



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE IXHUATLÁN DEL
SURESTE.”**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
CELESTE AMAYRANI CRUZ HERNÁNDEZ

ASESORA DE TESIS:
LIC. ADELA MARTINEZ PERRY

COATZACOALCOS, VERACRUZ

MARZO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

**HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE IXHUATLAN DEL
SURESTE**



INDICE

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
BIENVENIDO	3
INTRODUCCION	4
JUSTIFICACION	5
OBJETIVO	6
MISIÓN	7
VISIÓN	8
VALORES	9
POLITICAS	10
SISTEMA DE COMUNICACION INTERDEPARTAMENTAL	11
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	12
DERECHO DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE IXHUATLAN DEL SUREST	13-37
CONSULTA EXTERNA (NUCLEO BASICO)	38-39
LAVADO DE MANOS MEDICO	40-41
RECEPCION DE EQUIPO Y MOVILIARIO	42-43
ENLACE DE TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	44-45
SOLICITUD DE MATERIAL DE CURACIÓN A CEYE	46-47
RECEPCION DE USUARIOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA GENERAL (NUCLEO BASICO)	48-49
SOMATOMETRIA	50-51
SIGNOS VITALES	52-53
TEMPERATURA CORPORAL	54-57

PULSO	58-60
RESPIRACION	61-63
PRESION ARTERIAL	64-68
TOMA DE GLICEMIA CAPILAR	69-71
HEMOGLOBINA GLUCOCILADA	72-74
TOMA DE GOTA GRUESA	75-78
ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	79-81
PRUEBA RAPIDA DE VIH	82-83
TECNICA DE RECOLECCION DE ESPUTOBACTERIOLOGICO Y ESPUTO BAAR	84-85
TOMA DE CARY BLAIR	86-87
TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS	88-98
TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS	99-109
ATENCION PRENATAL	110-116
TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA Y EN LACTANCIA	117-128
ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS	129-133
TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	134-138
APOYO A LA CONSULTA GENERAL	139-140
EVALUACION DE LA CAPACIDAD EN IRAS, EDAD Y NUTRICION A MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS	141-143
REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA (NUCLEO BASICO)	144-146
DETECCION	147-156
DETECCION DE TUBERCULOSIS PULMONAR	157-163

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO	164-165
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS	166-168
NORMAS OFICIALES MEXICANAS	169-171
BIBLIOGRAFÍAS	172

DEDICATORIA

Este manual de procedimientos es realizado con mucho respeto y responsabilidad para todo el personal de la salud que día a día se esfuerza para dar un trato digno y con ética profesional, quiero agradecer a dios por permitirme llegar a este punto de mi carrera profesional, de igual manera agradecer al personal del hospital de ixhuatlan que me brindo apoyo y conocimiento para realizar dicho manual, le agradezco al jefe de enfermeros que igual me apoyo en la realización del manual y a la encargada de consulta externa que fue de gran apoyo para actualizar algunos procedimientos.

Y por último le doy gracias a mis padres por el apoyo durante toda la carrera, que me dieron ánimos para seguir y nunca darme por vencida.

AGRADECIMIENTO

Primero que nada le doy gracias a dios por darme la oportunidad de seguir en esta vida y verme realizar un primer sueño, terminar mi carrera en licenciada en enfermería y darme fuerza y fortaleza en aquellos momentos de dificultades.

Gracias a mis padres por ser un gran apoyo para terminar mis estudios que sin ellos no lo hubiese logrado, con su apoyo, sus consejos, su manera de alentarme en cada paso que doy para lograr este sueño.

De igual manera agradezco a la institución el hospital comunitario de ixhuatlan del sureste que durante un año me enseñó a tener ese amor por esta profesión tan, humanista, humilde y sincera, gracias a cada uno de los enfermeros que me ayudo en los procedimientos que realice, por enseñarme a perder el miedo y estar segura de todo lo que hacía.

BIENVENIDO

Se invita a todo el personal de Enfermería a participar con su experiencia y entusiasmo para enriquecer y actualizar los contenidos del presente manual de procedimientos, a través de la jefatura de enfermería, esto con la finalidad de no rayar sus contenidos actuales; así mismo se hace de su conocimiento que toda la información contenida en el manual se encuentra a su entera disposición en el departamento, esto con el fin de evitar que se sustraigan algunas hojas del manual quedando incompleto.

INTRODUCCIÓN

La participación del personal para la atención de la salud en consulta externa(Núcleo Básico), reviste primordial importancia, ya que en esta área se proporciona la atención médica y de enfermería en el cual se resuelven en mayor porcentaje las demandas de atención a la salud., De acuerdo a los cambios actuales dentro de la política de nuestra institución, la tecnología aplicada en beneficio del usuario para proporcionar una atención de calidad y calidez, el personal de enfermería como parte integral de los procesos de atención médica desarrolla acciones para mejorar la atención y tiene un papel importante en la consulta de especialidades hacia el paciente cuando asiste con el médico especialistas brindando trato amable, manteniendo la armonía, discreción respeto y guardando siempre el secreto profesional.

Para toda enfermera del área es bien sabido que las técnicas y procedimientos que a continuación se describen se deben efectuar de manera indicada sin saltarse los puntos que se detallan, optimizando la utilización de recursos y lograr con mayor eficiencia los objetivos trazados en cada una de ellas.

Por esta razón este manual de procedimientos del servicio consulta externa (Núcleo Básico). Es una recopilación de técnicas y procedimientos de enfermería retomada de diversos autores, así como de opiniones y experiencias hospitalarias del personal que elabora en esta institución, lo cual nos permitió la unificación de criterios.

JUSTIFICACIÓN

La dirección del Hospital de la comunidad de IXHUATLAN DEL SURESTE, a través de la jefatura de enfermería motivó la elaboración de este manual cuyo origen fue, la necesidad de contar con un instrumento de trabajo para normar y unificar criterios, para el desarrollo de las actividades de enfermería en el área de consulta externa (Núcleo Básico).

OBJETIVO

- Contar con un documento que el personal de enfermería utilice como guía básica de sus actividades logrando así mayor rendimiento y eficacia.
- Proporcionar una mejor atención al usuario, a través de un instrumento de consulta que oriente sus acciones, aprovechando los recursos existentes y unificando sistemas de trabajo
- Contribuir a lograr un ambiente de seguridad para el paciente con el fin de disminuir complicaciones en su evolución.
- Aplicar conocimientos científicos, técnicos y humanitarios en la prestación de servicio a cada usuario demandante
- unificar criterios en la prestación de servicios de enfermería a todos los usuarios que demanden del servicio de consulta externa (Núcleo Básico)
- otorgar un trato cálido y humano a los clientes como a sus familiares
- Contribuir en la formación del personal de enfermería.
- Fomentar las relaciones interpersonales entre los grupos de enfermería que coadyuven a mantener un ambiente de trabajo productivo.
- Contribuir a la orientación del personal de enfermería de nuevo ingreso, durante la introducción al puesto.

MISIÓN

El departamento de enfermería del Hospital de Ixhuatán del sureste es el grupo comprometido con su desarrollo profesional que otorga atención de enfermería en forma integral y permanente a través de acciones de prevención, curación y rehabilitación con equidad, oportunidad, calidad y sentido humano al usuario y sus familiares. Aplicando los conocimientos científicos y técnicos en forma oportuna y experta. Coadyuvando a la reducción de índices de morbi-mortalidad en la población.

VISIÓN

Ser PROFESIONALES DE ENFERMERIA en constante actualización comprometidos con el proceso que avale su competencia laboral, que proporcione cuidados de salud con principios fundamentales, y altos niveles de calidad, calidez y justicia que coadyuven el logro de objetivos y metas de nuestra institución para beneficio de la población. Realizando tantas actividades de promoción y protección a la salud, así como acciones de prevención, curación y rehabilitación mismas que favorezcan la integración del individuo al ámbito familiar y social

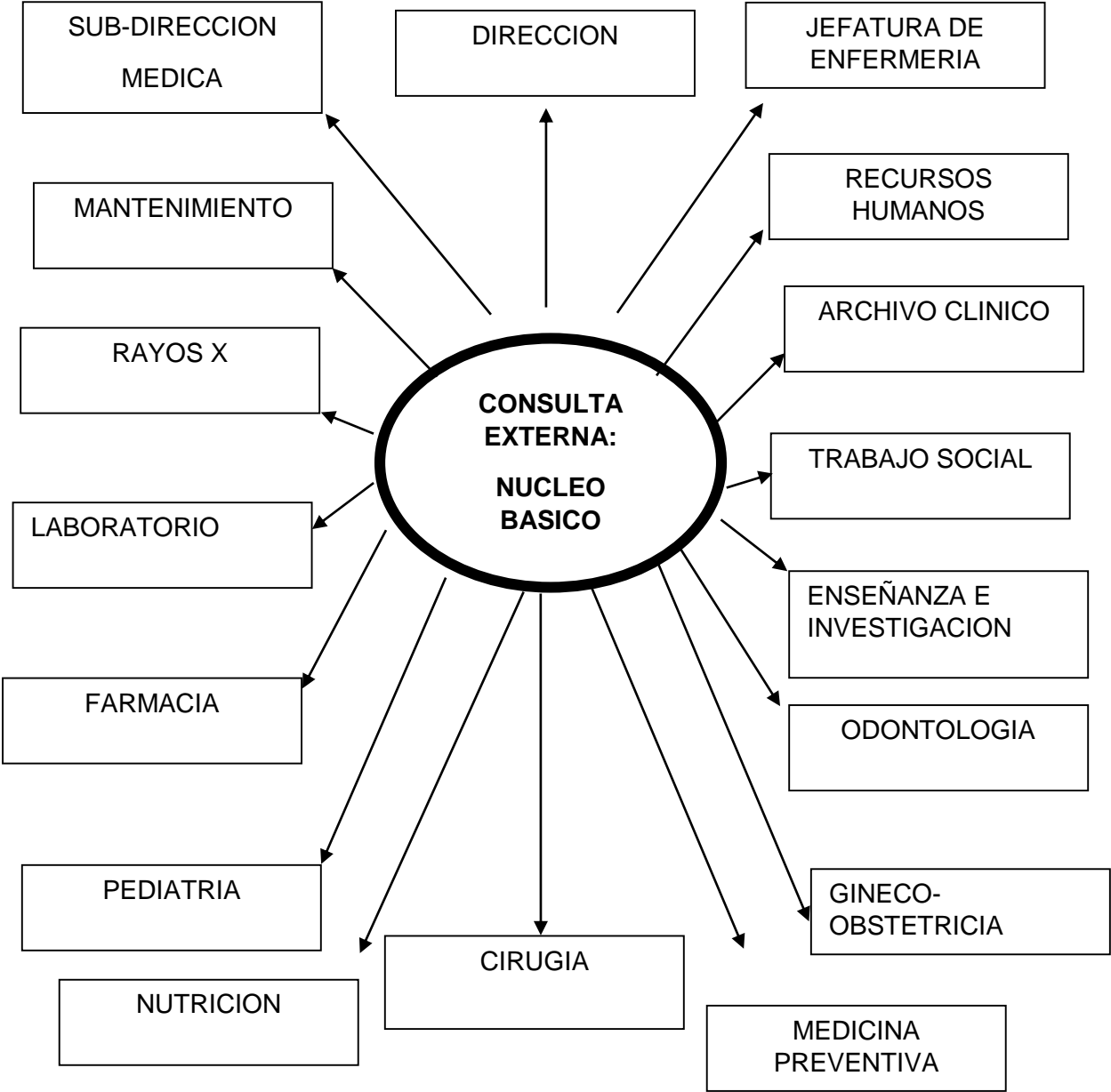
VALORES

- El departamento de enfermería con el firme compromiso de otorgar una atención de calidad hace suyos una serie de valores los cuales nos permitan cumplir con nuestro cometido.
- Profesionalismo: secreto profesional y honestidad son la base de nuestro desempeño.
- Puntualidad y responsabilidad: favorece la realización del trabajo con eficacia y eficiencia.
- Equidad y lealtad: nuestro compromiso basado en el respeto al usuario y sus familiares sin distinción de clases sociales.
- Humanismo: La naturaleza de nuestra profesión.
- Trabajo en equipo: dignifica la labor del grupo de enfermería.
- Convicción: Es la base de nuestro desempeño.
- Honestidad: Recato en las acciones y palabras

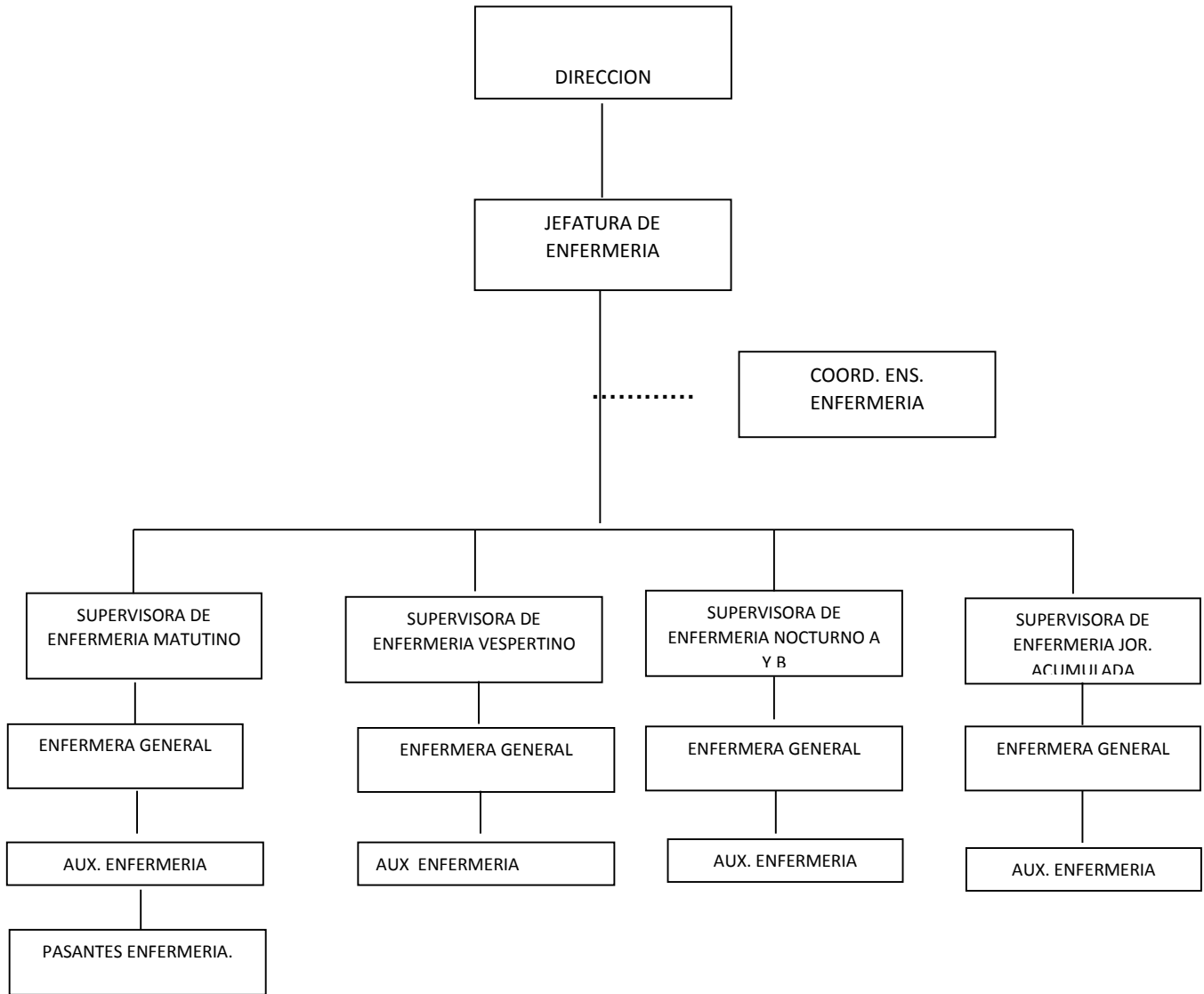
POLITICAS

- Otorgar atención de enfermería al usuario como una unidad bio-psicosocial.
- Infundir confianza al paciente y proporcionarle la comodidad adecuada.
- Impartir la atención de enfermería con eficacia y eficiencia, calidad, efectividad y trato humano.
- Acatar las disposiciones del contrato colectivo de trabajo en vigor y el reglamento de labores que nos rige.
- Fomentar la docencia y capacitación del personal de enfermería así como la investigación científica sin detrimento de las actividades asistenciales.
- Solicitar los recursos humanos y materiales con oportunidad para el buen desempeño y funcionamiento del servicio.
- Mantener ordenado y limpio el servicio.
- Poseer conocimientos básicos de los procedimientos del área.
- No permitir la entrada a personal ajeno al área.
- No introducir ni consumir alimentos dentro del área.
- Mantener las relaciones que hay entre las jerarquías funciones y obligaciones individuales y departamentales.
- Desarrollará las actividades operativas con el uso óptimo de los recursos asignados.
- Reportará fallas de aparatos electro médico a su jefe inmediato.
- El personal de enfermería deberá ser discreto y respetar los sistemas de información establecida en relación al estado, diagnóstico y tratamiento del cliente.
- La atención de enfermería se brindará de manera oportuna con óptima calidad en función directa a las necesidades del cliente.

SISTEMA DE COMUNICACION INTERDEPARTAMENTAL



ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE IXHUATLAN DEL SURESTE

1.-RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA:

El paciente tiene derecho a que la atención medica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Ley General de salud

Articulo 51y 89

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Articulo 21 y 48.

2.-RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO:

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Ley General de salud

Articulo 51y 83

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Articulo 25 y 48.

3.-RECIBIR INFORMACION SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ:

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz y ajustada a la realidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo 29 y 30.

NOM-168ssa1-1998, del expediente clínico numeral 5.5

4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCION

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia, en pacientes terminales.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo 80

NOM-168SSA1-1998, del expediente clínico numeral 4.2 y 10.11

Anteproyecto del código guía Bioética de conducta profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3

“Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO.

El paciente, o en su caso el responsable y los supuesto que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando lo acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para la cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia de acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ley General de salud

Artículo 100 fracciones IV 320 y 321.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo 80 y 81.

6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

NOM-168SSA1-1998, del expediente clínico.

Numeral 5.6

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

Artículo 36.

Ley General de salud.

Artículos 136,137 y 138.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículos 19 y 35.

NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Numeral 4.2 y 10.11

7.- CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINION.

El paciente tiene derecho a recibir la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículos 29 y 30

NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Numeral 4.9 y 5.5

8.-RECIBIR ATENCION MEDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Ley General de salud

Artículo 55

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo 71 y 73.

9.- CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLINICO.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean presentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo 32

NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

10.-SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCION MEDICA RECIBIDA.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondientes cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Ley General de salud

Artículo 54

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo 19,51 y 52

Decreto de Creación de la comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Artículo 2, 3,4 y 13.

DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE IXHUATLAN DEL SURESTE

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN

II. ESTÁNDARES DE COMPORTAMIENTO

A. Estándares de trato profesional

B. Estándares de trato social

C. Estándares de conducta laboral

D. Estándares en la formación y Desarrollo de personal e investigación

E. Estándares sobre las relaciones extra institucionales

III. BIBLIOGRAFÍA

IV. GLOSARIO DE TÉRMINOS

I. PRESENTACIÓN

La Secretaría de Salud, la Subsecretaria de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM, ofrecen a todos los profesionales de la salud que se desempeñan en el Sector un Código de Conducta que guíe sus actividades y acciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, de manera tal que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal. De esa forma este documento es una contribución más para aumentar la efectividad y la eficiencia de los servicios y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

El Código de Conducta especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social que ancestralmente han caracterizado a quienes profesan alguna de las carreras de la salud; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud. Estas conductas propician también la armonía en el desempeño individual con el del grupo responsable de prestar los servicios.

La concertación del Código de Conducta y su utilización por el personal de todas las instituciones oficiales que proporcionan servicios de salud, es la respuesta de los mismos profesionales de la salud a la demanda de atención de la población.

Se cumple de ese modo con la obligación de las instituciones públicas de elaborar y emitir un código de conducta específico, que delimite la actuación que deben observar sus servidores públicos en situaciones concretas atendiendo a las funciones y actividades propias de cada institución.

Del mismo modo, el Código de Conducta del Personal de Salud propicia el logro de los objetivos, funciones y metas que tienen asignadas las instituciones y, tienden a favorecer de manera racional la aplicación y el cumplimiento de la normatividad en la operación de los servicios a su cargo. El Código de Conducta que se ofrece hace públicos los estándares de conducta profesional de su personal que coadyuven a la prestación de servicios con altos niveles de calidad. Establece una guía de comportamiento esperado del personal, siempre con referencia a las prácticas comúnmente aceptadas en las profesiones de la salud y a las obligaciones laborales contraídas y se basa en los principios fundamentales de la bioética, como son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la equidad y justicia y, el respeto a la dignidad humana. Abre la posibilidad de que tanto las conductas como las prácticas, sean ajustadas al nivel de operación de la unidad de servicios de salud de que se trate.

Fortalece, asimismo, la identificación del personal con su profesión y con la institución donde labora. Ayuda a prevenir la aparición de conductas profesionales reprochables y la comisión de faltas a la ética establecida. Igualmente favorece el desarrollo profesional y grupal de los equipos de salud dentro de la institución. El Código de Conducta convoca igualmente al desempeño coordinado y corresponsable de las diferentes áreas de las unidades de prestación de servicios de salud y, destaca la integridad profesional como eje en la prestación de los servicios, de igual forma enfatiza el trato cálido y amable a los pacientes, junto a la mejor utilización del tiempo y de los recursos disponible.

