciones para que el paciente hospitalizado se encuentre aseado, con ropa limpia y seca, durante y al final de cada turno.
- 4.24** Realizará “Vale extraordinario de dietas” clave 0702-009-025 (anexo 6), al servicio de Nutrición y Dietética, en caso de indicación fuera del horario establecido para la ingesta de alimentos.
- 4.25** Participará con el médico tratante, la Jefa o el Jefe de Enfermería, personal de trabajo social, nutricionista y dietista en el pase de visita médico, conjunta al paciente hospitalizado a su cargo.
- 4.26** Utilizará de forma adecuada y eficiente los recursos tecnológicos que el instituto proporcione para incrementar la capacidad resolutive en el servicio de hospitalización de la unidad en beneficio de la población usuaria.



4.27 Identificará los casos de indicaciones médicas prescritas como: “Por Razón Necesaria (PRN)” y solicitará al personal médico tratante, que registre la vía de administración, frecuencia y dosis de medicamentos.

4.28 Verificará se realicen las solicitudes médicas de pruebas cruzadas en los casos de hemoderivados para transfundir al paciente.

4.29 Efectuará en caso de emergencias médicas la “Comunicación efectiva entre profesionales de la salud (en órdenes verbales o telefónicas)”, clave 0702-013-004 (anexo 7).

4.30 Realizará acciones de limpieza y desinfección de mesa pasteur, material y equipos biomédicos, al inicio y término de su utilización.

4.31 Portará durante su jornada de trabajo el uniforme institucional, gafete o credencial reglamentarios de acuerdo a su categoría.

Generales

4.32 El lenguaje empleado en el presente documento, en los anexos y formatos, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

4.33 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y demás disposiciones aplicables al respecto.

4.34 La Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, a través de la División de Enfermería del Programa IMSS-PROSPERA, tiene la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos.

4.35 El presente documento actualiza y deja sin efectos al “Procedimiento de enfermería en hospitalización adultos para Hospitales Rurales del Programa IMSS-Oportunidades”, clave 0730-003-004, registrado el 5 de mayo del 2010.

5 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

5.1 alta transitoria: Es el egreso por autorización médica, de un paciente hospitalizado estable para que se realice estudios de laboratorio, especializados o que pase un día con su familia y posteriormente se reingresa al servicio.



5.2 botiquín de urgencias obstétricas: Es un espacio destinado a contener los medicamentos y material de curación indispensable para brindar la atención médica en la urgencia o emergencia obstétrica.

5.3 carro de curaciones: Es el vehículo donde se colocan los materiales a usar en el procedimiento de curación de heridas y/o procedimientos a realizarse en la atención del paciente.

5.4 carro de medicamentos: Es un vehículo con cajones y bandejas sobre ruedas que se emplea en los hospitales para el transporte de medicamentos y dispositivos a la unidad del paciente.

5.5 carro rojo: Es un carro rodable, equipado con equipo biomédico, concentrador de medicamentos y material para maniobras de reanimación cardiopulmonar.

5.6 fondo fijo: Cantidad preestablecida fija de material, equipo y medicamentos de una organización que se autoriza, para solventar las necesidades inmediatas e indispensables para la operación diaria del servicio.

5.7 idoneidad de la prescripción: Nos ayuda a realizar un proceso de análisis de la indicación farmacológica que todo paciente estará recibiendo durante su proceso de hospitalización, para que la misma sea la más correcta tomando en cuenta no solo los factores como interacciones medicamentosas, sino los factores fisiológicos del mismo.

5.8 JEHR: Jefe o Jefa de Enfermeras en Hospital Rural.

5.9 material de consumo: Son todos aquellos insumos que se necesitan para realizar un procedimiento de atención de salud del paciente como son: medicamentos, material de curación, material quirúrgico etc.

5.10 medios invasivos: Todo cuerpo extraño que se introduce en el organismo como son: sondas, catéteres periféricos, catéteres centrales etc.

5.11 pase de visita médico: Son las actividades del proceso de atención médica en los pacientes hospitalizados.

5.12 personal de enfermería: El personal adscrito al Hospital Rural del Programa IMSS-PROSPERA, como lo marca el Contrato Colectivo de Trabajo, clasificado en Enfermera General y Auxiliar de Enfermera General que se dedica al cuidado del paciente hospitalizado.

5.13 PLACE: Planes de Cuidados de Enfermería.

5.14 SISPA: Sistema de Información en Salud para Población Abierta.

5.15 somatometría: Conjunto de técnicas para obtener medidas precisas de las dimensiones corporales del paciente y valorar su estado de salud.



5.16 stock: Es la cantidad de existencias de productos materiales almacenados para su utilización en el servicio.

5.17 UMR: Unidad Médica Rural.



6. Descripción de actividades del Procedimiento de enfermería para el servicio de hospitalización en Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA

Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p style="text-align: center;">Inicio de turno</p> <p>1. Verifica que los instrumentos que se utilizan durante el servicio: carro rojo, carro de curaciones, carro de medicamentos, botiquín de urgencias obstétricas así como las áreas destinada de central de enfermería, cuarto de curaciones, para preparación de medicamentos, ropería y cama del paciente, se encuentren correctamente ordenadas y lista para ser utilizadas.</p> <p style="text-align: center;">No se encuentra ordenada y lista para el servicio las áreas e instrumentos</p> <p>2. Indica verbalmente y solicita a su categoría similar, verifique que las áreas e instrumentos del servicio estén ordenadas y listas para el enlace de turno.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 1</p> <p style="text-align: center;">Se encuentra ordenada y lista para el servicio las áreas e instrumentos</p> <p style="text-align: center;">Etapa I</p> <p style="text-align: center;">Enlace de Turno</p> <p>3. Efectúa entrega-recepción con la categoría similar del: "Formato integral para la recepción del inventario de material", clave 0702-009-017 (anexo 8), "Bitácora carro rojo", clave 0702-009-018 (anexo 9), "Control de insumos para el Carro de curaciones", clave 0702-009-019 (anexo 10) y la "Bitácora de botiquín de urgencias obstétricas", clave 0702-009-020 (anexo 11) que la archiva temporalmente.</p>	<p>0702-009-017 Anexo 8</p> <p>0702-009-018 Anexo 9</p> <p>0702-009-019 Anexo 10</p> <p>0702-009-020 Anexo 11</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>4. Notifica verbalmente al Jefe o Jefa de Enfermeras del Hospital Rural la no funcionalidad de equipos biomédicos registrados en “Bitácora carro rojo”, clave 0702-009-018 (anexo 9), después de la entrega-recepción para que se realice revisión por parte del personal de conservación.</p> <p>5. Verifica mediante recorrido, la existencia actual de los pacientes hospitalizados en; “Hoja de hospitalización SISPA-SS04P”, “Registro de pacientes hospitalizados 3200013047” y “Reporte diario de hospitalización” clave 0702-009-021 (anexo 12).</p> <p>NOTA 1: La Hoja de hospitalización SISPA-SS04P se obtiene de la liga; http://172.19.131.150/instaladorsispa2016.htm</p> <p>NOTA 2: Formato de registro de pacientes hospitalizados 3200013047, proporcionado por el área de almacén del hospital.</p> <p>6. Revisa que los “Expedientes clínicos” estén ordenados de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012: Del expediente clínico.</p> <p>No se encuentra ordenado el expediente clínico</p> <p>7. Solicita a su similar ordene el “Expediente clínico” de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012.</p> <p>Continúa en la actividad 6</p> <p>Se encuentra ordenado el expediente clínico</p> <p>8. Revisa número existente de ropa hospitalaria, en el stock de ropa hospitalaria.</p>	<p>0702-009-018 Anexo 9</p> <p>Hoja de hospitalización SISPA-SS04P</p> <p>Registro de pacientes hospitalizados 3200013047</p> <p>0702-009-021 Anexo 12</p> <p>Expedientes clínicos</p> <p>Expedientes clínicos</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>9. Recibe inventario de acuerdo al fondo fijo establecido en el servicio con base al "Formato integral para la recepción del inventario de material", clave 0702-009-017 (anexo 8).</p> <p>NOTA: Es responsabilidad de todos los turnos realizar esta actividad.</p> <p>10. Realiza visita cama por cama con la similar que entrega el turno y confirma que todas las órdenes médicas e intervenciones de enfermería hayan sido cumplidas y registradas correctamente en los "Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería", clave 0702-009-026 (anexo 3).</p> <p>No fueron cumplidas y registradas correctamente las órdenes médicas e intervenciones de enfermería</p> <p>11. Solicita al personal de enfermería que entrega el turno, registre lo pendiente así como los motivos por los cuales no se realizó las órdenes médicas e intervenciones de enfermería, en los "Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería", clave 0702-009-026 (anexo 3).</p> <p>Continúa en la actividad 12</p> <p>Fueron cumplidas y registradas correctamente las órdenes médicas e intervenciones de enfermería</p> <p>Etapa II</p> <p>Actividades del personal de enfermería durante el servicio</p>	<p>0702-009-017 Anexo 8</p> <p>0702-009-026 Anexo 3</p> <p>0702-009-026 Anexo 3</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>12. Recibe a la persona enferma, familiar o persona responsable, se presenta por su nombre, informa que será la responsable de su cuidado.</p> <p>13. Identifica al paciente.</p> <p>a) Pacientes que ingresan a hospitalización a través de Consulta Externa de Especialidades, Urgencias, Toco-cirugía y Quirófano.</p> <p>Continúa en la actividad 14</p> <p>b) Pacientes hospitalizados</p> <p>Continúa en la actividad 26</p> <p>Pacientes que ingresan a hospitalización a través de Consulta Externa de Especialidades, Urgencias, Toco-Cirugía y Quirófano</p> <p>14. Solicita a la persona enferma, familiar o persona responsable "Orden de internamiento" clave 2430-021-07, "Lista de verificación para prevención de infección del sitio quirúrgico" clave 0702-011-003 (anexo 13) y "Cartilla Nacional de Salud", la cual le devuelve al paciente e indica que deberá tenerlo con él durante su estancia.</p> <p>NOTA: La orden de internamiento clave 2430-021-07 es proporcionada por el área de almacén del hospital. Se anexa al expediente clínico.</p> <p>15. Solicita el expediente a través de "Vale al archivo clínico por el expediente 4-30-9", al servicio de archivo clínico.</p> <p>NOTA: El Vale al archivo clínico por el expediente 4-30-9, es proporcionado por el área de almacén del hospital</p> <p>16. Identifica si es paciente programado para cirugía.</p>	<p>Orden de internamiento 2430-021-07</p> <p>0702-011-003 Anexo 13</p> <p>Cartilla Nacional de Salud</p> <p>Vale al archivo clínico por el expediente 4-30-9</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	Paciente programado para cirugía	
	17. Identifica el cumplimiento por parte del paciente a lo indicado en la "Lista de verificación para prevención de infección del sitio quirúrgico" clave 0702-011-003 (anexo 13).	0702-011-003 Anexo 13
	18. Revisa en el "Expediente clínico" que el "Consentimiento bajo información", sea el correcto dependiendo la patología.	Expediente clínico Consentimiento bajo información
	No es el Consentimiento bajo información correcto	
	19. Informa al médico especialista, para que realice el cambio de consentimiento correcto y obtenga firmas. Continúa en la actividad 18	
	Es el Consentimiento bajo información correcto	
	20. Revisa en el "Expediente clínico" que el "Formato de autorización quirúrgica" haya sido requisitado correctamente por el personal médico especialista y cuente con las firmas correspondientes.	Expediente clínico Formato de autorización quirúrgica
	No esta requisitado correctamente o no cuenta con las firmas correspondiente el formato de autorización quirúrgica	
	21. Informa al personal médico especialista, lo incompleto así como las firmas correspondientes faltantes en el "Formato de autorización quirúrgica" Continúa en la actividad 20	Formato de autorización quirúrgica



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>Esta requisitado correctamente o cuenta con las firmas correspondiente el formato de autorización quirúrgica</p> <p>Continúa en la actividad 22</p> <p>Paciente no programado para cirugía</p> <p>22. Asigna número de cama al paciente hospitalizado.</p> <p>23. Llena la “Tarjeta de identificación de cama”, clave 0702-009-022 (anexo 14), para evitar confusión, por lo menos con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre del paciente hospitalizado.• Número de afiliación y/o agregado.• Fecha de nacimiento. <p>24. Orienta al familiar o acompañante sobre el reglamento hospitalario de Programa IMSS–PROSPERA, sobre ingreso, estancia, horarios de visitas y egreso del paciente hospitalizado.</p> <p>25. Solicita al paciente hospitalizado, familiar o persona responsable, sus objetos de uso e higiene personal.</p> <p>Pacientes hospitalizados</p> <p>26. Realiza higiene de sus manos con agua y jabón y/o solución a base de alcohol, y capacita al paciente hospitalizado, familiares y visitantes sobre la técnica de higiene de manos, como lo indica el “Cartel higiene de manos” clave 0702-022-001 (anexo 15).</p>	<p>0702-009-022 Anexo 14</p> <p>0702-022-001 Anexo 15</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>33. Identifica a pacientes que requieren atenciones especiales tales como en estado de coma o estupor, estado crítico y con reposo absoluto</p> <p style="text-align: center;">Pacientes que requieren atenciones especiales</p> <p>34. Asiste al paciente hospitalizado en la ingesta de alimentos.</p> <p>35. Realiza baño de esponja al paciente en estado de coma o estupor y con reposo absoluto.</p> <p>36. Realiza aseo de cavidad oral para prevenir infecciones de vías respiratorias altas y orienta al familiar de la realización de autocuidado en el domicilio.</p> <p>37. Coloca en posición al paciente hospitalizado de acuerdo a condiciones de salud e indicaciones médicas.</p> <p>38. Efectúa cambios de posición cada dos horas, siguiendo una rotación programada para evitar la lesión en las zonas de riesgo, en el paciente hospitalizado en donde su estado de salud impida la movilización por sí solo, conforme al "Reloj de posiciones para prevención de úlceras por presión", clave 0702-006-002 (Anexo 18).</p> <p>39. Realiza educación para la salud orientando al familiar sobre las formas de prevenir úlceras a la persona enferma.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 45</p> <p style="text-align: center;">Pacientes que no requieren atenciones especiales</p> <p>40. Vigila deambulacion y aseo general del paciente hospitalizado.</p>	0702-006-002 Anexo 18



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>41. Interroga al paciente hospitalizado sobre presencia de dolor, se apoya en la Escala Visual Análoga (EVA) y lo registra en el “Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”, clave 0702-009-026 (anexo 3).</p> <p>42. Valora estado de la persona hospitalizada para prevención de caídas con base a la “Prevención de caídas en pacientes hospitalizados”, clave 0702-013-002 (anexo 19).</p> <ul style="list-style-type: none">• Evalúa el riesgo de caídas como parte del proceso inicial.• Reevalúa el riesgo de caídas del paciente hospitalizado en cada cambio de turno y cambio de área y/o servicio, cada 2 horas y cada vez que cambia su estado fisiológico.• Implementa medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas como resultado de la evaluación y reevaluación. <p>43. Revisa en “Expediente clínico” si el paciente tiene instrucciones de que se le realice un procedimiento transfusional</p> <p style="text-align: center;">Si tiene instrucciones de procedimiento transfusional</p> <p>44. Aplica y registra procedimientos transfusionales en el “Registro de procedimientos transfusionales realizados en los servicios clínicos”.</p> <p>NOTA: El formato se encuentra en el Instructivo de operación del servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos.</p> <p>Continúa en la actividad 45</p>	<p>0702-009-026 Anexo 3</p> <p>0702-013-002 Anexo 19</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Registro de procedimientos transfusionales realizados en los servicios clínicos</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>No tiene instrucciones de procedimiento transfuncional</p> <p>Continúa en la actividad 45</p> <p>Etapas III</p> <p>Medicamentos</p> <p>45. Desinfecta la superficie del área de trabajo y permite que seque en forma espontánea.</p> <p>46. Revisa el orden, limpieza y acomodo de los medicamentos y además que estos se encuentren ubicados en la vitrina e identificados por nombre del paciente hospitalizado (los medicamentos estarán protegidos contra robos o extravíos).</p> <p>47. Identifica y separa medicamentos de alto riesgo y psicotrópicos conforme a la "Guía de ubicación, etiquetado y almacenamiento de medicamento de alto riesgo", clave 0702-013-003 (anexo 20).</p> <p>48. Etiqueta los medicamentos de manera segura inmediatamente después de su preparación con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre del medicamento.• Dosis.• Concentración.• Vía de administración.• Dilución.• Fecha de preparación y de caducidad. <p>NOTA: Los medicamentos multidosos debe incluir: fecha, hora de preparación, apertura y caducidad.</p> <p>49. Resguarda el diazepam, vecuronio y midazolam, en el carro rojo, bajo medidas de seguridad por ser medicamentos controlados.</p>	0702-013-003 Anexo 20



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>50. Verifica si el paciente hospitalizado trae sus propios medicamentos</p> <p style="text-align: center;">Si trae sus propios medicamentos</p> <p>51. Verifica que los medicamentos no se encuentren caducos.</p> <p style="text-align: center;">Están caducos los medicamentos</p> <p>52. Comenta al paciente que sus medicamentos están caducos, e informa que no se recibirán para su custodia y administración durante su estancia hospitalaria y los deposita en bolsa de RPBI.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 56</p> <p style="text-align: center;">No están caducos los medicamentos</p> <p>53. Recibe los medicamentos de su tratamiento habitual que haya traído al hospital de su domicilio, para su custodia, y administración durante su estancia hospitalaria.</p> <p>54. Coloca los medicamentos que sean entregados por el paciente hospitalizado en el área de guarda de medicamentos.</p> <p style="text-align: center;">NOTA: No está permitido que estos medicamentos puedan ser utilizados para otras personas enfermas</p> <p>55. Informa de manera verbal al médico tratante de los medicamentos que trae consigo para la prescripción.</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 56</p> <p style="text-align: center;">No trae sus propios medicamentos</p> <p style="text-align: center;">Prescripción completa y órdenes aceptables de medicamentos</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>56. Verifica en el "Expediente clínico" que la "Prescripción de medicamentos" y las "Indicaciones médicas" se encuentran legibles y tengan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre genérico del medicamento.• Dosis.• Vía.• Frecuencia.• Tiempo de duración del tratamiento.• Fecha, hora y nombre completo de quien prescribe.	Expediente clínico Prescripción de medicamentos Indicaciones médicas
	<p>No se encuentran legibles y completas</p> <p>57. Comunica directamente al personal médico tratante para aclarar la duda y corregir la indicación (confusa o incompleta) en el "Expediente clínico".</p> <p>Continúa en la actividad 56</p> <p>Se encuentra legible y completa</p>	Expediente clínico
	<p>58. Transcribe legible y completa los medicamentos indicados, en "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería", clave 0702-009-026 (anexo 3).</p>	0702-009-026 Anexo 3
	<p>59. Solicita mediante "Recetario colectivo", medicamentos a farmacia, tomando en cuenta ocupación hospitalaria y existencias físicas.</p> <p>NOTA 1: El turno matutino es responsable de realizar esta actividad, ya que el área responsable esta activa durante su jornada y es la que proporciona el "Recetario colectivo".</p> <p>NOTA 2: El turno vespertino y nocturno, solicita al responsable del Cuerpo de Gobierno del turno, medicamento extraordinario cuando se tenga la necesidad.</p>	Recetario colectivo



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	<p>60. Realiza la administración de medicamentos, identificando los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Paciente hospitalizado correcto• Medicamento prescrito.• Caducidad.• Hora y frecuencia de administración prescritas.• Dosis prescrita.• Vía de administración prescrita.• Velocidad de infusión. <p>NOTA: Los medicamentos se administrarán tal y como se prescriben y se documentarán en el expediente clínico.</p> <p style="text-align: center;">Etapas IV</p> <p style="text-align: center;">Egreso hospitalario</p> <p>61. Identifica tipo de egreso del paciente hospitalizado.</p> <p style="text-align: center;">Egreso hospitalario por curación, cuando no amerita tratamiento y transitoria</p> <p>62. Notifica a Trabajo Social del egreso por curación, cuando no amerita tratamiento y transitoria del paciente hospitalizado para el trámite correspondiente.</p> <p>Continúa en la actividad 69</p> <p style="text-align: center;">Egreso hospitalario por mejoría</p> <p>63. Confirma en el "Expediente clínico" que el "Alta médica" se encuentre por escrito, la "Hoja de hospitalización" se encuentre requisitada y firmada por el personal médico tratante.</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>Alta medica</p> <p>Hoja de hospitalización</p>



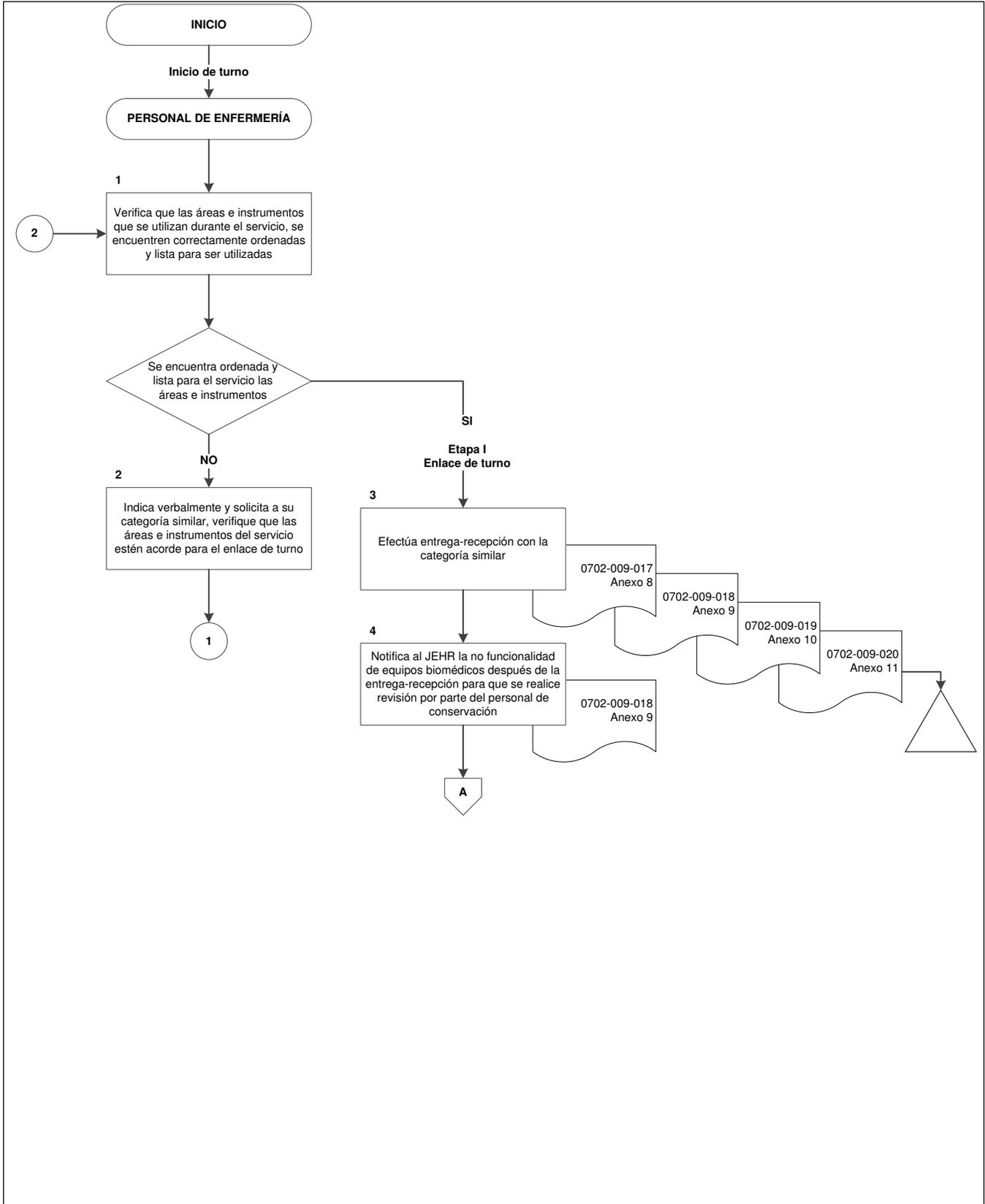
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal de enfermería	64. Retira medios invasivos, brazalete de identificación y solicita de manera verbal al paciente hospitalizado, familiar o persona responsable cambio de ropa hospitalaria por ropa personal.	
	65. Orienta al paciente hospitalizado, familiar o responsable, la educación para el cuidado de la salud domiciliarios con respecto a su padecimiento y las causas que generan complicaciones.	
	66. Elabora "Plan de alta", clave 0702-022-002 (anexo 21) y entrega al paciente, familiar o persona responsable.	0702-022-002 Anexo 21
	67. Realiza cierre de actividades en los "Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería", clave 0702-009-026 (Anexo 3).	0702-009-026 Anexo 3
	68. Informa de manera verbal al personal de servicios generales del egreso del paciente para el aseo de la cama desocupada.	
	69. Habilita y anota en "Reporte diario de hospitalización" clave 0702-009-021 (anexo 12), la cama desocupada lista para la recepción de un ingreso.	0702-009-021 Anexo 12
	70. Elabora para enlace de turno; "Formato integral para la recepción del inventario de material", clave 0702-009-017 (anexo 8), "Bitácora carro rojo", clave 0702-009-018 (anexo 9), "Control de insumos para el carro de curaciones", clave 0702-009-019 (anexo 10), "Bitácora de botiquín de urgencias obstétricas", clave 0702-009-020 (anexo 11), así como los registro en la "Hoja de hospitalización SISPA-SS04P", "Registro de pacientes hospitalizados 3200013047" y "Reporte diario de hospitalización" clave 0702-009-021 (anexo 12).	0702-009-017 Anexo 8 0702-009-018 Anexo 9 0702-009-019 Anexo 10 0702-009-020 Anexo 11 Hoja de hospitalización SISPA-SS04P

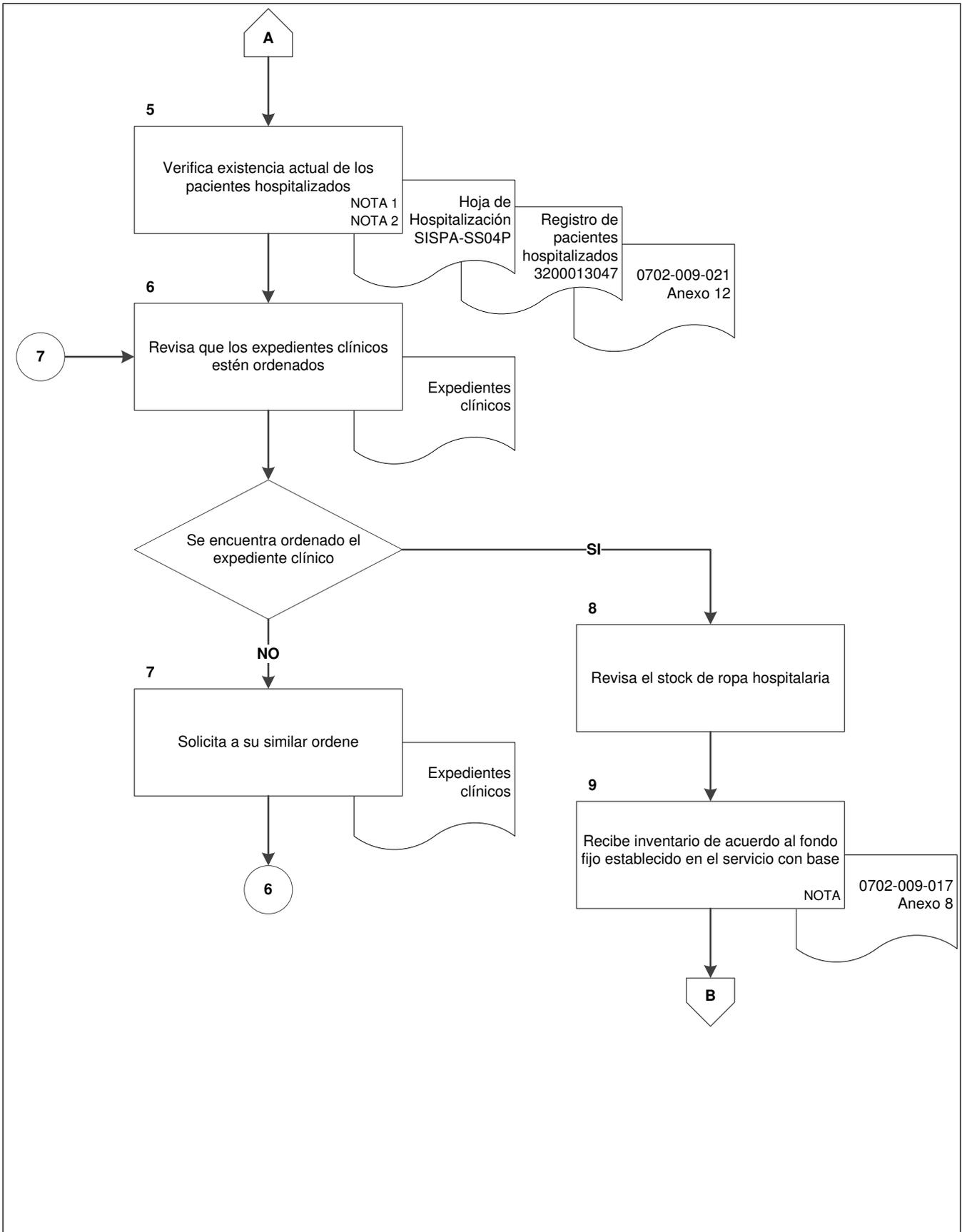


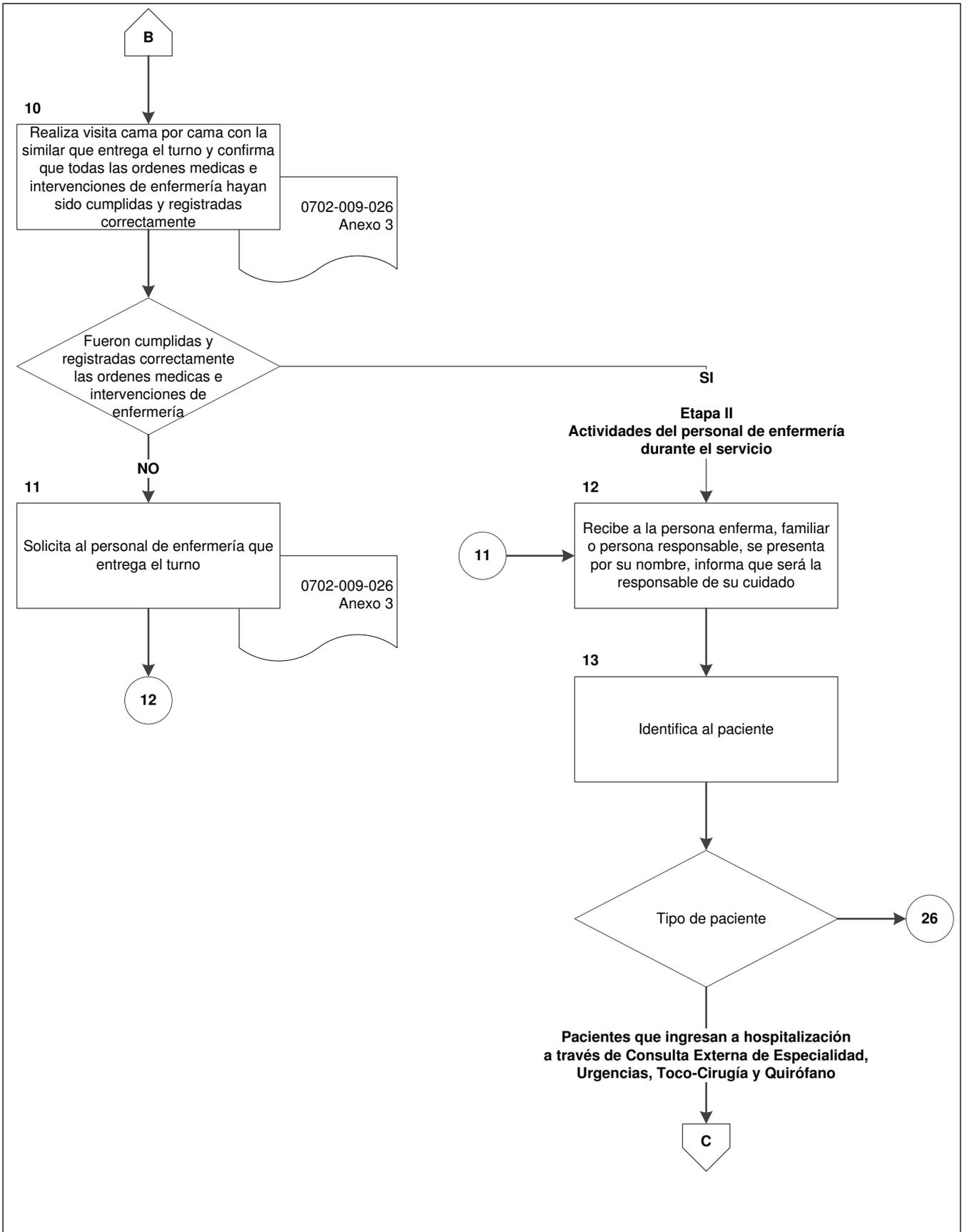
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
	<p>NOTA 1: La Hoja de hospitalización SISPA-SS04P se obtiene de la liga; http://172.19.131.150/instaladorsispa2016.htm</p> <p>NOTA 2: Formato de registro de pacientes hospitalizados 3200013047, proporcionado por el área de almacén del hospital.</p> <p style="text-align: center;">FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p>Registro de pacientes hospitalizados 3200013047</p> <p>0702-009-021 Anexo 12</p>