Sea este documento un instrumento más que coadyuve a elevar la calidad, la transparencia y la integridad de nuestras instituciones para beneficio de la población mexicana.

II. ESTÁNDARES DE COMPORTAMIENTO

Se trata de las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción, comprendidos los siguientes:

1. Estándares de trato profesional

Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios.

1. El personal, sus líderes y directivos se desempeñarán con integridad, aprovechando al máximo el tiempo de servicio y la utilización racional de los recursos a su disposición, protegiendo los intereses de los pacientes y de la institución, evitando el dispendio.
2. Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta.
3. Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.
4. Evitará la realización de técnicas o procedimientos para los cuales no se tengan las capacidades necesarias o para los que no se disponga de los recursos indispensables en la institución para llevarlos a cabo.
5. Actualizará el conocimiento y la capacitación para el desarrollo de las destrezas necesarias para empleo de la tecnología accesible, lo cual deberá comprobar por medio de las certificaciones correspondientes a su disciplina.
6. Reconocerá sus limitaciones para buscar el apoyo necesario o la derivación de los pacientes, conforme a las normas institucionales, previniendo la intervención de personas insuficientemente capacitadas.
7. Atenderá integralmente a los pacientes minimizando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, que por su naturaleza es compleja.

8. Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales u objeción de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores.
9. Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.
10. El personal de salud debe de tomar en cuenta la dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente, cuidando de no explotar esta situación. Además deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer.
11. Del mismo modo, deberá facilitar, a solicitud de los pacientes, o de su tutor, la obtención de segundas opiniones, según el caso.
12. Guardará con la mayor confidencialidad la información relativa a los pacientes, la que sólo se divulgará con autorización expresa del paciente o su tutor, con excepción de las circunstancias previstas en la ley.
13. Cuando el paciente pide a su médico que decida por él lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir, conforme a su leal entender y proceder, conservando así los derechos fundamentales del paciente.
14. Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos, que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legalmente establecidos.

15. Asimismo, les hará saber los beneficios que pueden lograrse con lo anterior y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse.
16. Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.
17. Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuado.
18. Si se requiere una intervención quirúrgica, el médico deberá explicar al paciente con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados, y si es el caso los costos del mismo.
19. Solamente cuando no se encuentre un familiar responsable en los casos de incapacidad temporal o permanente de un paciente, estando en peligro su vida, la función o la integridad corporal, el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotar la justificación de su acción en el expediente clínico.
20. Proporcionará atención de urgencia a todo paciente, cuando esté en peligro su vida, un órgano o una función, sin distinción de cualquier tipo, con el propósito de estabilizar sus condiciones clínicas para que pueda recibir el tratamiento definitivo donde corresponda.
21. Formulará acuciosamente el expediente clínico de cada paciente en medios escritos. El expediente deberá ser completo, ordenado, legible, veraz, oportuno y lógicamente secuenciado, conforme lo establecen las normas.
22. A petición del paciente, sus representantes legales o de una autoridad judicial entregará un resumen clínico del caso, cuando le sea requerido.
23. A los pacientes hospitalizados deberá informárseles la razón de la necesidad de practicar exámenes de laboratorio o gabinete y comunicárseles los horarios de los estudios y la preparación necesaria.

24. Informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su ministración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas,
25. Los alimentos deben ser proporcionados con comedimiento, en los horarios propios de la unidad hospitalaria y que mejor se apeguen a los requerimientos de los pacientes.
26. Utilizará debidamente los cuadros básicos y catálogos de insumos sectoriales, recurriendo a las opciones más indicadas que ofrecen, conforme al nivel de atención donde preste sus servicios.
27. Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes.
28. Se abstendrá de realizar, en el marco normativo de la institución, y en acuerdo con los familiares responsables, todo procedimiento desproporcionado que pueda significar ensañamiento terapéutico, o bien efectuar acciones de reanimación que expresamente haya prohibido el paciente.
29. El personal debe revisar y actualizar las indicaciones verbales y por escrito con el paciente, referentes a sus decisiones anticipadas de mantenimiento del tratamiento de sostén en terapia intensiva y elección de su representante para que apoye su decisión cuando no exista el pleno uso de sus facultades mentales, anotando en cada ocasión en el expediente clínico.
30. La atención hospitalaria del paciente en fase Terminal incluirá cuidados hasta el último momento de su vida. La calidad técnica y moral de los mismos debe asegurar que el enfermo reciba la atención que merece por su condición de persona humana y pueda morir con dignidad en el hospital o en su domicilio.
31. El paciente en trance de muerte debe ser tratado con el mínimo de medidas que le permitan alivio a su sufrimiento, aun cuando signifiquen dosis elevadas de agentes tranquilizantes y analgésicos, soporte psicológico y social, posiblemente cirugía, radiaciones, antibiótico terapia, etc., si estas medidas mantienen confortable al paciente.

32. Se enfatizará que el médico es un profesional de la ciencia y conciencia, que no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente, ya que al igual que éste, es una persona libre y responsable con un singular acervo de valores.

2. Estándares de trato social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

1. La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.
2. De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.
3. El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.
4. Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.
5. Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.

6. Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.
7. Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida sana libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.
8. La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.
9. Preparar a los pacientes que irremediablemente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud, para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despida de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.
10. El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación.

3. Estándares de conducta laboral

Comprenden los comportamientos esperados de los integrantes de los equipos de salud, de sus líderes naturales o formales y de los directivos en su relación con la institución donde laboran y con sus compañeros de trabajo, a saber:

1. Perfeccionar su vida profesional y cuidar con su conducta la fuente de empleo, así como coadyuvar a la conservación del patrimonio institucional y nacional.
2. La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora.

3. Colaborar honestamente con los procesos de auditoria interna o externa, como con los correspondientes a la supervisión, asesoría o evaluación.
4. Abstenerse de utilizar con propósitos de difusión la información generada en la institución donde preste sus servicios, inclusive la que considere de índole profesional personal, a menos que cuente con la autorización correspondiente.
5. Velar por la conservación del buen nombre y prestigio de la institución y, en caso de que identifique situaciones que los afecte deberá con lealtad, por los conductos institucionales, hacerlo del conocimiento de sus superiores o de las autoridades competentes.
6. Atender solícitamente las quejas que se presenten con motivo de la atención proporcionada a los pacientes, y colaborar ampliamente con la investigación que realicen las instancias formales que corresponda.
7. Contribuir a la solución de los conflictos que con tal motivo se presenten, actuando con imparcialidad, responsabilidad, equidad, honestidad y respeto a las instituciones, a sus compañeros de trabajo, a los pacientes y familiares, y a las obligaciones que como miembros de la sociedad les corresponde.
8. En el ámbito de sus atribuciones, contribuir y colaborar a la observancia de aquellas medidas tendientes a preservar el medio ambiente.

4. Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación

Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante,

1. Sólo participarán en actividades educativas de alumnos de escuelas y facultades reconocidas y acreditadas, con las que la institución donde presta sus servicios tenga suscritos convenios.

2. No permitirán, conforme a las normas institucionales y programas académicos, la práctica inexperta o sin supervisión de los alumnos de los diversos grados de los grupos pertenecientes a las diferentes carreras de la salud, bajo su responsabilidad.
3. Podrán compartir su tiempo laboral con el tiempo convenido para actividades docentes o de investigación, para las cuales podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.
4. En todas las actividades de enseñanza o de investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de investigación.
5. Imbuirán en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, a los compañeros, a los superiores y, en general al personal que colabora en las actividades asistenciales, cuidando que la formación que reciban los alumnos sea integral.
6. Los pacientes que participen en el proceso educativo deberán ser informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio, como tampoco de investigación. Del mismo modo deberán ser informados del nombre de los alumnos y del grado que cursan.
7. El profesor o tutor, o los alumnos mismos, no deberán discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los propios pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.
8. La realización de proyectos de investigación siempre será acatando las normas institucionales en la materia, anteponiendo la seguridad de los pacientes y respetando su aceptación o negativa, de participar en el estudio o de abandonarlo, sin que por esto desmerite la calidad de su atención.
9. Es deber del investigador trabajar en una relación creativa y mutuamente respetuosa con los pacientes, de manera que la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.

10. No se debe inducir el uso de tecnologías, material, equipo y medicamentos que apenas están en estudio y no cabalmente confirmada su utilidad.
11. En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y en segundo término contribuir a dilucidar problemas del conocimiento.
12. Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como suyo aquello de lo que tomaron conocimiento en las revisiones, ni presentar las ideas de otros como propias.
13. La profesión médica es responsable de verificar la seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías y tratamientos, siendo dicho conocimiento abierto al escrutinio público.
14. Respetará el consentimiento válidamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protege sus derechos y dignidad humana. Bajo los principios de privacidad y autonomía una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.
15. El consentimiento válidamente informado que obtenga el médico de sus pacientes deberá ser por escrito y con testigos, haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener, así como su libertad para retirarse del estudio.
16. Se deberá dar a conocer de manera clara y honesta la relación del investigador con el organismo patrocinador de la investigación y los compromisos que se adquieren.
17. En todos los casos la investigación clínica estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en la normatividad nacional y convenios internacionales sobre la materia.
18. No se podrán llevar a cabo proyectos de investigación de ningún tipo, sin la aprobación correspondiente de los comités de bioética y de investigación de la unidad de servicios de que se trate. Dichos comités podrán dictaminar,

dadas sus atribuciones, sobre el inicio, desarrollo, conclusión o detención de proyectos, con base en el seguimiento de cada protocolo

E. Estándares sobre las relaciones extra institucionales del personal de salud

Relativos a la relación que mantenga el personal que brinda los servicios con organismos académicos o colegios, o bien de investigación o con fabricantes y distribuidores de insumos para la salud.

1. Las participaciones individuales o grupales relacionadas con experiencias institucionales profesionales, deberán ser del conocimiento de las autoridades responsables y señalada claramente la responsabilidad personal del autor.
2. La participación en sociedades, academias o colegios serán exclusivamente a título personal, debiendo salvaguardar el buen nombre e imagen de la institución donde labora.
3. En ningún momento ni circunstancia dejarán su preponderancia los intereses de la institución donde labora, por los de sociedades, academias o colegios.
4. Con el fin de evitar conflictos de interés, no se podrá recibir de proveedores de material, equipo o medicamentos a su institución, comisiones u obsequio alguno, ni en dinero, ni en especie.
5. No se deberá reclutar pacientes para probar medicamentos, material o equipo médico, sin la debida autorización institucional y el seguimiento de un protocolo formal.
6. El médico debe tomar sus decisiones sin influencias comerciales, por lo que no debe aceptar regalos personales, viajes, equipos o amenidades de compañías proveedoras para evitar conflictos de intereses.
7. Como tampoco aceptar u ofrecer, si es el caso, participaciones económicas por la atención, interconsultas o transferencia de pacientes. De ningún modo podrá atraer pacientes de otros compañeros médicos, ni cuestionar su profesionalismo, como tampoco, si fuera el caso, ofrecer rebajas en el costo de la atención.

8. No se deberá permitir que se utilice el nombre o imagen del personal institucional para anunciar equipos, medicamentos o publicidad personal, por ser contrario a las prácticas aceptadas de las profesiones de la salud y la imposibilidad de desligarlos de la institución donde presten sus servicios.

III. BIBLIOGRAFIA

1. Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética, Mayo de 2002
2. Código de Ética: una propuesta, Clínica Londres, México, abril de 1999
3. Código de Ética. Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G”, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Instituto Mexicano del Seguro Social
4. Código de Ética. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, SSA, México, 2002
5. Code of Medical Ethics, American Medical Association, 2002 – 2003 Edition
6. Construyendo un Programa de Integridad: El papel de los códigos de conducta. Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Unidad de Vinculación para la Transparencia, 2001
7. Diccionario de Filosofía. Nicolás Abbagnano, Fondo de Cultura Económica, 1998
8. II Informe de Gobierno, México. Esfuerzos de salud en cinco objetivos, 2002
9. Introducción a la Teoría General de la Administración. Idalberto Chiavenato. Mc Graw Hill, 1996
10. Ley General de Salud, Editorial Porrúa, 2001
11. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, 2001

12. Medicina y Cultura; hacia una formación integral del profesional de la salud.
Rosa María Lara y Mateos, Plaza y Valdés, 1994
13. Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico
14. Oficio Circular No. SP/100/0762/02 de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Diario Oficial de la Federación, miércoles 31 de julio de 2000
15. La Praxis Médica en la actualidad. Ricardo Miguel Zuccherino. Depalma, Buenos Aires 1994
16. Plan Nacional de Desarrollo 2001 - 2006, Presidencia de la República
17. Programa de Integridad de Mayo Foundation, Mayo Clinic, 1999
18. Programa Nacional de Salud. 2001 - 2006, Secretaría de Salud

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Autonomía.- Libertad de la persona para decidir su conducta sobre sí mismo, respetando su propia dignidad.

Beneficencia.- Principio de la Bioética que postula siempre buscar el hacer el bien a los pacientes.

Bioética.- Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales de las profesiones sanitarias, y de la población, que incluye la consideración del entorno ecológico, demográfico y ambiental. Tiene por finalidad el análisis racional e interdisciplinario de los problemas morales de la biomedicina y su vinculación con el ámbito del derecho y las ciencias humanas, implica la elaboración de lineamientos éticos con bases racionales y metodológicamente científicas.

Código de Bioética.- Guía de conducta en el ejercicio profesional, a fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la medicina y la salud.

Código de Conducta.- Guía de comportamiento o conducta que delimita la actuación del personal en situaciones concretas, atendiendo a las funciones y actividades propias de la institución consentimiento válidamente informado.- Autorización que expresa, firma y documenta oficialmente el paciente o sus responsables legales ante testigos, para la realización en su persona de procedimientos o maniobras diagnósticos, terapéuticos o su participación en proyectos de investigación, habiendo sido informado previamente de manera amplia y comprensible de los beneficios, riesgos o complicaciones que pudieran presentarse.

Cuadros Básicos y Catálogos de Insumos del Sector Salud.- Conjunto ordenado de medicamentos, instrumental, equipo médico, material de curaciones y otros

insumos, seleccionado por expertos interinstitucionales para ser utilizados en el primer nivel de atención y en el segundo y tercer nivel respectivamente.

Deontología Médica.- Tratado de los deberes y reglas que entraña la práctica de la medicina.

Derecho.- Conjunto de normas jurídicas que encauzan la vida de la sociedad, que aseguran el concierto de paz y respeto de los unos por los otros y de éstos por aquellos que exige el estado de sociedad.

Derechos Generales de los Pacientes.- Compromisos establecidos por el estado para la debida, oportuna y eficiente atención de la salud.

Dignidad Humana.- Cualidad constitutiva de la persona, que la singulariza y concretiza en un ser único no sustituible. Conjunto de valores que hacen merecer a la persona ante sí misma y los demás respeto, consideración y solidaridad en lo que se refiere a su integridad, bienestar, desarrollo y libertad.

Eficacia.- Correcta actuación en la satisfacción de necesidades específicas para el alcance de los objetivos.

Eficiencia.- Obtención de los mejores resultados en el logro de los objetivos por medio del uso racional de los recursos disponibles, en el menor tiempo y costo.

Ensañamiento Terapéutico.- Todo tratamiento extraordinario del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente. Prolonga la agonía y no la vida.

Equidad y Justicia.- Valores sociales referentes a la distribución equitativa de recursos y servicios, en este caso para la atención de la salud, sin distinción de edad, género, grupo social, ideología y credo, estado de salud o enfermedad.

Equipos de Salud.- Conjunto interdisciplinario de profesionales de la salud encargado de manera directa o indirecta de prestar servicios de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes o de ofrecer servicios de salud pública

Espíritu.- Materia sutil, impalpable y trascendente, esencia que anima las cosas. Sustancia en la que reside el pensamiento, la conciencia, el entendimiento y la razón.

Estándares de Conducta.- Comportamiento típico esperado del profesional de la salud en el desempeño de sus tareas en el proceso de atención a la salud, la enseñanza o la investigación.

Ética.- Parte de la Filosofía que trata de la moral. Es la ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta del hombre y de los medios para lograrlo, de acuerdo a la naturaleza humana; es también la ciencia del impulso de la conducta humana.

Honradez.- Nunca usar el cargo institucional para ganancia personal, ni aceptar prestación o compensación de ninguna persona u organización que pueda llevar a actuar con falta de ética en las responsabilidades y obligaciones.

Integridad.- Ceñir la conducta pública y privada, de modo tal que las acciones y palabras sean honestas y dignas de credibilidad, fomentando una cultura de confianza y de verdad. En la atención de la salud la aplicación oportuna y experta del conocimiento, destrezas y habilidades técnicas y humanísticas, vigentes y comúnmente aceptadas.

Moral.- Teoría de los deberes interiores. Conducta dirigida o disciplinada por normas. La Moral, objeto de la Ética, manda o prohíbe todo lo que el Derecho ordena o prohíbe.

No Maleficencia.- Principio de la Bioética que determina no causar daño.

Normas Jurídicas.- Disposiciones emanadas de los órganos legislativos, obligatorias a la obediencia general y en caso de inobservancia el poder público las hace cumplir por medio de los órganos judiciales.

Normas Morales.- Conjunto de principios rectores internos de la conducta humana que indican cuáles son las acciones buenas o malas para hacerlas o evitarlas. No producen la facultad o el derecho de exigir su cumplimiento, la sanción por su incumplimiento radica en el fuero interno en el remordimiento de conciencia.

Normas Religiosas.- Reglas que estiman se originan de un Ser Superior; consideran además de la conducta de los hombres con sus semejantes, la conducta de éstos para con Dios.

Normas de Trato Social.- Reglas de trato externo mandato de las comunidades referentes al comportamiento consuetudinario necesario en algunos grupos. En caso de incumplimiento no existe sanción judicial, el infractor será mal visto o repudiado.

Objeción de Conciencia.- Argumentos del profesional de la salud que en función de sus valores y creencias se niega a aceptar la práctica de ciertas maniobras o procedimientos contrarios a ellos.

Práctica Profesional del Personal de Salud.- Anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales en ese campo, de acuerdo al estado del conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud.

Principio.- Fundamento de un razonamiento. Lo que contiene en sí la razón de alguna otra cosa. Máximas por donde cada cual se rige.

Procedimiento desproporcionado.- Medidas terapéuticas que prolongan la muerte y no la vida de un enfermo grave o moribundo. Se considera también a los medios que son inútiles para conservar la vida del paciente o para curarlo y que constituyen una carga demasiado grave, en términos de dolor y sufrimiento para el enfermo y cuya carga es mayor que los beneficios que reportan.

Considerando que el ser humano es limitado y mortal e inspirados en el respeto a la dignidad de la persona y, acatando la voluntad del paciente o de sus responsables legales, se recomienda sólo asegurar los cuidados ordinarios que incluyen la alimentación y la hidratación parenterales, la oxigenación y la adecuada terapia del dolor.

Respeto.- Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerante.

Valores.- Principios morales rectores internos que guían la conducta de las personas.

CONSULTA EXTERNA (NÚCLEO BÁSICO)

CONCEPTO:

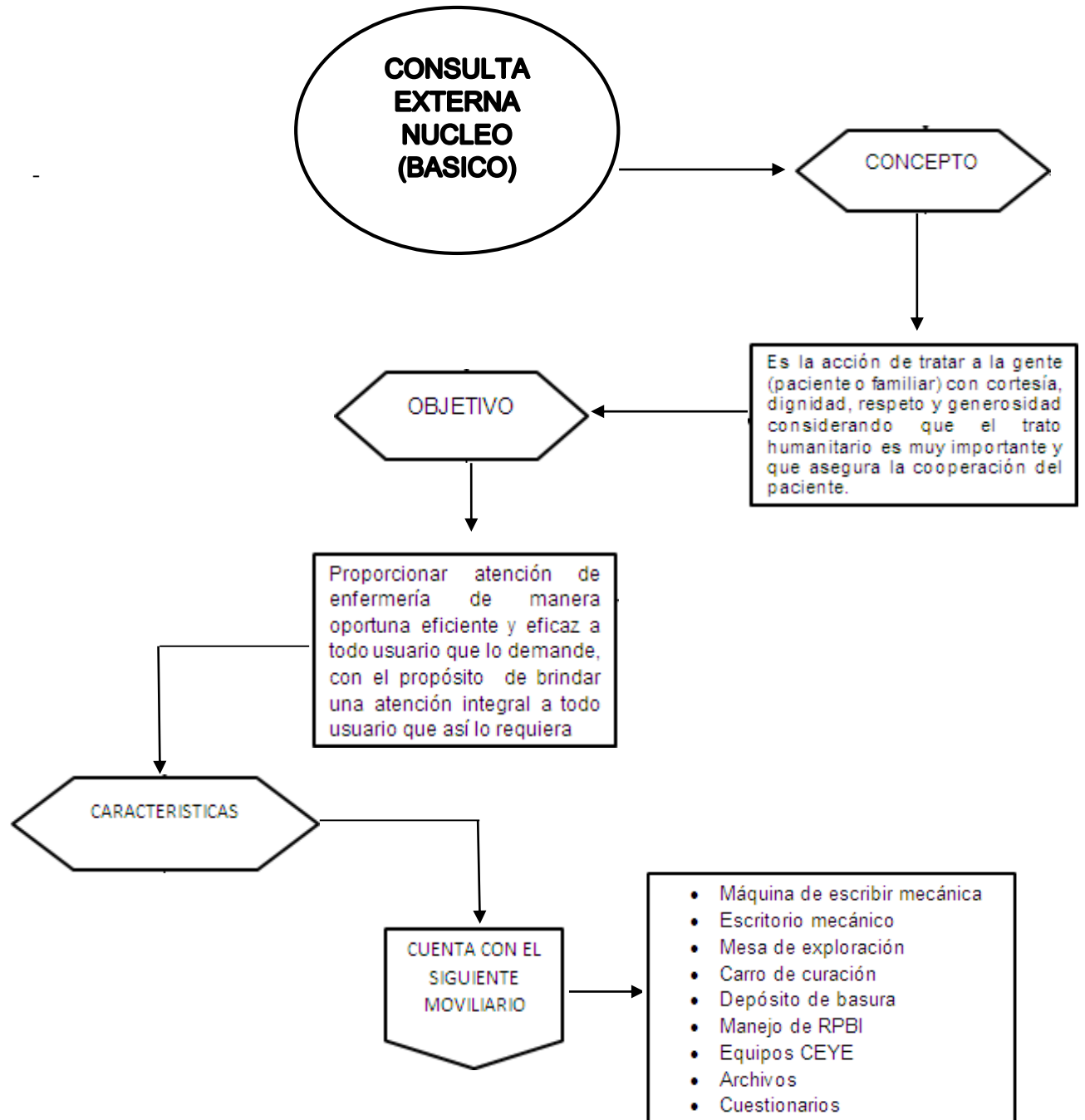
Es un servicio de consulta general que se encuentra física y estructuralmente acondicionada donde se brinda atención de salud a usuarios de la localidad de Ixhuatán del sureste y también de localidades cercanas.

OBJETIVO:

Proporcionar atención de enfermería de manera oportuna eficiente y eficaz a todo usuario que lo demande, con el propósito de brindar una atención integral a todo usuario que así lo requiera.

CARACTERÍSTICAS:

El consultorio de Núcleo Básico cuenta con el siguiente mobiliario: una máquina de escribir mecánica, un escritorio médico, una mesa de exploración, un carro de curación, un depósito de basura con pedestal para bolsa roja, un cesto para basura bolsa negra, un contenedor de residuos peligrosos biológicos infecciosos (punzo cortantes), un lavabo metálico con llave de agua, una silla médica, dos sillas pacientes, un banco giratorio un mueble de madera. Equipo: una lámpara de chicote, un baumanometro, un estetoscopio, un estetoscopio de pinar y soluciones antisépticas, material de curación, libreta de recepción de material y equipo, libreta de bitácora de servicio, lápices, formatearía de enfermería y médica, una vitrina que contiene carpetas con informes: Diarios; detecciones integrales de DM, Hipertensión arterial, obesidad y detección de síntomas prostáticos. Mensuales: concentrado mensual de detecciones realizadas, SIS oportunidades, seguimiento y control de casos de cáncer cervicouterino, Tbp, parteras tradicionales, metas de tratamiento de pacientes con DM, HAS, Sx Metabólico y dislipidemias, concentrado del grupo de ayuda mutua, reporte de casos nuevos. Trimestrales: reporte de embarazadas de la localidad. Diversa papelería médica y de enfermería, manuales y normas. También hay un archivero de 4 niveles para expedientes de la localidad.



LAVADO DE MANOS MEDICO

CONCEPTO:

Es la higiene de las manos a través de una técnica para disminuir la flora bacteriana.

OBJETIVO:

- Disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales e intrahospitalaria.

MATERIAL:

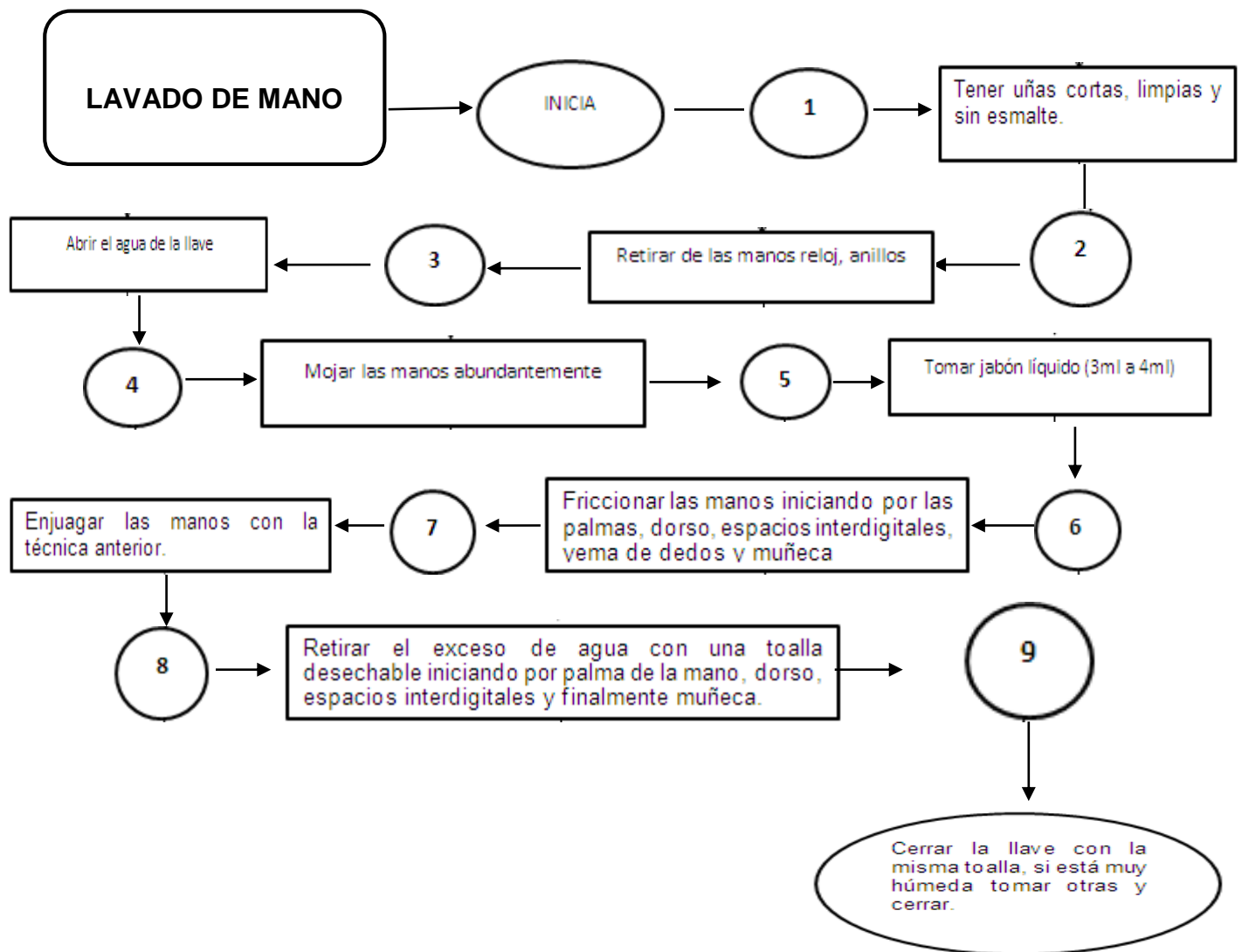
- Jabón líquido
- agua
- Toallas desechables y/o alcohol glicerinado

PROCEDIMIENTO:

1. Tener uñas cortas, limpias y sin esmalte.
2. Retirar de las manos reloj, anillos
3. Abrir la llave de agua.
4. Mojar las manos abundantemente
5. Tomar jabón líquido (3 a 4 ml.)
6. Friccionar las manos iniciando por las palmas, dorso, espacios interdigitales, yema de dedos y muñeca
7. Enjuagar las manos con la técnica anterior.
8. Retirar el exceso de agua con una toalla desechable iniciando por palma de la mano, dorso, espacios interdigitales y finalmente muñeca.
9. cerrar la llave con la misma toalla, si está muy húmeda tomar otras y cerrar.

RECOMENDACIONES.

- El personal de salud debe usar uñas cortas, limpias, sin esmalte y sin alhajas.
- Las mangas deben recogerse a la altura del antebrazo.
- El uso de guantes no reemplaza al lavado de manos.
- En los espacios interdigitales y uñas se encuentran el mayor número de microorganismos.
- El lavado de manos debe realizarse al inicio y al final de la jornada de trabajo, antes y después de cada procedimiento.



RECEPCIÓN DE EQUIPO Y MOVILIARIO

CONCEPTO:

Procedimiento que realiza el personal de enfermería para control interno de material (curación), equipo y mobiliario en cada servicio anotando fecha y cantidades así como el nombre de la enfermera que recibe las libretas correspondientes.

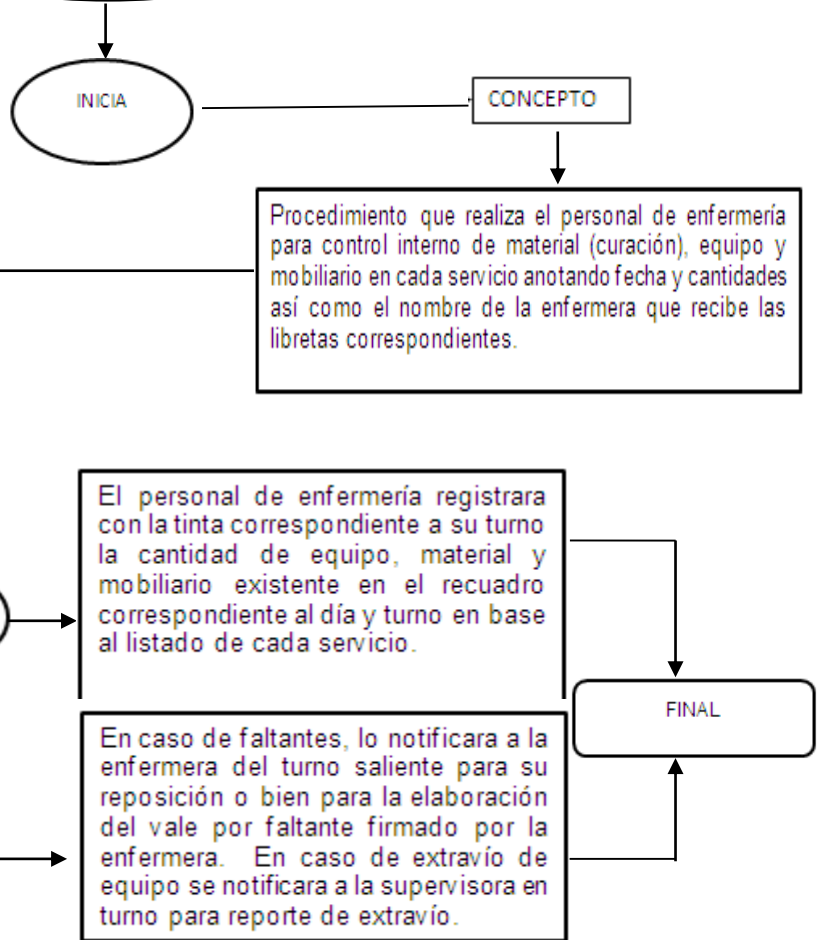
MATERIAL Y EQUIPO:

- Relación por escrito de material y equipo existente en el servicio.
- Libreta oficial para registro de material y equipo
- Lapicero con tinta correspondiente al turno.

PROCEDIMIENTO:

1. El personal de enfermería registrara con la tinta correspondiente a su turno la cantidad de equipo, material y mobiliario existente en el recuadro correspondiente al día y turno en base al listado de cada servicio.
2. En caso de faltantes, lo notificara a la enfermera del turno saliente para su reposición o bien para la elaboración del vale por faltante firmado por la enfermera. En caso de extravío de equipo se notificara a la supervisora en turno para reporte de extravío.

RECEPCIÓN DE EQUIPO Y MOBILIARIO



ENLACE DE TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

CONCEPTO:

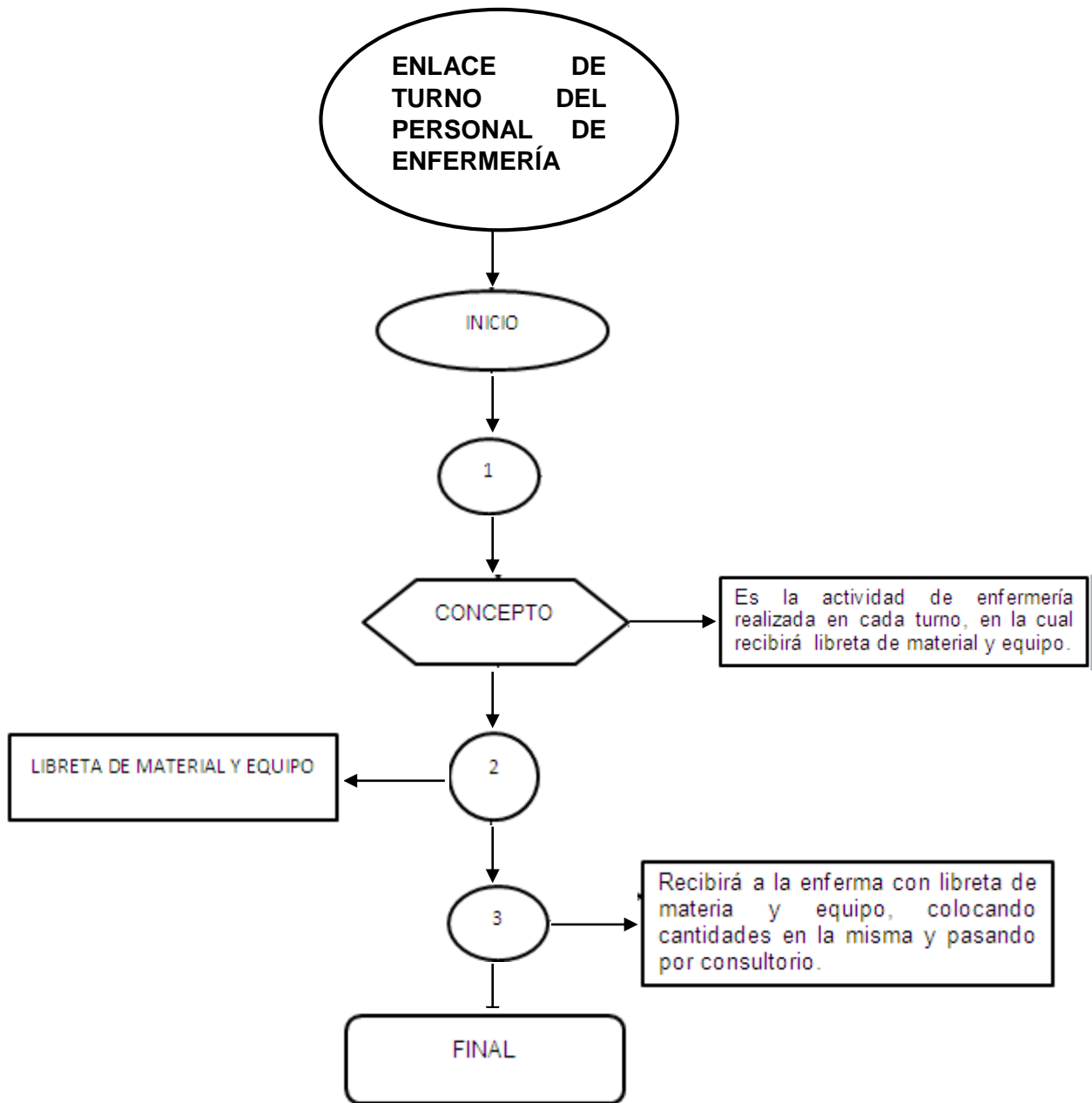
Es la actividad de enfermería realizada en cada turno, en la cual recibirá libreta de material y equipo

MATERIAL:

Libreta de material y equipo.

PROCEDIMIENTO:

1.-Recibirá a la enferma con libreta de materia y equipo, colocando cantidades en la misma y pasando por consultorio.



SOLICITUD DE MATERIAL DE CURACION A CEYE

CONCEPTO:

- Documento oficial que comprende los datos correspondientes al servicio, fecha, material solicitado y nombre de la enfermera solicitante, con la finalidad de efectuar la solicitud diaria de Formato de solicitud de material de curación (vale de requisición de material de consumo).

MATERIAL:

- Lapicero de tinta azul.
- Material de curación de acuerdo al fondo fijo asignado al servicio.

PROCEDIMIENTO:

1. El personal de Enfermería de los servicios, diariamente solicitará a CEYE el material de curación faltante de acuerdo a sus fondos fijos anotando:
 - Servicio
 - Día, Mes y Año
 - Nombre de la Enfermera Solicitante
 - En el apartado correspondiente a “cantidad” anotará con número la cantidad que solicita de cada material.
2. Una vez elaborada la solicitud, la enfermera la entregará al servicio de CEYE para su surtimiento.
3. Posteriormente regresará para recoger el material solicitado.

NOTA:

Asegurarse de NO SOLICITAR material en exceso, ya que originaría excedentes en el servicio por lo que es necesario solicitar los faltantes únicamente para tener completo el fondo fijo establecido.

SOLICITUD DE MATERIAL DE CURACIÓN A CEYE

CONCEPTO

MATERIAL

Documento oficial que comprende los datos correspondientes al servicio, fecha, material solicitado y nombre de la enfermera solicitante,

Lapicero de tinta azul. Material de curación de acuerdo al fondo fijo asignado al servicio.

PROCEDIMIENTO

1

2

3

Diariamente solicitará a CEYE el material de curación faltante de acuerdo a sus fondos fijos anotando:

- Servicio
- Día, Mes y Año
- Nombre de la Enfermera Solicitante
- Se anotará con número la cantidad que solicita de cada

Una vez elaborada la solicitud, la enfermera la entregará al servicio de CEYE para su surtimiento.

Posteriormente regresará para recoger el material solicitado.

RECEPCION DE USUARIOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA GENERAL (NUCLEO BASICO)

CONCEPTO: Es la atención humanitaria que se brinda a todo usuario que se encuentra en la sala de espera citados para la consulta externa y así mismo pacientes que llegan de manera espontánea solicitando la atención.

MATERIAL Y EQUIPO: Lista de usuarios citados, expediente clínico y lapicero.

PROCEDIMIENTO:

- 1.-Nombrar con voz alta, clara, sencilla y familiar al usuario citado a la consulta general.
- 2.- Otorgar confianza y amabilidad durante la recepción, presentándose con ella y a la vez creando un ambiente confortable de seguridad.
- 3.-Preguntarle abiertamente con lenguaje sencillo si es usuario subsecuente o de primera vez.
- 4.-Proporcionar información clara, sencilla sobre la forma a trabajar en relación a la lista de citados.
- 5.- Brindar orientación e información al usuario cuando tenga dudas.

RECEPCION DE USUARIOS EN EL
SERVICIO DE CONSULTA GENERAL
(NÚCLEO BÁSICO)

CONCEPTO

Es la atención humanitaria que se brinda a todo usuario citados para la consulta externa y así mismo pacientes que llegan de manera espontánea.

MATERIAL Y
EQUIPO

- Lista de usuarios citados
- expediente clínico
- lapicero.

PROCEDIMIENTO

Nombrar con voz alta, clara, sencilla al paciente

Presentarse con el paciente otorgando confianza y amabilidad durante la recepción.

Proporcionar información clara, sencilla sobre la forma a trabajar.

Brindar orientación e información al usuario cuando tenga dudas.

SOMATOMETRIA

CONCEPTO:

Es el procedimiento por medio del cual se miden las características de peso en kilogramo y de talla en unidades métricas y decimales del cuerpo humano, con la finalidad de conocer las medidas corporales para relacionarlas con la salud del usuario.

MATERIAL Y EQUIPO:

Bascula con estadímetro adulto, lapicero tinta azul.

PROCEDIMIENTO:

- 1- Explicar el procedimiento al usuario.
- 2.-Verificar que la báscula este equilibrada.
- 3.-Llevar al usuario a donde se encuentra la báscula con estadímetro.
- 4.-Colocar una toalla de papel sobre la báscula.
- 5.-Ayudar al usuario a quitarse los zapatos y a subirse a la báscula.
- 6.-Colocar al usuario de frente y suba el este dímetro.
- 7.-Pedir que junte los talones y se coloque en posición paralela al este dímetro mirando al frente.
- 8.-Baje el tope móvil del estadímetro hasta que descansa sobre el vértice cefálico del usuario.
- 9.- Ayude a bajar al usuario y a colocarse los zapatos.
- 10- Registrar el peso y talla en formato correspondiente.

SOMATOMETRIA

Explicar el procedimiento al usuario.

Verificar que la báscula este equilibrada

Llevar al usuario a donde se encuentra la báscula con estadímetro

Colocar una toalla de papel sobre la báscula.

Ayudar al usuario a quitarse los zapatos y a subirse a la báscula.

Colocar al usuario de frente y suba el este dímetro.

Pedir se coloque en posición paralela al este dímetro mirando al frente.

Baje el tope móvil del estadímetro hasta que descansa sobre el vértice cefálico del usuario.

Ayude a bajar al usuario y a colocarse los zapatos.

Registrar el peso y talla en formato correspondiente.

SIGNOS VITALES

CONCEPTO:

Son las constantes corporales que reflejan el estado fisiológico del individuo, regidas por los órganos vitales del cuerpo humano, tales como el cerebro, el corazón y los pulmones, los cuales son esenciales para la vida.