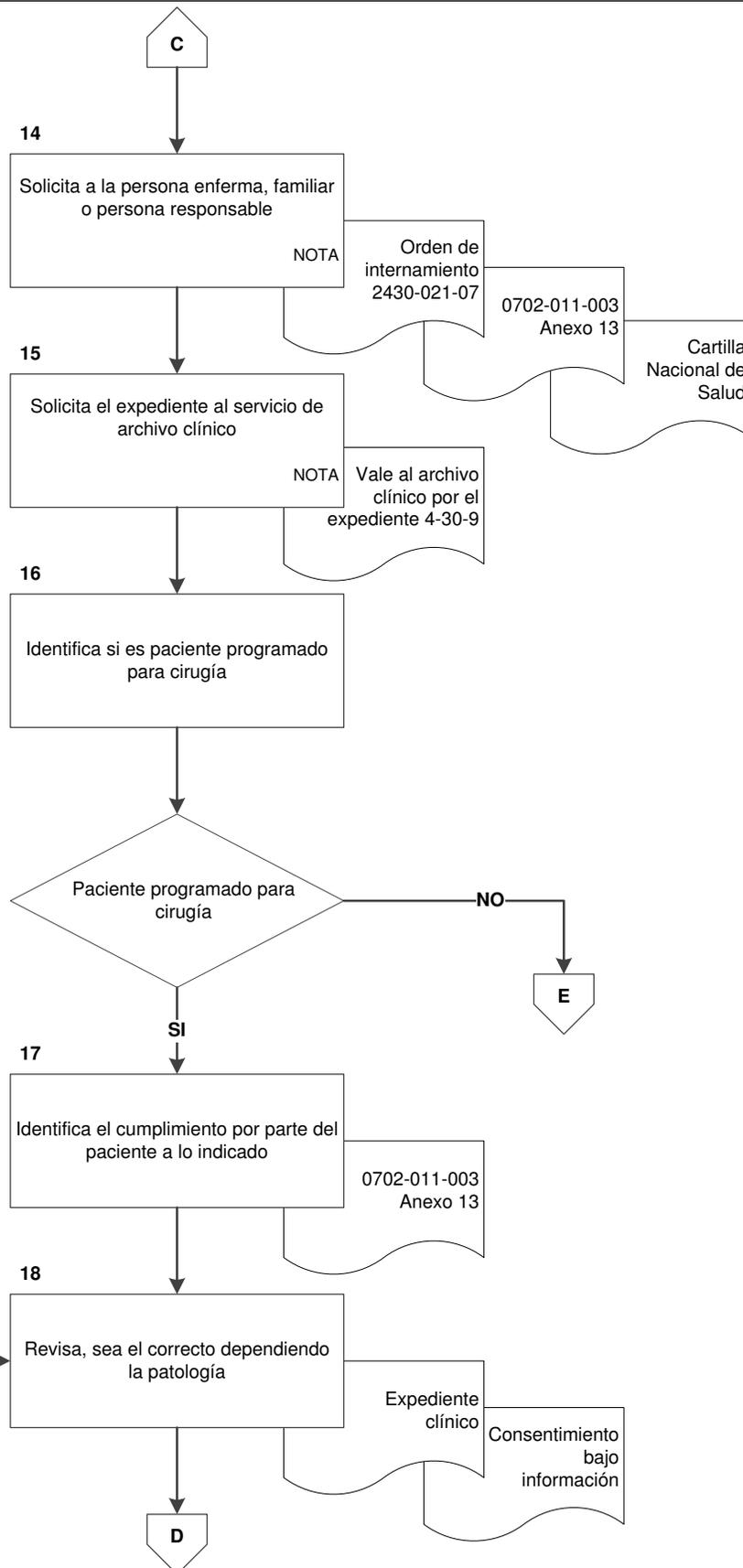


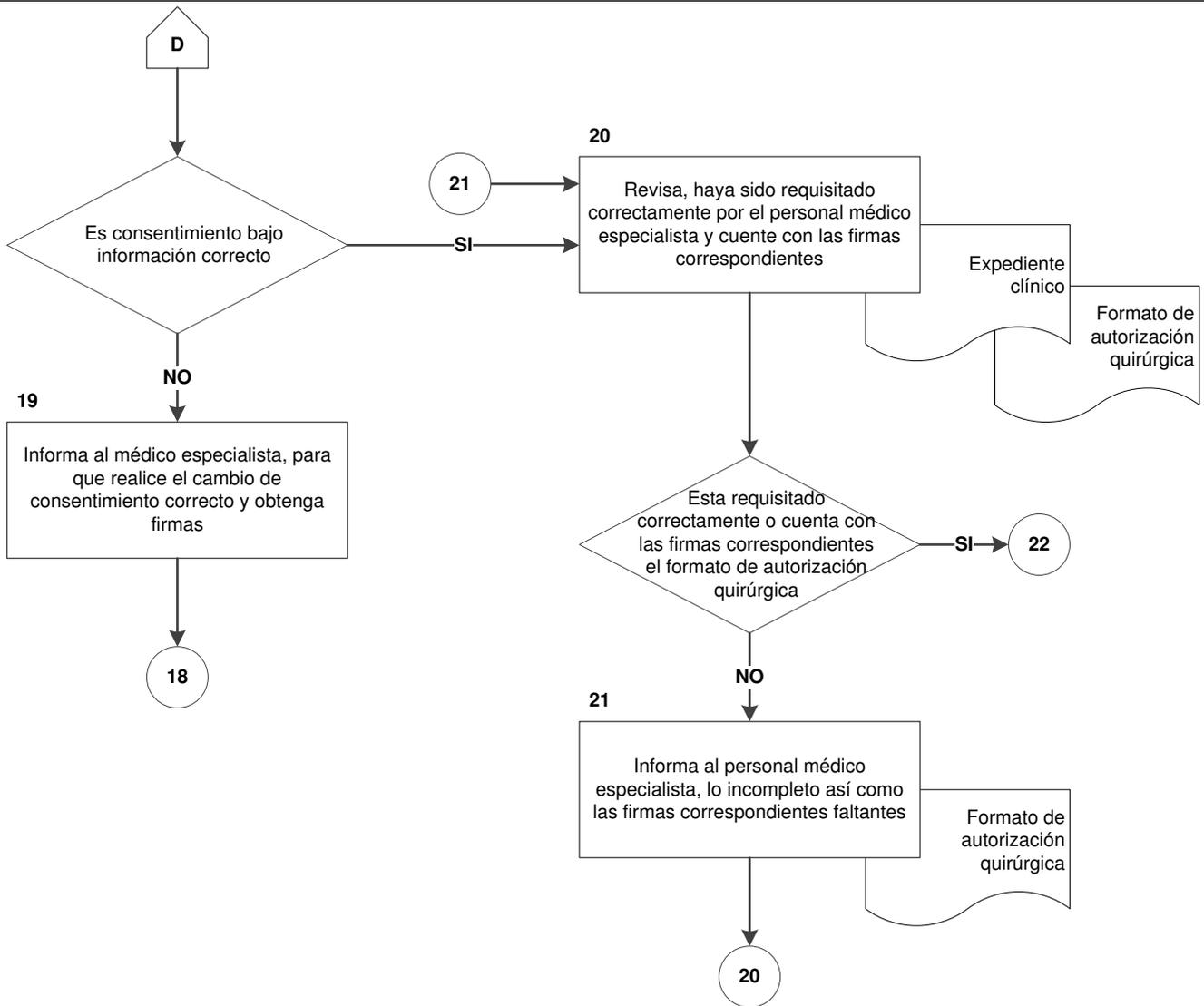
7. Diagrama de flujo Procedimiento de enfermería para el servicio de hospitalización en hospitales rurales del Programa IMSS-PROSPERA

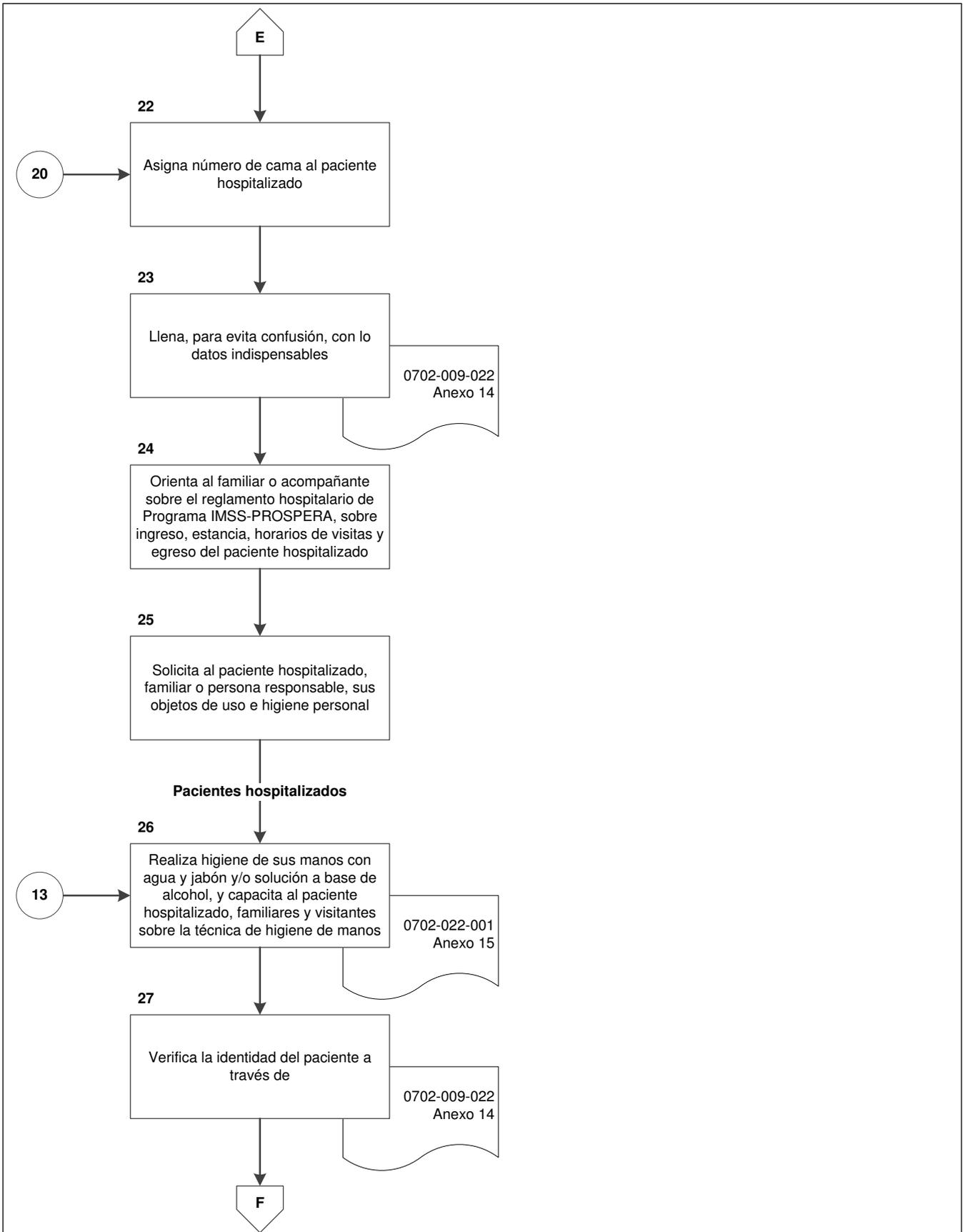


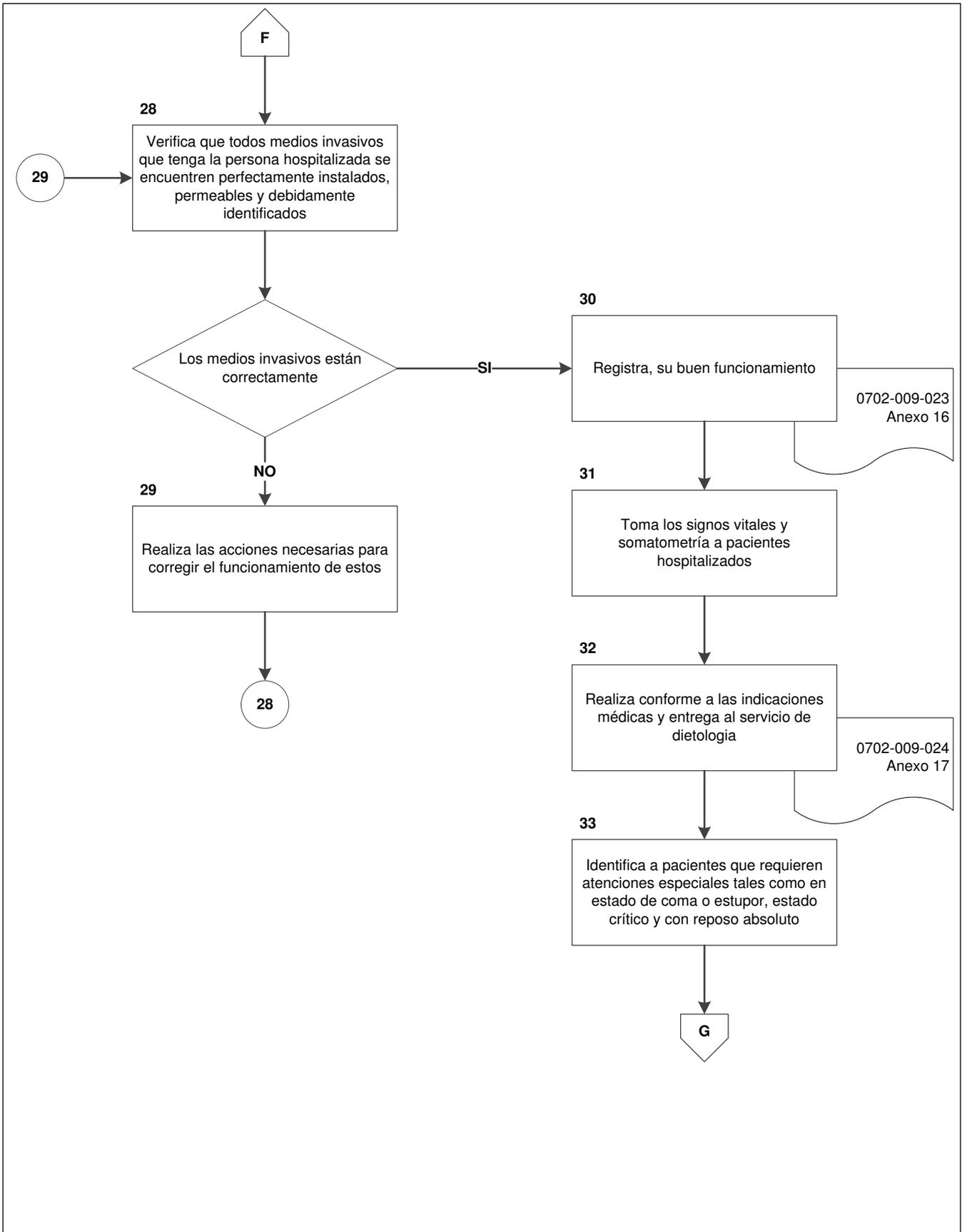


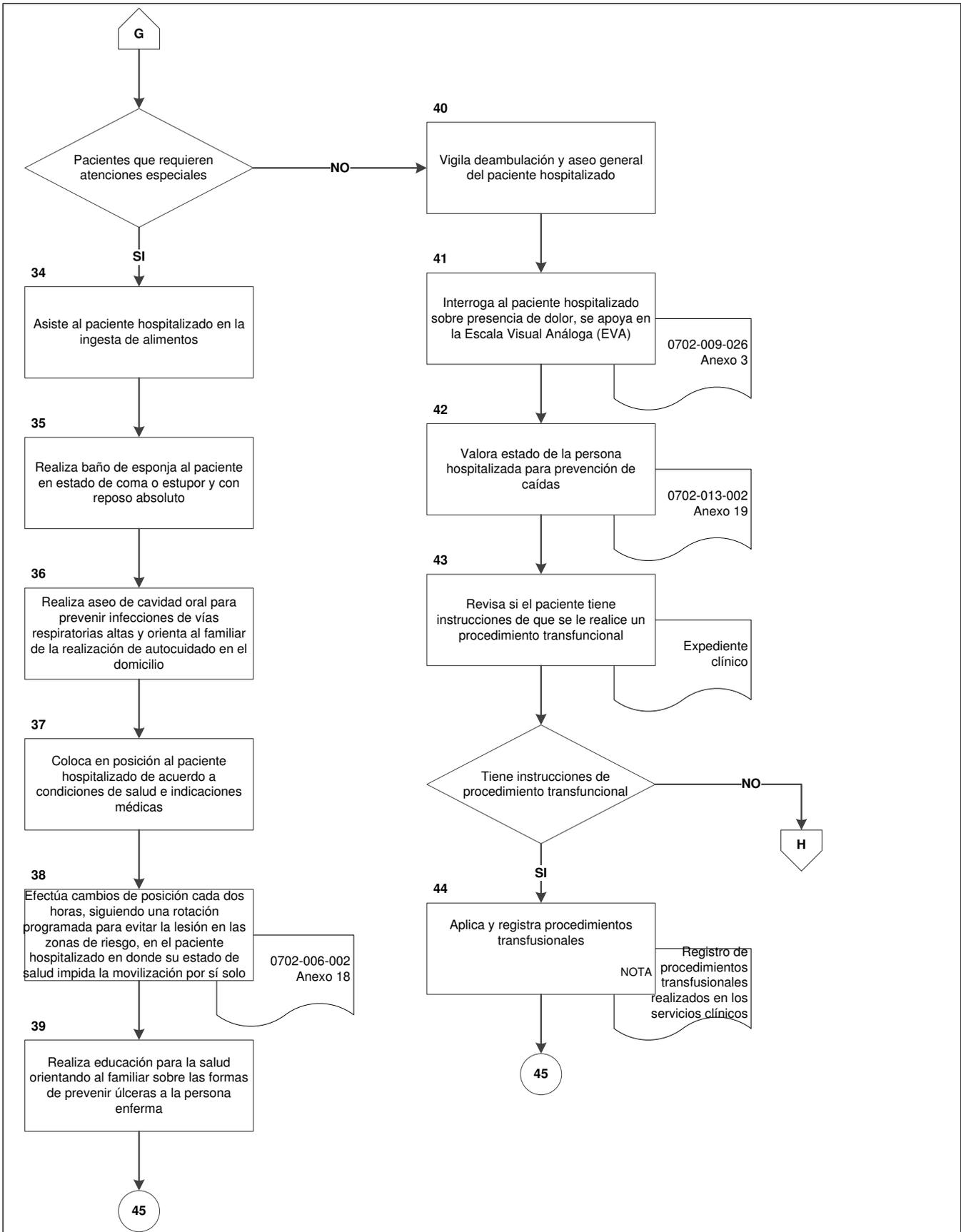


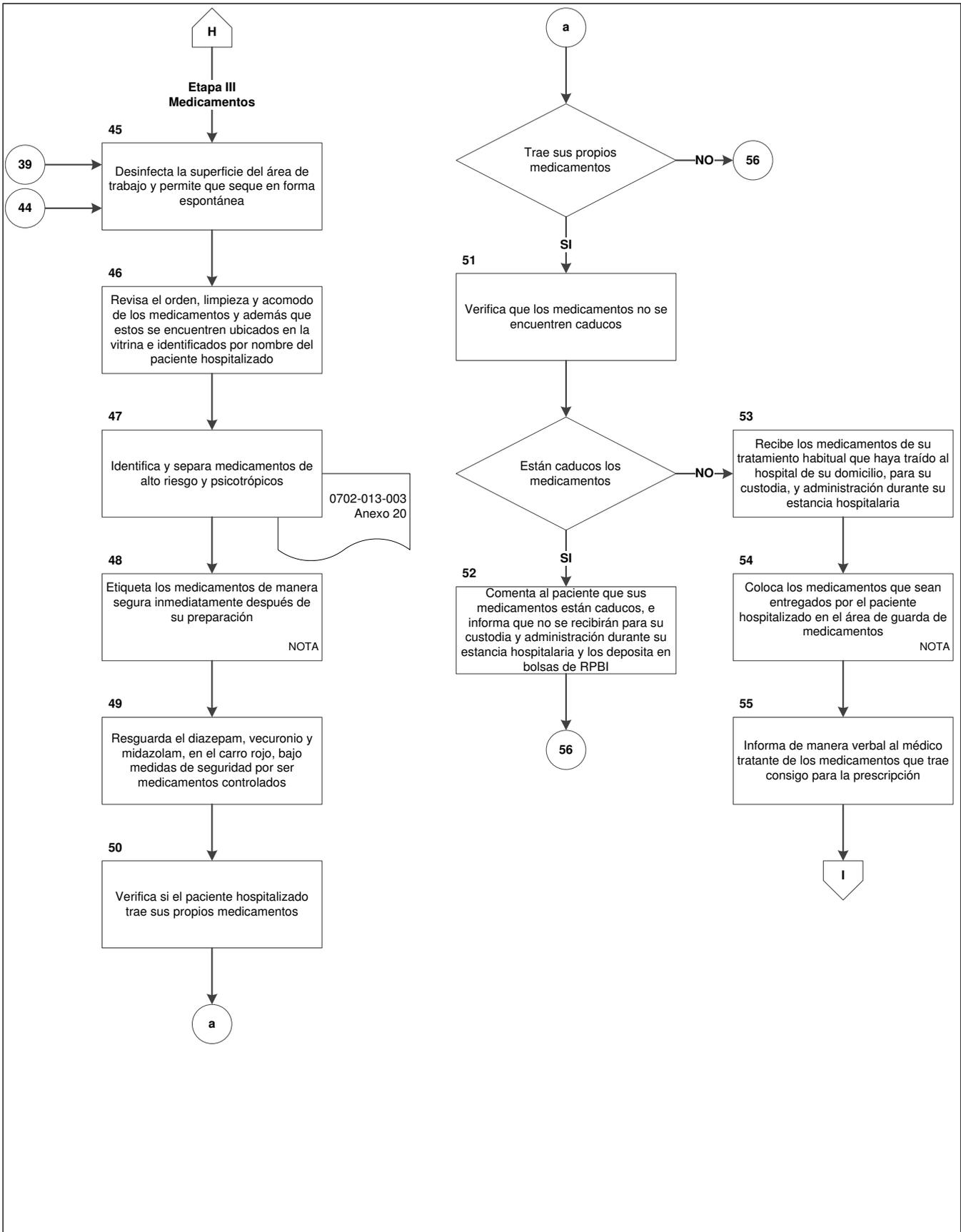


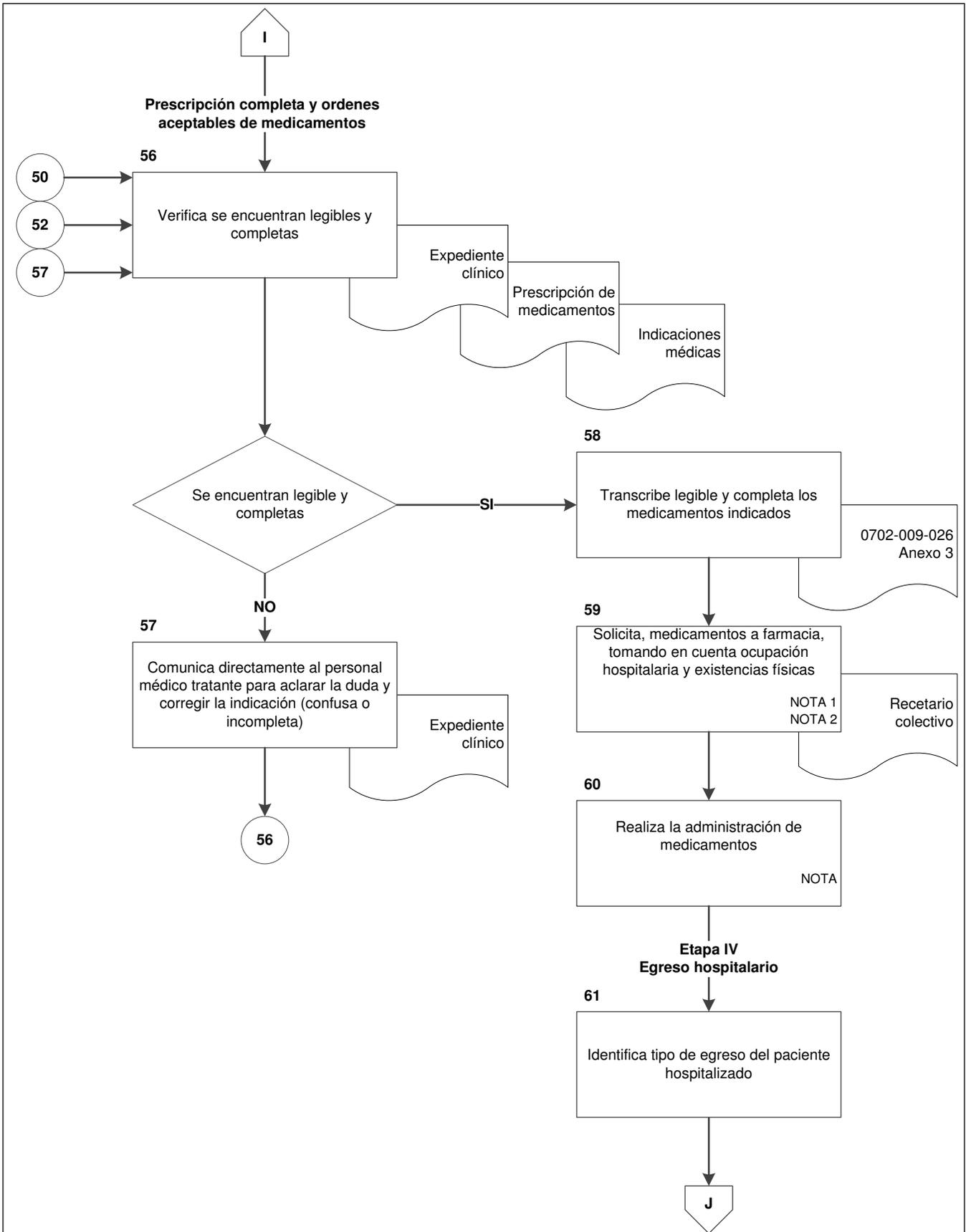


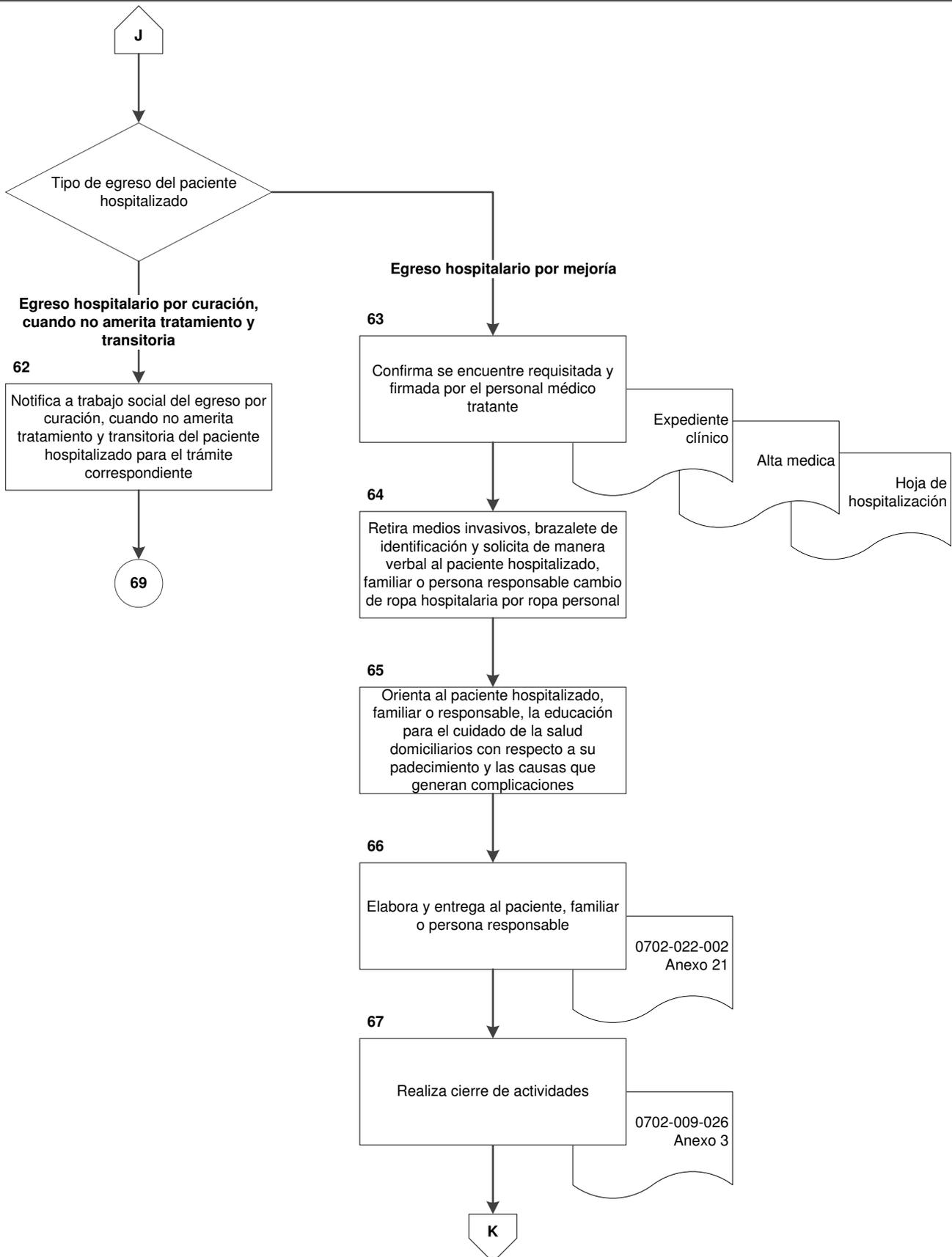


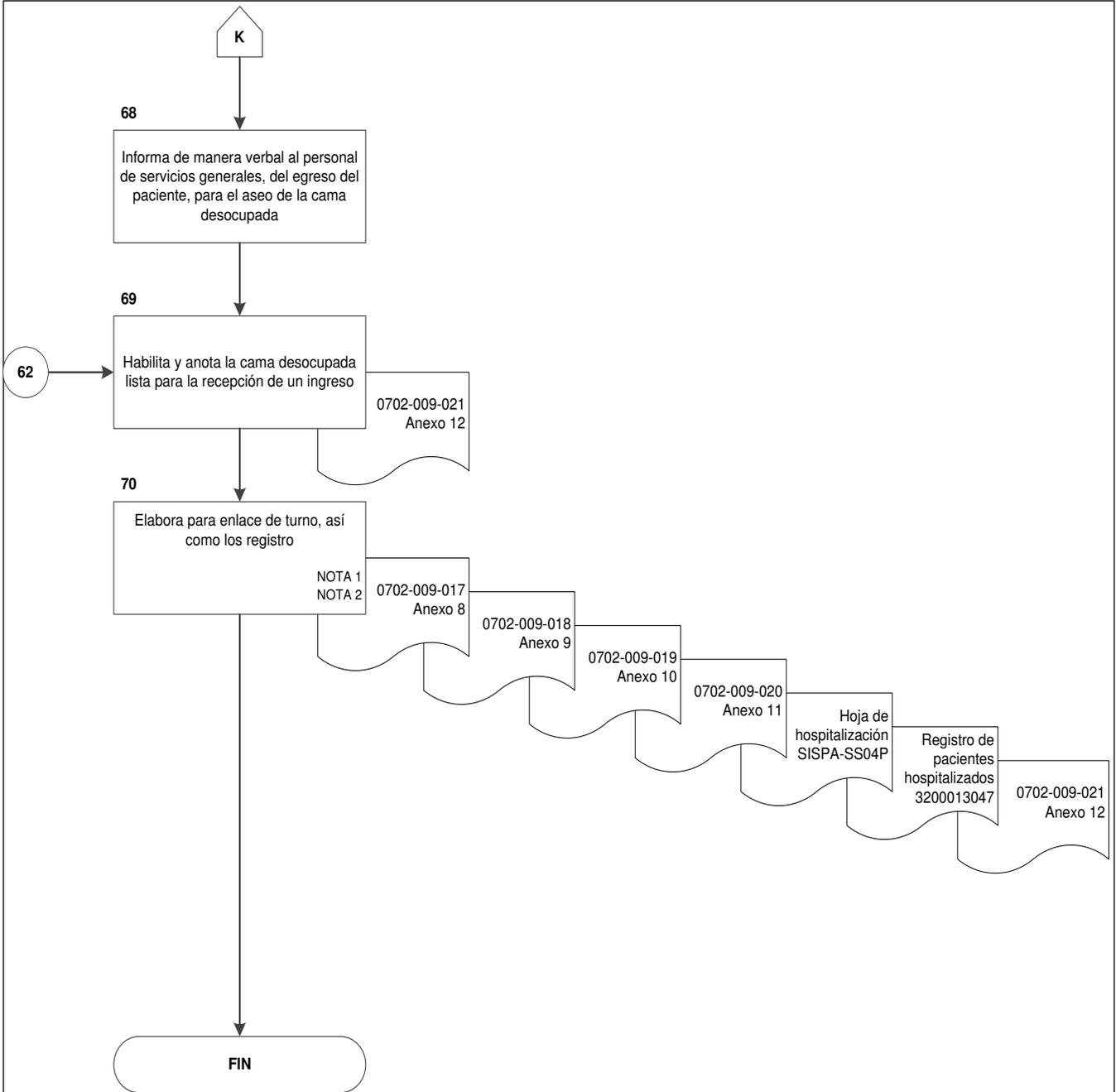














8. Relación de documentos que intervienen en el Procedimiento de enfermería para el servicio de hospitalización en Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA

Clave	Título del documento	Observaciones
0702-011-004	Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería	Anexo 1
0702-013-005	Lineamientos para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE)	Anexo 2
0702-009-026	Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería	Anexo 3
0702-013-001	Guía de acciones de enfermería en el alojamiento conjunto	Anexo 4
0702-006-003	Tarjetas de aislamiento	Anexo 5
0702-009-025	Vale extraordinario de dietas	Anexo 6
0702-013-004	Comunicación efectiva entre profesionales de la salud (en órdenes verbales o telefónicas)	Anexo 7
0702-009-017	Formato integral para la recepción del inventario de material	Anexo 8
0702-009-018	Bitácora de carro rojo	Anexo 9
0702-009-019	Control de insumos para el carro de curaciones	Anexo 10
0702-009-020	Bitácora de botiquín de urgencias obstétricas	Anexo 11
0702-009-021	Reporte diario de hospitalización	Anexo 12
0702-011-003	Lista de verificación para prevención de infección del sitio quirúrgico	Anexo 13
0702-009-022	Tarjeta de identificación de cama	Anexo 14



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”



Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería

Día	Mes	Año

Nombre de la o el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de seguro social/agregado/número de póliza de seguro popular: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Servicio: _____ Número de cama/camilla/cuna/incubadora: _____
 Diagnóstico médico: _____ Fecha de ingreso: _____
 Fecha de la realización de la encuesta: _____ Número del personal participante: _____
 Nombre del responsable de la realización de la encuesta: _____

Número	Conceptos a evaluar	Parámetros y valores				
		Cumple 10	Cumple parcialmente 5	No cumple 0	No aplica	
1	Ficha de identificación: nombre de la o el paciente, fecha de nacimiento, edad, número de seguro social, agregado, número de expediente, número de póliza de seguro popular, sexo, especialidad, número de cama, camilla, cuna, incubadora, diagnóstico médico y fecha de ingreso. (1)					
2	Nombre de la unidad y dirección. (2)					
3	Fecha y días de hospitalización. (3)					
4	Signos vitales registrados y graficados. (4)					
5	Escala de dolor de EVA registrada y graficada. (5)					
6	Registro de la tensión arterial media (TAM). (6)					
7	Registro de los valores de Spo2 y PVC. (7)					
8	Registro del valor obtenido de la escala de Glasgow. (8)					
9	Registro de la somatometría: talla, peso y perímetros. (9)					
10	Alimentación: Fórmula láctea, dieta, líquidos (registro del alimento y total de la dieta por turno). (10)					
11	Solución parenteral, electrólitos y elementos sanguíneos (registro del rubro correspondiente a la prescripción médica). (11)					
12	Registro de cuantificación de ingresos. (12)					
13	Registro de cuantificación de egresos. (13)					
14	Balance de líquidos (cuando corresponde). (14)					
15	Estudio de laboratorio, producto biológico, electrocardiograma, rayos X, ultrasonido. (15)					
16	Registro de cirugía programada y realizada. (16)					
17	Registro de reactivos (glucometría, bililabstix). (17)					
18	Registro de código de evacuaciones. (18)					
19	Transcripción de medicamentos (sin tachaduras, sin enmendaduras, sin corrector, con uso de tinta estándar y letra legible). (19)					
20	Nombre y matrícula del personal de Enfermería que aplica el medicamento. (20)					
21	Registro de procedimiento invasivo: fecha, hora de instalación, días instalado, número de intentos, sitio de punción, presenta signos de infección. (21)					
22	Registro de escala de úlceras por presión, riesgo de caídas y escala de caídas NIPS. (22)					
23	Registro de localización de dolor en relación a la escala de EVA. (23)					
24	Se encuentra marcado el dominio con el signo convencional "X". (24)					
25	Habitus exterior. (25)					
26	Datos subjetivos y objetivos (acorde a la patología de la y el paciente). (26)					
27	Diagnóstico enfermero (acorde a patología, datos subjetivos y objetivos de la y el paciente). (27)					
28	Intervenciones de enfermería (acorde al diagnóstico enfermero y patología de la y el paciente). (28)					
29	Problema interdependiente (acorde a patología de la y el paciente). (29)					
30	Registro de intervención de colaboración. (30)					
31	Respuesta/evolución. (31)					
32	Observaciones. (32)					
33	Plan de educación (tema acorde a lo establecido por la organización y medición del impacto de la o el paciente). (33)					
34	Nombre, apellido paterno y matrícula del personal auxiliar de enfermera general. (34)					
35	Nombre, apellido paterno y matrícula del personal enfermera general. (35)					
36	Nombre, apellido paterno y matrícula del Jefe de Enfermería. (36)					
37	Pulcritud, legibilidad y presentación de los registros. (37)					
Subtotal						
Calificación						

0702-011-004



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

	DATO		ANOTAR
a	Cumple	10	Cumplimiento del 100 % de los criterios de atención de enfermería, establecidos en cada unidad de acuerdo a su patología.
b	Parcialmente cumple	5	Cumplimiento del 50 % de los criterios de atención de enfermería, establecidos en cada unidad de acuerdo a su patología.
c	No cumple	0	Cuando los registros están por abajo del 49 % de los criterios de atención de enfermería y sean intrascendentes para la recuperación de la y el paciente.
d	No aplica	0	Cuando los registros están por abajo del 49 % de los criterios de atención de enfermería y sean intrascendentes para la recuperación de la y el paciente.

Para obtener la calificación total sumar los puntos obtenidos y dividirlos entre los 37 conceptos indicados en la hoja de concentración.

Generalidades

1. La muestra será de un expediente por servicio, por turno y por semana.
2. Selecciona expedientes de más de 48 horas de estancia hospitalaria por muestreo aleatorio.
3. Efectúa análisis de resultados de la evaluación de los registros de enfermería del servicio por la Jefa o el Jefe de Enfermería y personal de enfermería.
4. Realiza plan de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación.
5. Difunde los resultados de la evaluación al personal de enfermería.
6. Efectúa seguimiento de los resultados en forma mensual.

0702-011-004



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Ficha de identificación: nombre de la o el paciente, fecha de nacimiento, número de seguridad social/agregado/número de póliza de seguro popular, edad, sexo, servicio, número de cama/camilla/cuna/incubadora, diagnóstico médico, fecha de ingreso.	Existencia de registros correspondientes a nombre de la y el paciente, fecha de nacimiento, número de seguridad social/agregado/póliza de seguro popular, edad, sexo, servicio, número de cama/camilla/cuna/incubadora, diagnóstico médico, fecha de ingreso.
2	Nombre de la unidad y dirección.	Existencia de los registros correspondientes del nombre de la unidad y dirección de la misma.
3	Fecha y días de hospitalización.	Existencia de registro de la fecha y días de hospitalización.
4	Signos vitales, registrados y graficados.	Existencia del registro y grafica de frecuencia cardiaca, temperatura de incubadora, temperatura corporal y cifras de tensión arterial, frecuencia respiratoria, código de la toma de temperatura.
5	Escalas de dolor EVA.	Verifica existencia del registro y la gráfica de tinta de color negro de la escala de EVA (se utilizará para la población mayor de dos años de edad en adelante).
6	TAM.	Existencia del registro de la cifra obtenida de la tensión media arterial.
7	Parámetros SPO2 y PVC.	Existencia del registro de las cifras de saturación de oxígeno (SPO2) y Presión Venosa Central (PVC), en la columna del horario correspondiente.
8	Escala de Glasgow.	Registro del indicador obtenido de la evaluación del estado neurológico mediante la escala de Glasgow en la columna del horario correspondiente.

0702-011-004



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																				
9	Somatometría. Peso, talla y perímetros.	Existencia de registros de talla, peso, perímetro y la inicial correspondiente “C” cefálico “T” torácico, A abdominal, B brazo, AT antebrazo, MC muñeca, M muslo, P pantorrilla, TB tobillo, y el valor obtenido de la medición en centímetros y con color de tinta de acuerdo al turno.																				
10	Alimentación: fórmula láctea, dieta y líquidos.	Registro del cumplimiento preciso de las indicaciones respectivas: horario, nombre del alimento, y cantidades aceptadas de fórmulas, dietas y líquidos orales, total de cantidades de ingesta de alimentos por turno, nombre de la alimentación prescrita en el rubro correspondiente.																				
11	Solución parenteral, electrolitos y elementos sanguíneos.	Existencia del cumplimiento preciso de las indicaciones respectivas de líquidos, electrolitos y elementos sanguíneos administrados por vía endovenosa, que exista frecuencia, cantidad, hora de inicio y término, totales correspondientes por turno, utilizando abreviaturas normadas, registrando en un renglón por indicación parenteral: Ejemplo:																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de solución</th> <th>Frecuencia</th> <th>Cantidad</th> <th>Hora de inicio</th> <th>Hora de término</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S.F.0.9% + 10 mEq kCL 1000 ML.</td> <td>8 horas</td> <td>1000 ML.</td> <td>10:00 horas</td> <td>18:00 horas</td> </tr> <tr> <td>Cantidad recibida</td> <td>TM</td> <td>TV</td> <td>TN</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>650 ML.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de solución	Frecuencia	Cantidad	Hora de inicio	Hora de término	S.F.0.9% + 10 mEq kCL 1000 ML.	8 horas	1000 ML.	10:00 horas	18:00 horas	Cantidad recibida	TM	TV	TN			650 ML.			
Tipo de solución	Frecuencia	Cantidad	Hora de inicio	Hora de término																		
S.F.0.9% + 10 mEq kCL 1000 ML.	8 horas	1000 ML.	10:00 horas	18:00 horas																		
Cantidad recibida	TM	TV	TN																			
	650 ML.																					
12	Cuantificación de ingresos.	Existencia de registros de ingresos cantidades expresadas en mililitros, en la columna del horario correspondiente: vía oral, sonda, solución parenteral y electrolitos, hemoderivados, medicamentos y cantidad total ingresada.																				
13	Cuantificación de egresos.	Existencia de registros de egresos cantidades expresadas en mililitros, en la columna del horario correspondiente, y características de las micciones, evacuaciones, sangrado, vómito, aspiración, drenes, pérdidas insensibles, así como el uso de código de uresis.																				

0702-011-004



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
14	Balance de líquidos.	Registro del balance por turno y en caso de la jornada nocturna realizará el balance del turno correspondiente y el general de 24 horas.
15	Laboratorio, pruebas biológicas, estudios radiológicos electrocardiograma, rayos X, ultrasonido.	Registro correspondiente en la columna del día que se indica el estudio utilizando el signo convencional cuando se efectuó (✓) y cuando quede pendiente, colocar “pend”.
16	Registro de cirugía programada y realizada.	Registro del nombre de la cirugía programada y realizada, o en su caso cuando quede pendiente, colocar “pend”.
17	Reactivos (glucómetro, bililabstix)	Existencia del resultado obtenido, glucemia capilar, labstix.
18	Código de evacuaciones.	Registro de código correspondiente de la evacuación presentada durante la jornada laboral.
19	Transcripción de medicamento.	Registro de la correcta transcripción de los medicamentos indicados en cuanto a nombre, presentación, dosis, vía de administración, frecuencia y horario; en antibiótico, ratificar que el registro sea con tinta roja y el control de días de aplicación, circulados los horarios con la tinta de color correspondiente al turno y los antibióticos con tinta de color rojo. Al suspenderse un medicamento valida si se encuentra registrado en el horario correspondiente al horario indicado y con el código de “susp.”, y que no se cuenta con el abasto en el hospital registro existente del signo convencional (/).
20	Nombre y matrícula del personal de enfermería.	Registro del nombre, apellido paterno y matrícula del personal de enfermería responsable de la aplicación de medicamentos.



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
21	Procedimiento invasivo: Fecha, hora, días de instalación, sitio de punción, número de intentos.	Existencia del registro de las acciones invasivas, efectuadas a la persona enferma por el personal de enfermería, de acuerdo a los siguientes criterios: a).- registra el número de catéter periférico, central, sonda vesical, sonda nasogástrica, orogástrica, cánula endotraqueal y otros. b).- registra fecha, hora y días de instalación, número de intentos de catéter periférico, central, sonda vesical, sonda nasogástrica, orogástrica, cánula endotraqueal y otros. c).- existencia de registro de signos de infección en el sitio de instalación del medio invasivo.
22	Escalas de caídas y úlceras por presión y escala de caídas de NIPS.	Existencia del registro de la hora del resultado de la valoración de riesgo por úlceras de presión, escala de caídas y de NIPS y las intervenciones correspondientes de acuerdo al resultado de la valoración.
23	Localización de la escala de dolor de EVA.	Existencia de registro de la localización anatómica del dolor del paciente en base a la escala de EVA.
24	Dominios.	Existencia de este registro con el signo convencional (✓) ya que permite realizar una valoración de enfermería sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes de las y los pacientes (físicos, psíquicos, sociales del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita el análisis de la información de los mismos.
25	Habitus exterior.	Existencia de los registros relacionados con la condición de la y el paciente, sexo, edad aparente, constitución, conformación, actitud, facies, movimientos anormales, marchas anormales, estado de conciencia.



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
26	Datos subjetivos y objetivos.	Nota de enfermería con existencia de datos referentes a la detección oportuna de signos y síntomas que informe de la persona enferma, y su familiar, deben considerarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y acordes a criterios establecidos por especialidad. Considerar la correcta identificación de datos objetivos y subjetivos y/o factores de riesgo que presente la persona enferma.
27	Diagnósticos enfermero.	Registro de la evaluación correcta, 0702-011-004 y elaboración de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los siguientes criterios: a).- Diagnóstico real, clínicamente validado, deberá redactarse: Problema de salud (etiqueta diagnóstica), etiología R/C (relacionado con), sintomatología M/P (manifestado por). Ejemplo: Deterioro de la movilidad física relacionado con la intolerancia a la actividad, deterioro cognoscitivo manifestado por cambios en marcha, limitación de la capacidad para las habilidades motoras. b).- El diagnóstico de riesgo o potencial deberá redactarse: Problema de salud (etiqueta diagnóstica), etiología R/C (relacionado con). Ejemplo: Riesgo de síndrome de desuso relacionado con deterioro cognoscitivo, inmovilización. Para la elaboración del diagnóstico enfermero utilizará la Taxonomía de la NANDA vigente.



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
28	Intervenciones de enfermería.	<p>Registro de las acciones no invasivas proporcionadas a la y el paciente por el personal de enfermería, de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <p>a).- Congruencia con el diagnóstico de enfermería y problema interdependiente, habitus exterior y datos objetivos y subjetivos.</p> <p>b).- Dirigidas a eliminar o disminuir la etiología o factor de riesgo.</p> <p>Ejemplo: riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con edades extremas, humedad, factores mecánicos (sujeciones), medicamentos, inmovilización física.</p> <p>Intervención: Colocar a la persona enferma en una alineación corporal adecuada. Evita utilizar ropa de cama con texturas ásperas. Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel. Cambia a la persona enferma inmovilizada al menos cada 2 horas.</p>
29	Problema interdependiente.	<p>Registro correcto de la transcripción de los diagnósticos del personal médico y complicaciones fisiológicas del mismo, así como las patologías concomitantes.</p> <p>No es un diagnóstico del personal médico, pueden ser evitados, controlados, reducidos o resueltos mediante acciones interdependientes de enfermería.</p> <p>Ejemplo: Riesgo de lesión en relación a entorno desconocido y desorientado. Hipovolemia secundaria a hemorragia.</p>



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
30	Intervención de colaboración.	Registro correcto de la transcripción de los nombres de los tratamientos y la frecuencia de los mismos, los horarios indicados por el personal médico y su cumplimiento, los horarios circulados con la tinta correspondiente al turno (terapia respiratoria, tipo de reposo, posiciones, tolerancia ambiental, cambios de posición, alineación de segmentos, reeducación vesical, intestinal, estimulación sensorial etc.).
31	Respuesta y evolución.	Existencia de registros relacionados con el logro de los objetivos y resultado esperados como consecuencia de las intervenciones de enfermería y el tratamiento clínico proporcionada a la y el paciente con los siguientes criterios: a).- Congruencia con datos objetivos y subjetivos, diagnósticos, de enfermería y/o problema interdependiente. b).- Congruencia con la evolución en el estado de salud, manifestaciones clínicas de la persona enferma, así como en el aspecto psicológico y social.
32	Observaciones.	Existencia de registros en aspectos relevantes no considerados en los otros apartados.
33	Plan de educación.	Existencia del registro por el personal de enfermería, enfocado al plan de educación otorgado al familiar, acompañante y paciente durante su estancia hospitalaria.
34	Nombre, apellido paterno y matrícula del personal Auxiliar de Enfermera General.	Verifica el cumplimiento de éste registro del personal de enfermería responsable de la atención, así como de la supervisión de personal de enfermería con categoría Auxiliar de Enfermería General.
35	Nombre, apellido paterno y matrícula del personal Enfermera General.	Verifica el cumplimiento de éste registro del personal de enfermería responsable de turno de asesoría/supervisión de la Auxiliar de Enfermería General.



ANEXO 1

“Evaluación del formato de registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
36	Nombre, apellido paterno y matrícula del Jefe de Enfermería.	Verifica el cumplimiento de éste registro del Jefe de Enfermería responsable de la supervisión del personal de Enfermera General, Auxiliar de Enfermería General.
37	Pulcritud, legibilidad y presentación de los registros.	Evalúa que los registros estén con letra legible, limpios, bien presentados y con color de la tinta correspondiente al turno.

0702-011-004



ANEXO 2
“Lineamientos para la elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE)”



“Lineamientos para la elaboración de Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE)”

Disponer de una herramienta metodológica con base en el proceso de atención de enfermería para estructurar planes de cuidados de enfermería estandarizados que contribuyan en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Según *Griffith-Kenney* y *Christensen*, el **PLACE** “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación de la y el paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas de la o el paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para la o el paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para las y los pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas de la o el paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a la y el paciente concreto.

Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita al personal de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La *NANDA* proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico real de acuerdo con la *NANDA* incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados



(causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados.

Nursing Outcomes Classification NOC, Clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería.

Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Nursing Interventions Classification NIC clasificación de intervenciones de enfermería. La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el personal de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser:

Interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional.

Son actividades que no requieren la indicación médica previa. Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza el personal de enfermería para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.

Metodología para la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería

Determinación del problema

Identifica el problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico prevalente, dirigido a la persona, familia o comunidad para definir el PLACE a desarrollar. También pueden determinarse a través de las principales demandas de atención (ingresos, egresos, consultas) de los usuarios de los servicios de salud, dirigidos a disminuir o prevenir la



incidencia de eventos adversos, relacionados con las principales causas de infecciones nosocomiales de la unidad de atención a la salud o relacionados con eventos que lesionen la salud de la persona.

Construcción del Diagnóstico de Enfermería

Identifica las respuestas humanas que puede presentar la persona ante un problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico; pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas ejemplo: Protección inefectiva.

Referirse a la segunda parte de la Taxonomía II de Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación NANDA.

Situarse en el esquema de dominios y clases.

Selecciona él y los dominios correspondientes a la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: dominio N° 11 Seguridad/ protección.

En este mismo esquema, seleccione la clase correspondiente al área o localización de la función en la que se ubica la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: clase 2 lesión física.

Seleccione la etiqueta diagnóstica que corresponda. Ejemplo:

Dominio 11 seguridad/protección.
Clase 2 Lesión física.
Etiqueta diagnóstica (ED) Protección inefectiva.
Código 000043.

Nota: Los códigos son utilizados en PLACE manejados con programas de informática. Una vez definida la etiqueta diagnóstica referirse a la primera parte del libro (Diagnósticos enfermeros de la NANDA)

l) buscar por orden alfabético el eje diagnóstico como el elemento principal de la misma.

Nota: La taxonomía está construida de forma multiaxial (siete ejes), el elemento principal determina la respuesta humana en donde se clasifica. Ejemplo:

Protección inefectiva. En donde protección corresponde al eje 1 concepto diagnóstico e inefectiva corresponde al eje 3 Juicio. Por lo cual se buscará alfabéticamente en la "P" de Protección y no en la "I" de inefectiva.

Cuando localice la etiqueta diagnóstica encontrará lo siguiente:



Etiqueta Protección

Diagnóstica (ED) → Inefectiva

Año en la que fue aceptada la etiqueta diagnóstica en la *NANDA*.

Nivel de evidencia (NDE).

Número de código. Ejemplo: 000043.

Definición de la etiqueta diagnóstica. Ejemplo: Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.

Características definitorias o evidencias clínicas empíricas que se pueden observar y medir. Representan las respuestas humanas manifestadas por signos y síntomas.

Factores relacionados (FR) o situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema (etiología o causa a la respuesta humana alterada).

La construcción lógica de un **diagnóstico real** es: Etiqueta Diagnóstica (ED), Factor Relacionado (FR) y Características Definitorias (CD).

La construcción lógica de un **diagnóstico de riesgo** es: Etiqueta Diagnóstica (ED) y Factor de Riesgo (FR).

La construcción lógica de un **diagnóstico de salud o bienestar** es: Etiqueta Diagnóstica (ED) y Características Definitorias (CD).

Los conectores **relacionados con** (R/C) y **manifestado por** (M/P) son empleados para darle construcción semántica a la oración del diagnóstico. Ejemplo: Protección inefectiva R/C proceso infeccioso pulmonar M/P fiebre, aumento de leucocitos y esputo purulento. Tanto los factores relacionados y las características definitorias serán seleccionados según la prioridad correspondiente al PLACE que se está elaborando.

Nota: Todos los diagnósticos de riesgo tienen como característica principal que las etiquetas diagnósticas inician **con riesgo de** y los diagnósticos de salud inician con **disposición para:**

Selección de Resultados

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones de la persona, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería. Para su selección utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería *NOC*. La búsqueda del resultado esperado se puede realizar de cuatro formas:

- Por relación *NOC NANDA*.
- Por taxonomías.
- Por especialidad.



- Por patrones funcionales.

En la metodología de este lineamiento la propuesta es por relación **NOC NANDA**.

- Referirse a la sección Relaciones NOC NANDA (4ª parte del libro) de la 3ª edición.
- Identifique la etiqueta diagnóstica.
- De los resultados sugeridos u opcionales seleccione el o los que den respuesta a la etiqueta diagnóstica o a los factores relacionados.
- Busque el resultado seleccionado por orden alfabético en la 3ª parte del libro en donde encontrará los siguientes elementos:

Resultado y código. Ejemplo: Severidad de la infección, código 0703.

Dominio y clase (no aplican para este lineamiento).

Escala cada resultado debe tener implícita la escala de medición a utilizar; aunque se puede dar el caso que los resultados utilicen la misma escala de medición. Ejemplo:

Severidad de la infección, su escala de medición es: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5. (Existen trece tipos de escala tipo likert).

Destinatario de los cuidados y fuente de datos (no aplican para este lineamiento).

Definición. Sirve como referente para interpretar el resultado (no aplica para este lineamiento).

Puntuación diana del resultado. Es un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (**mantener a:**) y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería (**aumentar a:**).

Nota: Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

Seleccione los indicadores.

Unidades medibles derivadas de la respuesta humana y serán seleccionados con base a las características definitorias del diagnóstico o factor relacionado.

Ejemplo: esputo purulento, fiebre y aumento de leucocitos.

Nota: Algunos indicadores dependiendo del estado de salud de la persona podrán no aparecen en la lista de indicadores propuestos por la *NOC* por lo que es recomendable incluirlos, sustentándolos con un nivel de evidencia científica. (Anexo 4).

Selección de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son los tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza el personal de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad. La selección de las intervenciones se realizará con base en la NIC. Se puede realizar de tres formas:



- Por taxonomía.
- Por relación NIC NANDA.
- Por especialidad.

La estructura de este lineamiento emplea la selección de intervenciones por relación **NIC NANDA**.

Buscar por orden alfabético la etiqueta diagnóstica en las **Intervenciones de la NIC relacionadas con los diagnósticos de la NANDA** en la 4ª parte del libro, en donde encontrará:

- Etiqueta diagnóstica. Ejemplo: Protección inefectiva.
- Definición de la etiqueta diagnóstica.

Intervenciones de enfermería sugeridas u opcionales adicionales para la resolución del problema.

Con base a la etiqueta diagnóstica o factor relacionado, seleccionar la o las intervenciones.

Ejemplo: administración de medicamentos I.V, protección contra las infecciones.

Busque las intervenciones seleccionadas por orden alfabético ubicadas en la clasificación.

Una vez identificada seleccionar las actividades de enfermería acordes a la infraestructura, recursos y competencia profesional.

Para llevar a cabo las actividades planeadas es importante considerar la aceptación de la y el paciente.

Nota: Si se considera alguna intervención o actividad no incluida en la Clasificación de Intervenciones de enfermería se podrá registrar en el PLACE siempre y cuando tengan nivel de evidencia clínica. (Anexos). El PLACE deberá ser sustentado con bibliografía científica y en proceso de constante actualización.

Recomendaciones generales

Para la construcción, desarrollo, implementación y evaluación de PLACE la Jefa y el Jefe de Enfermería u homólogos de cada institución o unidad médica, deberán:

1. Participar en el proyecto para asegurar una gestión efectiva, que orientará a una práctica de enfermería libre de riesgos, mejorar la calidad de los servicios de salud y cumplir con el compromiso organizacional de institucionalizar los planes de cuidados de enfermería elaborados.
2. Identificar aquellas personas con formación académica o con capacitación específica de los aspectos teóricos y metodológicos sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la clasificación NANDA, NOC y NIC.



3. Conformar un grupo de trabajo cuya función será la de coordinar la elaboración, implementación y evaluación de los planes de cuidados de enfermería.

Metodología North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para elaborar diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO DE SALUD O BIENESTAR		
Paso 1		Paso 2
Respuesta humana que describe el nivel de bienestar de una persona.	m/p Para su redacción, la respuesta humana se debe unir a las características definitorias, mediante el conector "manifestado por" (m/p).	Identificar las características definitorias.
Para describirlo deben ser utilizadas las Etiquetas Diagnósticas de la NANDA. Es la disposición de la persona para mejorar su salud.		Que apoya la disposición de la persona para mejorar su salud.
Ejemplo		
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	m/p	La expresión verbal de deseos de reforzar la alegría, el amor, el propósito de la vida, la esperanza, el perdón de sí mismo, etc.
Disposición para mejorar el bienestar espiritual m/p la expresión verbal de deseos de reforzar la alegría, el amor, el propósito de la vida, la esperanza, el perdón de sí mismo, etc.		



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio:		Clase:				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)			Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
Enfoque (problema) (p)						Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
Factores relacionados (causas) (E)						El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla .
Características Definitorias (signos y síntomas)						<u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

INTERVENCIONES (NIC)
Actividades

INTERVENCIONES (NIC)
Actividades

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ELECTRONICAS:

PARTICIPANTES:



Metodología North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para elaborar diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO REAL				
Paso 1		Paso 2		Paso 3
Identificar el Problema (P) o Respuesta Humana.	r/c Para su redacción el problema se debe unir al factor o factores relacionados, mediante el conector "relacionado con" (r/c).	Identificar el Factor (es) relacionado (causa o etiología).	m/p A su vez se deberá unir a las características definitorias (datos objetivos y subjetivos ó signos y síntomas) mediante la fórmula "manifestado por" (m/p).	Las Características definitorias, manifestaciones o signos y síntomas (S).
Para su descripción deben ser utilizadas las Etiquetas Diagnósticas de la NANDA.		Que está ocasionando la respuesta.		Como se está manifestando el problema o que respuesta está presentando.
Ejemplo				
Deterioro de la eliminación urinaria.	r/c	Deterioro senso motor que anula el control voluntario.	m/p	Disuria, Incontinencia, retención, dificultad para iniciar el chorro de orina.
Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro senso motor que anula el control voluntario m/p disuria, incontinencia, retención, dificultad para iniciar el chorro de orina, etc.				

DIAGNÓSTICO DE RIESGO		
Paso 1		Paso 2
Identificar el Problema (P) o Respuesta Humana que puede desarrollar la persona	r/c Para su redacción el problema se debe unir al factor o factores relacionados, mediante el conector "relacionado con" (r/c).	Identificar el Factor (es) relacionado (causa o etiología)
Para describirlo deben ser utilizadas las Etiquetas Diagnósticas de la NANDA		Que está ocasionando la respuesta.
Ejemplo		
Riesgo de caídas de la cama	r/c	Lesión cerebral que anula el control voluntario, deterioro neurológico y falta de fuerza en las extremidades inferiores, etc.
Riesgo de caídas de la cama r/c lesión cerebral que anula el control voluntario, deterioro neurológico y falta de fuerza en las extremidades inferiores, etc.		



Construcción de diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el juicio sobre las respuestas humanas de problemas problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico que pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas; se deriva de la síntesis de la valoración del nivel de salud del individuo, familia o comunidad que la enfermera tiene capacidad para mantener y potenciar cuando es óptimo o tratar cuando éste se encuentra deteriorado o en riesgo de deteriorarse. Implica ver al individuo como un ser humano integral, se deberá tener en cuenta sus dimensiones física, psíquica, sociocultural, espiritual y de desarrollo. El Diagnóstico de enfermería debe permitirle a la enfermera expresar su conclusión y ser vehículo de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Factores de error en la construcción del diagnóstico enfermera	Habilidades de la enfermera para contrarrestar el error	Para garantizar el resultado, tomar en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> • La recolección de datos incorrecta o incompleta por; barreras lingüísticas, preguntas mal dirigidas, una valoración sin metodología, omisión de información, etc. • Interpretación incorrecta de datos de la valoración, por: premura de tiempo, prejuicios personales, falta de atención, etc. • Falta de experiencia o conocimientos clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de observación. • Habilidades conceptuales. • Apertura a la experiencia del otro. • Memoria. • Experiencia en el ámbito de enfermería. • Conocimiento sobre el proceso diagnóstico. • Habilidades de relación. 	<ul style="list-style-type: none"> • La complejidad de la situación a la que se enfrenta la enfermera. • El tiempo de que dispone. • Las exigencias del ámbito de cuidados.

Fases del proceso diagnóstico

<p>Fase de análisis. Comprende la clasificación, interpretación, agrupamiento y validación de los datos recolectados a través de la valoración realizada al individuo, familia o comunidad, el análisis de los mismos y su procedencia. Los datos se clasificarán de acuerdo a los patrones de respuesta humana establecidos por la NANDA.</p>	<p>Fase de síntesis. Una vez analizados los datos se deberá proceder a seleccionar la etiqueta diagnóstica. Su elección dependerá del conocimiento que se tenga del listado diagnóstico NANDA, las definiciones y características definitorias de las etiquetas. En caso de no encontrar una etiqueta diagnóstica acorde con el problema identificado, se puede proceder a la formulación del diagnóstico con el formato PES (Problema, etiología y Signos y síntomas).</p>	<p>Fase de registro. Los Diagnósticos de Enfermería pueden ser reales, de riesgo y de salud. Cada uno de ellos presenta unas características diferenciadoras que se deben respetar al momento de estructurarlos.</p>
--	--	---

Tipos de Diagnósticos

<p>Diagnóstico real. Describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Se define como el juicio que formula la enfermera cuando después de la valoración ha identificado las características definitorias (datos objetivos y subjetivos) de un problema o respuesta y por tanto debe concluir que dicho problema o respuesta se encuentra presente.</p>	<p>Diagnóstico de Riesgo. Es un juicio clínico en el que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Su identificación se deberá apoyar en la presencia de los factores de riesgo.</p>	<p>Diagnóstico de Salud o bienestar. Este tipo de diagnóstico se establecerá cuando en la valoración se identifican pautas de comportamiento saludables. Su registro precisa únicamente el componente de la Respuesta Humana que describirá la situación saludable y de la cual se buscará mantener el estado de bienestar o mejorarlo.</p>
---	---	--



Metodología para la selección de Resultados esperados Nursing Outcomes Classification (NOC)

RESULTADOS ESPERADOS NOC

Son los criterios que sirven para juzgar el éxito de una intervención de enfermería determinada.