LOS SIGNOS VITALES SON:

- Temperatura corporal
- Pulso
- Respiración
- Presión arterial

OBJETIVOS:

- Conocer la interrelación de los signos vitales con la actividad fisiológica normal del cuerpo o con alguna alteración fisiopatología, así como reconocer y valorar la reacción de cada paciente a los factores ambientales internos y externos, comunicando esta medición con un terminología correcta y empleando los registros adecuados.

- Saber reconocer las alteraciones de los signos vitales que requieren la intervención urgente.

EQUIPO Y MATERIAL

- Termómetro axilar o rectal
- Reloj con segundero
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Hoja de registro clínico, pluma con tinta de color de acuerdo al turno.

TEMPERATURA CORPORAL

CONCEPTO

Es el calor o frío que presenta el cuerpo humano y se mide en grados centígrados, en otras palabras, es el equilibrio que existe entre el calor producido y el que se pierde.

OBJETIVO

Conocer y valorar la temperatura como coadyuvante en la valoración de la evolución en el proceso salud – enfermedad.

GENERALIDADES

La temperatura se puede tomar en tres lugares diferentes del cuerpo:

- En la axila (temperatura axilar)
- En el recto (temperatura rectal) en niños.

El promedio de la temperatura para adultos es de 36.5°C, con variaciones de 0.5°C, más o menos; variaciones de 36°C a 37°C se consideran normales.

A la temperatura de 37.5°C, sin llegar a 38°C, se le denomina febrícula.

A la temperatura de 38°C y más se le denomina fiebre y por lo general es manifestación de alguna enfermedad.

Hipotermia. Es el descenso de la temperatura corporal por debajo de 36.5 °C, pero no menor a 35°C.

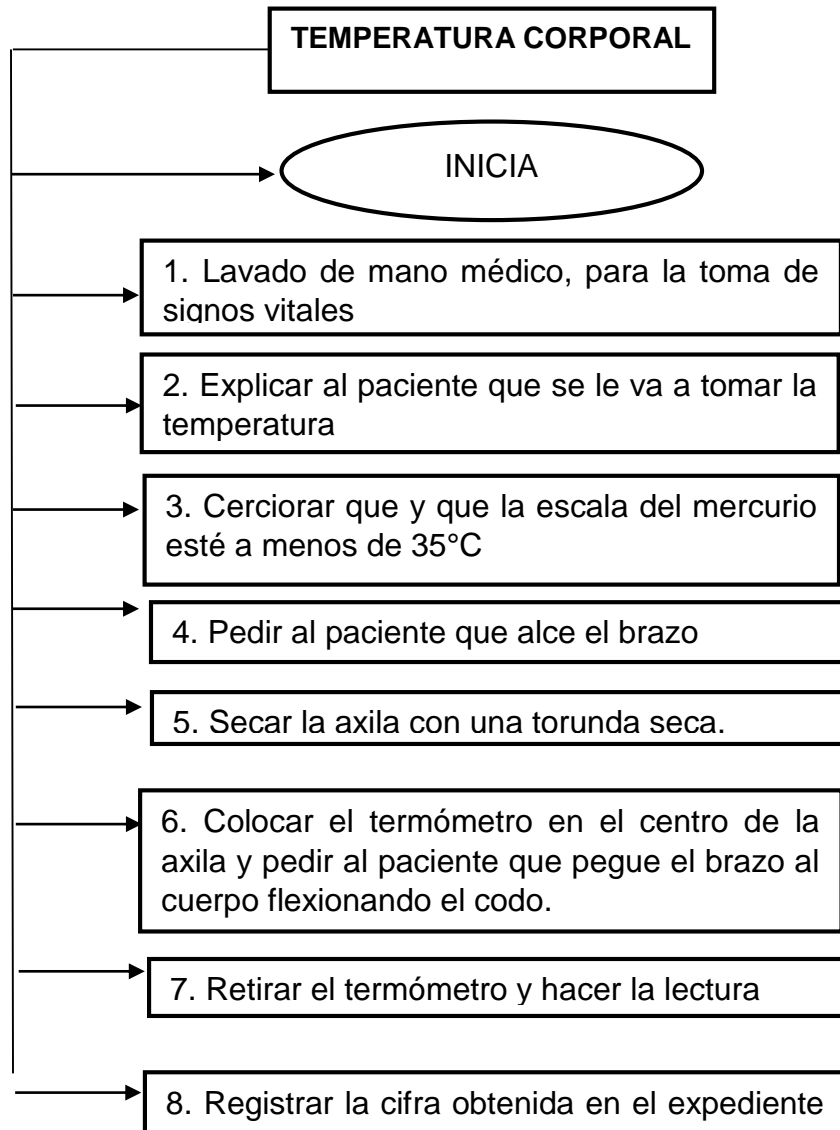
EQUIPO Y MATERIAL

- Mesa Pasteur
- Termómetro axilar-rectal.
- Porta termómetro
- Hoja de "Registros clínicos"
- Pluma con tinta del color que corresponda al turno.

PROCEDIMIENTO

1. Hablar al paciente por su nombre y con respeto.
2. Explicar al paciente que se le va a tomar la temperatura en la axila y pedirle que se siente y esté cómodo (si es adulto)
3. Tomar el termómetro, revisar que esté completo y que la escala del mercurio esté a menos de 35°C
4. Pedir al paciente se desabotone la ropa y levante el brazo
5. Secar la axila con una torunda seca, para evitar que la humedad (sudor) nos registre cifras falsas.
6. Colocar la cubeta de mercurio del termómetro en el centro de la axila y pedir al paciente que pegue el brazo al cuerpo flexionando el codo y lo cruce sobre el tórax, dejarlo así de tres a cinco minutos.
7. Retirar el termómetro y hacer la lectura colocando el cuerpo del termómetro al nivel de los ojos y con movimientos rotatorios ver en la columna de mercurio cuántos grados centígrados marca.
8. Registrar la cifra obtenida en el expediente clínico y si está por debajo de 35°C o por encima de 38°C, avisar inmediatamente al médico.
9. Sacudir con energía el termómetro hasta que el mercurio baje a menos de 35°C.

10. Colocar el termómetro en el riñón con solución jabonosa y cuando ya sea el último termómetro limpio, procedemos a lavarlos todos frotándolos al chorro del agua y después secarlos con una toalla o campo limpio.
11. Una vez limpios y secos los termómetros, colocarlos en él. Porta termómetros sin solución, con un algodón en el fondo para evitar que con el golpe se rompa la cubeta de mercurio que es frágil.
12. Lavarse las manos con agua y jabón en cada procedimiento.



TEMPERATURA CORPORAL

9. Sacudir con energía el termómetro hasta que el mercurio baje a menos de 35°C.

10. Colocar el termómetro en el riñón con solución jabonosa

11. Una vez limpios y secos los termómetros, colocarlos en él. Porta termómetros sin solución

12. Lavarse las manos con agua y jabón en cada procedimiento.

PULSO

CONCEPTO

Pulso es el latido rítmico resultante de la expansión y contracción regular de una arteria cuando la contracción del ventrículo izquierdo expulsa sangre hacia el interior de ella, palpándose a través de las arterias superficiales del cuerpo.

OBJETIVO

Conocer las características y variaciones del pulso.

GENERALIDADES

Frecuencia. Es el número de latidos del corazón en un minuto y las cifras que se consideran normales son:

	Latidos por minuto
De recién nacido a 11 meses	115 a 130
De 1 a 6 años	100 a 115
De 7 a 14 años	80 a 90
Adulto hombre	70 (deportista)
Adulto mujer	80

Ritmo. Es el periodo rítmico y armoniosa con pausa o cortes entre una y otra pulsación, donde el tiempo entre un latido y otro es igual.

Volumen. Es la cantidad de sangre que pasa por la arteria y dependiendo de esta cantidad es como se palpa al pulso débil o fuerte.

Sitio. Lugar o punto donde pueden palparse las pulsaciones con mayor facilidad (radial, carótida, temporal, femoral, pedía).

- Arteria carótida: a nivel del cuello, cara interna del músculo esternocleidomastoideo.
- Arteria radial: en la muñeca de la mano, parte inferior y externa de la región ante braquial anterior.

- Arteria pedía: a nivel del tobillo en la cara dorsal del pie.
- Arteria poplítea: acostado boca abajo, a la altura de la rodilla, en el hueco poplíteo.
- Arteria humeral: en el pliegue del codo, cara interna.
- Arteria femoral: a nivel de la ingle, cara interior.
-

EQUIPO Y MATERIAL

- Reloj con segundero
- Hoja de “Registros clínicos”
- Pluma con el color de tinta que corresponde al turno.

PROCEDIMIENTOS

1. Procurar hablarle al paciente por su nombre y con un trato amable y gentil.
2. Explicarle al paciente que se le va a tomar el pulso.
3. Colocar las yemas de los dedos índice y medio sobre la arteria seleccionada y hacer una ligera presión hasta sentir el latido, observar la posición del segundero en su reloj y empezar a contar los latidos durante un minuto, procurar mantener una presión uniforme sobre la arteria durante este tiempo para percibir su fuerza y ritmo.
4. Anotar en la hoja de “Registros clínicos” el resultado obtenido.

Medidas de control y seguridad

- Evitar tomar el pulso cuando el paciente este en actividad.
- Notificar al médico si:
 - La cifra es menor de 60 o superior a 100
 - El pulso e débil o fuerte
 - El pulso es irregular

TOMA DE PULSO

-
- ```
graph LR; A[TOMA DE PULSO] --> B[1. Procurar hablarle al paciente por su nombre y con un trato amable y gentil.]; A --> C[2. Explicarle al paciente que se le va a tomar el pulso.]; A --> D[3. Colocar las yemas de los dedos índice y medio sobre la arteria seleccionada y hacer una ligera presión hasta sentir el latido, observar la posición del segundero en su reloj y empezar a contar los latidos durante un minuto]; A --> E[4. Anotar en la hoja de "Registros clínicos" el resultado obtenido.];
```
1. Procurar hablarle al paciente por su nombre y con un trato amable y gentil.
  2. Explicarle al paciente que se le va a tomar el pulso.
  3. Colocar las yemas de los dedos índice y medio sobre la arteria seleccionada y hacer una ligera presión hasta sentir el latido, observar la posición del segundero en su reloj y empezar a contar los latidos durante un minuto
  4. Anotar en la hoja de "Registros clínicos" el resultado obtenido.

# RESPIRACION

## CONCEPTO

Es el intercambio de gases del organismo con el medio ambiente; el ciclo respiratorio comprende inspiración, entra aire oxigenado a los pulmones a través de la nariz o boca, y espiración, saca el aire eliminando bióxido de carbono.

## OBJETIVOS

- Conocer las variaciones de la respiración
- Valorar el estado del paciente en el momento de ingreso a Urgencias.

## GENERALIDADES

La respiración normal es:

- En el adulto: 16 a 20 respiraciones por minuto.
- En el niño menor de 5 años: 20 respiraciones por minuto.
- En el niño menor de 1 año: 25 a 30 respiraciones pro minuto.
- En el recién nacido: 30 a 60 respiraciones por minuto.

## EQUIPO Y MATERIAL

- Reloj con segundero
- Hoja de "Registro clínicos"
- Pluma con el color de tinta que corresponda al turno.

## **PROCEDIMIENTOS**

1. Procurar hablarle por su nombre al paciente, amablemente.
2. Explicarle al paciente sobre el procedimiento a efectuar.
3. Pedirle al paciente que se siente o que se acueste.
4. Colocar sobre la cara anterior del tórax la muñeca de la mano del paciente.
5. Ver la posición del segundero de su reloj y contar las elevaciones del tórax hasta completar un minuto.
6. Anotar en la hoja de "Registro clínicos" la cifra obtenida.

## **MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD**

- Avisar al médico si la cifra es menor a 14 respiraciones por minuto.
- Avisar al médico si la cifra es mayor a 28 respiraciones por minuto.
- Evitar tomar la respiración cuando el paciente realice una actividad.
- Evitar tomar la respiración cuando el niño esté llorando.

**RESPIRACION**

Inicia

1

Procurar hablarle por su nombre al paciente, amablemente.

4

Colocar sobre la cara anterior del tórax la muñeca de la mano del paciente.

2

Explicarle al paciente sobre el procedimiento a efectuar.

5

Ver la posición del segundero de su reloj y contar las elevaciones del tórax hasta completar un minuto.

3

Pedirle al paciente que se siente o que se acueste.

6

Anotar en la hoja de "Registro clínicos" la cifra obtenida.

# PRESION ARTERIAL

## CONCEPTO

La presión arterial es la fuerza con la que el corazón impulsa la sangre sobre las paredes de las arterias y son las siguientes:

- a) Presión arterial sistólica o máxima. Es la presión ejercida durante la contracción de los ventrículos (el corazón se contrae e impulsa la sangre)
  
- b) Presión arterial diastólica o mínima: Es la presión ejercida durante la dilatación de los ventrículos (momento en que el corazón está en reposo)

## OBJETIVOS

- Conocer las variantes de la presión sistólica o máxima y diastólica o mínima como indicador de las condiciones del paciente.
- Reconocer la necesidad de medir la presión arterial con más frecuencia, si el estado de salud del paciente así lo amerita.
- Saber reconocer las alteraciones de la presión arterial que requieren de una intervención urgente por parte del médico y de la enfermera.
- Conocer los valores del paciente al ingreso del Servicio de Urgencias y su evolución con mediciones frecuentes para evaluar la respuesta al tratamiento e intervención del personal médico o de enfermería.

## **CIFRAS NORMALES DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

Presión máxima o sistólica: 120

Presión mínima o diastólica: 80

- Adulto 120/80
- Pediátrico 110/80 a 90/60
- La presión arterial varía según la edad o estado de salud.

## **EQUIPO Y MATERIAL**

- Estetoscopio biauricular
- Esfigmomanómetro (baumanómetro)
- Hoja de “Registros clínicos” y de “Ordenes médicas y observaciones de enfermería”
- Pluma con tinta de color que corresponda al turno.

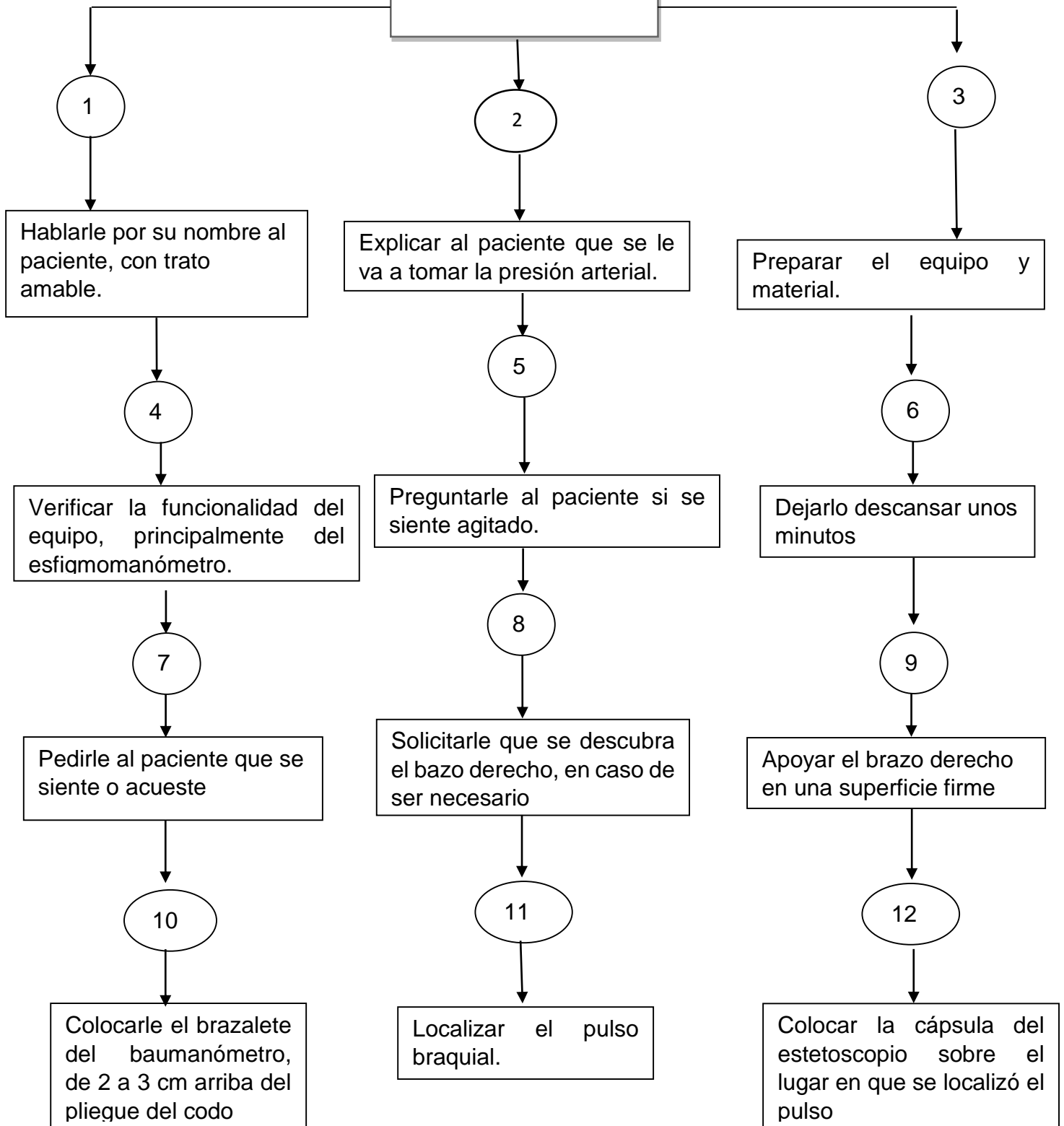
## **PROCEDIMIENTO**

1. Hablarle por su nombre al paciente, con trato amable.
2. Explicar al paciente que se le va a tomar la presión arterial.
3. Preparar el equipo y material.
4. Verificar la funcionalidad del equipo, principalmente del esfigmomanómetro.
5. Preguntarle al paciente si se siente agitado.
6. Dejarlo descansar unos minutos.
7. Pedirle al paciente que se siente o acueste.
8. Solicitarle que se descubra el brazo derecho, en caso de ser necesario
9. Apoyar el brazo derecho en una superficie firme, a la altura del nivel del corazón.

10. Colocarle el brazalete del baumanómetro, quedando la parte más baja del brazalete a 2 ó 3 cm. Arriba del pliegue del codo.
11. Localizar el pulso braquial.
12. Colocar la cápsula del estetoscopio sobre el lugar en que se localizó el pulso, de preferencia por fuera del brazalete.
13. Inflar lentamente hasta el nivel de 180 mm Hg. de la escala de mercurio.
14. Aflojar lentamente el tornillo de la perilla para dejar salir el aire poco a poco y observar que baja suavemente la escala de mercurio.
15. Estar muy pendiente de escuchar en qué número de la escala del mercurio se oye el primer latido o ruido que corresponde a la presión máxima o sistólica y hasta dónde se deja de escuchar el último latido claro, que indica la presión mínima o diastólica, y aflojar en forma rápida el tornillo de la perilla hasta que la barra de mercurio llegue a cero.
16. Desinflar completamente el brazalete y retirarlo.
17. Enrollar el brazalete y guardarlo en el estuche.
18. Registrar en la hoja de enfermería o nota médica y reconocer la necesidad de medir la presión arterial con más frecuencia, si el estado de salud del paciente así lo amerita.



## PRESION ARTERIAL



## **MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD**

- En caso de haber duda, repetir la toma de la presión aflojando el brazalete y dejando descansar el brazo 2 minutos.
- Manejar el baumanómetro con cuidado, ya que es muy frágil y se puede romper.
- Al hacer el registro de la presión arterial, anotar la hora en que se tomó.
- Tomar la presión arterial inmediatamente al ingreso del paciente.
- En pacientes graves continuar tomándosela más seguido, cada 30 minutos o cada hora dependiendo de la gravedad del caso.

## **TOMA DE GLICEMIA CAPILAR**

### **OBJETIVO**

Medir la glucosa en sangre por punción capilar.

### **EQUIPO**

1. Glucómetro
2. Disparador
3. Tira Reactiva
4. Lanceta
5. Torunda con alcohol

### **PROCEDIMIENTO Y PRECAUCIONES**

Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.

Comprobar el correcto estado de funcionamiento del glucómetro y conocer su manejo.

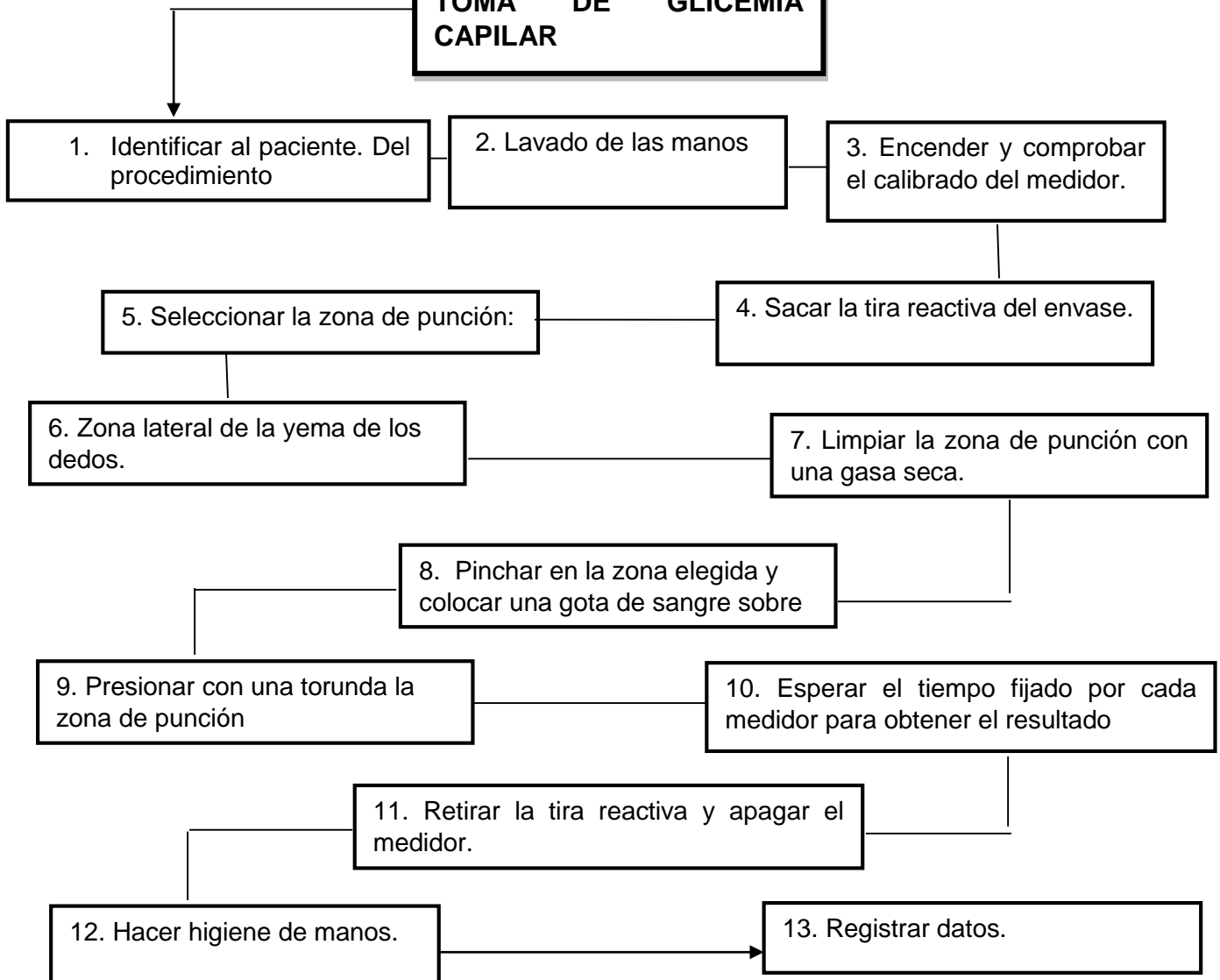
Comprobar que las condiciones del paciente si corresponden con el tipo de determinación indicada: basal, preprandial o postprandial.

### **PROCEDIMIENTO**

1. Identificar al paciente.
  
2. Higiene de las manos

3. Encender y comprobar el calibrado del medidor.
4. Sacar la tira reactiva del envase.
5. Seleccionar la zona de punción:
6. 1.- Zona lateral de la yema de los dedos.
7. Limpiar la zona de punción con una gasa seca..
8. Pinchar en la zona elegida y colocar una gota de sangre sobre el área reactiva de la tira, cubriéndola bien y sin frotar, o bien en el lugar indicado del glucómetro.
9. Presionar con una torunda la zona de punción.
10. Esperar el tiempo fijado por cada medidor para obtener el resultado.
11. Retirar la tira reactiva y apagar el medidor.
12. Hacer higiene de manos.
13. Registrar datos

## TOMA DE GLICEMIA CAPILAR



## HEMOGLOBINA GLUCOCILADA

**CONCEPTO:** Es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y la prediabetes. Mide el promedio de glucosa o azúcar en sangre durante los últimos tres meses.

**OBJETIVO:** Realizar un diagnóstico oportuno para diabetes tipo 2.

**FRECUENCIA:** Si existen factores de riesgo.

### **NORMAS**

El usuario debe de presentarse a la consulta 15 minutos antes.

El usuario diabético debe de someterse a la prueba para detectar los niveles de glucosa en sangre y dar un tratamiento oportuno.

### **Material y equipo**

Torundas alcoholadas

Torundas secas

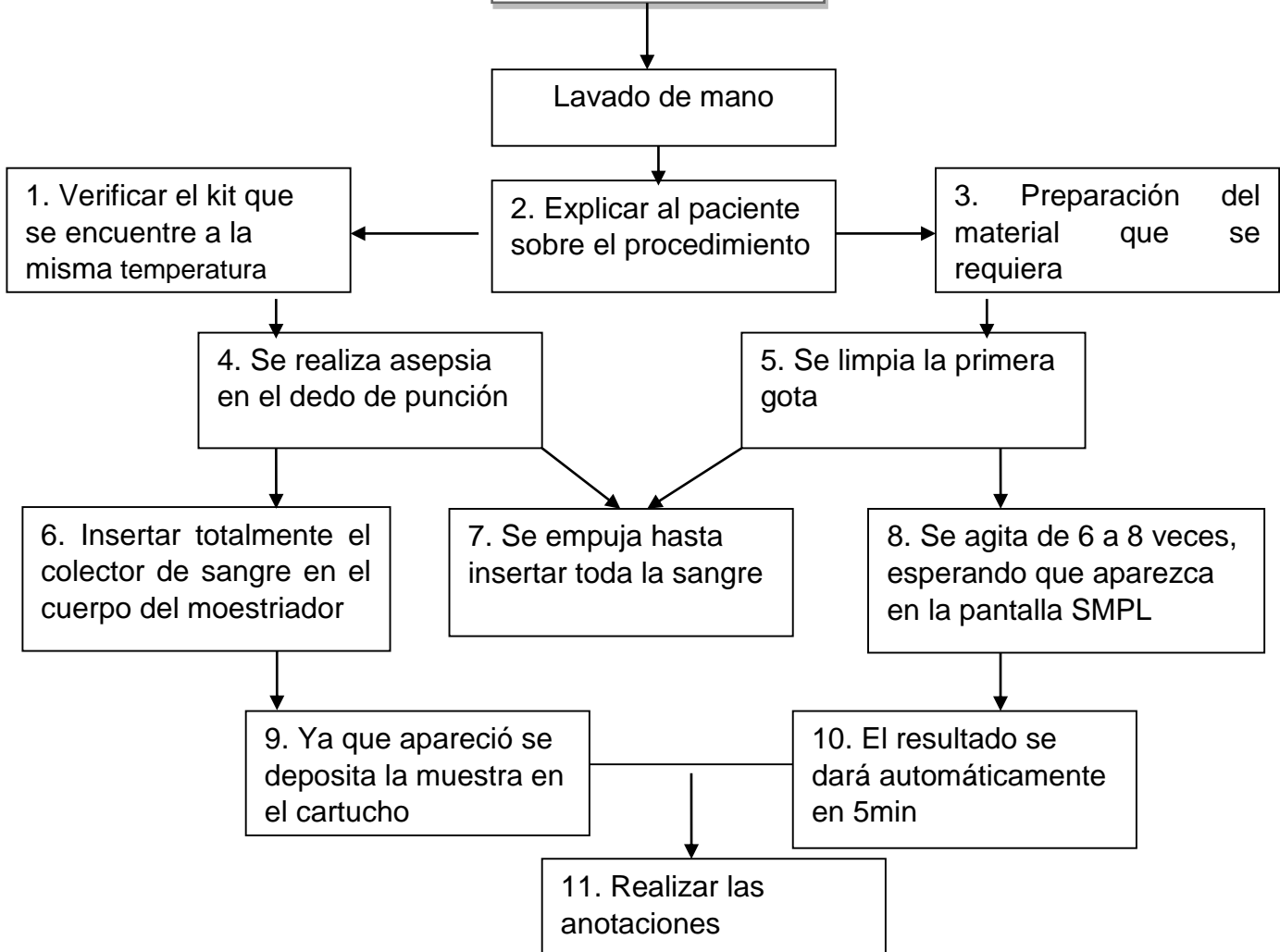
Lancetas

Equipo para detección

## PROCEDIMIENTO

1. Verificar que las piezas del kit se encuentren a la misma temperatura dentro del rango especificado por el proveedor del producto.
2. Se le debe de explicar al usuario e procedimiento que se le va a realizar.
3. Realizar el lavado de manos.
4. Preparar el material a utilizar y explicar al usuario el procedimiento a realizar.
5. Para realizar el procedimiento se debe de realizar una pequeña asepsia de la zona a puncionar con una torunda con agua estéril, solución fisiológica o alcohol
6. Se procede a realizar la punción con una lanceta, posteriormente se limpia la primera gota con una torunda seca y la segunda gota se colecta en el dispositivo colector de sangre, cuidando de que la muestra sea suficiente para que la prueba sea confiable.
7. Insertar totalmente el colector de sangre en el cuerpo del muestreador empujando firmemente hasta que se inserte totalmente.
8. Se debe agitar bien de 6 a 8 veces. Esto mezclara la sangre con la solución. Coloque el muestreador sobre una mesa mientras se prepara el cartucho
9. Espere a que aparezca en la pantalla SMPL. Cuando haya sucedido está listo para ser utilizado.
10. Deposite la muestra en el cartucho. Presione hasta el final para depositar la muestra diluida y retire rápidamente.
11. El resultado se dará automáticamente en 5 minutos, empezará una cuenta regresiva.
12. Realizar las anotaciones necesaria

**HEMOGLOBINA  
GLUCOCILADA**





## **TOMA DE GOTA GRUESA**

### **OBJETIVO**

Detectar paludismo a la población abierta

### **EQUIPO**

1. Formato para la detección del paludismo
2. Laminillas (2)
3. Lanceta
4. Torundas con alcohol

### **PROCEDIMIENTO**

1. Pasa el paciente a la consulta y se pregunta si ha presentado fiebre ya sea el paciente local o foráneo
2. Si ha presentado fiebre se procede a explicar el procedimiento de la toma de gota gruesa
3. Se prepara el material para la toma de la muestra
4. Se realiza asepsia del dedo pulgar para la punción y obtener la gota de sangre
5. Una vez puncionado el dedo se deja caer dos gotas de sangre, una en cada extremo de la laminilla
6. Se limpia el área puncionada y se deja presionando con la torunda unos segundos

7. En una de las gotas se hace un barrido con otra laminilla de abajo hacia arriba y en la segunda gota se forma un cuadro
8. La muestra se coloca en un lugar seco y limpio para esperar su secado
9. Se coloca la lanceta utilizada en el contenedor del RPBI, la laminilla utilizada para el barrido se lava y desinfecta y se pone a secar
10. Se explica al paciente que el resultado llega a la unidad en un mes aproximado y si llegara a salir positivo se le localiza porque ya tenemos sus datos
11. una vez ya seca la muestra se envuelve en la misma solicitud de detección de paludismo y se pasa al servicio de medicina preventiva para que ahí la persona responsable la envíe a la jurisdicción para su proceso
12. cuando los resultados llegan a la unidad se nos informa para su conocimiento

## **DESCRIPCION DE GOTA GRUESA Y FROTIS**

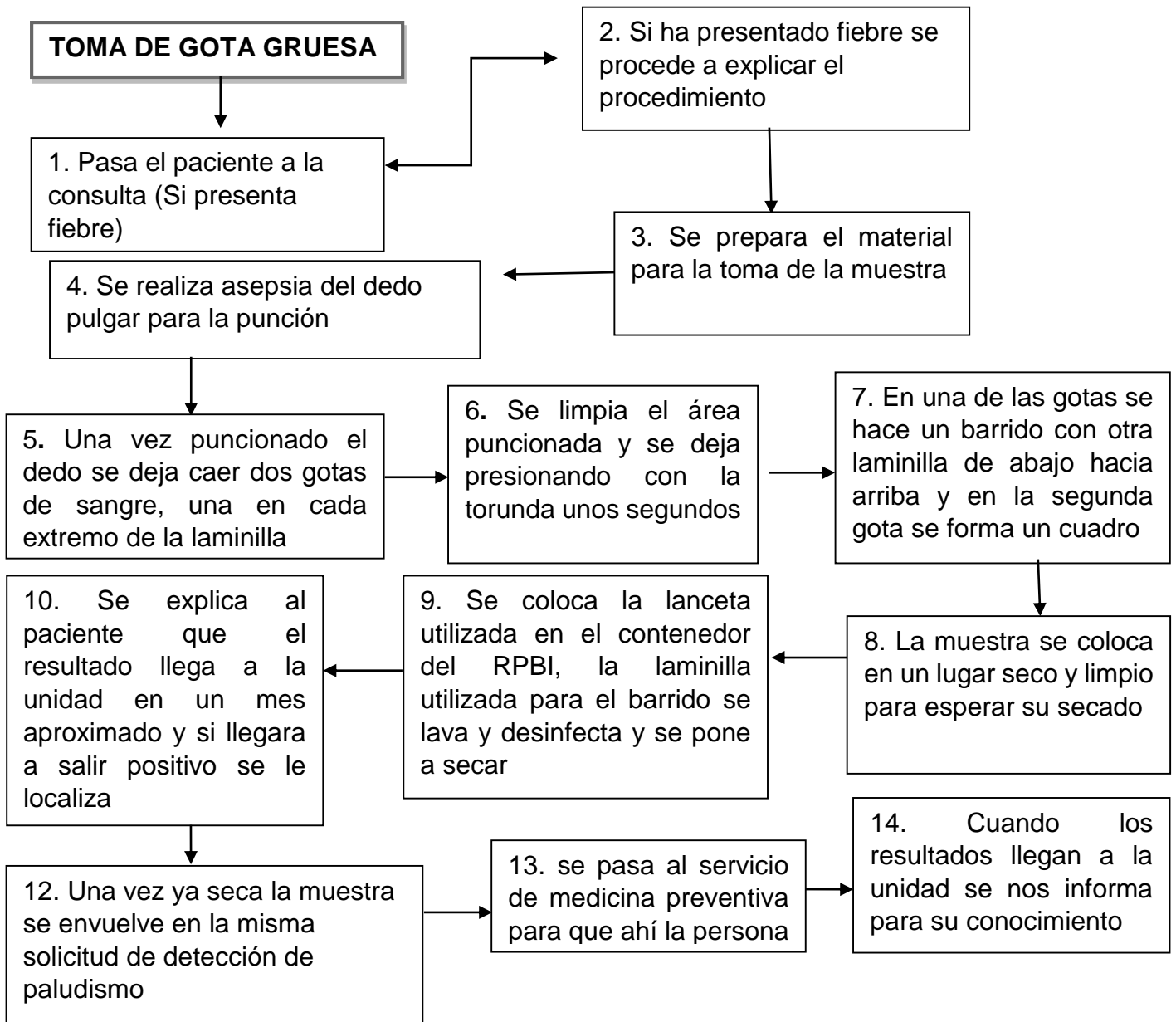
**GOTA GRUESA** Una vez obtenida la muestra, realizar la gota gruesa de la siguiente manera: utilizando uno de los ángulos de una segunda lámina (lamina auxiliar) esparcir rápidamente la gota de sangre y extenderla uniformemente hasta formar una gota gruesa de 1 cm de lado o de diámetro. La sangre no debe ser excesivamente revuelta, es suficiente con 3 a 6 movimientos. De preferencia, realizar el homogeneizado de la muestra en una sola dirección, en forma concéntrica (de adentro hacia fuera o viceversa)

**FROTIS** Utilizando la misma lamina auxiliar, ponerla en contacto con la superficie de la lámina que contiene la gota central y hacerla correr firmemente a lo largo de su borde en un Angulo de 45. Asegúrese de que ocurra un contacto parejo con la superficie de la lámina todo el tiempo que la sangre esto siendo esparcida, de tal manera que el frotis sea homogéneo y fino. Siempre manipular las láminas por los bordes o por una esquina para realizar el frotis.

Luego de haber secado el frotis, rotular con lápiz de carbón suave, escribiendo en la parte más gruesa el código, número y fecha de la muestra. No utilizar bolígrafo para etiquetar la lámina. Dejar secar la lámina con la gota gruesa en una superficie plana y protegida de polvo, calor e insectos.

La segunda lámina utilizada para esparcir la sangre puede ahora ser utilizado para el siguiente paciente y una segunda lamina limpia del paquete será usado como lamina extensora.

## TOMA DE GOTA GRUESA



## **ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO**

**CONCEPTO:** La prueba de Antígeno prostático específico (PSA) sirve para la rápida determinación de la cantidad de PSA inmunoreactivo del usuario.

**OBJETIVO:** Detectar oportunamente los antígenos cancerígenos que puedan comprometer la vida del paciente y prevenir complicaciones.

**FRECUENCIA:** Cuando se detecten factores de riesgo.

### **NORMAS**

Los resultados de la prueba si dan positivos usando esta prueba deben ser sujetos a otro método específico de detección.

Antes de un diagnóstico definitivo se debe hacer una evaluación clínica y consultar el historial clínico del paciente.

Incluso siendo positiva la prueba no es suficiente argumento para hacer el diagnóstico de cáncer de próstata. De igual manera si resulta negativo.

### **Material y equipo**

Lancetas

Torundas alcoholadas

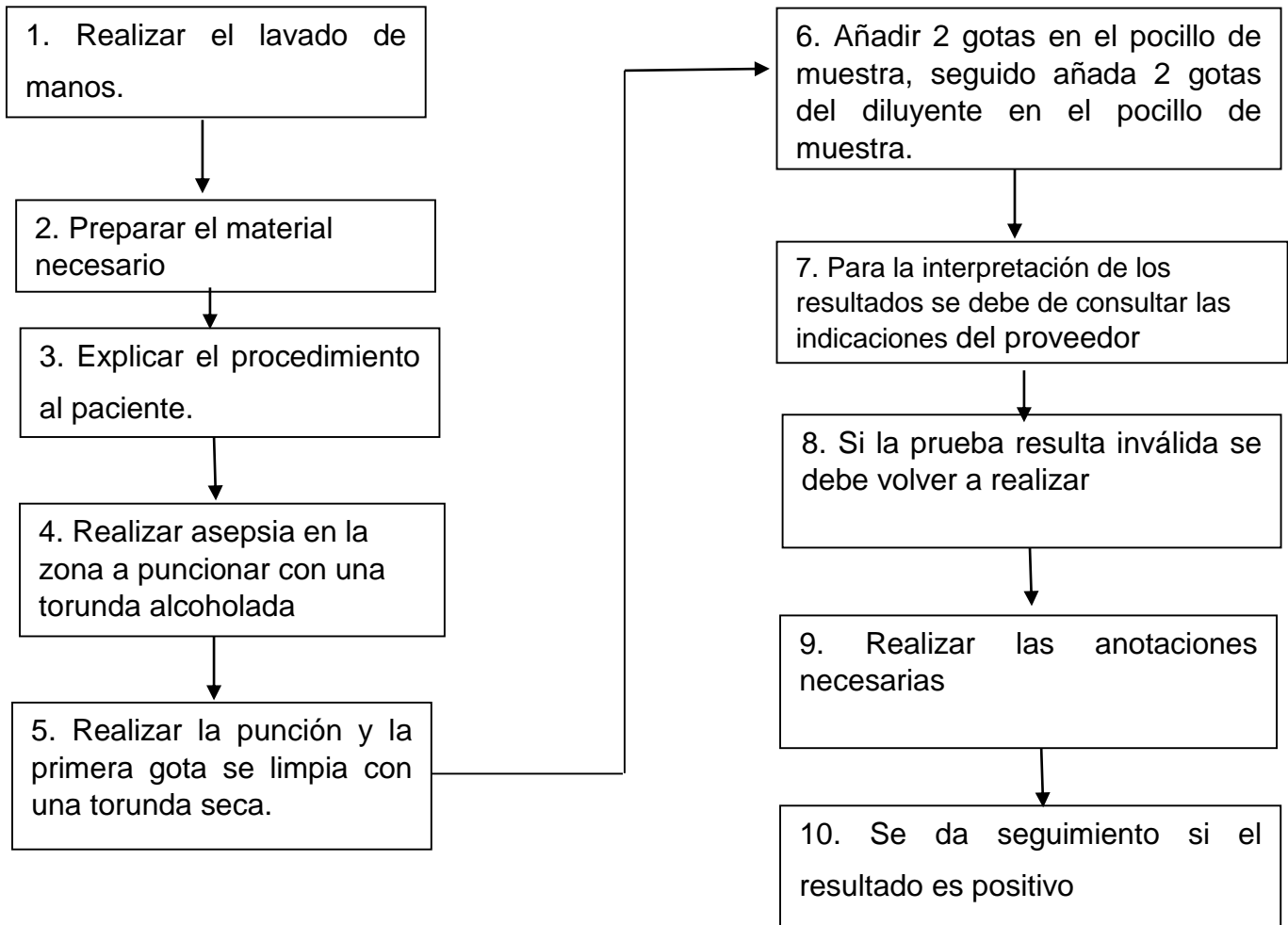
Torundas secas

Equipo para PS

## PROCEDIMIENTO

1. Realizar el lavado de manos.
2. Preparar el material necesario.
3. Explicar el procedimiento al paciente.
4. Realizar asepsia en la zona a puncionar con una torunda alcoholada, con solución fisiológica o con agua estéril.
5. Realizar la punción y la primera gota se limpia con una torunda seca.
6. Añadir 2 gotas en el pocillo de muestra, seguido añada 2 gotas del diluyente en el pocillo de muestra.
7. Después de 10 minutos de tiempo de incubación a temperatura ambiente lea la línea de resultado de la prueba e interprétela comparando con la línea de referencia. Para este momento todo el líquido en el pocillo de muestra debe haber sido absorbido.
8. Para la interpretación de los resultados se debe de consultar las indicaciones del proveedor.
9. Si la prueba resulta inválida se debe volver a realizar
10. Se da seguimiento si el resultado es positivo
11. Realizar las anotaciones necesarias

## ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO



## **PRUEBAS RAPIDAS DE VIH**

**CONCEPTO:** Las pruebas rápidas son métodos para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en algunos minutos.