Directrices para estructurar los criterios de resultado

<p>1. Establecer prioridades de las respuestas humanas y/o problema identificado para decidir cuales requieren intervenciones inmediatas por poner en riesgo sus funciones vitales.</p>	<p>1. Determinar objetivos o criterios de resultado esperado en un tiempo determinado. Utilizando los criterios de resultado establecidos en la clasificación de los resultados de Enfermería, NOC (Nursing Outcomes Classification) los cuales estarán agrupados en dominios y campos.</p> <p>Para seleccionar el resultado se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las características definitorias y factores relacionados. • Las características del paciente que pueden afectar a la consecución del resultado. • Los resultados asociados con el diagnóstico. • Las preferencias del paciente. 	<p>2. Seleccionar el resultado que se pretenda alcanzar, con la realización de la intervención.</p>
---	---	---

Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
<p>Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería.</p>	<p>Es un estado, conducta o percepción más concreto que sirve como indicación para medir un resultado.</p>	<p>Es de tipo liker de 5 puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado.</p>	<p>Es la puntuación esperada del resultado que se desea conseguir después de la intervención, la cual puede sufrir o no modificaciones en sentido positivo o negativo en relación a la respuesta del individuo, familia o comunidad a la intervención proporcionada.</p> <p><u>Puntaje que debe ser determinado en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>



SELECCIÓN DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES NIC

Es todo tratamiento basado en juicios y conocimientos clínicos, que un profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos o aumentar la salud del individuo y que van dirigidas a actuar sobre los factores relacionados, factores de riesgo o etiología, y en algunos casos a las características definitorias.

Tipos de intervención

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticas. • Terapéuticas. • Enseñanza. • Preventivas. | <ul style="list-style-type: none"> • Independientes, autónomas o directas. • Interdependientes, de colaboración o indirectas. |
|--|---|

Directrices para establecer las intervenciones

- | | | |
|--|---|--|
| <p>1. Determinar la intervención, tomando en consideración los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados deseados en el individuo. • Características del diagnóstico de enfermería. • Viabilidad de la intervención. • Aceptación por el paciente. • Capacidad del profesional de enfermería. | <p>2. A partir de una lista seleccionar las actividades que sean adecuadas a la problemática identificada en el individuo.</p> | <p>3. Si lo considera necesario, el profesional de enfermería podrá añadir nuevas actividades, congruentes con la intervención.</p> |
|--|---|--|

Metodología para la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería utilizando la taxonomía NANDA NOC y NIC

Metodología para la elaboración de "Plan de cuidados de Enfermería" utilizando la Taxonomía NANDA, NOC y NIC

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5	Paso 6	Paso 7
<p>Identificar: El perfil epidemiológico (morbi mortalidad) prevalente. Las principales demandas de atención (Ingresos, egresos, consultas) de los usuarios de los servicios de salud. Principales causas de eventos adversos e infecciones nosocomiales. Principales eventos incluidos en el CAUSES.</p>	<p>Identificar la respuesta humana, el dominio y la clase alterada, con base a la taxonomía NANDA.</p>	<p>Seleccionar las etiquetas diagnósticas prioritarias considerando la respuesta humana al problema de salud.</p>	<p>Estructurar los diagnósticos de enfermería, los cuales podrán ser reales, de riesgo de salud o bienestar, considerando el formato NANDA.</p>	<p>Establecer el resultado (objetivo) que se espera lograr con la intervención de enfermería, con apoyo de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC).</p>	<p>Seleccione el o los respectivos escalas de medición de acuerdo con la Clasificación de enfermería NIC. Sumar indicadores. La Puntuación Diana. Se hará un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (mantener a) y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería. (aumentar a)</p> <p><i>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada, a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</i></p>	<p>Determinar las intervenciones prioritarias para el logro del objetivo o criterio de resultado, basándose en las intervenciones establecidas en la clasificación NIC. Seleccionar las actividades prioritarias. Si es necesario añadir nuevas actividades congruentes con la intervención.</p>
<p>Ejemplo: Cáncer</p>	<p>Ejemplo: Dominio 11: Confort Clase 1: confort físico Dolor agudo Dolor crónico Nauseas Disposición para mejorar el bienestar Clase 2 confort ambiental</p>	<p>Ejemplo: Dominio 11: Confort Clase 1: confort físico Dolor agudo Dolor crónico Nauseas Disposición para mejorar el bienestar Clase 2 confort</p>	<p>Ejemplo: Real: Etiqueta diagnóstica R/C Factor relacionado M/P Características definitorias Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p conducta de defensa, irritabilidad y agitación De riesgo: Etiqueta diagnóstica R/C Factores de riesgo De salud o bienestar Etiqueta diagnóstica M/P Características definitorias</p>	<p>Ejemplo: Dolor crónico Efectos nocivos Dolor: respuesta psicológica adversa Nauseas y vómitos: Efectos nocivos Nivel del dolor Severidad de las náuseas y vómitos Severidad de los síntomas Severidad de los síntomas: peri menopausia Severidad de los síntomas:</p>	<p>Ejemplo: Resultado: Nivel del Dolor Indicador: Dolor Referido Escala: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Ligeramente comprometido 5. No comprometido Puntuación Diana: Mantener a: Aumentar a:</p>	<p>Ejemplo: Dolor Crónico Intervenciones Acupresión Aplicación de calor o frío Aromaterapia Contacto terapéutico Estimulación cutánea Estimulación nerviosa Manejo de las náuseas Manejo del Dolor Manejo del prurito Actividades Realizar valoración exhaustiva del dolor Observar claves no verbales de molestias Considerar influencias culturales, etc.</p>



ANEXO 3
“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”



Anverso primera mitad de la hoja

52	Nombre del Medicamento				Presen	Dosis	Via Admon	Frecuen	Horario	Nombre del Medicamento				Presen	Dosis	Via Admon	Frecuen	Horario						
53	Nombre Enf. Mat		Matr		Nombre Enf. Vesp		Matr		Nombre Enf. Noct		Matr													
	C:P:	F.I	H.I.	Días	C:P:	F.I	H.I.	Días	Otros	F.I	H.I.	Días	S. Vesical	F.I	H.I.	Días	SNG / SOG	F.I	H.I.	Días	Canula ET	F.I	H.I.	Días
	No.				No.								No.											
	Sitio de punción, presenta signos de infección: SI - NO				TM		TV		TN	Número de intentos de punción				TM		TV		TN						
54	Hora de Valoración/Revaloración		8	10	12	14	Hora de Valoración/Revaloración		16	18	20	Hora de Valoración/Revaloración		22	24	2	4	6						
	Riesgo de ulcera por presión:				Riesgo de ulcera por presión:				Riesgo de ulcera por presión:															
	Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones															
	Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones															
	Hora de Valoración/Revaloración		8	10	12	14	Hora de Valoración/Revaloración		16	18	20	Hora de Valoración/Revaloración		22	24	2	4	6						
	Riesgo de caída				Riesgo de caída				Riesgo de caída															
Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones																
Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones																
55	NIPS	0	1	2	3	4	5	6	7	TM		TV		TN										
Dominios		1	56	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13									

56	Nombre del medicamento				Presen	Dosis	Via Admon	Frecuen	Horario	Nombre del medicamento				Presen	Dosis	Via Admon	Frecuen	Horario						
57	Nombre TM		Mat		Nombre TV		Mat		Nombre TN		Mat													
	CVP	F.I	H.I.	Días	CVC	F.I	H.I.	Días	Otros	F.I	H.I.	Días	S. Vesical	F.I	H.I.	Días	SNG / SOG	F.I	H.I.	Días	Canula ET	F.I	H.I.	Días
	No.				No.								No.											
	Sitio de punción, presenta signos de infección: SI - NO				TM		TV		TN	Número de intentos de punción				TM		TV		TN						
58	Hora de valoración/revaloración		8	10	12	14	Hora de valoración/revaloración		16	18	20	Hora de valoración/revaloración		22	24	2	4	6						
	Riesgo de ulcera por presión:				Riesgo de ulcera por presión:				Riesgo de ulcera por presión:															
	Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones															
	Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones															
	Hora de valoración/revaloración		8	10	12	14	Hora de valoración/revaloración		16	18	20	Hora de valoración/revaloración		22	24	2	4	6						
	Riesgo de caída				Riesgo de caída				Riesgo de caída															
Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones																
Intervenciones				Intervenciones				Intervenciones																
59	NIPS	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	TM		TV		TN						
Localización del dolor EVA		60																						

0702-009-026



Anverso segunda mitad de la hoja

Dominios	61	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Habitat exterior	Turno matutino			Hora			Turno vespertino			Hora			Turno nocturno			Hora
Datos subjetivos y objetivos	62															
	63															
Diagnóstico enfermero	64															
Intervenciones de enfermería	65															
Problema Interdependiente	66															
Intervención de colaboración	67															
Respuesta y evolución	68															
	69															
Observaciones																
Plan de educación	70															
AEG																
EG	71															
JE	72															

0702-009-026



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
NOTA: Todos los datos del encabezado deberán ser registrados con tinta color azul, los registros deben ser con tinta estándar.		
1	Nombre.	El nombre completo de la o el paciente, iniciando por los apellidos paternos, maternos y nombre. Este dato deberá transcribirse de: Expediente clínico, Cartilla Nacional de Salud y citas médicas u otro documento con el que se recibe a la o el paciente. Ejemplo: Fuentes Cienfuegos Marcelo.
2	Fecha de nacimiento.	Registra con número arábigos la fecha de nacimiento iniciando con día / mes / año (cuatro dígitos). Ejemplo: 15 / 05/ 2001.
3	Edad.	Los años cumplidos cuando se trate de adultos, adolescente, escolares y preescolares (de tres a 5 años). Ejemplo 1: 38 años (adulto). En menores de 1 a 3 años marcar años, y en los meses marcar como referencia denominador son meses y referenciar 12 para indicar los meses Ejemplo 2: 2 5/12, dos años con cinco meses. Ejemplo 3: 4/12, cuatro meses. En menores de 30 días, marcar como referencia denominador son días y referenciar 30 para indicar el mes. Ejemplo 4: 18/30, dieciocho días.
4	NSS y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social de la y el paciente. Este dato deberá transcribirse en: expediente clínico, cartilla nacional de salud y citas médicas u otro documento con el que se recibe a la y el paciente. Ejemplo 1: Cuando el paciente es derechohabiente 1210-55-1670-1M59OR. Ejemplo 2: En caso de ser paciente prospero habiente, 1M59PR. Ejemplo 3: En caso de contar con Seguro Popular, 2F76SP.
5	Número de expediente clínico.	Registrar el número asignado por la organización del expediente clínico de la y el paciente.
6	Número de Póliza Seguro Popular	Registra el número asignado de Póliza del Seguro Popular, de la o el paciente afiliado.



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
7	Sexo.	“M” si es Mujer, “H” si es Hombre aplica de igual manera para el recién nacido.
8	Especialidad.	El nombre de la especialidad responsable de la atención del paciente, en caso de cambio de la misma encerrar en paréntesis el nombre de la anterior y anotar la nueva especialidad a cargo. Ejemplo : Paciente con diagnóstico médico de Intoxicación por órganos fosforados, se encuentra en observación de urgencias la especialidad responsable es Medicina Interna.
9	Cama, camilla, cuna o incubadora.	El número de cama, camilla, cuna o incubadora en la que se encuentre en hospitalización la persona enferma en caso de cambio de la misma, poner entre paréntesis el número anterior y registrar el nuevo número. Ejemplo 1: Número de cama 5. Ejemplo 2: Número de cama inicial (5) Nuevo número de cama12.
10	Diagnóstico médico.	El diagnóstico de presunción o definitivo principal, registrado por el personal médico responsable de la y el paciente y registrado en la nota de ingreso. Actualizarlo de acuerdo a las notas médicas de evolución del mismo, en los formatos “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72. Ejemplo: Coledocolitiasis.
11	Unidad.	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente y domicilio. Ejemplo: Hospital Rural 14 Matehuala. Carretera central N° 57 Km 617, col 22 de Mayo, Matehuala San Luis Potosí.
12	Fecha.	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el llenado del formato, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 01 / 04 / 15.
13	Días de hospitalización.	El número de días que tiene de estancia la persona enferma en el servicio o área, con número arábigo, con tinta de color rojo y en forma progresiva. Las y los pacientes que ingresen minutos antes de las 24 horas, anotar (1) en el espacio correspondiente y (0) si el



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		ingreso ocurre después de las 24 horas.
14	Frecuencia Cardíaca (F.C).	Marcará un punto en el sitio en el que coincidan las cifras obtenidas correspondientes a la frecuencia cardíaca (F.C.), marcar con tinta de color azul.
15	Temperatura de la Incubadora (T.I).	Temperatura de la incubadora, marcar con tinta de color verde.
16	Temperatura Corporal (T.C).	Temperatura corporal, marcar con tinta de color rojo. NOTA 1: Unir con líneas los puntos para conformar las gráficas correspondientes. NOTA 2: La toma y registro de signos vitales deberá realizarse por turno y cuantas veces sea necesario de acuerdo al estado de salud de la persona enferma y/o indicaciones médicas. Para conformar la gráfica, unir con líneas los puntos correspondientes.
17	Escala Visual Análoga del Dolor (EVA).	<p>Escala Analógica Visual (EVA) es otro abordaje válido para medir el dolor en el paciente mayor de 2 años de edad y conceptualmente es muy similar a la escala numérica.</p> <p>La de EVA más conocida consiste en una línea de 10 unidades, con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable”.</p>



La enfermera solicita a los pacientes que le indique en la gráfica, el punto que mejor describa la intensidad del dolor. La longitud de la línea de los pacientes es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.

Escala para valoración de dolor para las y los pacientes mayores de 2 años



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No. DATO ANOTAR

PARAMETRO	VARIABLE	CLASIFICACIÓN
0 al 1	Muy contento	Sin dolor
2 al 3	Siente un poquito de dolor	Dolor leve
4 al 5	Siente un poco más de dolor	Dolor moderado
6 al 7	Siente aún más dolor	Dolor severo
8 al 9	Siente mucho dolor	Dolor muy severo
10	Es el peor dolor que puede imaginarse (No es necesario que la o el paciente este llorando para sentir este dolor)	Máximo dolor

Consideraciones: La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto que el paciente tiene con el hospital y la reevaluación se realiza una vez por turno y cuantas veces sea necesario, debe ser valorada la **intensidad, características del dolor, frecuencia, localización y duración** y documentar en el apartado de datos objetivos y subjetivos y en caso necesario en observaciones, el seguimiento deberá realizarse de manera periódica.

NOTA: La valoración del dolor y el registro deberán realizarse por turno y cuantas veces sea necesario de acuerdo al estado de salud de la o el paciente, registrar las intervenciones correspondientes en el apartado No. 59 y la localización en el apartado No. 60.

Colocará un punto con tinta de color negra, en el sitio en el que coincida la cifra obtenida de la y el paciente y la hora en que se realiza la toma. Para conformar la gráfica, unir con líneas los puntos correspondientes.

18 Tensión Arterial.

Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial con estetoscopio y esfigmomanómetro a la y el paciente, arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica, con tinta de color de acuerdo al turno.

Turno matutino: Color azul.

Turno vespertino: Color verde.

Turno nocturno: Color rojo.

Ejemplo: 130/90 mmHg.

19 TAM

El valor obtenido de la suma de dos diastólicas más una sistólica entre tres, registrar con tinta de color de acuerdo al turno.

Ejemplo: T.A 120/80 mmHg.

Resultado: $80 + 80 + 120 = 280 / 3 = 93.3$ mmHg.

20 Frecuencia Respiratoria.

El valor obtenido de cuantificación de la frecuencia respiratoria de la y el paciente, registrar con tinta de color de acuerdo al turno.

Ejemplo: 18 x´.



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																																				
21	Código de temperatura.	La inicial O (oral), A (axilar) o R (rectal), según al sitio anatómico donde se realizó la toma de la temperatura. Con color de tinta de acuerdo al turno. Ejemplo: Axilar (A).																																				
22	SPO2.	El valor obtenido de la monitorización del % de saturación de oxígeno a través de oximetría, registrar con tinta de color de acuerdo al turno. Ejemplo: 82%.																																				
23	P.V.C.	El valor obtenido de la toma de la Presión Venosa Central de la y el paciente, registrar con color de tinta de acuerdo al turno. Ejemplo: 7.5 cmH2O.																																				
24	GLASGOW.	El valor obtenido de la valoración de la apertura ocular, respuesta verbal y motora, registrando la calificación de acuerdo a la escala de valoración, tabulando en número arábigo, registrar con tinta de color de acuerdo al turno. Ejemplo: 14.																																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Respuesta</th> <th>Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Apertura ocular</td> <td>Espontánea</td> <td>4 puntos</td> </tr> <tr> <td>A la orden</td> <td>3 puntos</td> </tr> <tr> <td>Ante un estímulo doloroso</td> <td>2 puntos</td> </tr> <tr> <td>Ausencia de apertura ocular</td> <td>1 punto</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Respuesta verbal</td> <td>Orientado correctamente</td> <td>5 puntos</td> </tr> <tr> <td>Paciente confuso</td> <td>4 puntos</td> </tr> <tr> <td>Lenguaje inapropiado</td> <td>3 puntos</td> </tr> <tr> <td>Lenguaje incomprensible (p. ej. gruñidos, suspiros, etc.)</td> <td>2 puntos</td> </tr> <tr> <td>Carencia de actividad verbal</td> <td>1 punto</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Respuesta Motora</td> <td>Obedece órdenes correctamente</td> <td>6 puntos</td> </tr> <tr> <td>Localiza estímulos dolorosos (p. ej. presión sobre el lecho ungueal)</td> <td>5 puntos</td> </tr> <tr> <td>Evita estímulos dolorosos retirando el segmento corporal explorado</td> <td>4 puntos</td> </tr> <tr> <td>Respuesta con flexión anormal de los miembros</td> <td>3 puntos</td> </tr> <tr> <td>Respuesta con extensión anormal de los miembros</td> <td>2 puntos</td> </tr> <tr> <td>Ausencia de respuesta motora</td> <td>1 punto</td> </tr> </tbody> </table>	Variable	Respuesta	Puntaje	Apertura ocular	Espontánea	4 puntos	A la orden	3 puntos	Ante un estímulo doloroso	2 puntos	Ausencia de apertura ocular	1 punto	Respuesta verbal	Orientado correctamente	5 puntos	Paciente confuso	4 puntos	Lenguaje inapropiado	3 puntos	Lenguaje incomprensible (p. ej. gruñidos, suspiros, etc.)	2 puntos	Carencia de actividad verbal	1 punto	Respuesta Motora	Obedece órdenes correctamente	6 puntos	Localiza estímulos dolorosos (p. ej. presión sobre el lecho ungueal)	5 puntos	Evita estímulos dolorosos retirando el segmento corporal explorado	4 puntos	Respuesta con flexión anormal de los miembros	3 puntos	Respuesta con extensión anormal de los miembros	2 puntos	Ausencia de respuesta motora	1 punto
Variable	Respuesta	Puntaje																																				
Apertura ocular	Espontánea	4 puntos																																				
	A la orden	3 puntos																																				
	Ante un estímulo doloroso	2 puntos																																				
	Ausencia de apertura ocular	1 punto																																				
Respuesta verbal	Orientado correctamente	5 puntos																																				
	Paciente confuso	4 puntos																																				
	Lenguaje inapropiado	3 puntos																																				
	Lenguaje incomprensible (p. ej. gruñidos, suspiros, etc.)	2 puntos																																				
	Carencia de actividad verbal	1 punto																																				
Respuesta Motora	Obedece órdenes correctamente	6 puntos																																				
	Localiza estímulos dolorosos (p. ej. presión sobre el lecho ungueal)	5 puntos																																				
	Evita estímulos dolorosos retirando el segmento corporal explorado	4 puntos																																				
	Respuesta con flexión anormal de los miembros	3 puntos																																				
	Respuesta con extensión anormal de los miembros	2 puntos																																				
	Ausencia de respuesta motora	1 punto																																				
25	Talla.	El valor obtenido de la medición de la estatura de la y el paciente en metro y centímetros o solamente en centímetros, según el caso, a su ingreso o por razón necesaria, con tinta de color azul. Ejemplo 1: 1.70 metros (mt). Ejemplo 2: 0.50 centímetros (cm).																																				
26	Peso.	El valor obtenido del peso de la y el paciente en kilos y gramos, según el caso, a su ingreso o por razón necesaria, con tinta de color azul. Ejemplo 1: 52.000 kg. Ejemplo 2: 2.200 Kg. Ejemplo 3: 700 gr.																																				
27	Perímetro.	La inicial del perímetro anatómico según el caso PC (Perímetro Cefálico), PT (Perímetro Torácico) o PA																																				



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		(Perímetro Abdominal), PB (Perímetro del Brazo), PAT (Perímetro del Antebrazo), PMC (Perímetro de la Muñeca), PM (Perímetro del Muslo), PP (Perímetro de Pantorrilla), PTB (Perímetro del Tobillo), el valor obtenido de la medición en centímetros y con color de tinta de acuerdo al turno. Ejemplo 1: PC 35 cm. Ejemplo 2: PM 55 cm.
28	Fórmula.	El tipo de fórmula láctea o especial indicada por el personal médico tratante, cantidad, calorías y número de tomas, según el caso. Ejemplo: Fórmula sin lactosa, 20 ml por 8 tomas, 100cal/kg.
29	Dieta.	El tipo de dieta indicada por el personal médico tratante, así como el tipo de líquidos y cantidad prescrita. El tipo de dieta, nombre del alimento y cantidad de ingesta expresada en mililitros en cada toma en el horario correspondiente. NOTA 1: En turno matutino registrar desayuno y comida. El turno vespertino: registrar la cena. El turno nocturno: cuando corresponda dieta especial y/o colación. NOTA 2: En los casos de cambio de terapéutica dietética, hacer el registro en el espacio correspondiente al turno, día y hora en que es indicado y subrayarlo. NOTA 3: Cuando se trate de ayuno hasta nueva orden anotar las iniciales “AHNO”. Y la hora de inicio, si es ayuno por tiempo determinado anotar la palabra “ayuno” y la hora en que inicia y termina. Ejemplo: desayuno/dieta blanda, 2 rebanadas de pan 50 ml, 1 vaso de leche 120 ml, 1 pieza de pollo 30 ml.
30	Total.	El consumo total de cantidad de alimentos, expresada en mililitros, por turno. Ejemplo: 500 ml.
31	Líquidos parenterales y electrolitos.	Tipo de solución: (glucosada, fisiológica, hartman o mixta) y de electrolitos (KCl, Ca, etcétera).

Solución parenteral	Abreviaturas	Electrolitos concentrados	Abreviaturas
Sol. Glucosada al 5%	SG 5%	Cloruro de potasio	KCL
Sol. Glucosada al 10%	SG 10%	Cloruro de Sodio	NaCL
Sol. Mixta	SM	Calcio	Ca
Sol. Fisiológica	SF	Sulfato de magnesio	MgSO4
Sol. Hartman	SH	Bicarbonato de sodio	NaHCO3



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
32	Elementos sanguíneos.	<p>Frecuencia: registrar el tiempo de duración de la solución indicada.</p> <p>Cantidad: anotar en mililitros y miliequivalentes la cantidad total de solución, electrolitos o medicamentos prescritos.</p> <p>Hora de inicio: Registra la hora en la cual se inicia la solución.</p> <p>Hora de término: registra la hora en la cual se termina la solución.</p> <p>Ejemplo 1: SG 10% 90 ml+ SF 0.9 % 30 ml+ 1 mEq de KCL/para 8 horas/120.5 ml cantidad total de solución/hora de inicio 11:00 hs/ hora de termino 19:00 hs.</p> <p>NOTA: En el apartado No. 69 de observaciones registrar la fórmula que se utilizó para el cálculo exacto de dosis prescrita y la velocidad de la infusión de mililitros por hora y gotas por minuto, en caso de medicamentos de alto riesgo.</p> <p>Ejemplo 2: prescripción de 4 mEq KCL, en solución glucosada al 10 % 70 ml, para 8 horas.</p> <p>Fórmula utilizada para la dosificación 4 meq indicados x10 ml de cantidad de presentación del medicamento/ 20 mEq del medicamento= 2ml.</p> <p>Velocidad de infusión: Pasar 15 ml por hora, 15 microgotas por minuto.</p> <p>Anotar el tipo de elemento sanguíneo (paquete globular, plaquetas, plasma, etc.).</p> <p>Frecuencia: Registrar el tiempo de duración del elemento sanguíneo.</p> <p>Cantidad: anotar en mililitros del elemento sanguíneo.</p> <p>Hora de inicio: Registra la hora en la cual se inicia el elemento sanguíneo.</p> <p>Hora de término: Registra la hora en la cual se termina el elemento sanguíneo.</p> <p>Ejemplo: PFC: 200 ml P/2 horas, I: 15:00 horas, T: 17:00.</p> <p>NOTA: Los elementos sanguíneos administrados a la persona enferma, se anotarán con las abreviaturas y símbolos respectivos, concentración y cantidades en mililitros.</p> <p>Paquete globular: PG.</p> <p>Plasmas Fresco Congelado: PFC.</p> <p>Concentrado Plaquetario: CP.</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
33	Total de líquidos parenterales (total de turno).	Registrar la cantidad que se recibe en el enlace de turno, (solución parenteral o elemento sanguíneo). Registrar el total de solución o elemento sanguíneo administrado en el turno.
34	Control de líquidos ingresos/egresos.	A partir de este apartado se considera el control de líquidos.
35	Vía oral.	La cantidad total de líquidos ingeridos en cada turno, en caso de prescripción de control estricto de líquidos, por hora registrar en mililitros. Ejemplo: 600 ml.
36	Sonda orogástrica, nasogástrica o vesical.	La cantidad de líquidos administrados y drenados a través de cualquier tipo de sonda a la persona enferma en cada turno, o por hora expresada en mililitros. Ejemplo: 300 ml.
37	Sol. parenterales y electrolitos.	La cantidad total de soluciones administradas durante el turno, en mililitros. Ejemplo: 800 ml.
38	Hemoderivados.	La cantidad total hemoderivados durante el turno, en mililitros. Ejemplo: 150 ml.
39	Medicamentos.	La cantidad de solución total administrada para la dilución de los medicamentos, incluyendo el contenido del fármaco, durante el turno en mililitros. Ejemplo: 55 ml.
40	Otros.	La cantidad total de infusión de otros líquidos administrados a la persona enferma, en cada turno, en mililitros. Ejemplo: 40 ml.
41	Uresis.	El número de micciones con el signo convencional (✓) y cantidad en mililitros, si está indicado el control de líquidos o si el caso lo requiere. Ejemplo 1: 200 ml. Ejemplo 2: ✓✓✓ NOTA: Describir las características de la uresis en el recuadro correspondiente a datos subjetivos y objetivos.
42	Evacuación.	La cantidad en mililitros y características macroscópicas de la primera evacuación y con el signo convencional (✓) las siguientes si son iguales, según el código de



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		evacuaciones establecido.
43	Sangrados.	La cantidad en mililitros de sangre perdida. Ejemplo: 100 ml herida quirúrgica. NOTA: Describe las características del sangrado en el recuadro correspondiente a datos objetivos y subjetivos.
44	Vómito.	La cantidad en mililitros de líquidos perdidos a través del vómito. Ejemplo: 300 ml vómito de contenido alimenticio. NOTA: Describe las características en el recuadro correspondiente a datos objetivos y subjetivos.
45	Aspiración.	Los mililitros de la cantidad de líquidos perdidos a través de la succión o aspiración. Ejemplo: 200 ml secreciones bronquiales. NOTA: Describe las características en el recuadro correspondiente a datos objetivos y subjetivos.
46	Drenes.	Los mililitros de la cantidad de líquidos perdidos a través de cualquier dispositivo de dren externo en el cuerpo. Ejemplo: 200ml sangre fresca por penrose. NOTA: Describe las características en el recuadro correspondiente a datos objetivos y subjetivos.
47	Perdidas insensibles.	Es el resultado de multiplicar el peso por la constante utilizada de acuerdo a la temperatura corporal por el número de horas calculadas. NOTA: Utiliza la formula correspondiente de acuerdo al peso de la y el paciente. Constante: Eutermia 0.5, hipertermia 0.7.
48	Total de ingresos.	La cantidad de la suma del total de líquidos administrados, durante el turno, registrado con color de tinta de acuerdo al turno. Ejemplo: 1000 ml.
49	Total egresos.	La cantidad de la suma del total de líquidos eliminados, durante el turno, con el color de tinta correspondiente al turno. Ejemplo: 800 ml.
50	Balance de líquidos.	La cantidad que resulte del balance de líquidos (positivo o negativo por turno y en 24 horas). Ejemplo: Total de ingresos 2000 ml. Total de egresos 2250 ml.



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Balance de líquidos -250 ml Negativo.
51	Estudios de laboratorio / productos biológicos.	<p>Las abreviaturas de los estudios y productos biológicos solicitados y cuando algunos queden pendientes para determinar fecha, hacer la anotación en el recuadro “pend” correspondiente en la columna de ese día y registrar cuando éste se haya realizado con el signo convencional (✓) y los resultados en el sitio correspondiente (anotar estudio a realizar).</p> <p>Ejemplo 1: Bh, QS, Es (✓).</p> <p>El nombre de las vacunas, toxoides, inmunoglobulinas o antitoxinas administradas a la y el paciente y cuando alguno quede pendiente, colocar “pend”.</p> <p>Ejemplo 2: Faboterápico antialacrán.</p>
52	EKG / RX / US.	<p>El nombre de los estudios de gabinete realizados y los resultados de ellos en el recuadro correspondiente a observaciones, cuando quede pendiente, colocar “pend”.</p> <p>Ejemplo: USG Abdominal (✓).</p> <p>NOTA 1: Registra cuando éste se haya realizado con el signo convencional (✓).</p> <p>NOTA 2: Cuando algún estudio quede pendiente para determinada fecha, hacer la anotación correspondiente en la columna de ese día, “pend”.</p>
53	Cirugía programada / realizada.	<p>El nombre de la intervención quirúrgica programada.</p> <p>Ejemplo 1: Laparotomía exploradora.</p> <p>NOTA 1: Cuando la intervención quirúrgica quede pendiente para determinada fecha, hacer la anotación correspondiente en la columna de ese día, “pend”.</p> <p>El nombre de la intervención quirúrgica realizada, con el signo convencional (✓), con el color de tinta correspondiente al turno.</p> <p>Ejemplo 2: Craneotomía (✓).</p> <p>NOTA 2: Registra “susp”. En los casos en los que la cirugía haya sido suspendida, así como las causas.</p> <p>Ejemplo 3: (susp) Por falta de tiempo quirúrgico.</p>
54	Reactivos / glucometría.	<p>Registrar el resultado obtenido, glucemia capilar, labstix.</p> <p>NOTA: Cuando los reactivos se realicen más de una vez por turno anotar en la hora en que se realizaron.</p>
55	Código de evacuaciones.	<p>Registrar el código correspondiente de las características macroscópicas de la primera evacuación y con el signo convencional (✓)) las siguientes si son iguales, según el código de evacuaciones establecido</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No. DATO ANOTAR

Tipo de evacuaciones			
Tipo	Abreviación	Tipo	Abreviación
Formada	F	Acólica	Ac
Líquida	L	Restos alimenticios	Ra
Semilíquida	SL	Mucosa	M
Pastosa	P	Sanguinolenta	S
Café	C	Grumosa	G
Verde	V	Fétida	Fet.
Negra	N	Meconio	Mec.
Amarilla	A		

56 Transcripción.

Nombre del medicamento: Transcribir tomando como referencia las indicaciones médicas legibles y claras, la dosis inicial del medicamento se administra inmediatamente después de que se reciba la indicación por el personal médico y posteriormente ajustar a horarios guía normados, cuando se suspende un medicamento anotar en el espacio correspondiente al horario la abreviatura (susp).

Presen: Registrar la presentación del medicamento
Ejemplo 1: Amikacina inyectable.

Ejemplo 2: Paracetamol tabletas.

Dosis: Se anotará en números arábigos y abreviaturas de la unidad de medida.

Vía Admón.: Se anotará con abreviaturas con base a lo normado.

Frecuencia: De acuerdo a lo indicado, ejemplo C/8.

Horario: Normado por la institución.

El registro de los antibióticos deberá ser con tinta de color rojo.

NOTA: Cuando no se cuente con el medicamento indicado por falta de abasto o estar fuera de cuadro básico, poner una diagonal (/) en el horario del medicamento con la tinta del color del turno, previo aviso al personal médico tratante.

Ejemplo 3: (0) Dicloxacilina amp. 500mg IV C/6hrs. 6-12-8-24.

Ejemplo 4: Ketorolaco tab.10 mg VO C/8hrs. 6-14-22.

Nombre y matrícula: Anotar el nombre y matrícula de la persona que aplica el medicamento por turno.

57 Procedimiento invasivo.

Registra los procedimientos invasivos que se realizan a la y el paciente.

CVP: Registra el número de Catéter Venoso Periférico instalado.



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		F.I. Fecha de instalación. H.I. Hora de Instalación. Días: registra los días de instalación del catéter. CVC: Catéter venoso central. Onf: Onfalocclisis. F.I. Fecha de Instalación. H.I. Hora de Instalación. Días: Registra los días de instalación del catéter. Otros: Registra el tipo de procedimiento que puede ser: Registra los datos de infección de catéter o sonda vesical. Si: Cuando se presente datos de infección como dolor, calor, edema, cambio de coloración etc. No: cuando esté libre de infección. El número de intentos de punción: se anotará el número de veces que se puncionó. S. Vesical. Nº: Registra el número de sonda instalada. F.I. Fecha de Instalación. H.I. Hora de Instalación. Días: Registra los días de instalación de la sonda SNG o SOG. Nº: Registra el número de sonda instalada. F.I. Fecha de Instalación. H.I. Hora de Instalación. Días: Registra los días de instalación de la sonda. Cánula ET. Nº: Registra el número de cánula instalada. F.I: Fecha de Instalación. H.I: Hora de Instalación. Días: Registra los días de instalación de la cánula. NOTA: Registrar la rúbrica del personal de enfermería en el apartado 57 del turno correspondiente. Ejemplo: Turno matutino GRH.
58	Escalas de evaluación y valoración.	Hora de valoración/revaloración de úlceras por presión: Marcar en la hora el resultado de la valoración de riesgo por úlceras de presión. Riesgo de úlcera por presión: Una vez terminada la valoración, sume cada una de las ponderaciones obtenidas del paciente y con base en el resultado clasifique y codifique el riesgo. Riesgo de úlceras por presión: Llenar el espacio correspondiente de la hora de evaluación o reevaluación con el código de colores de acuerdo al resultado obtenido de la valoración de riesgo de úlceras. Alto riesgo: rojo.



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

Riesgo moderado: amarillo.

Bajo riesgo: verde.

Intervenciones: Registre las intervenciones correspondientes de acuerdo al resultado de la valoración.

Escala de valoración riesgo de úlceras por presión (Escala de Braden)				
Percepción sensorial	Completamente limitada (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
Exposición a la humedad	Constante humedad (1)	A menudo humedad (2)	Ocasionalmente humedad (3)	Raramente humedad (4)
Actividad	Encamado/a (1)	En silla (2)	Deambula ocasionalmente (3)	Deambula frecuentemente (4)
Movilidad	Completamente inmóvil (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
Nutrición	Muy pobre (1)	Probablemente inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4)
Roce y peligro de lesiones	Problema (1) requiere moderada y máxima asistencia	Problema potencial (2) se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia		No existe problema aparente (3)
Clasificación del Riesgo				
Puntuación total <12			Alto riesgo	
Puntuación total 13-14			Riesgo moderado	
Puntuación total 15-16 si es menor de 75 años puntuación total 15-18 si es mayor o igual de 75 años			Riesgo bajo	

Riesgo de caídas:

La valoración del riesgo de caídas del paciente, por turno, utilizando la “Escala de valoración del grado de riesgos de caídas en el paciente hospitalizado”, ésta valora la funcionalidad en todas sus esferas.

Valoración del estado de la o el paciente	
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idiomas o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10
Determinación del grado de riesgo de caídas	
Nivel	Puntos
Alto riesgo	4-10
Mediano riesgo	2-3
Bajo riesgo	0-1

Hora de evaluación/revaluación de riesgo de caídas:

Marcar en la hora del resultado de la valoración de riesgo de caídas.

La evaluación inicial se realiza en el primer contacto en



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>el hospital en los servicios (Urgencias, hospitalización, Pediatría, Toco-Cirugía y Quirófano). La reevaluación se realiza cada dos horas, por cambio de turno, cambio de servicio y cambio del estado fisiológico del paciente. Riesgo de caídas: llenar el espacio correspondiente de la hora de evaluación o reevaluación con el código de colores de acuerdo al resultado obtenido de la valoración de riesgo de caídas. Alto riesgo: rojo. Riesgo medio: amarillo. Bajo riesgo: verde. Intervenciones: registre las intervenciones correspondientes de acuerdo al resultado de la valoración. Ejemplo: Educación al paciente y familiar sobre el uso de dispositivos.</p>

59 Valoración del dolor en neonatos según escala de NIPS.

Escala de NIPS Escala para valoración de dolor para las y los pacientes menores de 2 años

PARAMETROS	0	1	2	TOTAL
Expresión facial	Normal	Gesticulación (Ceja Fruncida, contracción nasolabial o de parpados)		
Llanto	Sin Llanto	Presente, consolable	Presente continuo no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos		
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente		

Puntuación Máxima= (0, no hay dolor, 7 existe dolor grave)

NIPS Horarios: Marcar con una “X” en el número que corresponda a la hora de valoración.
TM, TV y TN: Registrar el resultado de la valoración o revaloración durante el turno.

Ejemplo: TM: 4

60 Localización del dolor de EVA.

Localización del dolor: Anotar la clave que corresponda en el rubro correspondiente al turno.
La siguiente lista servirá para asignar la clave de acuerdo a la localización de dolor que el paciente refiera.

Área donde se localiza	Clave
Cabeza	1



ANEXO 3

**“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Región occipital	1A
	Región frontal	1B
	Región parietal	1CI, 1CD
	Auditiva	2
	Oído externo	2A
	Conducto auditivo	2B
	Conjuntivas (ojos)	3
	Boca	4
	Mucosa	4A
	Región dental (dientes)	4B
	Vía respiratoria	5
	Nariz	5A
	Faringe	5B
	Amígdalas	5C
	Tronco superior	6
	Región torácica	6A
	Glándula mamaria	6BI, 6BD
	Brazo	6CI, 6CD
	Antebrazo	6DI, 6DD
	Mano	6EI, 6ED
	Dedos miembro superior	6FI, 6FD
	Omoplato	6GI, 6GD
	Clavícula	6HI, 6HD
	Costillas	6I
	Región abdominal	7
	Cuadrante superior	7A
	Cuadrante inferior	7B
	Tronco inferior	8
	Pelvis	8A
	Coxis	8B
	Pierna	8CI, 8CD
	Rodilla	8DI, 8DD
	Pantorrilla	8EI, 8ED
	Tobillo	8FI, 8FD
	Pie	8GI, 8GD
	Dedos miembro inferior	8HI, 8HD
	Otro sitio anatómico: Anote en el renglón la descripción que refiere el paciente.	

61	Dominios.	Marcar con una “X” el número del dominio valorado en la o el paciente durante cada turno, con la finalidad de conocer su respuesta a procesos vitales o de salud, reales o potenciales en forma sistemática y con ello
----	-----------	--



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		coadyuvar en los diagnósticos de enfermería. Las áreas a valorar por dominio son las siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Promoción de la salud.2. Nutrición.3. Eliminación e intercambio.4. Actividad/reposo.5. Percepción/cognición.6. Autopercepción.7. Rol/relaciones.8. Sexualidad.9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.10. Principios vitales.11. Seguridad/protección.12. Confort.13. Crecimiento/desarrollo.
		Dominio 1: Percepción, conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función. Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Reconocimiento del funcionamiento normal y del bienestar. Déficit de actividades recreativas (0097). Estilo de vida sedentario (00168). Clase 2. Gestión de la salud: Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188). Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162). Gestión ineficaz de la salud (00078). Gestión ineficaz de la salud familiar (00080). Incumplimiento (00079). Mantenimiento ineficaz de la salud (00099). Protección ineficaz (00043). Salud deficiente de la comunidad (00215). Síndrome de fragilidad del anciano (00257). Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (00231).
		Dominio 2: Nutrición actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía. Clase 1. Ingestión: Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo. Deterioro de la deglución (00103).



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Disposición para mejorar la lactancia materna (00106). Interrupción de la lactancia materna (00105). Lactancia materna ineficaz (00104). Leche materna insuficiente (00216). Disposición para mejorar la nutrición (00163). Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002). Obesidad (00232). Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107). Sobrepeso (00233). Riesgo de sobrepeso (00234). Clase 2. Digestión: Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación. Clase 3. Absorción: Acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales. Clase 4. Metabolismo: Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales. Riesgo de deterioro de la función hepática (00178). Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179). Ictericia neonatal (00194). Riesgo de ictericia neonatal (00230). Clase 5. Hidratación: Incorporación y absorción de líquidos y electrolitos. Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195). Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160). Déficit de volumen de líquidos (00027). Exceso de volumen de líquidos (00026). Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028). Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025). Dominio 3. Eliminación e intercambio secreción y excreción de los productos de desecho del organismo. Clase 1. Función urinaria: Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina. Deterioro de la eliminación urinaria (00016). Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166). Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017). Incontinencia urinaria funcional (00020).



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176). Incontinencia urinaria refleja (00018). Incontinencia urinaria de urgencia (00019). Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022). Retención urinaria (00023). Diarrea (00013). Estreñimiento (00011). Estreñimiento funcional crónico (00235). Estreñimiento subjetivo (00012). Riesgo de estreñimiento (00015). Riesgo de estreñimiento funcional crónico (00236). Incontinencia fecal (00014). Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196). Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197). Clase 3. Función tegumentaria: Proceso de secreción y excreción a través de la piel. Clase 4. Función respiratoria: Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo. Deterioro del intercambio de gases (00030).
		Dominio 4. Actividad reposo producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía. Clase 1. sueño/reposo: Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad. Insomnio (00095). Deprivación de sueño (00096). Disposición para mejorar el sueño (00165). Trastorno del patrón de sueño (00198). Clase 2. Actividad/ejercicio: Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia. Deterioro de la ambulación (00088). Deterioro de la bipedestación (00238). Deterioro de la habilidad para la traslación (00090). Deterioro de la movilidad en la cama (00091). Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089). Deterioro de la movilidad física (00085). Deterioro de la sedestación (00237). Riesgo de síndrome de desuso (00040). Clase 3. Equilibrio de la energía: Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos. Fatiga (00093). Vagabundeando (00154).



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares: Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo. Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00239). Disminución del gasto cardiaco (00029). Riesgo de disminución del gasto cardiaco (00240). Patrón respiratorio ineficaz (00032). Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202). Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203). Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca (00200). Perfusión tisular periférica ineficaz (00204). Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228). Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034). Intolerancia a la actividad (00092). Riesgo de intolerancia a la actividad (00094). Deterioro de la ventilación espontánea (00033). Clase 5. Autocuidado: Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales. Déficit de autocuidado: alimentación (00102). Déficit de autocuidado: baño (00108). Déficit de autocuidado: uso de inodoro (00110). Déficit de autocuidado: vestido (00109). Disposición para mejorar el autocuidado (00182). Descuido personal (00193). Deterioro del mantenimiento el hogar (00098).</p> <p>Dominio 5. Percepción/cognición- sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.</p> <p>Clase 1. Atención: Disposición mental para darse cuenta u observar. Desatención unilateral (00123).</p> <p>Clase 2. Orientación: Conciencia de tiempo, lugar y persona.</p> <p>Clase 3. Sensación/percepción: Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y/o el reconocimiento de patrones.</p> <p>Clase 4. Cognición Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje. Confusión aguda (00128). Confusión crónica (00129). Riesgo de confusión aguda (00173). Conocimientos deficientes (00126). Disposición para mejorar los conocimientos (00161). Control emocional inestable (00251). Control de impulsos ineficaz (00222). Deterioro de la memoria (00131). Clase 5. Comunicación: Enviar y recibir información verbal y no verbal. Disposición para mejorar la comunicación (00157). Deterioro de la comunicación verbal (00051). Dominio 6. Autopercepción- conciencia de sí mismo. Clase 1. Auto concepto: Percepción (percepciones) sobre el yo total. Disposición para mejorar el autoconcepto (00167). Desesperanza (00124). Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174). Disposición para mejorar la esperanza (00185). Trastorno de la identidad personal (00121). Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225). Clase 2. Autoestima: Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito. Baja autoestima crónica (00119). Baja autoestima situacional (00120). Riesgo de baja autoestima crónica (00224). Riesgo de baja autoestima situacional (00153). Trastorno de la imagen corporal (00118). Dominio 7. Rol/Relaciones-Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran. Clase 1. Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud. Cansancio del rol de cuidador (00061). Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062). Deterioro parenteral (00056). Disposición para mejorar el rol parenteral (00164). Riesgo de deterioro parenteral (00057). Clase 2. Relaciones familiares:



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>Asociaciones que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección. Procesos familiares disfuncionales (00063). Disposición para mejorar los procesos familiares (00159). Interrupción de los procesos familiares (00060). Riesgo de deterioro de la vinculación (00058). Clase 3. Desempeño del rol: Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados. Conflicto del rol parenteral (00064). Desempeño ineficaz del rol (00055). Deterioro del intercambio social (00052). Relación ineficaz (00223). Disposición para mejorar la relación (00207). Riesgo de relación ineficaz (00229).</p> <p>Dominio 8. Sexualidad- Identidad sexual, función sexual y reproducción. Clase 1. Identidad sexual: Reconocerse como una persona específica en relación con la sexualidad y/o el género. Clase 2. Función sexual: Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales. Disfunción sexual (00059). Patrón sexual ineficaz (00065). Clase 3. Reproducción: Proceso por el cual se reproducen los seres humanos. Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209). Proceso de maternidad ineficaz (00221). Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208). Riesgo de proceso de maternidad ineficaz (00227).</p> <p>Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés- Convivir con los eventos/procesos vitales. Síndrome de estrés de traslado (00114). Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149). Síndrome del trauma pos violación (00142). Síndrome postraumático (00141). Riesgo de síndrome postraumático (00145). Clase 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno. Aflicción crónica (00137). Afrontamiento defensivo (00071). Afrontamiento ineficaz (00069).</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Disposición para mejorar al afrontamiento (00158). Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077). Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076). Afrontamiento familiar comprometido (00074). Afrontamiento familiar incapacitante (00073). Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075). Ansiedad (00146). Ansiedad ante la muerte (00147). Duelo (00136). Duelo complicado (00135). Riesgo de duelo complicado (00172). Estrés por sobrecarga (00177). Negación ineficaz (00072). Planificación ineficaz de las actividades (0199). Riesgo de planificación ineficaz de las actividades (0226). Disposición para mejorar el poder (00187). Impotencia (00125). Riesgo de impotencia (00152). Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241). Deterioro de la resiliencia (00210). Disposición para mejorar la resiliencia (00212). Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211). Temor (00148). Clase 3. Estrés neurocomportamental: Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa cerebral. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049). Conducta desorganizada del lactante (00116). Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115). Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante (00117). Disreflexia autónoma (00009). Riesgo de disreflexia autónoma (00010). Domino 10. Principios vitales- Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco. Clase 1. Valores: Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos. Clase 2. Creencias: Opciones expectativas o juicios sobre los actos,



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de valor intrínseco. Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068). Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Correspondencia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones. Conflictos de decisiones (00083). Deterioro de la religiosidad (00169). Disposición para mejorar la religiosidad (00171). Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170). Sufrimiento espiritual (00066). Riesgo del sufrimiento espiritual (00067). Sufrimiento moral (00175). Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184). Deterioro de la toma de decisiones independiente (00242). Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente (00243). Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente (00244). Dominio 11. Seguridad/protección- ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección. Clase 1. Infección: Respuestas del huésped tras una invasión patógena. Riesgo de infección (00004). Clase 2. Lesión física: Lesión o herida corporal. Riesgo de asfixia (00036). Riesgo de aspiración (00039). Riesgo de caídas (00155). Deterioro de la dentición (00048). Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086). Deterioro de la integridad cutánea (00046). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047). Deterioro de la integridad tisular (00044). Riesgo de deterioro de la integración tisular (00248). Riesgo de lesión (00035). Riesgo de lesión corneal (00245). Riesgo de lesión del tracto urinario (00250). Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087). Riesgo de lesión térmica (00220). Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031). Deterioro de la mucosa oral (00045). Riesgo de deterioro de la mucosa oral (00247).



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Retraso en la recuperación quirúrgica (00100). Riesgo del retraso en la recuperación quirúrgica (00246). Riesgo de sangrado (002006). Riesgo de sequedad ocular (00219). Riesgo de shock (00205). Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156). Riesgo de traumatismo (00038). Riesgo de traumatismo vascular (00213). Riesgo de úlcera por presión (00249). Clase 3. Violencia: Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso. Automutilación (00151). Riesgo de automutilación (00139). Riesgo de suicidio (00150). Riesgo de violencia autodirigida (00140). Riesgo de violencia dirigida a otros (00138). Clase 4. Peligros del entorno: Fuentes de peligro en los alrededores. Contaminación (00181). Riesgo de contaminación (00180). Riesgo de intoxicación (00037). Clase 5. Procesos defensivos: Procesos por los cuales el yo se protege de lo que es externo al yo. Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados (00218). Riesgo de respuesta alérgica (00217). Respuesta alérgica al látex (00041). Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042). Clase 6. Termorregulación: Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo. Hipertermia (00007). Hipotermia (00006). Riesgo de hipotermia (00253). Riesgo de hipotermia perioperatoria (00254). Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005). Termorregulación ineficaz (00008). Dominio.12 Confort-Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social. Clase 1. Confort físico:



ANEXO 3

**“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
		<p>Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia. Disposición para mejorar el confort (00183). Disconfort (00214). Dolor agudo (00132). Dolor crónico (00133). Dolor de parto (0026). Náuseas (00134). Síndrome de dolor crónico (00255). Clase 2. Confort del entorno: Sensación de bienestar o alivio con el propio entorno. Aislamiento social (00053). Disposición para mejorar el confort (00183). Riesgo de soledad (00054).</p> <p>Dominio 13. Crecimiento/desarrollo- Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones, físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o progresión en las etapas del desarrollo. Clase 1. Crecimiento: Progreso o regresión a través de una secuencia de etapas establecidas en la vida. Riesgo de crecimiento desproporcionado (00113). Clase 2. Desarrollo: Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas orgánicos. Riesgo de retraso en el desarrollo (00112).</p>
62	Habitus exterior.	<p>Registrar la valoración del aspecto externo de la o el paciente, conjuntando datos obtenidos de la inspección general y se consideran 10 datos principales; condición de la o el paciente, sexo, edad aparente, constitución, actitud, facies, movimientos anormales, marcha anormal, estado de conciencia, vigilia.</p> <p>Habitus exterior: Son los datos obtenidos de la inspección general (aspecto externo de la o el paciente) es decir a simple vista.</p> <p>Condición de la o el paciente se asocia al estado de la gravedad de la y el paciente, se determina si es paciente ambulante o encamado.</p> <p>Ambulante: (se debe describir todo lo que ayude a la y el paciente a desplazarse) ejemplo: paciente ambulante con muletas debido a bota de yeso en extremidad inferior izquierda.</p> <p>Encamado: Paciente que se encuentra acostado, se debe observar si existe algo que lo obligue a estar en ese estado, una herida, una tracción esquelética, estado de conciencia alterado (coma, estupor), conexión a</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>aparatos como ventilador mecánico, ejemplo: paciente que se encuentra encamado por herida quirúrgica.</p> <p>Sexo se debe señalar la condición genérica de la y el paciente.</p> <p>Hombre: Generalmente presenta cabello grueso abundante formas de entradas y por lo general no rebasa los hombros, frente amplia, cejas abundantes y gruesas, pestañas cortas, lisas y gruesas, ojos grandes, orejas grandes, toscas y gruesas, en abdomen existe distribución androide de la grasa se acumula en los flancos, las extremidades son fuertes y gruesas.</p> <p>Mujer: Cabello delgado, implantación redondeada y generalmente rebasa los hombros, frente poco amplia, cejas finas delineadas, escasas y delgadas, pestañas largas y rizadas, orejas delgadas y pequeñas, nariz pequeña, labios delgados, extremidades delgadas, manos finas pequeñas.</p> <p>Edad Aparente: Es la edad que representa la o el paciente a simple vista, su importancia reside en que hay enfermedades propias de una edad, además que los mecanismos de acción y de defensa son diferentes de acuerdo a los diferentes grupos etarios, la edad aparente refleja el estilo de vida, así como los antecedentes patológicos de la o el paciente, el proceso de envejecimiento.</p> <p>Constitución: Es el grado de robustez de un individuo, está determinado en base a la relación que hay entre el tejido óseo, muscular y tejido celular subcutáneo se clasifica en:</p> <p>Fuerte: predomina el tejido muscular y óseo.</p> <p>Media: Proporción entre los tres tejidos.</p> <p>Débil: Predomina el tejido óseo.</p> <p>Fuerte debilitado: individuo cuya constitución era fuerte, pero debido a alguna enfermedad aguda se torna débil conservando algunas características de fortaleza.</p> <p>Conformación: Es la relación y proporción de todas las partes del cuerpo que podemos apreciar, a simple vista se le estudia:</p> <p>Integridad del cuerpo: se refiere a que no le sobren o le falten partes al cuerpo</p> <p>Relación y Proporción: se refiere a la distribución adecuada de todos los segmentos del cuerpo.</p> <p>Simetría: se menciona si las mitades longitudinales del cuerpo son simétricos (ambos ojos, ambas extremidades, glándula mamaria).</p> <p>Tipo orgánico o biotipo: se toma en cuenta la biopatología de sheldon, endomórfico, ectomórfico y</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>mesomórfico.</p> <p>Actitud es la posición que guarda el individuo al momento de realizar el habitus exterior.</p> <p>Libremente escogida: quiere y puede escoger su posición.</p> <p>Instintiva: puede cambiar de posición pero no quiere.</p> <p>Forzada: aunque quiera cambiar de posición no puede hacerlo.</p> <p>Pasiva: No quiere ni puede cambiarla.</p> <p>Facies: Expresiones de la cara de un individuo en un momento determinado.</p> <p>Movimientos anormales: Son aquellos movimientos que por sus características se apartan de los que hay en un individuo sano.</p> <p>Marcha: Es la serie de movimientos conscientes, voluntarios, rítmicos y coordinados que sirven para desplazarse de un lugar a otro es impulsada por los pies y acompañada de un braceo rítmico auxiliándose de la vista, marchas unilaterales y bilaterales.</p> <p>Estado de consciencia: Es la capacidad que tiene un individuo de adaptarse a su medio tanto interno como externo, evaluando su respuesta a estímulos en tres esferas fundamentales: tiempo, espacio y persona. Los grados de consciencia son consciente, somnolencia, confusión, obnubilación, estupor, sopor, coma, muerte cerebral.</p> <p>Olores: El olor emitido por las y los pacientes puede ser uno de los signos guía para el diagnóstico en algunas enfermedades. Ciertas condiciones producen olores característicos y muchas enfermedades se asocian a olores específicos, algunas enfermedades con olor: intoxicación por arsénico huele a ajo, la rubeola huele a plumas de ave. Vestimenta sucia o inapropiadamente aseada.</p> <p>Cooperación: No importa que tanto hagas por ellos, si la o el paciente no coopera no se obtendrán los resultados esperados.</p> <p>Ejemplos de habitus exterior:</p> <p>Ejemplo 1: Mujer de 38 años de edad, se encuentra hospitalizada en cama por herida quirúrgica, se observa cabello delgado abundante no rebasa los hombros, manos finas pequeñas, edad aparente de acuerdo a la edad cronológica, constitución media, simetría corporal adecuada, actitud pasiva, expresión de angustia, movimientos corporales normales, marcha bilateral, consciente orientada en las 3 esferas, ropa limpia,</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
63	Datos subjetivos y objetivos.	<p>cooperadora con el equipo de salud.</p> <p>Ejemplo 2: Neonato masculino de 22 días de vida extrauterina, se encuentra en cuna hospitalizado por utilización de oxígeno complementario, se observa cabello escaso delgado, manos y orejas pequeñas, abdomen globoso, edad aparente a la cronológica, constitución débil, integridad corporal, movimientos corporales normales, activo reactivo.</p> <p>Ejemplo 3: Masculino de 80 años de edad, ambulante con andadera para desplazarse por contractura de rotula, cabello escaso, frente amplia, orejas grandes, manos grandes, edad aparente mayor que la cronológica, constitución fuerte debilitada, adecuada relación y proporción corporal, actitud forzada, expresión facial de dolor, movimientos parkinsonianos, marcha bilateral, consciente orientada en 2 esferas, desorientada en tiempo, ropa sucia, cooperación negativa para su atención.</p> <p>Las manifestaciones objetivas y subjetivas que detecte en la o el paciente (respuestas fisiopatológicas: la forma en que responde el organismo ante el proceso de la enfermedad), es decir; “identificación del problema”, la hora en que se refieren u observan.</p> <p>Ejemplo: Diaforesis, cianosis, diarrea.</p> <p>NOTA 1: Cuando los síntomas y signos continúan, registrar la hora.</p> <p>NOTA 2: Los síntomas y signos que se registren deberán estar basados en una cuidadosa valoración de enfermería.</p> <p>NOTA 3: En ningún caso utilizar símbolos convencionales como (%).</p> <p>La forma en que la persona enferma responde a un estado de salud o enfermedad (reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos, conductas).</p>
64	Diagnóstico enfermero.	<p>Para su elaboración tome en cuenta las respuestas de la persona enferma tanto reales como de riesgo.</p> <p>Para su registro debe considerarse el formato NANDA (Etiqueta diagnóstica, factor Relacionado y características definitorias).</p> <p>Ejemplo1: Trastorno de la autoestima relacionado con el abandono por parte de los familiares, manifestado por: tristeza, dificultad en la toma de decisiones y resistencia al cambio.</p> <p>Ejemplo 2: Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la Continuidad ósea m/p limitación de la amplitud del</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>movimiento.</p> <p>Ejemplo 3: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.</p> <p>NOTA 1: Registrará por turno el o los diagnósticos de enfermería prioritarios tomando en cuenta la vinculación entre el problema valorado y el juicio emitido.</p> <p>NOTA 2: Anotar las conexiones relacionado con: r/c y manifestado por: m/p, para elaborar el diagnóstico de enfermería real. Para el diagnóstico de riesgo utilizar solo la conexión r/c.</p>
65	Intervenciones de enfermería	<p>Las acciones que realiza el personal de enfermería a la persona enferma para llevar a cabo una intervención de forma independiente.</p> <p>Se sugiere consultar el libro de “Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Guías de práctica clínica (GPC).</p>
66	Problema interdependiente.	<p>Para redactar se recomienda utilizar las palabras “riesgo de”, al inicio de su formulación; para unir el problema a etiología se recomienda utiliza las palabras “secundario a”.</p> <p>Ejemplos de problemas interdependientes reales: Insuficiencia respiratoria, secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manifestada por disnea, taquipnea, taquicardia y aleteo nasal. Alteración en el nivel de conciencia, secundaria a encefalopatía hepática, manifestada por somnolencia y delirio.</p> <p>Ejemplos de problemas interdependientes de riesgo: 1. Riesgo de crisis convulsiva, secundario a hipertermia. 2. Riesgo de arritmias cardiacas, secundarias a infarto agudo de miocardio.</p>
67	Intervención de colaboración.	<p>Las actividades que lleva a cabo en la o el paciente y que previamente fueron prescritas por otro integrante del personal de salud (Médico, Inhaloterapeuta, Rehabilitación).</p> <p>Ejemplo 1: Terapia respiratoria. Ejemplo 2: Tipo de reposo y posiciones. Ejemplo 3: Micro nebulizaciones.</p> <p>Además la hora en que se realizaron, en el espacio correspondiente a cada turno.</p> <p>NOTA 1: Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración, de la aplicación del pensamiento crítico y del juicio clínico.</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<p>NOTA 2: Registrará el signo convencional (=), cuando la prescripción continúe.</p> <p>NOTA 3: Cuando se suspenda registrar en el espacio correspondiente al horario la abreviatura (susp).</p>
68	Respuesta y evolución.	<p>La respuesta de la o el paciente al esquema terapéutico, a los cuidados proporcionados y otras intervenciones realizadas, con los problemas interdependientes reales y de riesgo y juicios clínicos establecidos. Se sugiere consultar el libro de “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).</p>
69	Observaciones.	<p>La información complementaria que se considere necesaria del caso, así como los aspectos relevantes no considerados en otros apartados.</p> <p>NOTA: Únicamente registrar aspectos inherentes a la o el paciente.</p>
70	Plan de educación.	<p>La educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con el personal de enfermería.</p> <p>La educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención y una vez que el paciente es dado de alta a su domicilio o enviado a otro centro de atención.</p> <p>La educación dirigida al paciente se proporciona considerando cuatro perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Basada en las necesidades específicas de cada paciente: es aquella que se proporciona fundamentada en la búsqueda intencionada de dudas y/o inquietudes manifestadas por el paciente y/o su familia, y que se relacionan con su proceso de atención.▪ Basada en la condición clínica del paciente: por ejemplo, educación para pacientes con diabetes, mujeres puérperas, pacientes hipertensos, pacientes postquirúrgicos, entre otros.▪ Organizacional: es aquella educación que la organización define que se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado, con base a un análisis multidisciplinario del contexto de la organización.



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		<ul style="list-style-type: none">▪ Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas con el riesgo de caídas, dolor, reglamento hospitalario, terceros pagadores (Seguro Popular, aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina. <p>Acorde al modelo del Consejo de Salubridad General: Higiene de manos (MISP 5), riesgo de caídas (MISP 6), dolor (AOP, COP), manejo integral de cuidados paliativos, (acuerdo publicado en el DOF el 26 de diciembre de 2014) y fomento a la lactancia materna (acuerdo publicado en el DOF el 22 de junio de 2012).</p> <p>NOTA: La educación será en forma individual o grupal no más de 10 asistentes, el material didáctico (rotafolio, trípticos, dípticos, videos y demostración). La educación se debe otorgar desde el primer contacto que el paciente tenga con el personal de enfermería, y se debe continuar por turno durante toda su estancia hospitalaria.</p> <p>Debe existir continuidad de la educación en base a la devolución del conocimiento, ejemplo: (si en el turno matutino se otorga educación sobre ventajas de lactancia materna y existe una devolución del conocimiento de un 60 %, el personal del turno vespertino reforzará educación del mismo tema, ventajas de lactancia materna y con una devolución del conocimiento del 100%, el turno nocturno otorgará un tema diferente de educación al paciente).</p> <p>Ejemplo 1: Se otorga educación sobre el riesgo de caídas y uso de dispositivos disponibles, con un 80 % de devolución del conocimiento, se entrega tríptico de prevención de riesgo de caídas.</p> <p>Ejemplo 2: Se orienta sobre la importancia de la higiene de manos y los momentos en los que se debe realizar en el hospital y en su domicilio, con una devolución del conocimiento del 70 %, se entrega díptico de lavado de manos.</p> <p>Ejemplo 3: Se informa sobre el cuidado de herida quirúrgica en su domicilio, así como los signos y síntomas de alarma de infección y que hacer en caso de que se presente</p>



ANEXO 3

“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		infección en la herida quirúrgica, con una devolución del conocimiento del 90 %.
71	AEG. EG.	Escribir la primera letra del nombre, apellido paterno y matrícula del personal Auxiliar de Enfermería o Enfermería General, responsable de la atención de la o el paciente.
72	JF.	Escribir el nombre completo y firma de la Jefa o Jefe de Enfermería, responsable de la supervisión.



ANEXO 4
“Guía de acciones de enfermería en el alojamiento conjunto”



ANEXO 4

“Guía de acciones de enfermería en el alojamiento conjunto”

Enlace de turno

- Realiza la recepción de la paciente y el recién nacido.
- Verifica la identificación de la paciente y el recién nacido, con la herramienta de apoyo brazaletes, tarjeta de identificación de cama y documentación del expediente clínico.
- Verifica que el certificado de nacimiento este requisitado sin tachaduras y enmendaduras.
- Corroborar que el expediente clínico cuente con hoja de valoración del recién nacido con la huella plantar izquierda y huella de la madre (pulgares derecho).

Actividades de enfermería centrada en el binomio

- Toma y registro de signos vitales.
- Observa presencia de reflejos primarios de búsqueda, succión, deglución, de marcha, de presión y de moro.
- Observa al recién nacido en busca de cualquier movimiento anormal (movimientos involuntarios, irritabilidad excesiva).
- Inspecciona y valora las características del muñón umbilical (presencia de sangrado, infección).
- Revisa el color de la piel y textura, así como cualquier marca de nacimiento o rash.
- Valora tono muscular (hipotonía e hipertonia).
- Proporciona el primer baño seis horas posteriores al nacimiento.
- Proporciona baño diario y cuidados de la piel.
- Realiza cuidado del muñón umbilical con agua limpia y jabón.
- Conserva el muñón umbilical limpio, seco y poco cubierto.
- Facilita un ambiente favorable para la lactancia materna, alojamiento conjunto durante las 24 horas, manteniendo el contacto del binomio.
- Alimentación al seno materno exclusivo y a libre demanda.
- Toma de glucosa capilar (hipoglucemia, productos macrosómicos, antecedentes de diabetes gestacional durante el embarazo).
- Apoya en las diferentes posiciones de amamantamiento durante el proceso de lactancia materna.
- Verifica la técnica del buen agarre.
- Vigila la frecuencia de la lactancia materna.
- Identifica problemas de amamantamiento.
- Vigila número y características de micciones y evacuaciones.
- Verifica se haya realizado el tamiz neonatal a las 72 horas posterior al nacimiento.
- Orienta a la madre sobre la importancia de no separarse de su hijo e informa que todos los procedimientos se realizan por el personal de salud, debidamente identificados en su presencia y/o familiar responsable.
- Otorga educación a la madre y familiares sobre las acciones para la lactancia materna exitosa.
- Orienta a la madre sobre las acciones preventivas del recién nacido.
- Orienta a la madre sobre las vacunas aplicadas al nacimiento (BCG, HB), las reacciones sistémicas y locales que pueden presentarse, posterior a la vacunación.
- Verifica la funcionalidad de las videocámaras (donde existan), así como la posición en que se encuentren dirigidas a servicios prioritarios.