**OBJETIVO:** Disminuir el riesgo de infectar a otras personas y permitir la atención médica oportuna.

**FRECUENCIA:** En el embarazo, si se sospecha o existe cuadro clínico propio de la patología.

### **NORMAS**

Se pide al usuario que firme el formato de consentimiento informado.

### **Material y equipo**

Lancetas

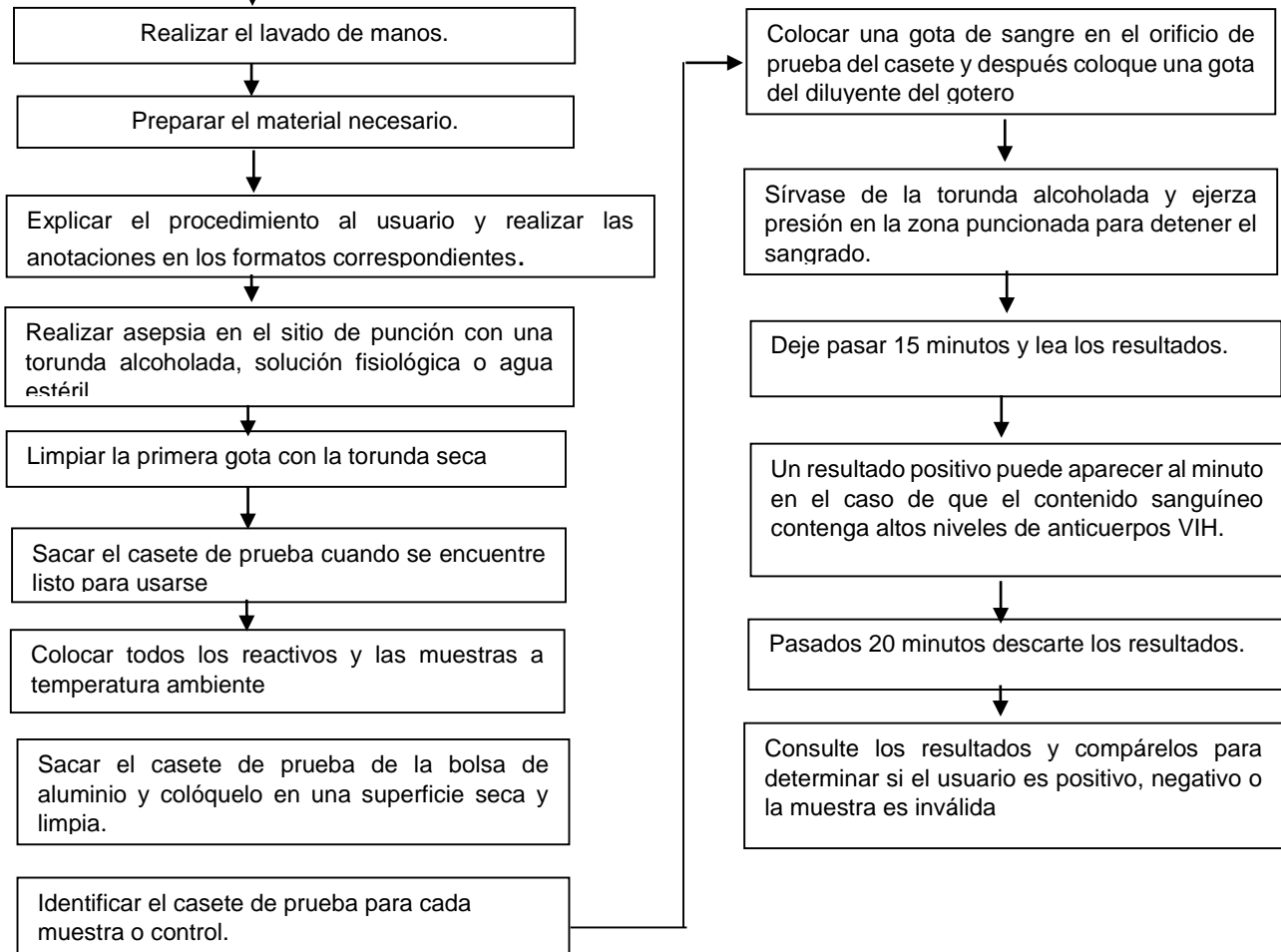
Torundas alcoholadas

Torundas secas

Equipo Prueba rápida.



## PRUEBA RAPIDA DEL VIH



## **TECNICA DE RECOLECCION DE ESPUTO BACTERIOLOGICO Y ESPUTO BAAR**

**CONCEPTO:** El examen bacteriológico consiste en buscar la existencia de bacterias patógenas, por ejemplo, Klebsiella pneumoniae, Haemophilus influenzae, etc.

**OBJETIVO:** Buscar gérmenes patógenos respiratorios en el examen bacteriológico.

Detectar la existencia del bacilo de Koch (TB) en el BAAR.

**FRECUENCIA:** Todo paciente con tos con más de 15 días de evolución.

### **NORMAS**

Se debe de recolectar la muestra sin saliva para obtener resultados específicos.

### **Material y equipo**

Recipiente estéril con tapa.

**TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE ESPUTO BACTERIOLÓGICO Y ESPUTO BAAR**

- 1 Lavarse las manos y preparar el material.
- 2 Colocarse cubre bocas y explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar.
- 3 Orientar al usuario que la expectoración a realizar la colocara en el frasco o el recipiente sin mezclarla con
- 4 Regularmente con 3 expectoraciones es suficiente, al tenerlas cerrar herméticamente el frasco.
- 5 Rotular el frasco y rellenar el formato de baciloscopia con los datos del usuario.
- 6 Anotar en la hoja de enfermería o nota de evolución la cantidad de esputo, relatando las características propias.
- 7 Enviar la muestra al laboratorio para determinar el estado de salud del usuario.
- 8 En caso de ser positivo se realizar más pruebas para confirmar el caso y dar tratamiento oportuno.

## **TOMA DE CARY BLAIR**

### **OBJETIVO**

El objetivo principal es el mantener la viabilidad de las bacterias que se encuentran en la muestra y de procurar el buen manejo de la misma.

### **PROCEDIMIENTO**

1. Tomar con un hisopo estéril parte de la muestra.
2. Introducir el hisopo en el medio de transporte Cary Blair, cuidando de que el algodón quede 2 cm por debajo de la superficie y sin perforar el fondo del medio de transporte.
3. Romper la parte del mango que toco nuestros dedos para Evitar fuentes de contaminación externa.
4. Cerrar bien el tubo y rotularlo con el nombre del paciente.
5. Colocar el tubo en una caja rodeándolos con papel picado Para evitar que se rompan durante el transporte.
6. Adjuntar los formularios de pedido en donde constara los nombres y apellidos de los pacientes, procedencia, edad y nombre de la persona que tomo la muestra.
7. Sellar la caja y rotularla con papel que diga peligro Muestra Biológica y una flecha indicando la posición en que debe viajar la caja.
8. No es necesario refrigerar las muestras. Enviarlas lo antes posible a su laboratorio de referencia

## TOMA DE CARY BLAIR

1. Tomar con un hisopo estéril parte de la muestra

2. Introducir el hisopo en el medio de transporte Cary Blair

3. Romper la parte del mango que toco nuestros dedos para Evitar fuentes de contaminación externa.

4. Cerrar bien el tubo y rotularlo con el nombre del paciente

5. Colocar el tubo en una caja rodeándolos con papel picado

6. Adjuntar los formularios de pedido en donde constara los nombres y apellidos de los pacientes, procedencia, edad y nombre de la persona que tomo la muestra.

7. Sellar la caja y rotularla con papel que diga peligro Muestra Biológica y una flecha indicando la posición en que debe viajar la caja

## TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

### Datos de identificación

Algunos de los datos que se enuncian a continuación corresponden tanto a pacientes como a contactos o familiares

- Expediente Anotar apellido paterno, materno y nombre (s) del jefe de familia y su agregado
- Nombre Anote el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, materno y nombre (s) y su agregado
- Edad Anote con números arábigos, la edad cumplida
- Sexo Anote el sexo del paciente según corresponda: **M** = Masculino **F** = Femenino
- Ocupación Anote la profesión, oficio u ocupación habitual del paciente (obrero, campesino, ingeniero, estudiante, labores del hogar, etc.)
- Domicilio 1 Anote el nombre de la calle, número exterior y/o interior y nombre del barrio o colonia, donde se ubica la casa del paciente
- Domicilio 2 Anote el domicilio de algún familiar o amigo para localizar al paciente en caso necesario

Diagnostico

- Fecha Anote la fecha en que fue diagnosticado el caso
  
- Detectado en Cruce con **X** el cuadro que corresponda a la forma como fue detectado el enfermo
  
- Cicatriz de BCG Cruce con **X** este espacio según se encuentre o no cicatriz post-vacunal atribuible a BCG
  
- Localización Cruce con **X** el cuadro que corresponda a la localización anatómica de la enfermedad
  
- Comprobación Anote en los recuadros, el resultado obtenido según método comprobatorio empleado
  
- Tipo de paciente Cruce con **X** el cuadro que corresponda de acuerdo al tipo de caso
  
- Caso nuevo Cuando se conoce por primera vez en la unidad
  
- Recaída Cuando aparecen bacilos tuberculosos en la expectoración u otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación
  
- Reingreso Si se trata de un enfermo que reanuda tratamiento por haberlo abandonado
  
- Fracaso

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <p>Si a partir del cuarto mes de tratamiento regular, hay persistencia de bacilos en la expectoración u otros especímenes, en dos muestras sucesivas de preferencia confirmadas por cultivo</p> |
| <p>- Referido</p> <p>Tratamiento</p>                                  | <p>Es el paciente que se envía a otra unidad, a otro nivel de atención u otra institución, para continuar su tratamiento</p>                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisado</li> </ul>       | <p>Cruce con <b>X</b> el cuadro que corresponda cuando el tratamiento es aplicado en la unidad por el personal de salud, bajo observación directa.</p>                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto administrado</li> </ul> | <p>Cruce con <b>X</b> cuando el tratamiento sea controlado por el paciente. Agregar además una V si el caso es controlado por una persona previamente capacitada para tal fin</p>               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema</li> </ul>           |                                                                                                                                                                                                 |
| <p>- Fecha de inicio</p>                                              | <p>Anote día, mes y año en que el paciente toma la primera dosis del tratamiento prescrito</p>                                                                                                  |
| <p>- Primario</p>                                                     | <p>Cuando se instituye el tratamiento por primera vez en un caso de tuberculosis durante seis meses</p>                                                                                         |
| <p>- Retratamiento</p>                                                |                                                                                                                                                                                                 |
| <p>- Retratamiento</p>                                                |                                                                                                                                                                                                 |



Es el que se instituye por el medico a un caso de tuberculosis multitratado o en el que fracaso el tratamiento de corta duraci3n estrictamente supervisado

- Primario reforzado

Es el tratamiento al que se agrega un medicamento utilizado inicialmente, se prolonga en su fase intensiva y de sost3n hasta cumplir diez meses, y se instituye a pacientes con recaídas de tratamiento corto, abandono, formas diseminadas de tuberculosis o con factores de riesgo asociados

• Fase

Anotar los meses de cada fase del tratamiento (Fase intensiva; fase de sost3n)

- Duraci3n

Anotar la periodicidad de la toma (puede ser diario, dos veces por semana, etc.)

- Periodo

Anote en cada cuadro la letra inicial del medicamento y dosis seg3n corresponda a la fase:

- Dosis

(R=Rifampicina, H=Isoniacida,  
Z=Pirazanamida, E=Etambutol,  
S=Estreptomocina, HRZ = Combinacion fija de  
isoniacida, Rifampicina y Piraznamida y  
HR=Combinacion fija de isoniacida y  
Rifampicina)

Control

- Mes

Cruce con una **X** usando lápiz plomo, los cuadros que correspondan a los días que el paciente debe acudir a consulta. Cuando el paciente asista a la cita, borre la **X** y escriba con tinta las iniciales de la persona que administra los medicamentos. si el enfermo no asiste deje la **X**

- Día

- Citas

Cuente las **X** y/o las citas indicadas para el mes y consigne el resultado

- Asistencias

Cuente los días que el paciente asistió a sus citas y consigne el resultado

- BAAR

Anote la fecha y el resultado de la última baciloscopia, si esta se efectuó en el mes correspondiente

#### Egreso

- Fecha

Anote la fecha (día, mes, año) en que el paciente egresa del programa

- Causa

Cruce con **X** el cuadro que corresponda al motivo del egreso

Anote en cada espacio el nombre de cada mes del periodo del tratamiento

- Curación  
Cuando el enfermo termina su tratamiento primario o retratamiento y tiene baciloscopia negativa
- Fracaso  
Cuando el enfermo termina su tratamiento primario o retratamiento y tiene baciloscopia positiva
- Traslado  
Cuando se envía al paciente para tratamiento y control a otra unidad
- Abandono  
Es la inasistencia continuada del paciente después de 30 días para esquema supervisado y 45 días para esquema auto administrado. Especifique el motivo del abandono
- Defunción por  
Cuando el paciente haya fallecido y la causa básica de la defunción haya sido la tuberculosis
- Otro  
Marque con una **X** cuando es otro el motivo del egreso

#### Exámenes de laboratorio

- Nombre  
Anote el nombre completo de todas las personas que conviven con el enfermo
- Edad  
Anote la edad en años cumplidos

- Sexo

Indique en este espacio cuando se encuentre cicatriz post-vacuna en el hombro de cada uno de los contactos menores de 15 años

- Cicatriz BCG

Indique en este espacio cuando se encuentre síntomas en cada contacto, de acuerdo con las siguientes indicaciones:

- Síntomas

- Menores de 15 años: tos, expectoración, fiebre, anorexia, astenia, adinamia entre otros
- De 15 años y más: tos, expectoración

- Examen de resultados

- Bacteriológico

Anote la fecha así como el resultado del examen bacteriológico practicado al contacto

- rayos x

Anote la fecha. Cuando haya presencia de cavernas, anote además **SI**

- PPD

- Fecha de aplicación

Anote la fecha de aplicación

- Lectura mm

Anote el sexo del paciente según corresponda:

Anote en milímetros, las dimensiones de la reacción, 72 horas después de la aplicación del PPD

**M**=Masculino **F**=Femenino

- Historia clínica

- Fecha

• Diagnostico

Cruce con **X** este espacio cuando se haya elaborado historia clínica al contacto

- Primoinfección

- TB

Cruce con **X** cuando el resultado de los exámenes determine que hay primoinfección en el contacto

- No TB

Cruce con **X** cuando los resultados de los estudios indiquen que el contacto padece tuberculosis (en estos casos, elaborar una tarjeta especifica de control)

• Acciones

- Quimioprofilaxis tratamiento

Cruce con **X** cuando los resultados de los estudios indiquen que el contacto no padece tuberculosis

#### Visitas domiciliarias solicitud

• Solicitud

Cruce con **X** el espacio que corresponda a la acción desarrollada para el control del contacto

Anote la fecha en que se solicita la visita domiciliaria

- Motivo Anote la causa por la que se solicita la visita

• Realización

- fecha Anote la fecha en que se realiza la visita domiciliaria

- Resultado Describa brevemente el resultado de la visita

Observaciones

Anote los datos adicionales que considere pertinentes para el adecuado control del caso

Enfermedades concomitantes

Anote en este espacio las enfermedades asociadas (desnutrición, VIH, SIDA, diabetes, etc.) que el paciente padece además de la TB

**TUBERCULOSIS: CASO SOSPECHOSO**

¿El paciente presenta algún síntoma de estos?

- Tos y expectoración más de 15 días (síntomas respiratorios)
- Pérdida de peso, fiebre vespertina, expectoración con sangre, anorexia, astenia, adinamia, sudoración nocturna.

- Solicite baciloscopia (2 muestras) y una radiología.  
Nota: colocar barbijo al paciente.

¿La prueba dio positiva o negativa?

Baciloscopia positiva

Tuberculosis

Usted puede presentar dos

Caso nuevo  
Descartar factores de riesgo:  
• diabetes

Caso previamente  
Tratado o con riesgo de multiresistencia

Baciloscopia

Ex. Complementarios  
- Cultivo

No tuberculosis

Considerar otros diagnósticos

**Tratamiento**

- Notifique el caso de tuberculosis
- Decida el esquema de tratamiento
- Indique tratamiento supervisado
- Inicie el tratamiento
- Evalúe los contactos
- Realice quimioprofilaxis cuando corresponda
- Evalúe al paciente por lo menos una vez al mes
- Solicite baciloscopia o cultivo para control del tratamiento
- Redefina el tratamiento de acuerdo al resultado del cultivo si corresponde.

## TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS

Datos de identificación

Anote el número de expediente asignado en el consultorio

- Expediente

Anote el nombre completo en el siguiente orden: apellido paterno. Materno, nombre(s) y su agregado

- Nombre

Anote con números arábigos, la edad de la paciente en años cumplidos

- Edad

Anote el sexo del paciente según corresponda:

**M**=Masculino **F**=Femenino

- Sexo

Marque con **X** si pertenece o no a alguna etnia

- Pertenece a alguna etnia

- Domicilio 1

Anote el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia o barrio. En zonas sin nomenclatura, anote referencias que faciliten su localización. En caso de que la paciente resida en localidad distinta a la unidad médica, anote además localidad, municipio y estado (los dos últimos se anotaran si fueran distintos a los de la unidad médica)

- domicilio 2

Anote el domicilio de algún familiar o amigo para localizar al paciente en caso necesario



## Antecedentes

Marque con una **X** el antecedente personal que presente según sea el caso

### Familiares

- Enfermedad cardiovascular
- HTA
- Diabetes
- Enfermedad cerebro vascular
- Dislipidemias

- En
  - Abuelos
  - Padres
  - Tíos
  - Hermanos
  - Otros

Marque con una **X** el antecedente personal que presente según sea el caso

### Personales

- Enfermedad cardio vascular
- HTA
- Diabetes
- Tabaquismo
- Dislipidemias
- Post menopausia
- Terapia de reemplazo hormonal

Marque con una **X** el antecedente personal que presente según sea el caso

## Datos de diagnóstico

- Diagnóstico 

Marque con **X** si es ingreso o reingreso, según sea el caso
- Ingreso 

Anote la fecha de ingreso o reingreso (día, mes, año) en la enfermedad correspondiente:

1. DM; 2. HTA; 3. Obesidad; 4. Dislipidemia; 5. Síndrome metabólico.
- Detección 

Marque con **X** si la detección se realizó por pesquisa o por sintomatología
- Tratamiento previo 

Marque con una **X** dependiendo el tratamiento

## Control

- Fecha 

Registre la fecha (día, mes, año) en la que acude el paciente a control
- Peso 

Registre el peso del paciente en kilogramos
- IMC 

Registre el índice de masa corporal obtenido
- CC 

Registre la circunferencia de la cintura en centímetros

- Tensión Arterial

Registre las cifras de la tensión arterial (sistólica, diastólica)

- Glucemia

Registre la cifra de glucosa obtenida del paciente, ya sea por laboratorio o capilar

- HB A1 C%

Registre la cifra de Hb glucosada en caso que se haya realizado

- Revisión de pies

Registre sí o no según caso

#### Colesterol

- Total

Registre cifras si se realizó laboratoriales al paciente

- LDL

Registre cifras

- HDL

Registre cifras

- triglicéridos

Registre cifras

#### Tratamiento Prescrito

- No farmacológico

Registre el número según corresponda:

1. Alimentación saludable;
2. Actividad física;
3. Eliminar hábitos tabaquito y/o alcohólico

- Farmacológico

Registre el número según corresponda:

- Paciente controlado

1. Glibenclamida; 2. Metformina; 3. Acarbosa; 4. Insulina; 5. Captopril; 6. Enalapril; 7. Hidroclorotiazida; 8. Metoprolol; 9. Propanolol; 10. Nicardipino; 11. Nifedipino; 12. Verapamil; 13. Losartan; 14. Irbesartan; 15. Candesartan; 16. Acido nicotínico; 17. Atorvastatina; 18. Bezafibrato; 19. Ezetimiba; 20. Pravastatina; 21. Simvastatina; 22. Rosuvastatina