Actividades de enfermería en el egreso hospitalario del binomio

- Inicia el trámite cuando el personal médico indica y firma la prealta o el egreso hospitalario.
- Corroborar que el alta médica y la hoja de hospitalización SISPA-SS04P se encuentre por escrito, requisitada y firmada por el personal médico tratante.
- Elabora los registros correspondientes de alta
- Notifica a trabajo social la solicitud de alta voluntaria y/o traslado para el trámite correspondiente.
- Retira soluciones, brazaletes de identificación y solicitará cambio de ropa hospitalaria por ropa personal.
- Verifica que cuente con Cartilla Nacional de Salud.
- Orienta a la madre a reconocer los signos de alarma del recién nacido en su domicilio (fiebre, tos, dificultad para respirar, diarrea, ictericia).
- Orienta a la madre sobre las acciones preventivas del síndrome de muerte súbita del recién nacido.
- Orienta a la madre sobre signos de alarma y cuidados del muñón umbilical.
- Informa sobre las indicaciones médicas, acerca de los cuidados domiciliarios con respecto a su padecimiento y las causas que generan complicaciones.
- Informa la fecha de su próxima cita.
- Egresar a la paciente y al recién nacido.
- Solicita y verifica que el personal de servicios generales, realice el aseo de la unidad del paciente.
- Deja la unidad del paciente lista para la recepción de un ingreso.

0702-013-001



ANEXO 5
“Tarjetas de aislamiento”



“Tarjetas de aislamiento”

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son complicaciones que pueden, en la mayoría de los casos, ser prevenidas y los esfuerzos deben encaminarse a este punto. El objetivo de un sistema de aislamiento es evitar la transmisión de enfermedades entre las y los pacientes, así como al personal de salud; mediante prácticas sencillas y efectivas, que se basan en los mecanismos de transmisión.

El titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de cada hospital será el responsable del control de las IAAS, deberá adaptarlas y darles difusión. La falta de recursos no justifica que no se pongan en práctica estos sistemas o precauciones de aislamiento.

Registra en el expediente clínico y en la Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería los sistemas de aislamiento, colocar en la cabecera de las y los pacientes la tarjeta de precaución estándar y en la puerta del cuarto privado el tipo de aislamiento que se requiera.

Es necesario identificar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería, señalar gráficamente en la cabecera de la o el paciente o en la puerta del cuarto privado el tipo de aislamiento que se requiere y evaluar el apego a estas recomendaciones.

USO DE BARRERAS									
Tipo de precauciones	Color	Higiene de manos	Guantes	Mascarilla	Lentes *	Bata	Gorro	Aislado	uso de recolectores de RPBI
Estándar	Rojo	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Por contacto	Amarillo	✓	✓	✓		✓	✓		✓
Por gotas	Verde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vía aérea	Azul	✓	✓	✓ **		✓	✓	✓	✓

* En procedimientos que generen salpicaduras, aerosoles de sangre y líquidos corporales ** Utilizar mascarillas de alta eficiencia.

Uso correcto del equipo de protección especial.

El equipo de protección personal debe ubicarse dentro del cubículo o habitación de la o el paciente.

Colocación y retiro de elementos de protección personal.

Secuencia para colocar	Secuencia para retirar
Bata	Guantes
Mascarilla	Bata
Protección ocular/protección facial/gorro	Gorro/protección ocular/protección facial
Guantes	Mascarilla

¡La higiene de manos luego del retiro es vital!

Los sistemas de aislamiento se representan internacionalmente por colores:



- **Rojo:** Precauciones estándar.
- **Amarillo:** Precauciones de contacto.
- **Verde:** Precauciones por gotas.
- **Azul:** Precauciones para vía aérea.

Precauciones estándar (Figura 1).



0702-006-003

Deberá realizarse en las y los pacientes y adaptarlas de acuerdo a cada condición particular. Todas estas recomendaciones están basadas en la evidencia en la literatura internacional, la mayoría de ellas corresponde a la categoría IAAS (Infección Asociada a la Atención en Salud) y estas están basadas en un diseño clínico experimental o estudios epidemiológicos y el razonamiento teórico.

Las precauciones estándar deben realizarse en todos los pacientes independientemente del diagnóstico clínico y adaptarlas de acuerdo a cada condición particular y manejo de punzo cortantes.

Al ingreso hospitalario, la y el paciente y sus familiares deberán recibir información sobre las prácticas de higiene de manos y las indicaciones generales, por personal de trabajo social, el médico y enfermería responsable de la y el paciente.

Cuando llega el familiar a visitar a la y el paciente deberán reportarse al control de enfermería para recibir información.

Estas prácticas están diseñadas para prevenir infecciones asociadas a la atención en salud en las o los pacientes, visitantes y personal de salud, las actividades recomendadas para estas precauciones son:

1 Procedimiento



Higiene de manos: En sus cinco momentos.

- 1.1 Guantes:** Cuando se va a realizar alguna práctica que requiera técnica aséptica o cuando exista el riesgo de contacto con sangre o líquidos corporales. El uso de guantes NO excluye el lavado de manos antes de instalarse los guantes y después de retirarlos.
- 1.2 Mascarilla o (cubreboca):** Esta debe cubrir adecuadamente la nariz y boca ante la presencia de las o los pacientes o del propio personal de salud con síntomas respiratorios, esta técnica se realizará cuando se va a llevar a cabo algún procedimiento que requiera técnica aséptica, cuando se realicen procedimientos que generen salpicaduras o gotas, o cuando se entra al cuarto de aislamiento de la o el paciente con una enfermedad altamente contagiosa.
- 1.3 Lentas, goggles:** Cuando se realicen procedimientos que generen salpicaduras.
- 1.4 Bata:** Limpia no estéril para proteger la ropa de salpicaduras de sangre o líquidos corporales de la o el paciente.
- 1.5 Contenedor rígido:** Para material punzocortante (agujas, estiletes y hojas de bisturí), el cambio de este recipiente debe realizarse al llegar al 80% de su capacidad y/o 15 días posterior a su instalación como lo establece la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, las agujas no se deben de re-encapuchar ya que este es el mecanismo que más frecuentemente origina accidentes y que pueda facilitar la adquisición de agentes infecciosos como VIH y virus de Hepatitis B y C entre otros.
- 1.6 Ubicación de la y el paciente:** Es deseable la ubicación de las y los pacientes por enfermedades relacionadas sin que exista mayor riesgo de transmisión entre las y los pacientes. Puede utilizarse cuarto privado, sobre todo si la y el paciente no puede participar con las medidas de control o mantener una higiene adecuada.

Precauciones de acuerdo al mecanismo de transmisión

Los sistemas de aislamiento se utilizarán en la y el paciente en base al mecanismo de transmisión de microorganismos o de algunas características especiales de la y el paciente, relacionadas directamente con el mayor riesgo de transmisión de patógenos hospitalarios.

Las formas de transmisión varían de acuerdo al tipo de agente infeccioso, aunque algunos pueden tener más de una vía.

Además de las precauciones estándar, se utilizan en cada persona enferma cualquiera de las precauciones con base en el mecanismo de transmisión de microorganismos o de algunas características especiales de cada persona enferma, relacionadas directamente con el mayor riesgo de transmisión de patógenos hospitalarios. Las formas de transmisión varían de acuerdo al tipo de agente infeccioso, aunque algunos pueden tener más de una vía.

Precauciones de contacto (Figura 2).



PRECAUCIONES POR CONTACTO

LOS VISITANTES DEBEN REPORTARSE A LA CENTRAL DE ENFERMERAS ANTES DE VER AL PACIENTE

1

LAVAR LAS MANOS ANTES Y DESPUES DE USAR GUANTES



2



USAR GUANTES ANTES DEL CONTACTO CON SANGRE, LÍQUIDOS CORPORALES O PACIENTE INFECTADO CON MICROORGANISMOS DE FÁCIL DISEMINACIÓN O RESISTENTES

3

USAR MASCARILLA, GORRO Y BATA AL REALIZAR PROCEDIMIENTOS INVASIVOS O CON RIESGO DE CONTAMINACIÓN.



0702-006-003

Es el procedimiento más importante en las y los pacientes colonizados o con infección con microorganismos de importancia epidemiológica que se transmiten fácilmente por contacto directo o indirecto entre las y los pacientes y personal de salud.

Su objetivo es evitar el contacto con sangre o líquidos corporales y evitar la transmisión, colonización e infección de otras personas enfermas y personal de salud. Los mecanismos de transmisión son:

Contacto directo: De piel de manos del personal a piel de la y el paciente.

Contacto indirecto: A través de vehículos como equipo hospitalario o artículos de la y el paciente como ropa de cama y superficies ambientales.

Se usan ante infecciones gastrointestinales, respiratorias, cutáneas o de heridas, colonización por bacterias multirresistentes (*serratia*, *marcescens*, *klebsiella pneumoniae*, *pseudomonas aeruginosa*, *ecoli* y *enterobacter* y otros bacilos gram negativos no fermentadores como, *acinetobacter baumannii*).

Otras bacterias gram positivas también se transmiten fácilmente por contacto como *staphylococcus aureus* y *enterococcus multirresistentes*.

El contacto de la piel lesionada del personal de salud con sangre o líquidos corporales de las y los pacientes, puede facilitar la entrada de virus como VIH, Hepatitis B y C, contenidos en células que aún permanecen vivas, por lo que es indispensable el lavado de manos y uso de guantes.

2 Procedimiento

2.1 Higiene de manos: En sus cinco momentos.



2.2 Uso de guantes: Incluye lavado de manos antes y después de su uso; es indispensable cuando se va a realizar alguna práctica que requiera técnica aséptica y cuando se tenga riesgo de contacto con sangre o líquidos corporales.

2.3 Bata: Cuando se va a realizar algún procedimiento que requiera técnica aséptica o cuando se realicen procedimientos que generen salpicaduras.

2.4 Control ambiental: Los artículos de la y el paciente y las superficies de contacto deben limpiarse a diario o cuantas veces sea necesario.

2.5 Equipo médico: El estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro y cómodo deben ser para la y el mismo paciente. No utilizar los mismos objetos para otras y otros pacientes, a menos que se efectúe un proceso de limpieza y desinfección. Es indispensable realizar la descontaminación de las manos entre cada persona enferma (con solución a base de alcohol) si sólo se está realizando la toma de signos vitales.

Precauciones por gotas (Figura 3).



Las precauciones por gotas. Este tipo de transmisión es generada por una persona al toser estornudar o hablar durante los procedimientos, depositando las gotas expeditas en la conjuntiva, boca o mucosa nasal, su tamaño es de más de 5 micras y no se desplaza a más de un metro.

Se transmiten por gotas: Infecciones por neisseria meningitis, streptococcus pneumoniae, mycoplasma, corynebacterium diphtheriae, bordetella pertusis, streptococcus pyogenes, haemophilus influenzae tipo b, y otras infecciones virales como adenovirus, influenza, parotiditis, rubéola, parvovirus B-19, coronavirus, SARS. Aunque el virus sincitial respiratorio puede transmitirse a través de gotas, el mecanismo más frecuente es el contacto directo con las secreciones respiratorias infectadas por este virus.

3 Procedimiento

3.1 Higiene de manos: En sus cinco momentos.

3.2 Mascarilla: Cuando se tenga que trabajar cerca de la y el paciente (menos de un metro).



3.3 Traslado de la o el paciente: Debe limitarse el traslado de las o los pacientes a otro servicio en caso necesario la o el paciente utilizará una mascarilla rígida o cubre bocas durante todo el trayecto.

3.4 Bata: Cuando se va a realizar algún procedimiento que genere salpicaduras a partir de la vía aérea.

3.5 Guantes: Cuando exista el riesgo de ponerse en contacto con líquidos o secreciones de la vía aérea.

Precauciones para vía aérea (Figura 4)



Las Precauciones por vía aérea: Ocurre cuando una persona inhala un agente infeccioso. Estas partículas infecciosas son < 5 micras y están suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo. De esta forma pueden inhalarse en el mismo espacio del sujeto infectado o a largas distancias.

Los microorganismos que se transmiten por vía aérea son: aspergillus, mycobacterium tuberculosis, rubeola, varicela, sarampión, SARS e influenza en casos de brotes.

Se transmiten por vía aérea: Sarampión, varicela, herpes zoster, rubéola, tuberculosis pulmonar, etc.

4 Procedimiento

4.1 Ubicación de la o el paciente: Se requiere de un cuarto privado, si no es posible, se coloca a la o el paciente junto a otra persona enferma con el mismo diagnóstico (mismo germen). Idealmente debe permanecer en un cuarto con presión negativa del aire; si no es posible, se ubicará en un cuarto sin corrientes de aire, la puerta debe mantenerse cerrada.

4.2 Higiene de manos: En sus cinco momentos.

4.3 Mascarilla (cubre boca): Es conveniente utilizar mascarilla rígida (N-95) que evita el paso de partículas menores a 5 micras, antes de entrar al cuarto de una persona enferma con tuberculosis pulmonar o con cualquier otra de las patologías que requieren este tipo de aislamiento.



4.4 Traslado de la o el paciente: Deben limitarse los traslados de las y los pacientes. En caso necesario, la o el paciente deberá usar una mascarilla rígida (N-95) durante todo el trayecto.

Precauciones para enfermedades emergentes que se transmiten por vía aérea

1. SARS, influenza aviar, norovirus, influenza, son patologías que en situación de brote, requieren precauciones para vía aérea, aunque en influenza en condiciones normales se manejan las precauciones para gotas.
2. Transmisión a partir del ambiente. Las esporas de ántrax pueden encontrarse aerosolizadas a partir de superficies contaminadas y ser inhaladas por los susceptibles. Las esporas de hongos como *Aspergillus spp*, son habituales en el medio ambiente y pueden ocasionar infecciones en la o el paciente inmunocomprometido, cuando son inhaladas en forma de aerosoles, sobre todo cuando se realizan construcciones o remodelaciones en el hospital. Aunque existe pobre evidencia de transmisión de persona a persona, ésta debe ser considerada. Por lo tanto las medidas de prevención deben ser establecidas en función a las probabilidades de exposición de la y el paciente a los diferentes tipos de aerosoles.

Precauciones para pacientes con condiciones especiales

Las y los pacientes que presentan algún tipo de condición que compromete la función del sistema inmunológico, como son los recién nacidos, los adultos mayores de 60 años, las y los pacientes con patologías hemato-oncológica, inmunológica, degenerativa e infecciones anergizantes como VIH/SIDA, entre otras, las precauciones que requieren para su atención, son las mismas referidas previamente como precauciones estándar, de contacto, para gotas y para vía aérea; únicamente se señala que no debemos olvidar que su condición los hace más susceptibles que otros huéspedes al desarrollo de procesos infecciosos, por su deficiente respuesta inmunológica a las infecciones.

0702-006-003



ANEXO 6
“Vale extraordinario de dietas”



Vale extraordinario de dietas

Servicio: 1 _____

Nombre completo <u>2</u>	Servicio <u>3</u>	Fecha de nacimiento <u>4</u>	Dieta <u>5</u>	Núm. de cama <u>6</u>

Autoriza

7
Fecha y hora de solicitud

8
Titular de la Jefatura de Enfermería o Administración

57
Nombre de quien solicita

0702-009-025



ANEXO 6
“Vale extraordinario de dietas”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Dieta de prescripción médica. Ejemplo; vale extraordinario al servicio de alimentación por una dieta blanda.
2	Nombre completo.	Nombre completo de la y el paciente, iniciando por el nombre y posteriormente apellidos paterno y materno.
3	Servicio.	Servicio que solicita la dieta. Ejemplo: servicio de hospitalización.
4	Fecha de nacimiento.	El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento, con números arábigos y agregando un cero a la izquierda en caso de ser un dígito. Ejemplo: 11/07/89.
5	Dieta.	Nombre del tipo de dieta que prescribe por el personal médico tratante.
6	Número de cama.	Número de cama donde se encuentra la persona enferma hospitalizada.
7	Fecha y hora de solicitud.	Fecha y hora en que se realiza la solicitud del tipo de dieta.
8	Autoriza.	Nombre y firma de autorización de la solicitud de dietas, uno de los integrantes del cuerpo directivo y en ausencia del cuerpo directivo firmará el personal médico responsable de la guardia.
9	Solicita.	Nombre y firma del personal de enfermería que solicita la dieta.



ANEXO 7
“Comunicación efectiva entre profesionales de la salud
(en órdenes verbales o telefónicas)”



“Comunicación efectiva entre profesionales de la salud. (en órdenes verbales o telefónicas)”

Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Políticas que aseguren la precisión de las órdenes verbales y telefónicas

Entre las comunicaciones más propensas al error entre el personal de salud, son las órdenes e indicaciones de atención a la o el paciente realizadas de forma oral o telefónica, un ejemplo es la comunicación de resultados de laboratorio urgentes, solicitados por el servicio de urgencias, o las indicaciones en situaciones críticas durante una reanimación.

En general las indicaciones médicas verbales o telefónicas, deberán ser registradas en el expediente clínico, sin embargo, existen condiciones especiales que por su emergencia, imposibilitan al personal médico el registro de esta práctica (ejemplo: urgencias médico quirúrgicas etc.), en estos casos las indicaciones podrán ser en forma verbal y posteriormente serán firmadas por el personal médico tratante.

Para prevenir errores entre el personal de salud relacionado con la atención de las o los pacientes, cuando se llevan a cabo órdenes verbales y telefónicas se deberán seguir los siguientes pasos:

Escuchar-escribir-leer y confirmar, que consiste en:

1. **Escuchar:** Completamente la indicación o el resultado por parte del receptor.
2. **Escribir:** (Papel o medio electrónico) la orden o el resultado de laboratorio o gabinete por parte del receptor de la información (en el Formato de registros clínicos en el rubro de esquema terapéutico e intervenciones de enfermería).
3. **Leer:** Por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, tal como lo escribió.
4. **Confirmar:** Por parte del emisor de la orden o el resultado, que lo que se ha anotado y leído es exacto.

Se analizan y establecen alternativas aceptables para cuando el proceso de escuchar-escribir-leer y confirmar no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia en el área de Urgencias cuya prontitud no permita el registro de la indicación, el proceso de intercambio se llevará cabo de la siguiente manera.

- a) Escuchar la orden por parte del receptor.
- b) Escribir la orden por parte del receptor (en el Formato de registros clínicos en el rubro de esquema terapéutico e intervenciones de enfermería).
- c) Leer la orden por parte del receptor.
- d) confirmar la orden por parte del emisor.



Las órdenes verbales y telefónicas se registrarán en el Formato de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

El personal de salud de la unidad médica hospitalaria utilizará un proceso de intercambio en la emisión de órdenes e indicaciones verbales o telefónicas para la atención de la o el paciente.



ANEXO 8
“Formato integral para la recepción del inventario de material”



Formato integral para la recepción del inventario de material

1 Nº	Servicio: 2	Unidad 3	4 Pza	5 Lunes			6 Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
				7																				
1	Carpetas metálicas	unidad	37																					
2	Carro porta expediente	Pieza	2																					
3	Torundero chico con tapa	Pieza	3																					
4	Sillas verdes control enfermeras	Pieza	2																					
5	Termómetros digitales	Pieza	3																					
6	Baumanómetros portátil	Pieza	3																					
7	Estetoscopios biauriculares	Pieza	3																					
8	Bote para gasa	Pieza	3																					
9	Banco de altura con 2 peldaños	Pieza	24																					
10	Buro	Pieza	24																					
11	Mesas puentes	Pieza	24																					
12	Cómodos	Pieza	13																					
13	Patos	Pieza	5																					
14	Tijera de Botón	Pieza	1																					
15	Glucómetro	Pieza	1																					
16	Colesterimetro	Pieza	1																					
17	Carro rojo	Pieza	1																					
18	Bomba de infusión	Pieza	2																					
19	Toma de O2 con frasco y borboteador	Pieza	24																					
20	Estuche de diagnóstico	Pieza	1																					
21	Oxímetro de pulso portátil	Pieza	3																					
22	Estetoscopio de pinard	Pieza	1																					
23	Sillas verdes cama paciente	Pieza	24																					
24	Monitor signos vitales completo	Pieza	1																					
25	Tripiés	Pieza	3																					
26	Rieles	Pieza	24																					
27	Triturador de pastillas	Pieza	1																					
28	Vasos graduados de 30 ml	Pieza	10																					
29	Martillo de reflejos	Pieza	1																					
30	Micronebulizadores	Pieza	5																					
31	Bacínete	Pieza	1																					
32	Pinza de traslado	Pieza	1																					
33	Silla de ruedas	Pieza	1																					
34	Charolas de mayo	Pieza	3																					
35	Mesa de pasteur	Pieza	1																					
36	Mesa de medicamentos	Pieza	2																					
37	Pibeta de 2000 ml	pieza	2																					
38	Goggles	Pieza	2																					
Nombre del personal de enfermería: 8																								
Supervisión	Titular de la Jefatura de Enfermería	9																						

0702-009-017

0702-009-017



ANEXO 8
“Formato integral para la recepción de inventario de material”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Número.	Número correspondiente en forma cronológica.
2	Servicio hospitalización.	Nombre del servicio que se encuentra la bitácora del inventario.
3	Unidad.	Pieza o equipo que recibe el personal de enfermería responsable de la recepción.
4	Pza.	Cantidad que se recibe de acuerdo al fondo fijo establecido por el servicio.
5	Día.	Día de la semana que corresponde a la recepción del inventario (ejemplo: lunes, martes, miércoles, etc.).
6	Fecha.	Fecha de la recepción del inventario del servicio.
7	Turno.	Turno correspondiente de la recepción por el personal de enfermería responsable. Ejemplo: Turno matutino (TM) Turno Vespertino (TV) Turno Nocturno (TN).
8	Nombre del personal de enfermería.	Nombre del personal de enfermería responsable de la recepción del inventario, (iniciando por la primera letra del nombre, y posteriormente apellido paterno y matrícula).
9	Titular de la Jefatura de Enfermería.	Nombre de la Jefa y el Jefe de Enfermería en la supervisión de la bitácora de inventario (iniciando por la primera letra del nombre, y posteriormente apellido paterno y matrícula).

0702-009-017



ANEXO 9
“Bitácora de carro rojo”



(Primera parte)

Bitácora de carro rojo primer y segundo cajón

Servicio: 1				2			Lunes			Martes			Miércoles			Jueves				
				3	Turno		TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN		
No.	Primer cajón medicamentos	Unidad	Fondo fip	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado		
1	Agua inyectable.	Amp.	10	4																
2	Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	Amp.	2				5													
3	Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	Amp.	2																	
4	Adrenalina (epinefrina) sol. iny 1 mg / 1 ml.	Amp.	5																	
5	Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	Amp.	5																	
6	Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5%.	Amp.	10																	
7	Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml.	Amp.	2																	
8	Dobutamina solución inyectable 250 mg.	Amp.	2																	
9	Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml.	Amp.	2																	
10	Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml.	Amp.	1																	
11	Midazolam solución inyectable 5 mg / ml.	Amp.	2																	
12	Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	Amp.	2																	
13	Furosemide solución inyectable 20 mg / 2 ml.	Amp.	5																	
14	Gluconato de calcio solución inyectable al 10%.	Amp.	6																	
15	Glucosa solución inyectable al 50%.	Frasco.	1																	
16	Glucosa solución inyectable al 10%.	Frasco.	1																	
17	Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.	Amp.	10																	
18	Metilprednisolona solución inyectable 40 mg.	Amp.	3																	
19	Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml.	Amp.	1																	
20	Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg.	Amp.	1																	
21	Sulfato de magnesio sol iny 1g/10 ml.	Amp.	10																	
22	Lidocaína solución inyectable al 2%.	Frasco.	1																	
23	Verapamilo solución inyectable 5mg/ 2 ml.	Amp.	1																	
24	Parches de nitroglicerina 18 mg.	Pieza	1																	
No.	Segundo cajón vía intravenosa y material de curación	Unidad	Fondo fip	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado
1	Parches p/electrodo adulto	Pieza	10																	
2	Parches p/electrodo pediátricos	Pieza	10																	
3	Parches p/electrodo neonatales	Pieza	10																	
4	Catéter venoso central 4 fr.	Pieza	1																	
5	Catéter venoso central 5 fr.	Pieza	1																	
6	Catéter venoso central 7 fr.	Pieza	1																	
7	Catéter para vena periférica 16 fr.	Pieza	2																	
8	Catéter para vena periférica 18 fr.	Pieza	2																	
9	Catéter para vena periférica 20 fr.	Pieza	2																	
10	Catéter para vena periférica 22 fr.	Pieza	2																	
11	Catéter para vena periférica 24 fr.	Pieza	2																	
12	Llave de tres vías con extensión.	Pieza	3																	
13	Sondas de aspiración 10 fr.	Pieza	2																	
14	Sondas de aspiración 18 fr.	Pieza	2																	
15	Jeringas 5 ml.	Pieza	5																	
16	Jeringas 10 ml.	Pieza	5																	
17	Jeringa de 20 ml.	Pieza	5																	
18	Agujas hipodérmica longitud 38 mm x 20 g.	Pieza	5																	
19	Agujas hipodérmica longitud 16 mm x 25 g.	Pieza	5																	
20	Agujas hipodérmica longitud 32 mm x 22 g.	Pieza	5																	
21	Equipo de encclisis con normogotero.	Pieza	3																	
22	Equipo de venoclisis con normogotero.	Pieza	3																	
23	Metriset.	Pieza	3																	
24	Equipo para PVC.	Pieza	1																	

0702-009-018



(Segunda parte)

Bitácora de carro rojo tercer y cuarto cajón

No.	Tercer cajón vía aérea	Unidad	Fondo/litro	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Recibido	Utilizado																						
																													Recibido	Utilizado
1	Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0 y 9.5 mm	Pieza	1 c/u																											
2	Catéter umbilical. 3.5 fr.	Pieza	1																											
3	Catéter umbilical. 5 fr.	Pieza	1																											
4	Aguja intrósea (14,16,18).	Pieza	1 c/u																											
5	Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	Pieza	1 c/u																											
6	Lidocaína con atomizador manual al 10%.	Pieza	1																											
7	Cánula de guedel: No. 3.	Pieza	1																											
8	Cánula de guedel: No. 4.	Pieza	1																											
9	Cánula de guedel: No. 5.	Pieza	1																											
10	Mango de laringoscopia.	Pieza	1																											
11	Hojas rectas: 00, 0, 1, 2, 3 y 4.	Pieza	1 c/u																											
12	Hojas curvas: 0, 1, 2, 3 y 4.	Pieza	1 c/u																											
13	Guantes látex No. 6 1/2, 7, 7 1/2, 8	Pieza	2 c/u																											
14	Tela adhesiva. 2.5 cm	Pieza	1 c/u																											
15	Gel conductor	Pieza	1																											
16	Cubre-bocas	Pieza	5																											
17	Conector grueso y delgado	Pieza	1 c/u																											
18	Pilas de repuesto.	Pieza	2																											
No.	Cuarto cajón ventilación	Unidad	Fondo/litro	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Fecha de caducidad	Recibido	Utilizado																						
																													Recibido	Utilizado
1	Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica.	Unidad	1																											
2	Bolsa autoinflable para reanimación adulto.	Unidad	1																											
3	Mascarilla neonatal 2 y 3 pediátrica y adulto 2, 3	Pieza	1																											
4	Mascarilla laríngea (1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 4.0).	Pieza	1 c/u																											
5	Extensión para oxígeno.	Pieza	1																											
6	Puntas nasales.	Pieza	2																											
7	Solución hartmann inyectable 500 ml.	Frasco.	1																											
8	Sol cloruro de sodio iny al 0.9% 500 ml.	Frasco.	1																											
9	Sol cloruro de sodio iny al 0.9% 250 ml.	Frasco.	1																											
10	Coloide solución inyectable 500 ml.	Frasco.	1																											
No.	Equipo en general	Unidad	Fondo/litro	Funcionamiento del equipo		Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado			
				SI	No																									
1	Monitor-desfibrilador con paletas para adulto y pediátricas.	Unidad	1	7	8																									
2	Tanque de oxígeno y manómetro fecha de recarga, y %	Unidad	1																											
3	Tabla de reanimación	Unidad	1																											
Nombre del personal de Enfermería responsable de recepción				9																										
Prueba de descarga semanal (personal de Conservación y Enfermería)				10																										
Dispositivo de seguridad				11																										
Motivo de ruptura de dispositivo de seguridad				12																										
Fecha de desinfección de equipo semanal				13																										
Nombre del responsable de la reposición y limpieza				14																										
Supervisión de la Jefa o Jefe de Enfermería				15																										

0702-009-018



(Tercera parte)

**Reporte de insumos utilizados en un evento en área de choque
y uso de carro rojo**

① Servicio:					
Nombre de la y el paciente: ②					
Tipo de evento: ③					
Fecha del evento: ④			Hora de inicio de maniobras: ⑤		
Hora de termino de maniobras: ⑥					
Estado fisiológico de la y el paciente ⑦					
Fármacos			Material		
Descripción ⑧	Cantidad ⑨	Reposición ⑩	Descripción ⑪	Cantidad ⑫	Reposición ⑬
Observaciones: ⑭					
Personal que elabora el reporte: ⑮					
Registrar reposición de medicamentos e insumos utilizados (fecha, hora y personal que lo realiza). ⑯					

0702-009-018



(Cuarta parte)

Simulacro del carro rojo y manejo del desfibrilador

Servicio: ① _____
 Fecha: ② _____ Turno: ③ _____

Líder:
 Nombre: ④ _____ Categoría: ⑤ _____ Firma: ⑥ _____

Caso clínico: ⑧ _____ hora de inicio ⑦ _____

Observaciones:

Personal Médico: ⑨ _____

Personal de Enfermería: ⑩ _____

Observaciones del equipo: ⑪ _____

Otras: ⑫ _____

Hora de termino del simulacro: ⑬ _____
 Tiempo de duración del simulacro: ⑭ _____

Check list de funcionamiento: ⑮	Completo y funcional		Observaciones ⑰	Habilidades del recurso humano			
	Sí ⑯	No ⑰		Bueno ⑲	Regular ⑳	Observaciones ㉑	
Medicamentos				Médico	⑲	⑳	㉑
Insumos				Enfermería			
Mango de laringoscopio				Conservación			
Hojas de laringoscopio				Servicios generales			
Bolsa reservorio (Ambu)							
Papel trazo de EKG							
Desfibrilador conectado							
Uso de tabla rígida							
Tanque de oxígeno							
Ventilador							
Ambulancia equipada							

Aval del simulacro: ㉓ _____ Evaluación general del simulacro: ㉔ _____

 Titular de la Dirección ㉕

 Gestor o Gestora de calidad y educación en salud ㉖

 Jefa y Jefe de Enfermería ㉗



ANEXO 9
“Bitácora de carro rojo”
(primera y segunda parte)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Nombre del servicio en el que se encuentra ubicado el carro rojo.
2	Fecha.	Fecha correspondiente al día de la recepción.
3	Turno.	Turno correspondiente al día de la recepción del medicamento y material de curación. Ejemplo: Turno Matutino (TM), Turno Vespertino (TV), Turno Nocturno (TN).
4	Fecha de caducidad.	Registro de la fecha de caducidad del medicamento y material de curación (se realizará con tinta estándar de color azul). NOTA: La bitácora cuenta con 3 rubros de fecha de caducidad lo que permite tres fechas diferentes de caducidad de medicamentos y material de curación que se encuentran en el carro rojo.
5	Recibido.	Cantidad de medicamento y material de curación, recibida al inicio de la jornada laboral en base a la cantidad establecida del fondo fijo.
6	Utilizado personal de enfermería.	Cantidad de medicamento y material de curación utilizado en el transcurso de la jornada laboral.
7	Funcionamiento del equipo.	Una <input checked="" type="checkbox"/> si funciona adecuadamente el equipo electromédico.
8	Funcionamiento del equipo.	Una <input type="checkbox"/> si no funciona el equipo electro médico.
9	Nombre del personal de enfermería responsable de la recepción.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la recepción del carro rojo al inicio de la jornada laboral.
10	Prueba de descarga semanal (personal de conservación y enfermería).	Fecha de la realización de la descarga de las paletas del desfibrilador, la cual se realiza por parte de enfermería con apoyo del personal de mantenimiento.
11	Dispositivo de seguridad.	Dispositivo de seguridad que se utiliza para el



ANEXO 9
“Bitácora de carro rojo”
(primera y segunda parte)
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		resguardo del carro rojo, en forma semanal y/o en caso necesario de ser utilizado. NOTA: Si se utiliza candado foliado anotar el número de folio del mismo y/o en su caso de no utilizarlo solo se registra el nombre del dispositivo (chapa con llave o cincho).
12	Motivo de la ruptura.	Motivo de la ruptura del dispositivo de seguridad. Ejemplo: Ruptura por presencia de un evento de estado crítico de la o el paciente, y/o ruptura por limpieza programada la cual se realiza en forma semanal.
13	Fecha de desinfección del equipo semanal.	Fecha de la realización de la desinfección semanal o en caso necesario de la utilización del carro rojo.
14	Nombre del responsable de la reposición y desinfección.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la reposición y desinfección del carro rojo.
15	Supervisión de la Jefa y el Jefe de Enfermería.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula de la Jefa y el Jefe de Enfermería, dicha actividad se realizará semanalmente. NOTA: Posterior a cada evento en donde se utilice el carro rojo, el personal de enfermería responsable del evento será la que realice la reposición de medicamentos y material de curación, así como el orden y acomodo del carro rojo.



ANEXO 9
Bitácora de carro rojo”
Reporte de insumos utilizados
Evento en área de choque y uso de carro rojo
(tercera parte)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Nombre del servicio en el que se encuentra ubicado el carro rojo.
2	Nombre de la o el paciente.	Nombre de la y el paciente, por el cual se utilizaron los insumos (medicamento y/o material de curación) del carro rojo.
3	Tipo de evento.	Nombre de emergencia médica (infarto agudo al miocardio, paro cardiorrespiratorio, shock, traumatismo craneoencefálico, etc.) por lo que se utilizó el carro rojo.
4	Fecha de evento.	Día, mes y año en que ocurrió el evento.
5	Hora de inicio de maniobras.	Hora del inicio de las maniobras (procedimiento de emergencias médicas), por el personal médico.
6	Hora de término de las maniobras.	Hora de finalización de las maniobras (procedimiento de emergencias médicas), por el personal médico.
7	Destino o estado del paciente.	Destino final de la y el paciente, cuando el procedimiento se concluyó con buenos o malos resultados en relación al estado de salud. Ejemplo: Defunción, traslado a otra unidad, continua en sala de choque, ingresa a hospitalización, ingresa a sala quirúrgica.
8	Descripción de fármacos.	Fármaco utilizado durante el desarrollo del evento.
9	Cantidad.	Cantidad del fármaco utilizado en el evento.
10	Reposición.	Cantidad de reposición de fármaco utilizado.
11	Descripción de material de curación.	Material de curación utilizado en el evento.
12	Cantidad.	Cantidad del material de curación utilizado en el evento.



ANEXO 9
Bitácora de carro rojo”
Reporte de insumos utilizados
Evento en área de choque y uso de carro rojo
(tercera parte)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Reposición.	Cantidad de reposición de material de curación.
14	Observaciones.	Observaciones relevantes que se presentaron durante el evento.
15	Personal que elabora el reporte.	Primera letra del nombre, el apellido paterno y matrícula del personal de enfermería que realiza el reporte del evento.
16	Registra la reposición del medicamento e insumos, fecha, hora y personal de enfermería que realiza.	Fecha, hora y personal de enfermería que realiza la reposición de medicamento y material de curación utilizado durante el evento.



ANEXO 9
Bitácora de Carro Rojo”
Simulacro del carro rojo y manejo del desfibrilador
(cuarta parte)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Nombre del servicio en el que se realiza el simulacro.
2	Fecha.	Fecha de la realización del simulacro del código azul.
3	Turno.	Turno en que se realiza el simulacro.
4	Nombre.	Nombre del personal médico que dirige el simulacro.
5	Categoría.	Categoría del personal médico que dirige el simulacro.
6	Firma.	Personal médico que dirige el simulacro deberá firmar el formato.
7	Hora de inicio.	Hora de inicio del simulacro.
8	Caso clínico.	Redactar el caso clínico, un resumen que contenga los datos más relevantes del estado de salud de la y el paciente de la forma siguiente: historia clínica, antecedentes, padecimiento actual, tratamiento de elección para el diagnóstico, estudios de laboratorio solicitados.
9	Observaciones del personal médico.	En este rubro se anotan las observaciones encontradas por parte del personal médico, durante el desarrollo del simulacro.
10	Observaciones del personal de enfermería.	En este rubro se anotan las observaciones encontradas por parte del personal de enfermería, durante el desarrollo del simulacro.
11	Observaciones del equipo.	En este rubro se anotan las observaciones encontradas por parte del equipo que participo en el simulacro.
12	Otras.	En este rubro se anotan las observaciones encontradas por parte de alguna persona extra del equipo que participo en el simulacro.



ANEXO 9
Bitácora de Carro Rojo”
Simulacro del carro rojo y manejo del desfibrilador
(cuarta parte)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Hora de término de simulacro.	Se registrará la hora de término del simulacro.
14	Tiempo transcurrido del simulacro.	Tiempo total transcurrido de la realización del simulacro.
15	Check list de funcionamiento.	Verificar la lista de funcionalidad de los insumos utilizados, en el transcurso del desarrollo del simulacro.
16	Completo y funcional (Si).	Una <input checked="" type="checkbox"/> si funciona adecuadamente el equipo e insumo.
17	Completo y funcional (No).	Una <input type="checkbox"/> si el insumo no funciona adecuadamente durante el simulacro.
18	Observaciones.	Observaciones encontradas en la lista de funcionamiento.
19	Habilidades del recurso (Bueno).	Habilidades apropiadas del recurso humano encontradas del personal médico, de enfermería y conservación.
20	Habilidades del recurso (Regular).	Habilidades regulares del recurso humano encontradas del personal médico, de enfermería y conservación.
21	Habilidades del recurso (Observaciones).	Registrar las observaciones de las habilidades del recurso humano, durante el desarrollo del simulacro.
22	Recursos requeridos.	Recursos de la lista de funcionamiento fueron utilizados en el proceso del simulacro.
23	Aval del simulacro.	Nombre completo del personal médico que avaló la realización del simulacro.
24	Evaluación general del simulacro.	Evaluación obtenida de todo el desarrollo del simulacro.



ANEXO 9
Bitácora de Carro Rojo”
Simulacro del carro rojo y manejo del desfibrilador
(cuarta parte)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
25	Titular de la Dirección.	La persona Titular de la Dirección de Hospital Rural, estará presente durante todo el desarrollo del simulacro y al finalizar el evento, firmará el formato.
26	Gestor de calidad y educación en salud.	Titular de la Coordinación de Calidad y Educación en Salud del Hospital Rural, participará en el desarrollo del simulacro y al finalizar el evento, firmará el formato.
27	Jefe y Jefa de Enfermería.	La Jefa y el Jefe de Enfermería participarán en el desarrollo del simulacro y al finalizar el evento, firmará el formato.



ANEXO 10
“Control de insumos para el carro de curaciones”



Control de insumos para el carro de curaciones

Servicio: Hospital Adultos (1)				Lunes (2)			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo					
Descripción	Unidad	Pieza	Fecha de caducidad	TM (3)	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN			
				Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado	Recibido	Utilizado
Hoja para bisturí No. 10	Pieza	2	4	5	6																						
Hoja para bisturí No. 11	Pieza	2																									
Hoja para bisturí No. 15	Pieza	2																									
Cubre bocas	Pieza	10																									
Guantes desechables	Pieza	20																									
Gasa estéril 10X10 cm.	Paquete	20																									
Gasa estéril 7.5 x 5 cm.	Paquete	10																									
Jabón líquido	Mililitros	200																									
Agua inyectable	Mililitros	500																									
Agua oxigenada	Mililitros	500																									
Solución fisiológica 0.9 % 250 ml.	Frasco	1																									
Jeringa de 1 cc.	Pieza	5																									
Jeringa de 3cc.	Pieza	5																									
Jeringa de 5cc.	Pieza	5																									
Jeringa de 10 cc.	Pieza	5																									
Agujas hipodérmicas 22X 32	Pieza	10																									
Agujas hipodérmicas 20X32	Pieza	10																									
Agujas hipodérmicas 25 X16	Pieza	10																									
Lidocaína con epinefrina al 2%	Frasco	1																									
Lidocaína simple al 2%	Frasco	1																									
Lidocaína al 10% en spray	Frasco	1																									
Crómico 2-0	Pieza	5																									
Seda 2-0	Pieza	5																									
Seda 3-0	Pieza	5																									
Acido poliglicólico 2-0	Pieza	5																									
Nylon 2-0	Pieza	5																									
Nylon 3-0	Pieza	5																									
Apósitos estériles	Pieza	5																									
Abatelenguas estériles	Pieza	2																									
Torundas alcoholadas	Pieza	30																									
Alcohol	Mililitros	100																									
Venda elástica 5 cm	Pieza	5																									
Venda elástica 10 cm	Pieza	5																									
Venda elástica 15 cm	Pieza	3																									
Venda elástica 30 cm	Pieza	2																									
Cinta micropore 5 cm.	Pieza	1																									
Tela adhesiva 2.5 cm.	Pieza	1																									
Personal de Enfermería responsable de la recepción: (7)																											
Acciones semanales	Fecha	Hora	Personal responsable de reposición de material (10)	Observaciones (11)																							
Realización de la desinfección (8)																											
Nombre del personal responsable de la desinfección (9)																											
Supervisión Jefa o Jefe de Enfermería (12)																											

El cambio de soluciones antisépticas se realizará en base a lo establecido en el Procedimiento para la Operación del Servicio Central de Esterilización y Equipos para Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, clave 0702-003-001.

0702-009-019

El cambio de soluciones antisépticas se realizará en base a lo establecido en el Procedimiento para la Operación del Servicio Central de Esterilización y Equipos para Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA, clave 0702-003-001.

0702-009-019



ANEXO 10
“Control de insumos para el carro de curaciones”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Nombre del servicio en el que se encuentra ubicado el carro curaciones.
2	Fecha.	Fecha correspondiente al día de la recepción.
3	Turno.	Turno correspondiente al día de la recepción del medicamento, instrumental y material de curación. Ejemplo: Turno matutino (TM), turno vespertino (TV), turno nocturno (TN).
4	Fecha de caducidad.	Fecha de caducidad del medicamento, instrumental y material de curación. NOTA: La bitácora cuenta con 3 rubros de fecha de caducidad lo que permite tres fechas diferentes, se registra con tinta estándar de acuerdo al turno correspondiente.
5	Recibido.	Cantidad de medicamento, instrumental y material de curación, recibida al inicio de la jornada laboral, en base a la dotación establecida del fondo fijo.
6	Utilizado.	Cantidad de medicamento, instrumental y material de curación, utilizado en el transcurso de la jornada laboral.
7	Personal responsable de la recepción	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la recepción del carro de curaciones al inicio de la jornada laboral.
8	Realización de la desinfección.	Fecha y hora de la realización de la desinfección semanal o posterior al uso del carro de curaciones
9	Nombre del personal responsable de la desinfección	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la desinfección del carro de curaciones.
10	Personal responsable de reposición de material	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la reposición de material por caducidad o por uso.



ANEXO 10
“Control de insumos para el carro de curaciones”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Observaciones.	Cualquier eventualidad que se presente durante el uso del carro de curaciones.
12	Supervisión Jefa o Jefe de Enfermería	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula de la Jefa o Jefe de Enfermería, que realiza la supervisión del movimiento del carro de curaciones.



ANEXO 11
“Bitácora de botiquín de urgencias obstétricas”



ANEXO 11
“Bitácora de botiquín de urgencias obstétricas”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Nombre del servicio en el que se encuentra ubicado el botiquín de urgencias obstétricas.
2	Fecha.	Fecha correspondiente al día de la recepción.
3	Turno.	Turno correspondiente al día de la recepción del medicamento y material de curación.
4	Fecha de caducidad.	Fecha de caducidad del medicamento y material de curación.
5	Recibido.	Cantidad de medicamento y material de curación, recibida al inicio de la jornada laboral, en base a la dotación establecida del fondo fijo.
6	Utilizado.	Cantidad de medicamento y material de curación, utilizado en el transcurso de la jornada laboral.
7	Nombre del personal de enfermería de recepción de bitácora.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la recepción del botiquín.
8	Supervisión de la Jefa y el Jefe de Enfermería.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula de la Jefa y el Jefe de Enfermería, dicha actividad se realizará semanalmente.
9	Uso en caso de evento.	Fecha y hora de la utilización del botiquín de urgencias obstétrica en un evento.
10	Nombre del responsable de la reposición y limpieza.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable de la reposición y limpieza del botiquín de urgencias obstétricas, dicha actividad se realizará semanalmente.
11	Fecha de desinfección del equipo semanal.	Fecha de realización de la desinfección semanal o en caso necesario de la utilización del botiquín de urgencias.
12	Nombre del responsable de la reposición.	Primera letra del nombre, el primer apellido y matrícula del personal de enfermería responsable.



ANEXO 12
“Reporte diario de hospitalización”



ANEXO 12
“Reporte diario de hospitalización”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica.	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital Rural No. 32 Paracho, Michoacán.
2	Región.	El tipo y número de la región a quien corresponde la unidad hospitalaria. Ejemplo: Región I Zamora, Michoacán.
3	Servicio.	Nombre del servicio en el que se ingresa y egresan los pacientes hospitalizados (Obstetricia, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Unidad de Cuidados Especiales del Neonato, Pediatría, recién nacidos en Alojamiento Conjunto).
4	Fecha.	El día, mes, año de apertura del formato, (se realiza cada 24 horas, a las 00:00hs am, con tinta de color rojo). Ejemplo: 09/03/2016.
5	Existencia anterior	Cantidad de pacientes hospitalizados físicamente, con que se hace el cierre del formato en uso y apertura de nuevo formato a las 00:00 horas. Ejemplo: Fecha 09/03/2016. Existencia anterior: 10 (que serán 10 pacientes hospitalizados del servicio de obstetricia).
6	Ingresos.	Cantidad de pacientes hospitalizados ingresados en 24 horas. Ejemplo: Fecha 09/03/2016. Ingresos: 5 (que serán 5 pacientes hospitalizados ingresados al servicio de obstetricia).
7	Egresos.	Cantidad de pacientes hospitalizados egresados en 24 horas. Ejemplo: Fecha 09/03/2016. Ingresos: 7 (que serán 7 pacientes hospitalizados egresados al servicio de obstetricia).
8	Existencia actual.	Cantidad de pacientes hospitalizados físicamente, con que se hace el cierre del formato en uso y apertura de nuevo formato a las 00:00 horas. Ejemplo: Fecha 09/03/2016.



ANEXO 12
“Reporte diario de hospitalización”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Existencia actual: 10 (que serán 10 pacientes hospitalizados del servicio de obstetricia).
9	Nombre.	Nombre completo del paciente hospitalizado iniciando por el nombre y posterior apellidos paterno y materno.
10	NSS o agregado.	El Número de Seguridad Social y los dígitos (número y letras), que conforman el agregado al número de seguridad social o agregado del paciente hospitalizado. Ejemplo 1: 1210-55-1670-1 1M80 ORD. Ejemplo 2: 2F80.
11	Número de cama.	El número de cama, camilla, cuna o incubadora en la que se encuentre encamado el paciente hospitalizado. Ejemplo 1: 5.
12	Ingresos.	Registrará con el signo convencional (✓) el área por la cual fue ingresado el paciente (Consulta Externa, Urgencias, otros). Ejemplo: Urgencias (✓).
13	Egresos.	Registrará con el signo convencional (✓).la causa del egresado del paciente (mejoría, curación, voluntario, pase a otro hospital, defunción, otros.). Ejemplo: Voluntario (✓).
14	Diagnóstico médico.	El diagnóstico de presunción o definitivo principal, registrado por el personal médico responsable del paciente hospitalizado y registrado en la nota médica. Ejemplo: puerperio fisiológico.



ANEXO 13
“Lista de verificación para prevención de infección en el sitio quirúrgico”



Lista de verificación para prevención de infección en el sitio quirúrgico

Recomendaciones pre operatorias

Acciones	Si
Presentarse en ayuno al hospital a la hora que el médico tratante le indique. (1)	<input type="checkbox"/>
Informar a sus médicos tratantes si toma algún medicamento y en su caso trearlos consigo el día de la cirugía y entregarlos al personal de enfermería. (2)	<input type="checkbox"/>
Acudir con familiar o persona legalmente responsable el día de su internamiento al hospital. (3)	<input type="checkbox"/>
Cumplir con la solicitud de donación de sangre. (4)	<input type="checkbox"/>
Las siguientes acciones disminuyen el riesgo de infección de herida quirúrgica	
Baño diario 3 días seguidos antes de la cirugía. (5)	<input type="checkbox"/>
No fumar 30 días antes de la cirugía. (6)	<input type="checkbox"/>
Presentarse el día de su internamiento al hospital (con uñas cortas, sin esmalte, sin uñas postizas, sin alhajas y solo con articulos para el aseo personal). (7)	<input type="checkbox"/>
No debe rasurarse en su casa la zona que va a ser operada. (8)	<input type="checkbox"/>
Evitar estar en contacto con personas enfermas 3 días antes de la cirugía. (9)	<input type="checkbox"/>
Informar al médico tratante el día de su internamiento si presenta alguna enfermedad o síntoma (fiebre, tos o gripa). (10)	<input type="checkbox"/>
En caso de ser menor de 15 años solicitarle al familiar o persona legalmente responsable baño diario y cambio de ropa limpia. (11)	<input type="checkbox"/>
En caso de no cumplir con las recomendaciones anteriores podrá ser motivo de que se suspenda la cirugía. (12)	<input type="checkbox"/>

(13)

Nombre y firma de la y el paciente o persona legalmente responsable

(14)

Nombre y firma del Médico tratante

0702-011-003



ANEXO 13

“Lista de verificación para prevención de infección en el sitio quirúrgico” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Presentarse a la hora que el personal médico indique en ayuno.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
2	Informar al personal médico tratante si toma algún medicamento y en su caso de traerlos consigo el día de la cirugía.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
3	Acudir con familiar o persona legalmente responsable.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
4.	Cumplir con el programa de donación de sangre.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
5	Baño diario tres días previos a la cirugía.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
6	Suspensión de tabaco 30 días previos a la cirugía.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
7	Uñas cortas, sin esmalte, sin uñas postizas y otros accesorios (alhajas, piercings, etc.).	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
8	No rasurar en domicilio zona a operar.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .
9	Tres días previos a la cirugía evitar contacto con personas con enfermedades infectocontagiosas.	Una <input checked="" type="checkbox"/> el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X .



ANEXO 13

“Lista de verificación para prevención de infección en el sitio quirúrgico” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	Informar a sus médicos en caso de presentar cuadro infeccioso agudo.	Una ✓ el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X.
11	En caso de paciente pediátrico solicitar baño diario y cambio de ropa limpia en familiar responsable.	Una ✓ el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X.
12	En caso de no cumplir con las recomendaciones anteriores podrá ser motivo de suspensión de la cirugía.	Una ✓ el cumplimiento de la recomendación. En caso de no cumplir con la recomendación marcar con una X.
13	Firma del paciente o responsable legal.	Firmar en la línea correspondiente.
14	Médico tratante.	Nombre y firma del Médico tratante



ANEXO 14
“Tarjeta de identificación de cama”



ANEXO 14
“Tarjeta de identificación de cama”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica.	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital Rural No. 162 “Rodeo Durango”.
2	Especialidad.	Nombre de la especialidad que se encuentra a cargo de la persona enferma, en caso de cambio de servicio cancelar con un paréntesis la especialidad anterior y anotar la nueva sucesivamente. Ejemplo 1: Medicina interna. Ejemplo 2: (Medicina interna) Cirugía general.
3	Nombre (s)	Nombre o nombres completos de la persona enferma iniciando por el nombre y posterior apellidos paterno y materno registrando en los espacios correspondientes. Ejemplo: Ramón Antonio Adame López.
4	Fecha nacimiento.	El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento, con números arábigos y agregando un cero a la izquierda en caso de ser un dígito. Ejemplo: 03 / 05 / 74.
5	Edad.	Los años cumplidos cuando se trate de adultos. Escolares y preescolares; los años y meses cumplidos en lactantes y días en los neonatos recién nacidos. Ejemplo 1: 18 años (adulto). Ejemplo 2: 11/12 meses (lactante). Ejemplo 3: 18/30 días (R.N).
6	Sexo.	Marcar el sexo correspondiente (X) a hombre o mujer.
7	Número de Seguridad Social o agregado.	El Número de Seguridad Social y los dígitos (número y letras), que conforman el agregado al número de seguridad social de la y el paciente o agregado. Ejemplo 1: 1210-55-1670-1 1M59 ORD. Ejemplo 2: 2F78.



ANEXO 14
“Tarjeta de identificación de cama”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
8	Fecha, hora ingreso.	El día, mes, año y hora de ingreso correspondientes con, números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 01 / 04 / 09, 18:00 pm.
9	Jefe de familia.	Nombre completo de la o el jefe de familia, iniciando por apellidos, paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Ávila Delgado Rosa Elva.
10	Localidad.	Nombre completo de la localidad a la que corresponda según sea el caso iniciando. Ejemplo 1: UMR. IMSS 56 el salto Durango. Ejemplo 1:S.S. A. Nazas Durango. Ejemplo 1:H.R. No. 162 Rodeo Durango.
11	Personal Médico tratante.	Nombre completo y primer apellido del personal médico tratante de la atención de la o el paciente. Ejemplo: Dra. Maria Pineda



ANEXO 15
“Cartel higiene de manos”



Cartel (higiene de manos).

Prevenir las infecciones intrahospitalarias

Está en tus manos

Lávate con agua y jabón
Duración de todo el procedimiento:
40 - 60 segundos

a  **b** 

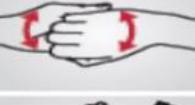
Mójate con agua y aplica suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.

Desinfectate con alcohol gel
Duración de todo el procedimiento:
20 - 30 segundos

a  **b** 

Deposita en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.

Cada acción debe repetirse 5 veces.

- 2**  Frota las palmas de las manos entre sí.
- 3**  Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- 4**  Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- 5**  Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- 6**  Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- 7**  Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

8  Enjuágate las manos con agua, use una toalla desechable para secarlas, con ella cierra el grifo.

 Deja secar sin agitar.

Una vez secas, tus manos son seguras.

HIGIENE DE MANOS: SEGURIDAD DEL PACIENTE.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

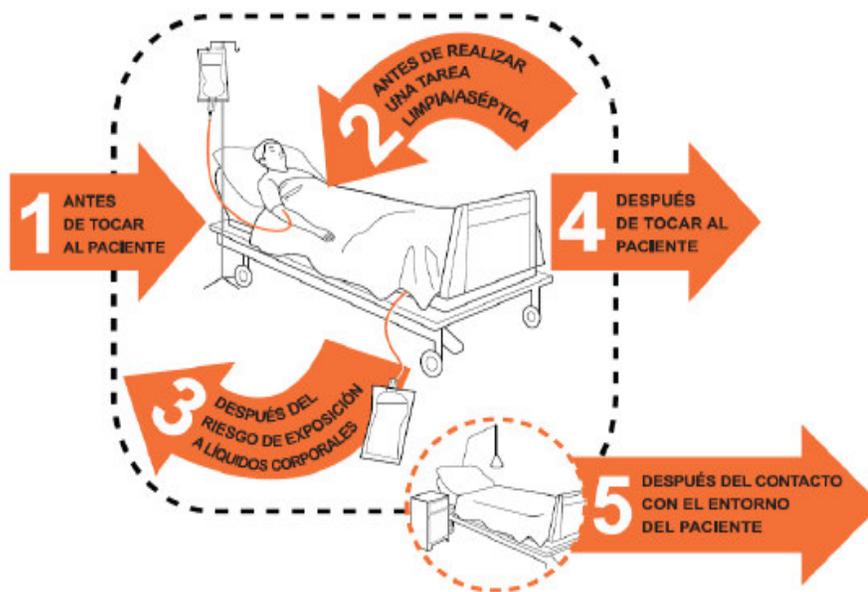


Organización
Mundial de la Salud

0702-022-001



Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha revisado toda la información necesaria para comprender la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado no constituye una garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Consulte al fabricante la responsabilidad de la información y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que se derive ocasionar su utilización. La OMS y gracias a los Hospitales Universitarios de Granada (HUG) en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la realización de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010



Marco Conceptual Estrategia Multimodal para la Mejora de la Higiene de Manos



Componentes de la estrategia multimodal:

Cambio del sistema: Garantizar que se tiene la infraestructura e insumos necesarios para permitir al personal de salud practicar la higiene de manos, esto incluye dos elementos esenciales: El acceso a un suministro continuo de agua segura así como jabón sin antiséptico y toallas desechables de papel; fácil acceso a la solución a base de alcohol (SBA) para manos en el **punto de atención**, (lugar en el que concurren tres elementos: de la o el paciente, el profesional de salud y la atención o tratamiento que implican contacto con la y el paciente o su entorno (en la zona de la y el paciente). El concepto comprende la necesidad de realizar higiene de manos en los momentos recomendados en el lugar preciso donde tiene lugar la prestación de asistencia.

Infraestructura: Se refiere a la disponibilidad de lavabos funcionales, de acuerdo con los estándares de Certificación del Consejo de Salubridad General solicitan la existencia de un lavabo por cada seis camas, independientemente de la estructura de cada Unidad. Lo más importante es que los lavabos estén limpios, sean funcionales y tengan los insumos necesarios para realizar lavado de manos. Además, en caso de que éstos no sean suficientes, se debe colocar solución a base de alcohol para la desinfección de las manos, ya que es la mejor opción por encima del agua y del jabón.

Insumos: Por insumos nos referimos a solución a base de alcohol del 70% al 80%, jabón líquido sin antiséptico, toallas de papel desechable, agua segura (soluciones con gluconato de clorhexidina (GCH) del 0.5 a 1% de concentración (sólo en quirófanos y en terapias intensivas), dispensadores disponibles y funcionales que suministren el insumo de manera



confiable, evitando desperdicio (tener la precaución de utilizar dispensadores acordes a la consistencia de cada producto: solución a base de alcohol, jabón líquido, solución con GCH).

Formación y aprendizaje: Proporcionar formación con regularidad a todo el personal de salud sobre la importancia de la higiene de manos, basada en el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos” y los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos, así como la capacitación específica para los observadores.



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”



“Bitácora medios invasivos”

La Terapia Intravenosa (TIV), es la administración de sustancias líquidas (utilizadas para la hidratación, la administración de fármacos o nutrición), directamente en una vena a través de una aguja o tubo (catéter) permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo.

Comparada con otras vías de administración, la vía intravenosa es el medio más rápido para aportar soluciones y fármacos, siendo además, la única vía de administración para algunos tratamientos como es el caso de las transfusiones. Es imprescindible en el manejo de la persona enferma hospitalizada, sobre todo en las y los pacientes críticos, crónicos y de oncología.

La higiene de las manos debe realizarse antes y después de la palpación del lugar de inserción, así como antes y después de insertar, reemplazar, acceder, reparar, cubrir o limpiar un catéter intravascular.

La palpación del acceso no debe realizarse después de la aplicación de un antiséptico, a menos que se mantenga técnica aséptica.

Mantiene técnicas de asepsia para la inserción y cuidados de catéteres intravasculares.

Usa guantes limpios, en lugar de guantes estériles, para la inserción de catéteres intravasculares periféricos, si la zona de inserción no se toca tras la aplicación de antisépticos cutáneos.

Usa las máximas barreras estériles, incluyendo uso de gorro, mascarilla, bata estéril, guantes estériles y campo corporal estéril para la inserción de CVC, CCIP o cambio con guía.

Es recomendable que “cuando la zona donde se prevea la inserción esté visiblemente sucia, se lave con agua y jabón previamente a la aplicación de solución antiséptica. Si hubiera mucho vello, debe retirar de la zona de inserción, preferiblemente con tijeras, pues la microabrasión que provoca el afeitado incrementa el riesgo de infección de la zona de inserción”.

La limpieza de la piel con una preparación de alcohol con más del 0,5 % de clorhexidina antes de insertar un catéter venoso central o un catéter arterial periférico y durante los cambios de vendajes.

Si existe una contraindicación para la clorhexidina, puede usarse como alternativa la tintura de yodo, yodóforos o alcohol al 70 %.

Se recomienda cuando sea posible evitar la vena femoral para CVC dada su mayor incidencia de infección relacionada con catéter y de trombosis venosa profunda en comparación con el acceso por vena yugular o subclavia.

Se debe puncionar solo 3 veces para catéter venoso central y catéter periférico, (para evitar el riesgo de infección). Utilizar un tiempo mayor de 25 minutos en el proceso de canalización



de una vía central se asocia a incremento en las infecciones, trauma o hemorragia relacionados con el procedimiento.

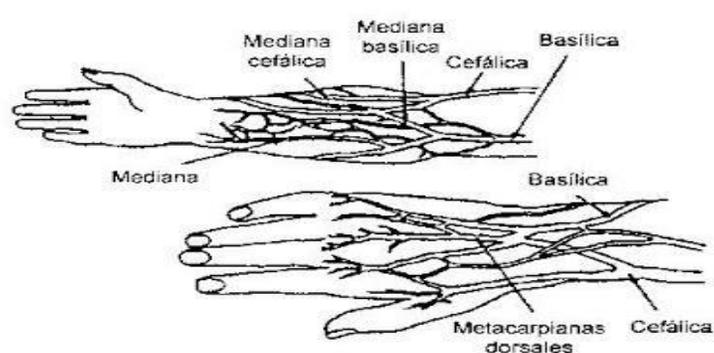
Los cambios de sistemas y catéteres a fecha prefijada frente a cuando hay indicación clínica, confirman que los sistemas de perfusión continua, tanto primarios como empalmes secundarios, que no administran lípidos o productos sanguíneos pueden mantenerse más de 96 horas (4 días), y que cambios más frecuentes de los sistemas no disminuyen las tasas de infección, colonización del catéter, ni obstrucción.

Para disminuir el número de Infección asociada a catéter, reemplazar el catéter sistemáticamente cada 72-96 horas o cuando esté clínicamente indicado.

Mantener los sistemas por más de 7 días se puede considerar si se están utilizando sistemas con protección anti infecciosa.

Los sistemas intermitentes que se conectan y desconectan tienen un mayor riesgo de contaminación y aunque hay ausencia de evidencias sobre diversas pautas de recambio, los estándares INS (INS, 2011) recomiendan que se cambien cada 24 horas.

Venas para realizar la canalización periférica





ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Número de cama.	Número de cama donde se encuentra hospitalizada la persona enferma.
2	Nombre de la o el paciente.	Nombre completo de la o el paciente iniciando por el nombre y posterior apellido paterno y materno.
3	Fecha de nacimiento.	El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento, con números arábigos y agregando un cero a la izquierda en caso de ser un dígito. Ejemplo: 09/ 11/ 79.
4	Edad.	Los años cumplidos cuando se trate de adultos, escolares y preescolares, los años y meses cumplidos, en lactantes y días en los recién nacidos. Ejemplo 1: Recién nacidos (23/30 días). Ejemplo 2: Lactante (9/12 meses). Ejemplo 3: Adulto (20 años).
5	Sexo.	Escribir el sexo de la o el paciente, hombre corresponde al género masculino y mujer para el género femenino.
6	Servicio.	Nombre del servicio que se encuentra a cargo la o el paciente, de acuerdo a la especialidad de la patología a tratar.: 1. Medicina interna 2. Cirugía 3. Ginecología 4. Obstetricia 5. UCEN 6. Pediatría.
7	Diagnóstico médico de ingreso.	Diagnóstico médico por el cual ingreso la persona enferma.
8	Ingreso.	Rubro correspondiente del ingreso de la persona enferma.
9	Fecha.	Fecha correspondiente al ingreso de la o el paciente al servicio de hospitalización, Pediatría y/o UCEN. Ejemplo: 19/ 08/ 2015.
10	Hora.	Hora correspondiente al ingreso de la o el paciente al servicio de hospitalización, Pediatría y/o UCEN. Ejemplo: 10:00 horas.



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Nombre del personal de enfermería que ingresa.	Nombre del personal de enfermería que recibe el ingreso en el servicio de hospitalización, Pediatría y/o UCEN.
12	Egreso.	Rubro correspondiente al egreso de la o el paciente.
13	Fecha.	Fecha correspondiente del egreso de la o el paciente al servicio de hospitalización, Pediatría y/o UCEN.
14	Hora.	Hora correspondiente del egreso de la o el paciente al servicio de hospitalización, Pediatría y/o UCEN.
15	Diagnóstico médico de egreso.	Diagnóstico médico por el cual egresó la o el paciente.
16	Nombre del personal de enfermería que egresa.	Nombre del personal de enfermería que realiza el egreso en el servicio de hospitalización, Pediatría y/o UCEN.
17	Instalación de catéter periférico.	Corresponde al proceso de instalación de catéter periférico.
18	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora de instalación el catéter periférico. NOTA: registrar en el membrete de fijación los siguientes datos: Nombre de la o el paciente, fecha de nacimiento, fecha y hora de instalación, número de catéter y nombre del personal de enfermería que puncionó.
19	Fecha y hora de retiro.	Fecha y hora en que se realizó retiró del catéter.
20	Motivo de retiro.	Registro del número correspondiente el motivo por el cuál se retiró el catéter y características del mismo al momento del retiro: 1. Indicación médica, 2. Flebitis 3. Trombosis 4. Hematoma 5. Extravasación 6. Características del catéter a). Integro sin alteración alguna b). Alteración del catéter doblado, con ruptura.
21	Tiempo de permanencia	Tiempo expresado en horas de permanencia del



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	en horas.	catéter periférico. Ejemplo: 90 horas.
22	Número de intentos (punciones).	Número de intentos (punciones para la canalización periférica). Ejemplo: 4 intentos.
23	Fecha y hora de instalación del equipo.	Día, mes, año y hora que se realizó la instalación del equipo.
24	Número de calibre de catéter.	Registro del número correspondiente del calibre del catéter utilizado en la canalización periférica: 1.16Fr. 2.17Fr. 3.18Fr. 4. 20Fr. 5. 22Fr. 6. 24Fr.
25	Re-instalación de catéter periférico.	Rubro correspondiente a la re-instalación del catéter periférico.
26	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora de instalación del catéter periférico. NOTA: registrar en el membrete de fijación los siguientes datos: Nombre de la y el paciente, fecha de nacimiento, fecha y hora de instalación, número de catéter y nombre del personal de enfermería que puncionó.
27	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en el que se efectúa retiró el catéter.
28	Motivo de retiro.	Registro del número correspondiente el motivo por el cual se retiró el catéter y características del mismo al momento del retiro: 1. Indicación médica, 2. Flebitis 3. Trombosis 4.Hematoma 5. Extravasación 6. Características del catéter a). Integro sin alteración alguna b). Alteración del catéter doblado, con ruptura.
29	Tiempo de permanencia en horas.	Tiempo expresado en horas de permanencia del catéter periférico. Ejemplo: 37 horas.
30	Número de intentos (punciones).	Número de intentos en que se realiza durante el proceso (punciones para la canalización periférica). Ejemplo: 9 punciones.