Grupo de ayuda mutua

Anote **SI** y el número de padecimiento controlado

Complicaciones

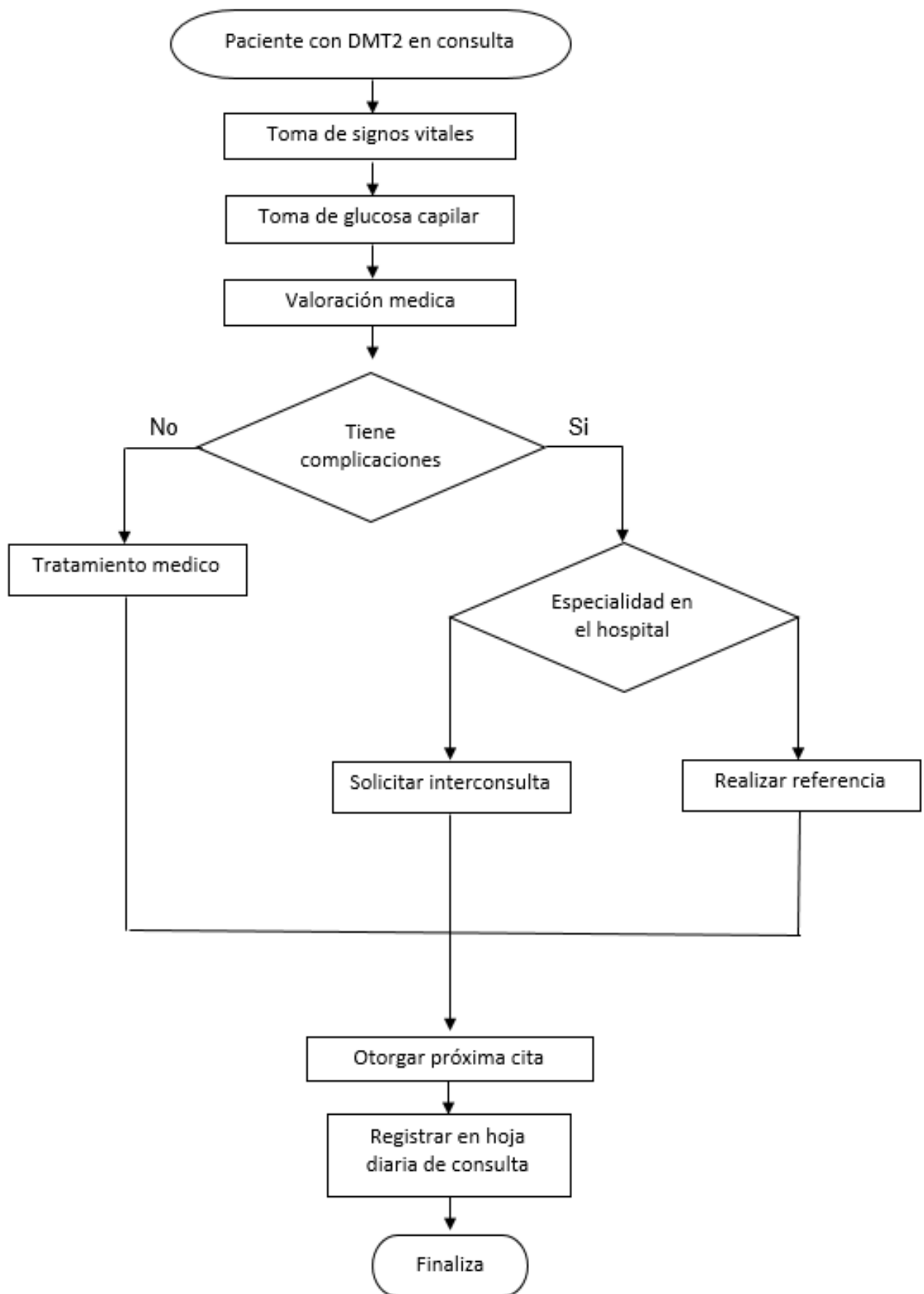
Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

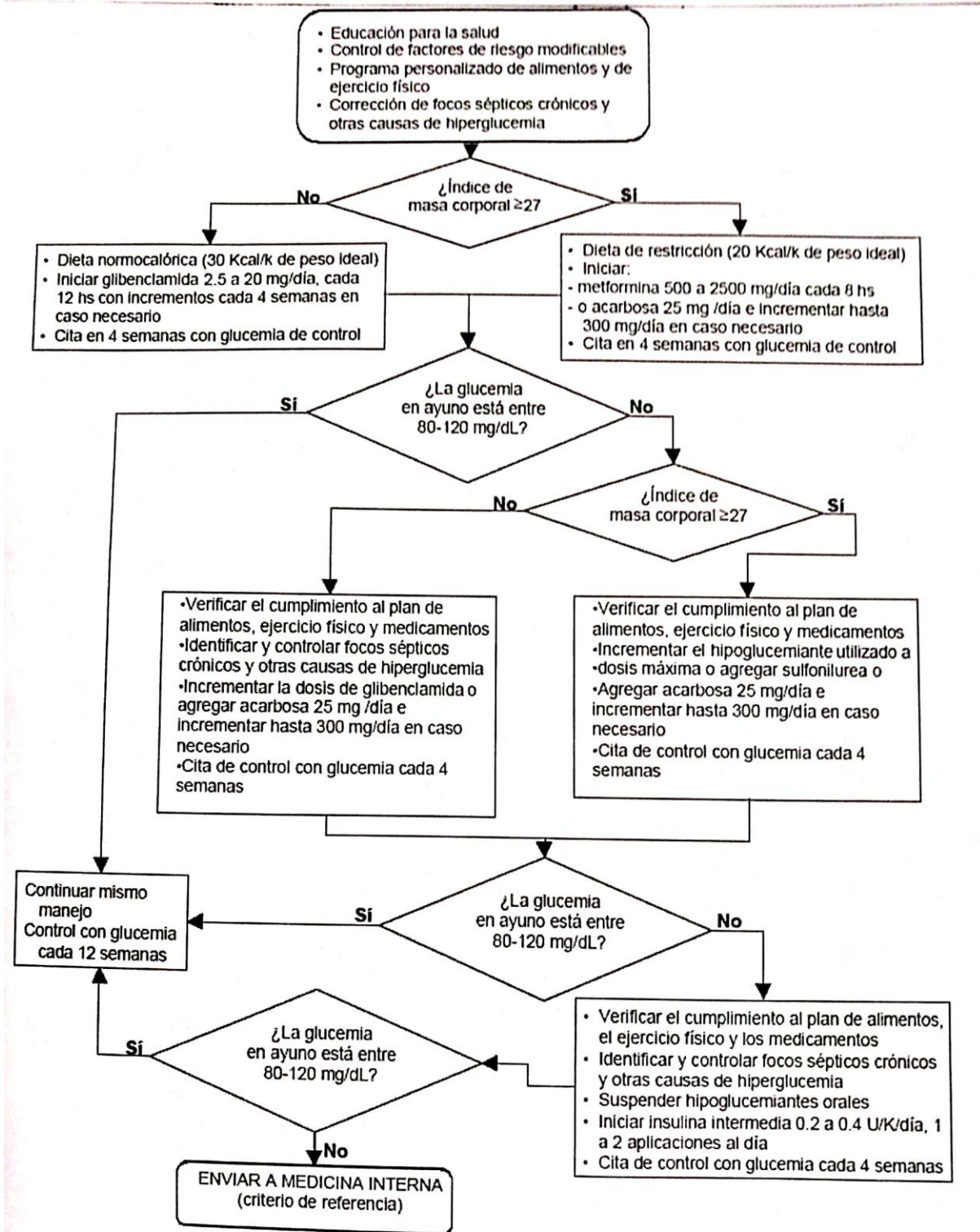
Referencia

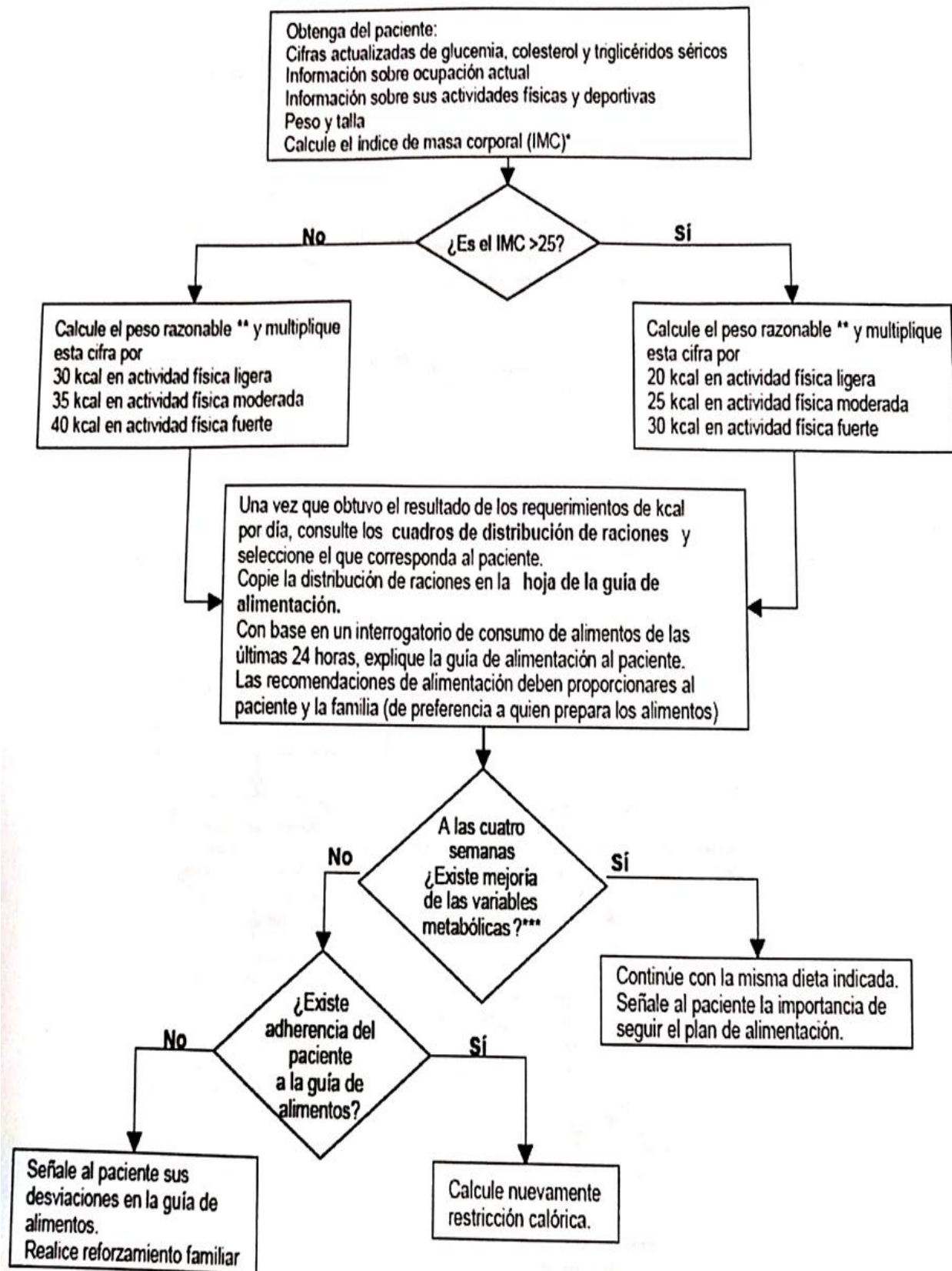
Registre si presenta alguna complicación:

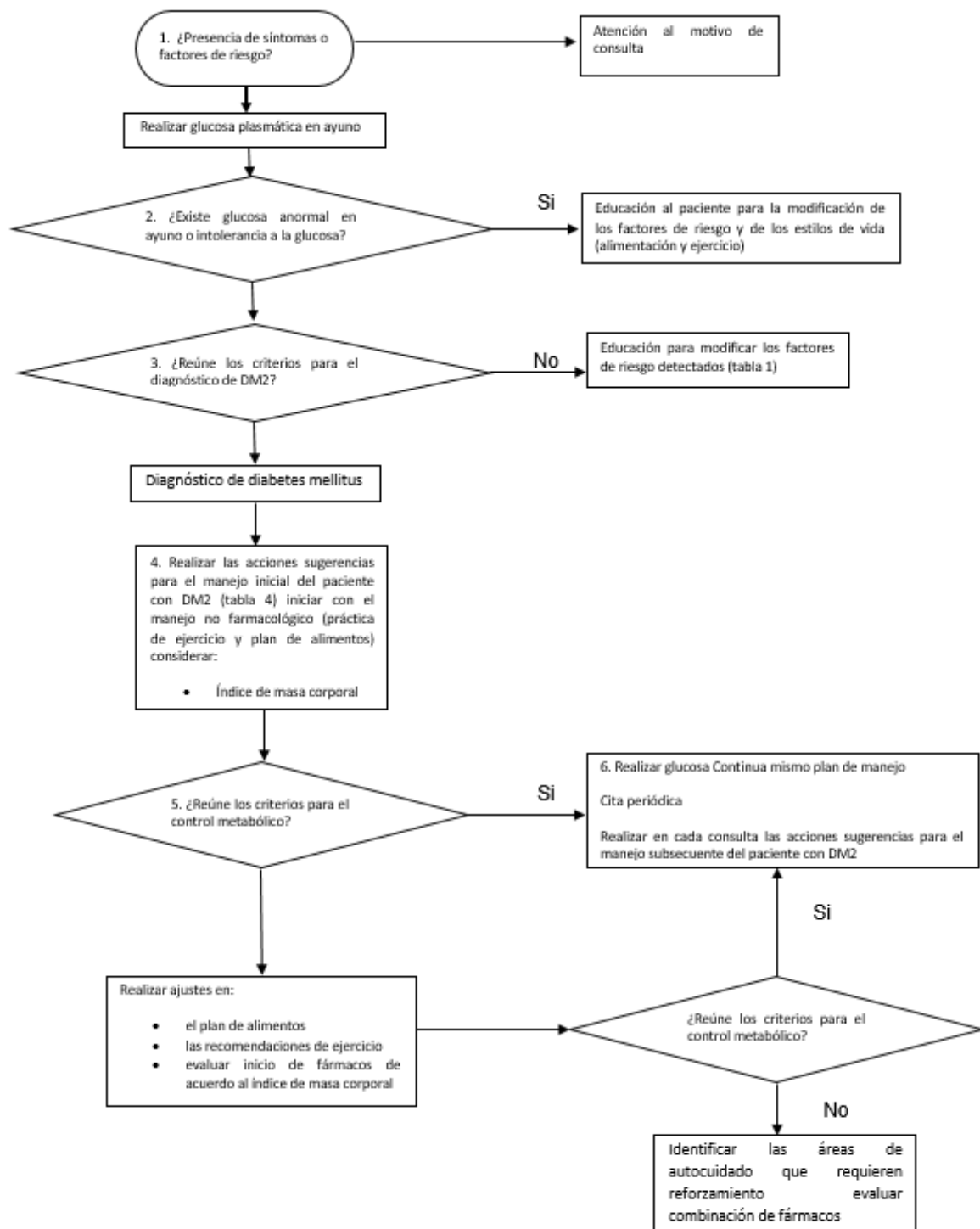
1. Retinopatía; 2. Neuropatía; 3. Pie diabético; 4. Enfermedad cardiovascular; 5. Enfermedad cerebro vascular; 6. Apnea del sueño; 7. otro

Baja





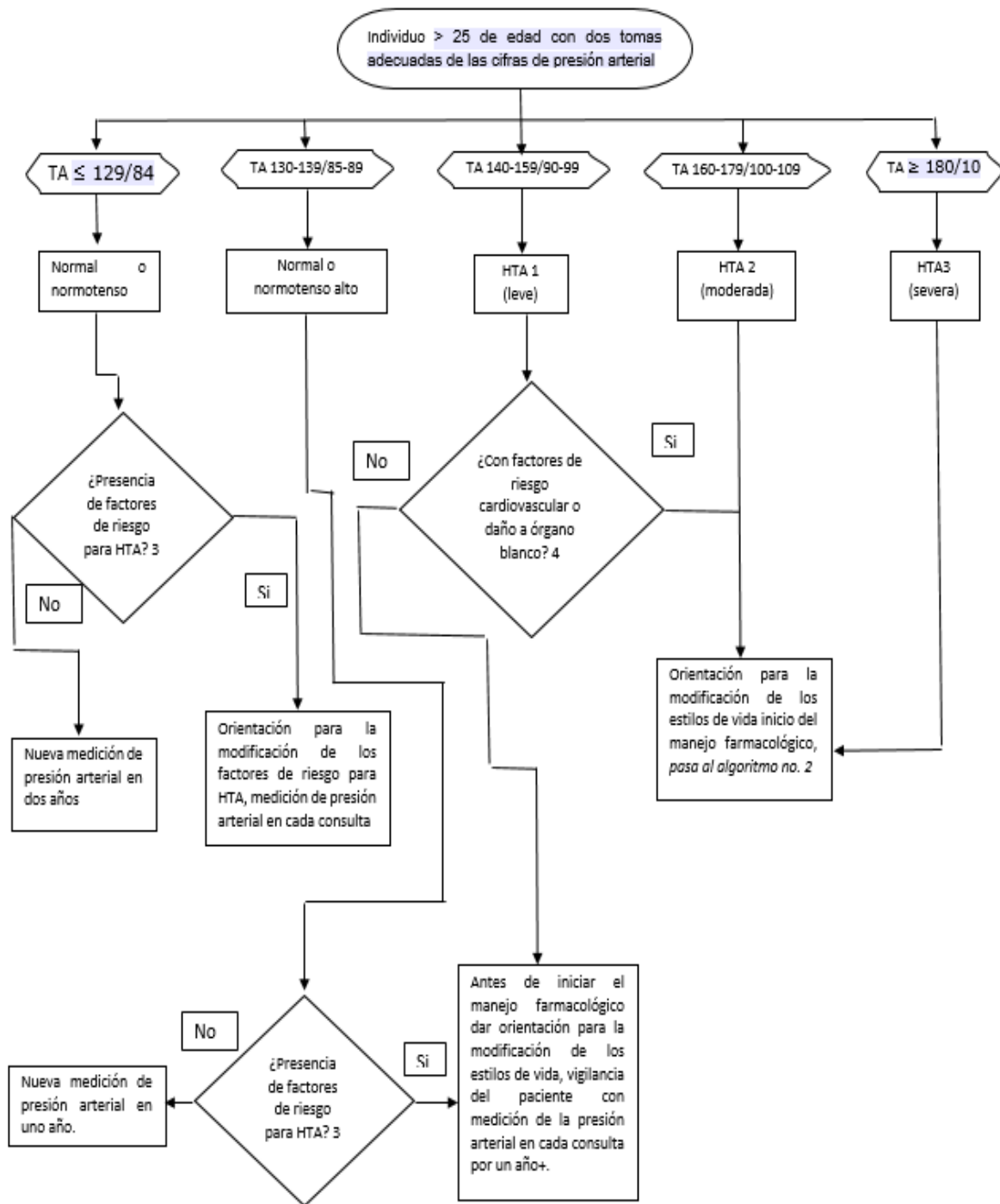




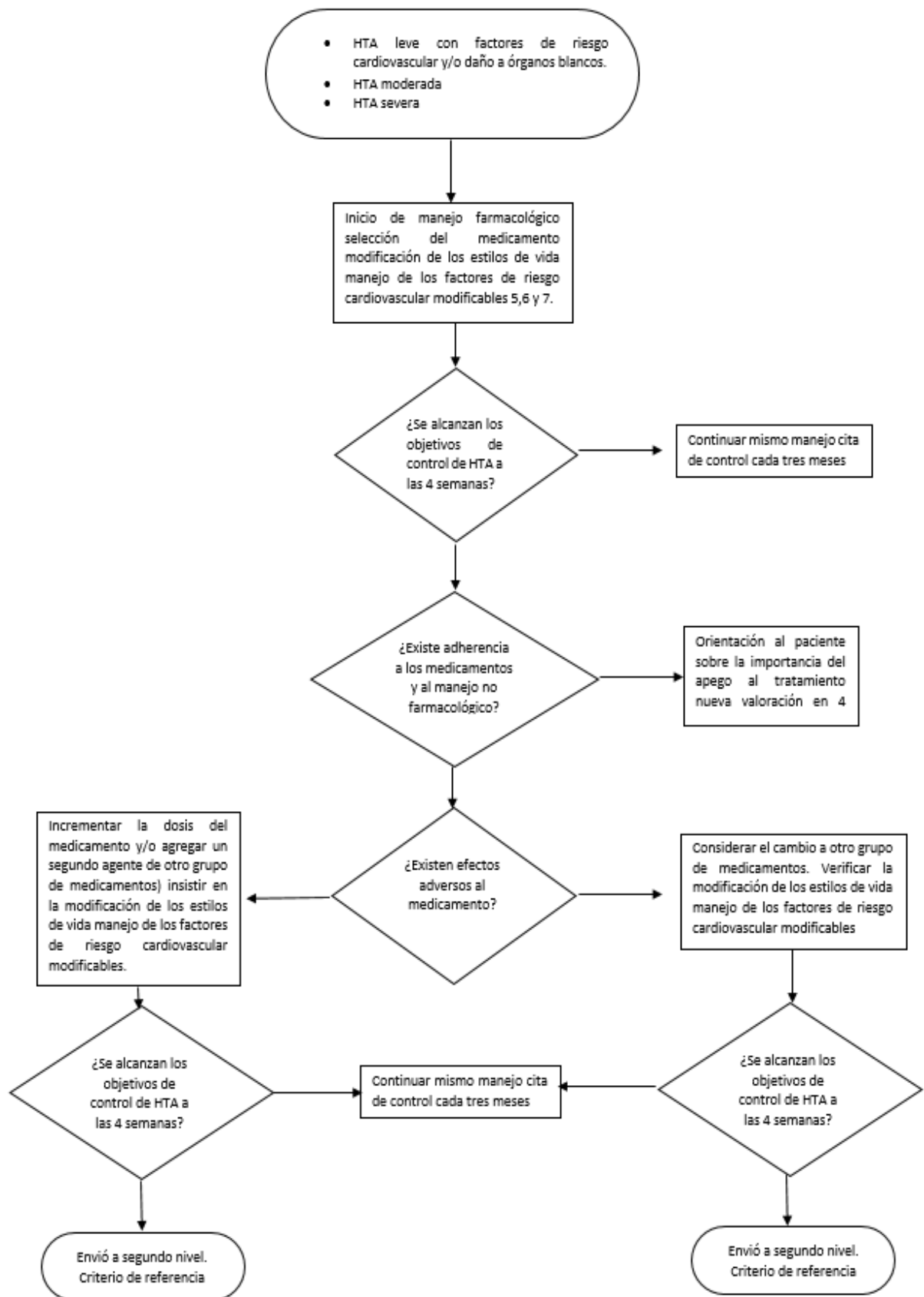
**Importante:** los números fuera de los cuadros guían al lector para su ubicación en el texto para la explicación de cada punto de las recomendaciones que se dan en el texto de esta guía.