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
31	Fecha y hora de instalación del equipo.	Día, mes, año y hora que se realizó la instalación del equipo.
32	Número de calibre de catéter.	Registro del número correspondiente del calibre de catéter utilizado en la canalización periférica: 1.16Fr. 2.17Fr. 3.18Fr. 4. 20Fr. 5. 22Fr. 6. 24Fr.
33	Instalación de catéter venoso central.	Rubro correspondiente de la instalación del catéter venoso central.
34	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora de la instalación del catéter venoso central. NOTA: registrar en el membrete de identificación en la fijación del catéter los siguientes datos: Nombre de la o el paciente, fecha de nacimiento, fecha y hora de instalación, calibre de catéter. En caso de realizar la curación del catéter se reemplazará la identificación, con los mismos datos solo se agregará la fecha y hora de la curación del catéter.
35	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en que se realiza el procedimiento de retiro del catéter.
36	Motivo de retiro.	Registro del número correspondiente el motivo por el cuál se retiró el catéter y características del mismo al momento del retiro: 1 Indicación médica, 2. Flebitis 3. Trombosis 4. Hematoma 5. Extravasación 6. Características del catéter a). Integro sin alteración alguna b). Alteración del catéter doblado, con ruptura.
37	Tiempo de permanencia en horas.	Tiempo expresado en horas de permanencia del catéter venoso central instalado. Ejemplo: 123 horas.
38	Número de intentos (punciones).	Número de intentos (punciones para la instalación del catéter venoso central). Ejemplo: 3 intentos.
39	Fecha y hora de instalación del equipo.	Día, mes, año y hora que se realizó la instalación del equipo. NOTA: Realiza un membrete de identificación (etiqueta adherible) al equipo, la fecha y hora de instalación, la cual se



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		coloca en el equipo.
40	Número de calibre de catéter.	Registro del número correspondiente del catéter utilizado en la instalación del catéter venoso central: 7.4 Fr, 8.5 Fr, 9 Fr.
41	Instalación de onfalocclisis.	Rubro correspondiente a la instalación de onfalocclisis.
42	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora en que fue instalado el catéter para onfalocclisis. NOTA: Registra en el membrete de identificación en la fijación del catéter los siguientes datos: Nombre de la o el paciente, fecha de nacimiento, fecha y hora de instalación, calibre de catéter. En caso de realizar la curación del catéter se reemplazará la identificación, con los mismos datos solo se agregará la fecha y hora de la curación del catéter.
43	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en que se realizó él retiró del catéter.
44	Motivo de retiro.	Registro del número correspondiente el motivo por el cuál se retiró el catéter y características del mismo al momento del retiro: 3. Indicación médica, 2. Flebitis 3. Trombosis 4. Hematoma 5. Extravasación 6. Características del catéter a). Integro sin alteración alguna b). Alteración del catéter doblado, con ruptura.
45	Tiempo de permanencia en horas.	Tiempo expresado en horas la permanencia del catéter para onfalocclisis. Ejemplo: 50 horas.
46	Número de intentos (punciones).	Número de intentos que se realizaron durante la instalación del catéter.
47	Fecha y hora de instalación del equipo.	Día, mes, año y hora que se realizó la instalación del equipo. NOTA: Realiza un membrete de identificación (etiqueta adherible) al equipo, la fecha y hora de instalación, la cual se coloca en el equipo.
48	Número de calibre de	Registro del número correspondiente del catéter



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	catéter.	utilizado en la canalización periférica: 1. 3.5Fr. 2. 3Fr.
49	Instalación de sonda vesical.	Rubro correspondiente a instalación de sonda vesical. NOTA: Registra en el membrete de fijación de la sonda vesical los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none">• Nombre de la y el paciente.• Número de la sonda vesical.• Fecha, hora y turno de instalación.• Cantidad de mililitros que se ministro para el globo.
50	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora de instalación de la sonda. NOTA: Registra en el membrete de identificación en la fijación fecha, hora y nombre de la persona que realizó la instalación.
51	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en que se realizó el proceso de retiró de la sonda vesical.
52	Instalación de sonda orogástrica y nasogástrica.	Rubro correspondiente a instalación de sonda orogástrica y nasogástrica.
53	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora en que fue instalada la sonda orogástrica o nasogástrica.
54	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en que se realizó él retiró de la sonda orogástrica o nasogástrica.
55	Instalación de CIPAP.	Rubro correspondiente a colocación de CIPAP.
56	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora en que fue instalado el CIPAP.
57	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en que se retiró el CIPAP.
58	Motivo de retiro.	Motivo del retiro del CIPAP. 1. Indicación médica 2. Extravasación.
59	Tiempo de permanencia en horas.	Tiempo expresado en horas de permanencia de instalado el CIPAP.
60	Instalación de ventilación mecánica asistida.	Rubro correspondiente a la instalación de ventilación mecánica asistida.



ANEXO 16
“Bitácora de medios invasivos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
61	Fecha y hora de instalación.	Día, mes, año y hora de instalación de la ventilación mecánica asistida.
62	Fecha y hora de retiro.	Día, mes, año y hora en que se realizó el retiro retiró de la ventilación mecánica asistida.
63	Número de intentos de intubación.	Número de intentos para la intubación endotraqueal.
64	Instalación de drenes (Penrose/Drenovac).	Rubro correspondiente a la instalación de drenes (Penrose/Drenovac).
65	Fecha y hora de instalación.	Registrar la fecha y hora en que se instalaron los drenes (Penrose/Drenovac).
66	Fecha y hora de retiro	Día, mes, año y hora del procedimiento de retiro del dren.
67	Cirugía/herida quirúrgica	Registra si la y el paciente será o fue intervenido quirúrgicamente y existe presencia de herida quirúrgica.
68	Reporte de epidemiología.	Registra si existe en el expediente clínico el reporte de epidemiología correspondiente al coordinador de vigilancia epidemiológica del hospital.
69	Infecciones asociadas a la atención de la salud.	Registra (sí o no), existe la evidencia de infecciones asociadas a la atención de la salud.
70	Observaciones.	Observaciones relevantes que se presenten durante la estancia hospitalaria de la y el paciente.



ANEXO 17
“Solicitud de dietas”



ANEXO 17
“Solicitud de dietas”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Servicio.	Nombre del servicio de hospitalización.
2	Fecha.	Día, mes y año de la elaboración de la solicitud de dietas.
3	Numero de cama.	Número de cama donde se encuentra hospitalizada la persona enferma.
4	Nombre completo.	Nombre completo de la o el paciente iniciando por el nombre posterior apellidos paterno y materno. Ejemplo: Juan Chávez Torres.
5	Fecha de nacimiento.	El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento, con números arábigos y agregando un cero a la izquierda en caso de ser un dígito. Ejemplo: 09/08/89.
6	Edad.	Los años cumplidos cuando se trate de adultos, escolares y preescolares; los años y meses cumplidos en lactantes y días en los recién nacidos. Ejemplo 1: 38 años (Adulto). Ejemplo 2: 9/12 meses (Lactante). Ejemplo 3: 23/30 días (R.N).
7	Prescripción dietética	Escribir la dieta prescrita por el personal médico tratante.
8	Observaciones especiales.	Observaciones especiales que se requiere en la preparación de la dieta (ejemplo: dieta para diabético de 1500 calorías, fraccionada en quintos, 300 calorías por porción de alimentos).
9	Dieta indicada para el desayuno.	Registrar con el signo convencional <input checked="" type="checkbox"/> el rubro del desayuno con tinta de color rojo.
10	Dieta indicada para la comida.	Registrar con el signo convencional <input checked="" type="checkbox"/> el rubro de la colación con tinta de color verde.
11	Dieta indicada para la	Registrar con el signo convencional <input checked="" type="checkbox"/> el rubro

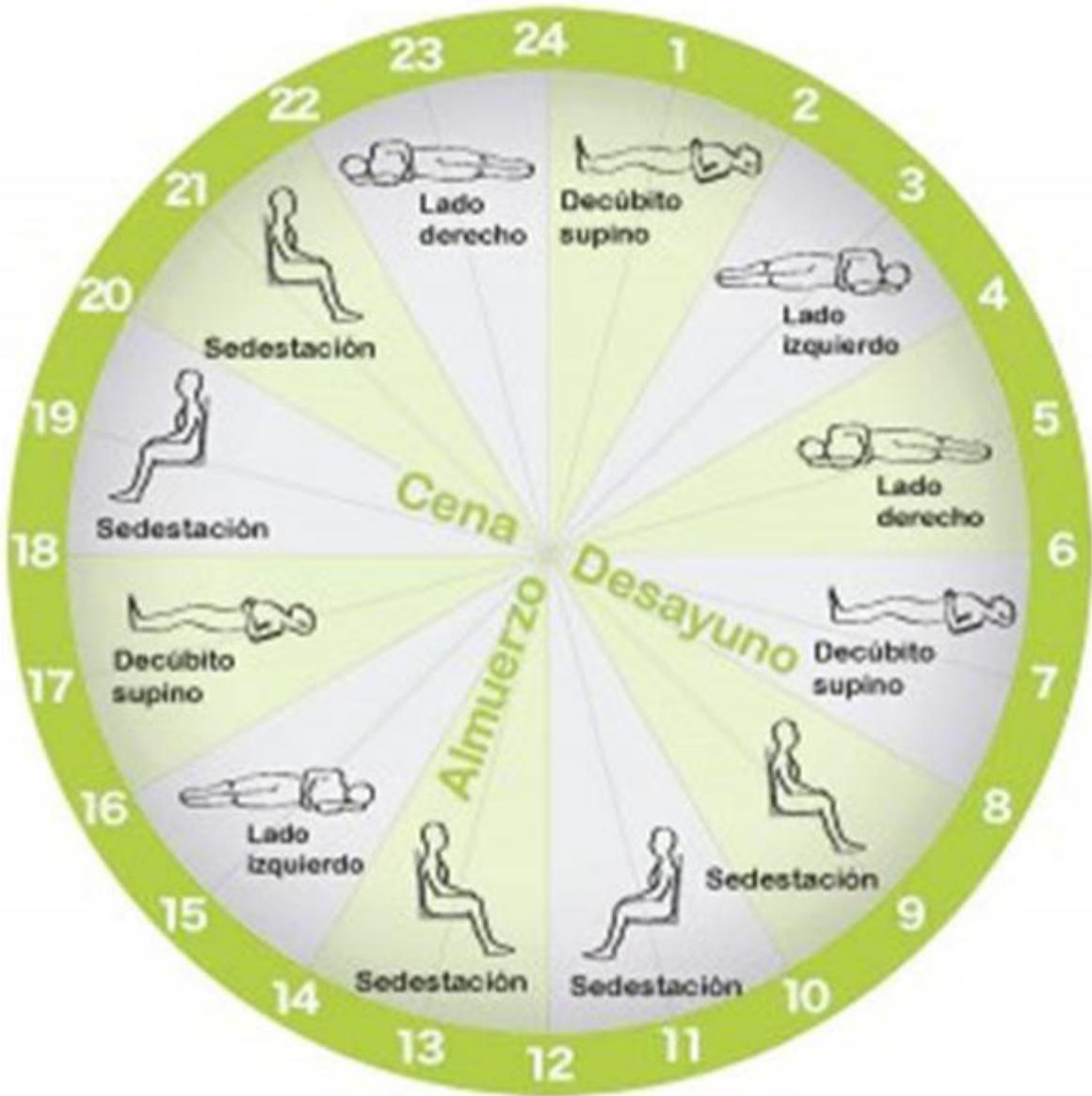


ANEXO 17
“Solicitud de dietas”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	cena.	de la colación con tinta de color verde.
12	Dieta indicada para la colación.	Registrar con el signo convencional ✓ el rubro de la colación con tinta de color rojo.
13	Dieta para acompañante o colación pediátrica	Registrar con el signo convencional ✓ el rubro de dieta para acompañante o colación pediátrica con tinta de color rojo.
14	Nombre y firma del personal responsable de turno	Primera letra del nombre, primer apellido y firma del personal de enfermería y dietología, responsable de la entrega-recepción del turno correspondiente de la solicitud de dietas (turno matutino, vespertino y nocturno).



ANEXO 18
“Reloj de posiciones para prevención de úlceras por presión”





“Intervenciones de Enfermería para prevención de úlceras por presión”

Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Higiene cada 24 horas (o según necesidades de la y el paciente) con agua tibia, realizando un secado meticuloso sin fricción levantar diariamente a la y el paciente, si movilidad reducida, cambios posturales 1 vez por turno.• Protección de las zonas de presión hidratación diaria, lubricación y masaje circular de la piel.• Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.• Medición del riesgo, a criterio del personal de enfermería mínimo una vez semanal (Si otros factores de riesgo importantes están presentes (edad avanzada, fiebre, ingestión dietética pobre de la proteína, presión diastólica debajo de 60, inestabilidad hemodinámica) avance al nivel siguiente del riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Higiene cada 24 horas (o según necesidades de la y el paciente) con agua tibia, realizando un secado meticuloso sin fricción.• Protección de las zonas de presión más colchón de presión alterna, almohadones.• Cambios posturales cada 4 horas.• Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.• Hidratación cada 12 horas.• Medición del riesgo, a criterio del personal de enfermería mínimo una vez semanal.• Si otros factores de riesgo importantes presentan, avance al nivel siguiente del riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Higiene cada 12 horas (o según necesidades de la y el paciente) con agua tibia, realizando un secado meticuloso sin fricción.• Protección de las zonas de presión más colchón de presión alterna, almohadones.• Cambios posturales cada 2 horas.• Hidratación por turno.• Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.• Medición del riesgo, mínimo una vez semanal.



ANEXO 19
“Prevención de caídas en pacientes hospitalizados”



“Prevención de caídas en pacientes hospitalizados”

Determinación del grado del riesgo de caídas		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4-10	Rojo
Mediano riesgo	2-3	Amarillo
Bajo riesgo	0-1	Verde

Protocolo para la prevención de caídas en las y los pacientes hospitalizados, enero 2010, Secretaría de Salud.

Identifica, evalúa y reevalúa el riesgo de presentar una caída en todos los y las pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.

Políticas para la reducción del riesgo de daños sufridos a las y los pacientes por causa de caídas

- El cuerpo directivo difundirá al personal responsable de la atención de la y el paciente, la escala para evaluar el riesgo de caídas.
 - El personal médico evalúa y reevalúa el riesgo de caída en todos las o los pacientes desde el primer contacto y durante su estancia hospitalaria y lo registrará en la nota médica. La reevaluación será cada 24 horas o antes si se identifica algún cambio en el estado clínico o terapéutico.
 - El personal de enfermería de la unidad médica hospitalaria a cargo de las o los pacientes, debe realizar las siguientes acciones como parte del programa para la reducción de daños a las y los pacientes por causa de caídas.
 - Realiza la evaluación de riesgo de caídas con la escala de valoración, inserta en el instructivo de la Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, así como las acciones realizadas a las o los pacientes desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria.
- La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del proceso de evaluación inicial de la o el paciente hospitalizado en el primer contacto de la o el paciente con la organización; asimismo, se reevalúa a las o los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado de la o el paciente, se reevalúa el riesgo de caídas en los siguientes momentos: cada 2 horas, cambio de turno, cada cambio de área o servicio y/o cada cambio en el estado fisiológico de la y el paciente.
- Utiliza diferentes medios de comunicación visual, verbal y escrita para informar al personal de salud, familiar, las o los pacientes y visitantes, sobre el riesgo de caída, las medidas de seguridad que se aplicarán y la participación de cada uno de ellos para la prevención.
 - Identifica y registra los factores de riesgo potenciales de caídas en la o el paciente durante su estancia hospitalaria, (condiciones físicas, mentales y emocionales de la o el paciente, estado postoperatorio, ayuno o reposó prolongado, caídas previas.
 - Utiliza los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas de acuerdo a las condiciones específicas de la y el paciente que aseguren la protección de la integridad de la o el paciente como:



- a) Levanta los barandales de la cama.
- b) Traslada a la y el paciente en camilla segura.
- c) Sujeción en caso de ser necesario.
- d) Coloca interruptor de timbre al alcance de la o el paciente.
- e) Coloca banco de altura para uso inmediato.
- f) Coloca una silla para el baño de la o el paciente y acercar aditamentos de ayuda (bastones, andadera, silla de ruedas, etc.).

- Documenta los hechos relacionados con la prevención de caídas, así como las intervenciones y resultados obtenidos con el plan terapéutico establecido.

- Reporta las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad de la y el paciente.

Para realizar una valoración integral de la y el paciente se incluyen algunos parámetros que permiten identificar y calificar el riesgo de que la y el paciente puedan sufrir una caída.

A nivel institucional se utilizará la siguiente escala:

Valoración del estado de la o el paciente

Escala de valoración del grado de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados	
Factores de riesgo	Puntos
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factor de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

Al terminar la valoración de cada uno de los factores de riesgo, se realiza una sumatoria obtenida y en base al resultado obtenido, se clasifica y codifica por color el cual puede utilizarse con algún identificador. La interpretación de esta escala identifica mayor riesgo cuando existe mayor puntaje.

La importancia además de identificar el riesgo, es tomar las medidas correspondientes para evitar la caída de la o el paciente.

Posterior a la valoración el personal de enfermería, colocará un distintivo del color correspondiente con base en el resultado de la valoración en la hoja de registros clínicos en esquema terapéuticos e intervenciones de enfermería.



ANEXO 20
“Guía de ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de medicamentos de alto riesgo”



“Guía para la ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de medicamentos de alto riesgo”

Un medicamento de alto riesgo es aquel que tiene un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en la preparación y administración.

Por tanto el termino seguridad implica, no solo la ausencia de errores (y por supuesto ausencia de negligencia), sino una actitud positiva previsor (proactiva) en la reducción de efectos adversos.

Prevenir errores de medicación con medicamentos de alto riesgo.

Solicita los medicamentos de alto riesgo con un tiempo determinado previo a la preparación y administración de éstos, para reducir el tiempo en que se encuentran en las áreas de atención a la o el paciente.

Las autoridades del establecimiento determinarán cuales son las áreas en donde estarán disponibles los medicamentos de alto riesgo e indicarán el retiro de estos medicamentos en el resto de los servicios.

Los medicamentos de alto riesgo, deberán manejarse como sustancias controladas, resguardados, etiquetados y clasificados para su fácil identificación, con medidas de seguridad en su almacenamiento.

Para su etiquetado, cada medicamento de alto riesgo (viales o frascos) deberá ser marcado con los siguientes colores por tipo de electrólito, para diferenciarlo de otros. (Incluyendo anticoagulantes e insulina).

Electrólito	Color	
Gluconato de calcio 10%110ml	Amarillo	
Cloruro de potasio	Rojo	
Bicarbonato de sodio	Azul	
Sulfato de magnesio	Verde	
Cloruro de sodio al 17.7%	Morado	
Insulinas	Gris	
Anticoagulantes	Negro	

El etiquetado de cada uno de los medicamentos de alto riesgo incluyendo insulinas y anticoagulantes será responsabilidad del área administrativa y farmacia.

Los contenedores también se etiquetarán con el nombre y el color designado por tipo de electrólito y otra etiqueta que diga “CUIDADO ALTO RIESGO”.

Realiza la doble verificación para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos.



Barrera de Seguridad: La doble verificación se realiza durante dos momentos:

La primera: Durante el proceso de preparación de medicamentos de alto riesgo por dos personas competentes en el momento mismo en que se preparan los medicamentos.

La segunda: Durante el proceso de administración de estos medicamentos por dos personas competentes en el momento mismo del proceso de administración.

Nota: No confundir la doble verificación con el uso de los correctos de enfermería, ya que el propósito de estos correctos es evitar errores de medicación cuando al ser utilizados justo antes de administrar medicamentos a las o los pacientes, no se debe precargar los medicamentos de alto riesgo.

La doble verificación se realizará durante la preparación y la administración de, al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- Electrolitos concentrados.
- Quimioterapéuticos.
- Radiofármacos.
- Insulinas.
- Anticoagulantes.

Cuando estén indicados estos medicamentos se verifica que se trate de la y el paciente correcto (MIPS 1), medicamento prescrito, caducidad, hora y la frecuencia de administración prescrita, dosis prescrita, vía de administración prescrita, velocidad de infusión y otros.

Electrolitos Concentrados:

Debe realizarse la difusión al personal médico y de enfermería relacionado con la indicación y administración de medicamentos y hacer hincapié en que los electrólitos concentrados requieren dilución, capacitar y educar al personal calificado (médico, enfermería, técnico farmacéutico) sobre la importancia del riesgo de errores en la preparación y almacenamiento de los electrólitos concentrados. Utiliza una bomba de infusión para administrar soluciones concentradas o en su defecto utiliza otros dispositivos como el equipo de volúmenes medidos.

Usa protocolos para la administración del potasio en los que se incluyan indicaciones, velocidad y concentración máxima permitidas, guías para la monitorización cardiaca, etc.

- Restringir la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.

Confirma la permeabilidad absoluta de la vena por la que se va a administrar el potasio, ya que la extravasación puede ocasionar necrosis.



Anticoagulantes:

Separa la heparina de la insulina, así como de otros que se dosifiquen en unidades.

Escribe “unidades” en lugar de “U”.

Estandariza la dosificación mediante protocolos basados en el peso real de la y el paciente.

Estandariza los procedimientos de administración: etiqueta las bolsas de perfusión indicando el volumen, dosis total.

Insulinas:

Escribe “unidades” en lugar de “U”.

No almacena la insulina cerca de la heparina,

Mantiene la insulina bajo refrigeración.

Verifica siempre el aspecto del frasco de insulina antes de extraer la dosis.

Observa si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

En caso de control insuficiente de la glucosa o de una tendencia a episodios de hiper o hipoglucemia.



ANEXO 21
“Plan de alta”



Un Plan de alta de enfermería, es un documento que proporciona información importante e individualizada a la o el paciente y familiar, es elaborado por el personal de enfermería responsable de la o el paciente durante su hospitalización.

El egreso al núcleo familiar, desde el punto de vista físico, mental y social es difícil, por lo que es necesario dar apoyo emocional a la o el paciente, las impresiones que recibe al salir del hospital son tan duraderas como las que recibe a su ingreso.

El Plan de alta debe estar basado en las necesidades de cuidados de cada persona enferma de acuerdo a la patología del egreso hospitalario, garantizando la continuidad de los cuidados en el domicilio.

El personal de enfermería informa el alta de la o el paciente con suficiente antelación para poder conocer las limitaciones de la o el paciente, de la familia o de la persona de apoyo o del ambiente, lo que permite la implementación y la coordinación del plan de cuidados, para prevenir complicaciones en su estado de salud en el domicilio.

Entrega el informe de alta de enfermería revisando con la o el paciente, familiares y o responsable, los cuidados que deberá continuar fuera del hospital.

Objetivos:

- Evaluar el cumplimiento del informe de alta.
- Lograr una adecuada integración del paciente en el ámbito del hogar sin poner en peligro su vida.
- Lograr mitigar temor y ansiedad.
- Evaluar la repercusión del informe del alta en la transmisión de cuidados.

Límites:

- Lugar: Hospitales Rurales de Programa IMSS-PROSPERA.
- Tiempo: A partir del 2015.
- Espacio: Servicio de hospitalización para Pediatría y UCEN.

Responsables:

- Dirección del Hospital Rural.
- Jefa y Jefe de Enfermería del Hospital Rural.
- Personal de enfermería del Hospital Rural.
- Personal de Trabajo Social del Hospital Rural.
- Personal médico tratante del paciente del Hospital Rural.
- Las y los pacientes egresados por mejoría del servicio de hospitalización, Pediatría y UCEN.



Plan de alta

Nombre de la y el paciente: (1) _____ Fecha de nacimiento: (2) _____
 Edad: (3) _____ Sexo: (4) _____ No. cama: (5) _____ Servicio: (6) _____ Fecha de egreso: (7) _____
 Diagnóstico médico de egreso: (8) _____

La información que a continuación le proporcionamos es muy importante para la continuidad de los cuidados de la y el paciente en el hogar y favorecer su recuperación

Nombre y firma de la persona legalmente responsable del autocuidado: (9) _____
 Parentesco: (10) _____ Nombre y firma del personal de Enfermería: (11) _____
 Nombre y firma del personal Médico: (12) _____
 Nombre y firma de Trabajo Social: (13) _____

Acciones de autocuidado específicas

Acciones de autocuidado	Recomendaciones
Alimentación (14) Oral () sonda orogástrica/nasogástrica () Gastrostomía ()	
Baño: (15) Esponja () Tina () Regadera ()	
Curación (16) Sonda vesical () Herida quirúrgica () Muñón umbilical ()	
Cuidados de catéter: (17) Tipo de catéter ()	
Aspiración de secreciones (18) Si () No ()	
Fisioterapia respiratoria (19) Nebulizaciones () Si () No ()	
Cuidados de Estomas Si () No () (20)	
Higiene de manos (21) Si () No ()	
Actividad/ejercicio (22) Si () No ()	
Identificación de signos y síntomas de alarma Si () No () (23)	
Eliminación: (24) Uresis () Evacuaciones ()	
Otras recomendaciones (25)	



	Medicamento (26)	Dosis (27)	Vía de administración (28)	Horario (29)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

CITAS

Fecha (30)	Hora (31)	Servicio (32)

Educación a la y el paciente y persona legalmente responsable

Tipo de educación (33)	Si (34)	No (35)	Nombre de la persona que recibe la información (36)	Fecha (37)	Firma (38)	Nombre y firma del personal que proporciona la educación (39)

(40) Acciones de cuidados específicas

Baño diario.	No acudir a lugares concurridos o conglomerados
Cambio de ropa diario.	Evitar corrientes de aire y cambios de temperatura.
Higiene de manos de comer y despues de ir al baño.	Evitar mascotas dentro de la habitación.
Lavar y desinfectar los alimentos.	Acudir al servicio de consulta externa para su cita médica.
Mantener habitación limpia y libre de polvo.	Otro.
(41) Acudir al servicio de urgencias en caso de presentar los siguientes signos y síntomas	
Mal estado general.	Cambio de coloración de herida quirúrgica o muñón umbilical.
Fiebre.	Dificultad para respirar.
Dolor.	Dolor intenso de cabeza.
Pérdida del estado de alerta.	Visión borrosa.
Sangrado.	Disminución o movimientos fetales.

En caso o duda de comunicarse al tel: (42) _____ a la extensión: (43) _____ Servicio: (44) _____

¡ Con gusto lo atenderemos!

0702-022-002



ANEXO 21
“Plan de alta”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la y el paciente.	Nombre completo de la y el paciente iniciando por el nombre posterior apellidos paterno y materno. Ejemplo: Pedro Martínez Romero.
2	Fecha de nacimiento.	Día, mes y año de nacimiento de la y el paciente.
3	Edad.	Los años cumplidos cuando se trate de adultos, escolares y preescolares; los años y meses cumplidos en lactantes y días en los recién nacidos. Ejemplo 1: 26 años (adulto). Ejemplo 2: 8/12 meses (lactante). Ejemplo 3: 25/30 días (R.N.).
4	Sexo.	Sexo correspondiente masculino en el caso del (hombre), y mujer en (femenino).
5	Número de cama.	Número de cama donde se encuentra la y el paciente en hospitalización.
6	Servicio.	Nombre del servicio que se encuentra a cargo la o el paciente.
7	Fecha de egreso.	El día, mes, año y hora de egreso correspondientes con, números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 09 / 06 / 16.
8	Diagnóstico médico del egreso.	El diagnóstico de presunción o definitivo principal, registrado por personal el médico tratante responsable de la o el paciente y registrado en la nota de ingreso. Actualizarlo de acuerdo a las notas médicas de evolución del mismo, en los formatos “Notas médicas y prescripción” 4-30-128/72. Ejemplo: Insuficiencia renal aguda.
9	Nombre y firma de la persona legalmente responsable del autocuidado.	El día, mes, año y hora de ingreso correspondientes con, números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 15 / 06 / 10.



ANEXO 21
“Plan de alta”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	Parentesco.	Nombre completo de la persona responsable del autocuidado de la y el paciente, iniciando por el nombre posterior apellidos paterno y materno. Ejemplo: Sofía Sánchez Flores.
11	Nombre y firma del personal de enfermería.	Nombre completo del personal de enfermería responsable del paciente iniciando por el nombre posterior apellido paterno, materno y firma.
12	Nombre y firma del personal médico.	Nombre completo del personal médico tratante del egreso de la y el paciente, iniciando por el nombre posterior apellido paterno, materno y firma.
13	Nombre y firma del personal de trabajo social.	Nombre completo del personal de trabajo social responsable del otorgar la información a la y el paciente y familiar, iniciando por el nombre posterior apellido paterno y materno, firma.
14	Alimentación.	Con el signo convencional ✓, la alimentación indicada de acuerdo al estado de salud de la y el paciente, registrar las recomendaciones que realizarán al paciente y/o familiar en su domicilio, alimentos permitidos y no permitidos.
15	Baño.	Con el signo convencional ✓, el baño que realizará la y el paciente en su domicilio.
16	Curación.	Con el signo convencional ✓, si es necesario realizar curación de sonda vesical, herida quirúrgica y muñón umbilical en su domicilio registro de las recomendaciones establecidas para el bienestar de la y el paciente.
17	Cuidados a catéter.	Con el signo convencional ✓, si se requiere el cuidado del catéter en su domicilio cuando la y el paciente es egresado con un catéter, registrar las recomendaciones del cuidado del mismo.
18	Aspiración de secreciones.	Con el signo convencional ✓, si indica aspiración de secreciones en el domicilio, registrar recomendaciones específicas de la aspiración de secreciones en el hogar.



ANEXO 21
“Plan de alta”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
19	Fisioterapia respiratoria.	Con el signo convencional ✓, si se requiere fisioterapia respiratoria, métodos para la nebulización en su domicilio, registrar de las recomendaciones del procedimiento.
20	Cuidados de estomas.	Con el signo convencional ✓, el cuidado de estomas en el hogar, registrar las recomendaciones específicas.
21	Higiene de manos.	Con el signo convencional ✓, la realización del lavado de manos, registrar recomendaciones en las que se debe realizar en su domicilio.
22	Actividad/ejercicio	Con el signo convencional ✓, la indicación de realización de actividad física en su domicilio y registrar la actividad permitida de acuerdo a la patología de la y el paciente.
23	Identificación de signos de alarma.	Con el signo convencional ✓, la orientación de identificación de signos de alarma y registrar en recomendaciones los signos y síntomas de alarma que la y el paciente y familiar deben identificar para evitar complicaciones.
24	Eliminación.	Con el signo convencional ✓, la orientación de identificación de los patrones de eliminación, y registra en recomendaciones, número, cantidad y consistencia de uresis y evacuaciones.
25	Otras recomendaciones.	Registrar otras recomendaciones específicas que se deben orientar a la y el paciente y familiar para la continuidad de los cuidados en su domicilio.
26	Medicamento.	Nombre del medicamento prescrito, con letra legible y sin tachaduras ni enmendaduras. Ejemplo: Ranitidina tableta.
27	Dosis.	Cantidad de medicamento indicado, al egreso de la y el paciente. Ejemplo: Ranitidina una tableta.
28	Vía de administración.	La vía de la indicación del medicamento. Ejemplo: Ranitidina una tableta vía oral.



ANEXO 21
“Plan de alta”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
29	Horario.	Anotar el horario correspondiente al medicamento indicado, el registro debe ser legible y de fácil comprensión para la y el paciente y familiar. Ejemplo: Ranitidina una tableta vía oral cada ocho horas, 6 de la mañana, 2 de la tarde y 10 de la noche.
30	Fecha.	Día, mes y año de la cita programada para su revisión posterior al egreso.
31	Hora.	Hora de la cita programada.
32	Servicio.	Nombre del servicio en el que acudirá la y el paciente al cumplimiento de la cita programada, posterior a su egreso hospitalario.
33	Tipo de educación.	Registro del tema de educación de salud otorgada a la y el paciente en el momento del egreso hospitalario.
34	Sí.	Con el signo convencional ✓, si se otorgó educación a la y el paciente en el momento de su egreso hospitalario.
35	No.	Con el signo convencional X en caso de no haber otorgado educación a la y el paciente en el egreso hospitalario.
36	Persona que recibe la información	Nombre completo de la persona que recibe la información, iniciando por el nombre, apellido paterno y materno.
37	Fecha.	Día, mes y año en que se otorgó la educación por el personal de enfermería.
38	Firma.	Firma de la persona que recibe la información.
39	Nombre y firma del personal de enfermería que proporciona educación.	Nombre, posterior apellido paterno y matrícula, del personal de enfermería que proporcionó educación a la y el paciente o familiar.



ANEXO 21
“Plan de alta”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
40	Acciones de autocuidado específicas.	Con tinta marca texto, indicar las acciones del autocuidado que debe llevar acabo en su domicilio, para su convalecencia y pronta recuperación.
41	Acudir al servicio de urgencias en caso de presentar los siguientes signos y síntomas.	Marca con tinta marca texto, el síntoma de alarma de identificación, de acuerdo a la patología de la y el paciente.
42	En caso de duda favor de comunicarse al teléfono.	Número del teléfono del Hospital Rural donde se comunicará la y el paciente o persona legalmente responsable.
43	Extensión.	Extensión del número telefónico.
44	Al servicio.	Nombre del servicio que recibirá la llamada en caso de tener dudas en el seguimiento de las recomendaciones en su domicilio.