Finalizada





+habrá condiciones en las que no se puede esperar un año para la decisión del inicio del manejo farmacológico por ejemplo: si el paciente desarrolla daño a órgano blanco, si existen elevaciones de las cifras de presión arterial, si no existe adherencia a la modificación de los estilos de vida.



## ATENCION PRENATAL

### CONCEPTO:

Es la atención médica que se otorga a la mujer desde que se diagnostica el embarazo hasta el término del mismo.

### OBJETIVO:

- Detectar factores de riesgo obstétricos y signos de alarma que alteren la fisiología del binomio madre e hijo.
- Otorgar atención integral con la participación de las áreas de nutrición, trabajo social, estomatología y laboratorio.
- Orientar a la embarazada sobre las medidas de auto cuidado para la salud.
- Lograr que el embarazo llegue a feliz término para el binomio ( madre-hijo )
- Orientar sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo con el riesgo reproductivo.
- Identificar infecciones Cerviño-vaginales a través de la visualización del cervix.

### EQUIPO:

- Bascula con estadímetro.
  - Cinta métrica.
  - Estetoscopio de pinard.
  - Estetoscopio auricular.
  - Baumanometro.
  - Guantes.
  - Jalea.
  - Equipo de exploración vaginal.
  - Batas
  - Sabanas.
- 
- Registros: nota de evolución, historia clínica perinatal simplificada, carnet perinatal, grafica de ganancia de peso y altura uterina, tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia (SISPA-SS-38-P).

### PROCEDIMIENTO:

- Se presenta con la paciente, la llama por su nombre.
- Muestra una actitud de respeto, hasta lograr un clima de confianza.
- Pregunta los datos personales de la embarazada (nombre, edad, número de hijos, e inicio de vida sexual ) y se anota en la cartilla de salud.

- Investigar factores de riesgo ( edad, espacio ínter genésico corto, multiparidad, antecedentes de; cesárea, aborto, muerte perinatal, diabetes e hipertensión arterial; haber padecido en embarazos anteriores, preeclampsia o eclampsia, hemorragia obstétrica o infección puerperal.
- Actualiza la tarjeta de registro de control del embarazo (SIS-SS-38-P) (ANEXO) y la anexa al expediente.
- Toma y registra el peso y talla.
- Toma y registra signos vitales.
- Identifica signos de alarma (edema, sangrado transvaginal, cefalea, acúfenos y fosfenos, ausencia de movimientos fetales, anormalidad en la presión arterial y molestia al comer)
- Revisa esquema de vacunación y si es necesario se deriva al área de medicina preventiva para aplicación de toxoide tetánico diftérico.
- Vigila el estado nutricional de la embarazada.
- Orienta a la embarazada para que desarrolle actitudes, conductas y hábitos favorables para el auto cuidado de su salud en: cuidados durante el embarazo; higiene, descanso y sueño, usar ropa holgada, combinar sus alimentos, consumir agua, ir al baño frecuentemente, evitar retener ir al baño, enseñarle a platicar y disfrutar a su bebe.

Recomendar espaciar sus embarazos ofreciéndole los métodos de planificación familiar, reconocer signos de alarma y los cuidados del recién nacido y beneficio de la lactancia materna, ofrecer consejería en planificación familiar hasta lograr el consentimiento informado y compartido.

- Determinar acciones a seguir de acuerdo con la valoración obstétrica del médico, como son: embarazo de bajo riesgo y de alto riesgo.

El cual procederá a hacer lo siguiente:

**BAJO RIESGO:**

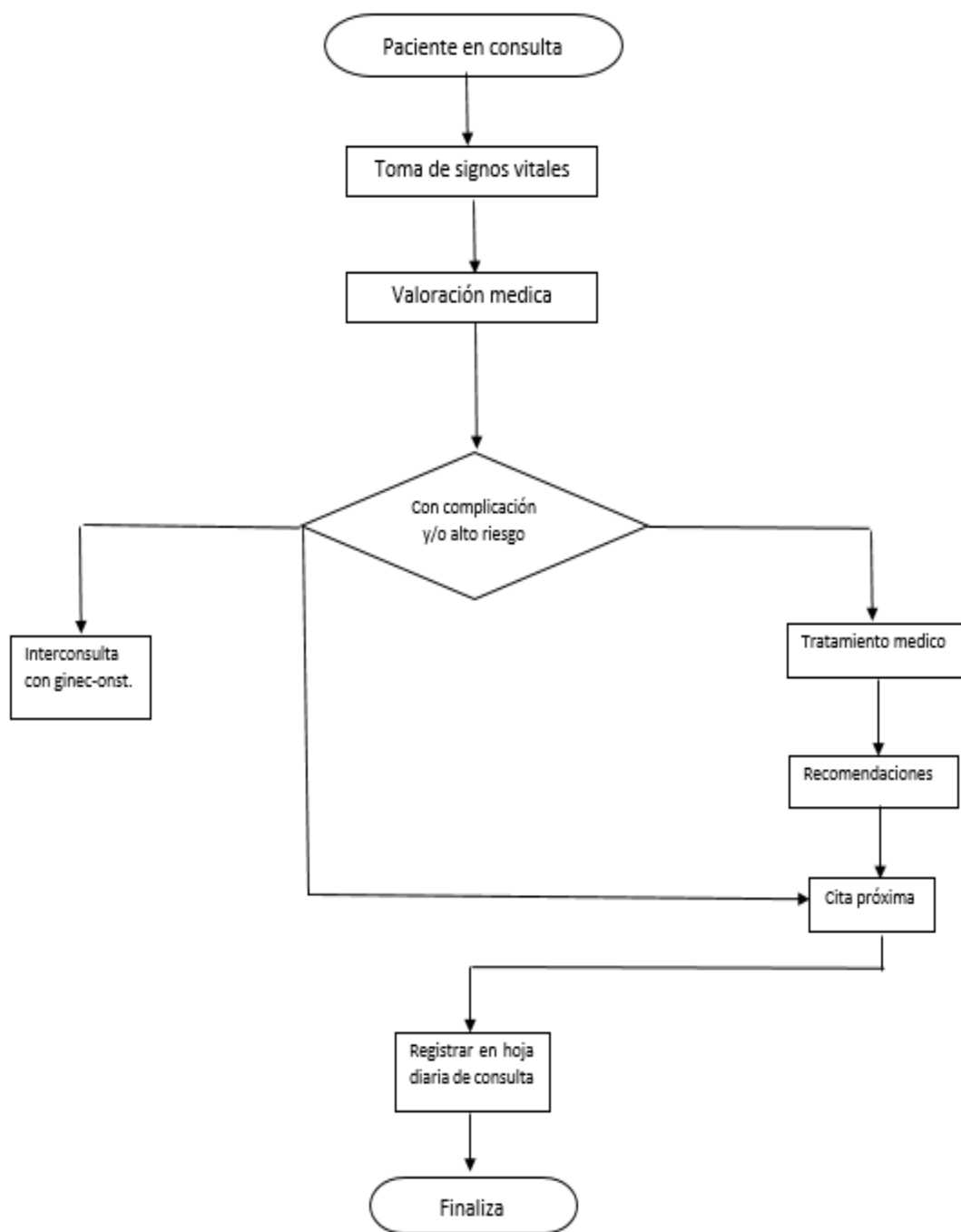
- Control subsecuente con 6 consultas a partir de la semana 32 cada 15 días.
- Vigilancia de los signos vitales.
- Participa en la valoración nutricional.
- Completar esquema de vacunación.
- Control estomatológico.
- Control por nutrición.
- Laboratoriales de control.
- Orientación en auto cuidado de la salud
- Ofrecimiento de los métodos de planificación familiar, beneficios de la lactancia materna, cuidados del parto y cuidados del recién nacido.
- Higiene personal y prevención de infecciones.
- Identificación continua de factores de riesgo como: antecedentes de cesárea, diabetes, hipertensión, desnutrición, abortos y óbitos.
- Signos de alarma como: sangrado trasvaginal, edema, molestias al orinar, acúfenos y fosfenos, presión alta, diabetes gestacional, etc.
- Notificar de inmediato al médico para su atención oportuna e inmediata en consulta externa.

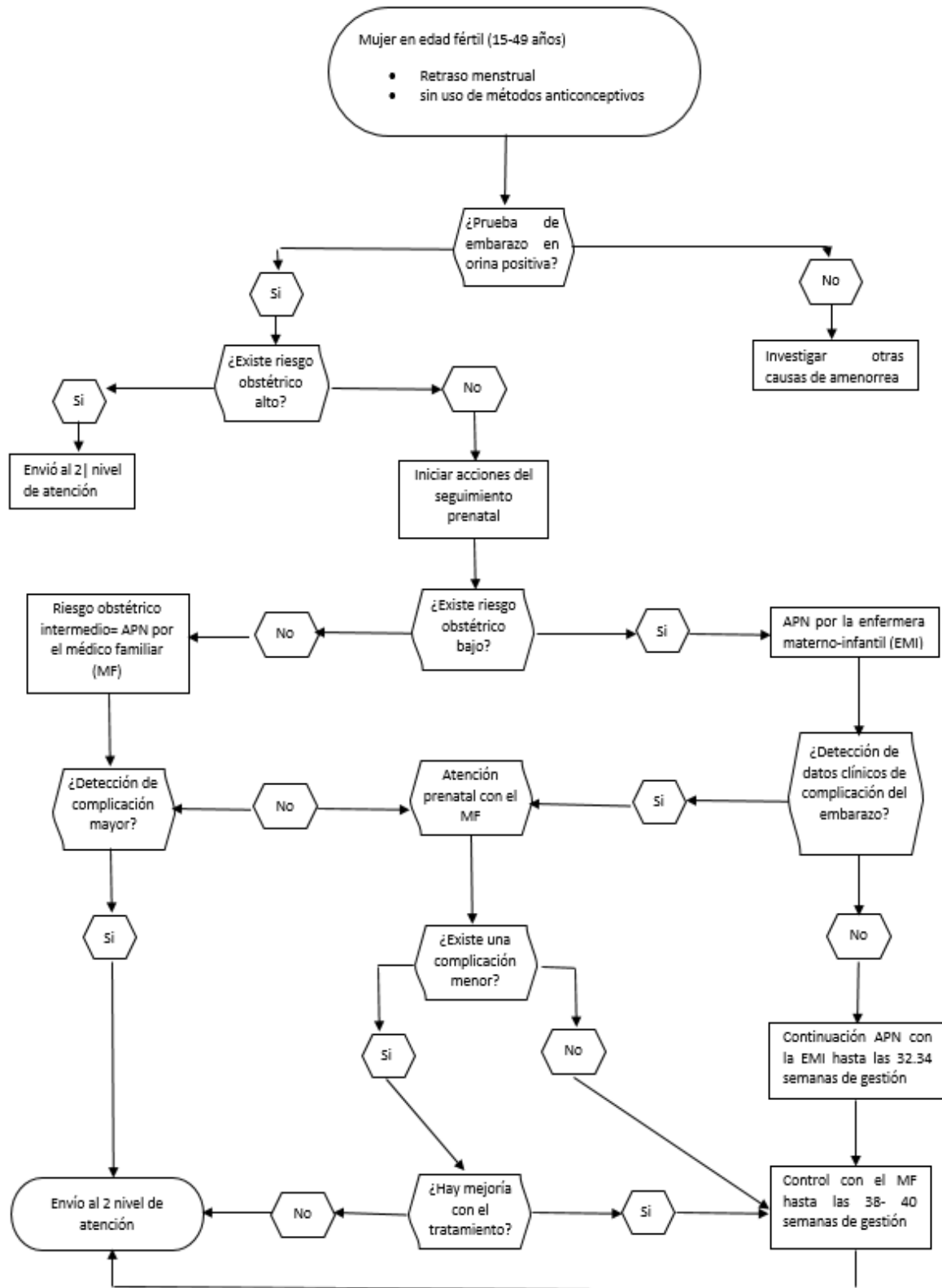
- Por indicación del médico general se deriva con el médico especialista (gineco-obstetra)
- Orientar a la embarazada sobre lo que se debe hacer en caso de presentarse algún signo de alarma.
- Orientación a nivel de pareja las medidas de prevención, para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual.

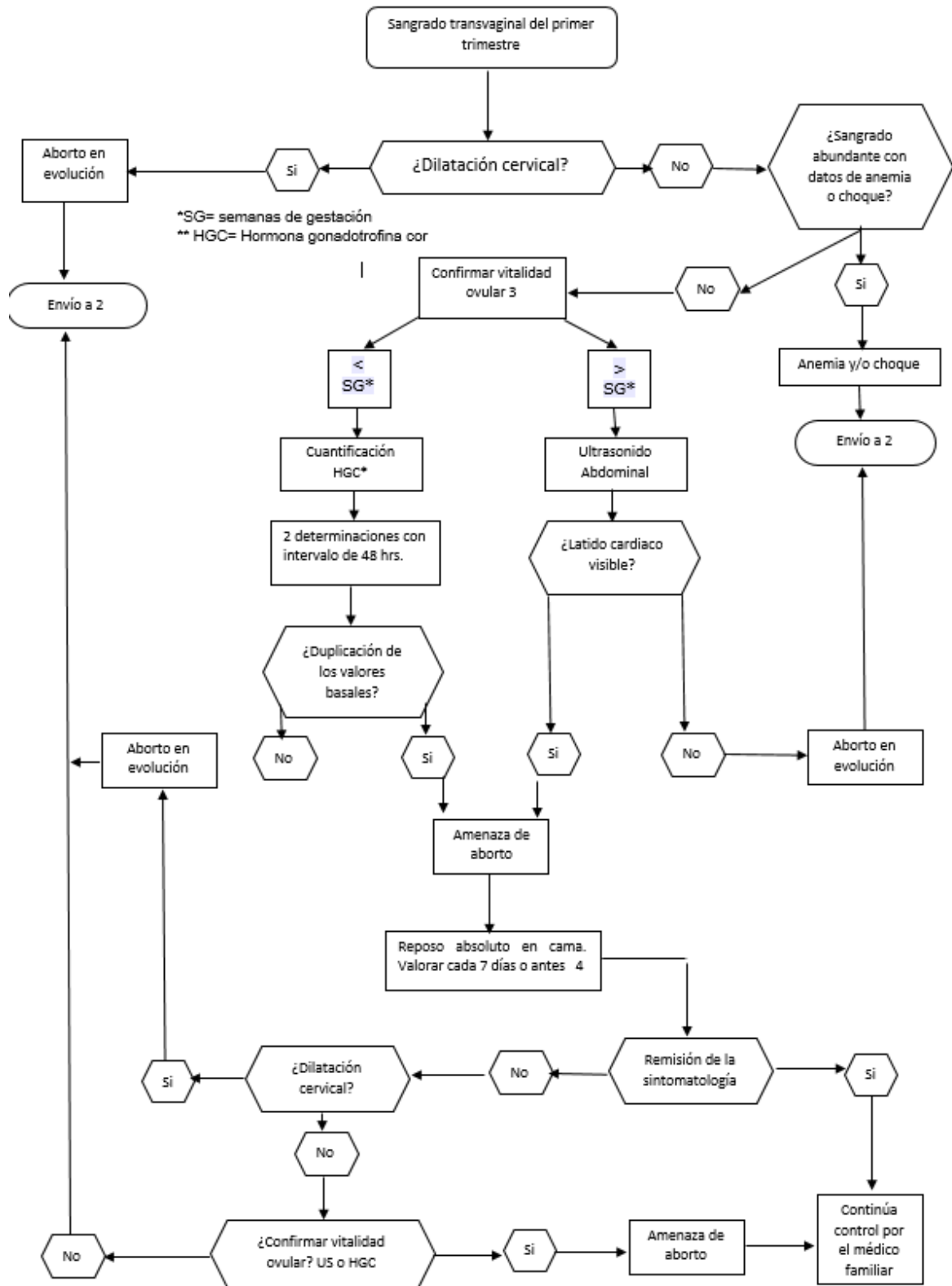
### **ALTO RIESGO**

Además de lo anterior se realizan las siguientes acciones específicas:

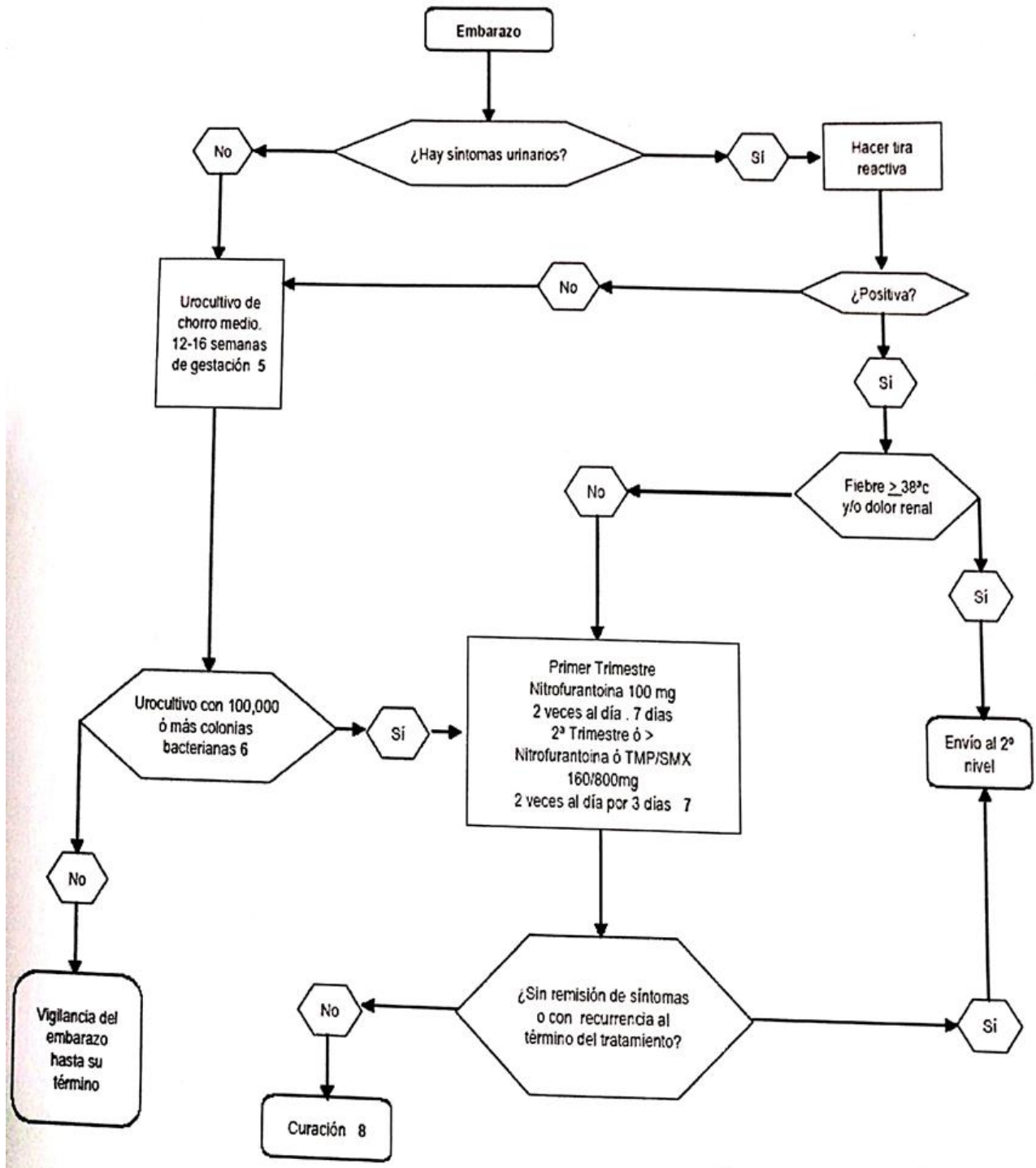
- Monitorear el estado de salud de la embarazada.
- Identifica signos de alarma: sangrado transvaginal, edema. Presión arterial alta, dato de preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, etc.
- Notifica de inmediato al médico de su valoración.
- Por indicación médica acompaña a la paciente al servicio de urgencias, junto con el expediente clínico, verificando que le den atención inmediata.
- Notifica a los familiares de su estado de salud.
- Avisa al área de trabajo social para la gestión de la atención en el albergue para sus familiares en caso de ser de una zona lejana.











## TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA Y EN LACTANCIA

### CONCEPTO

### INSTRUCCION

#### Generalidades

Responsable del llenado

Medico o enfermera

Manejo de la forma

Utilice una tarjeta para el manejo de cada Mujer embarazada o en periodo de Lactancia que sea atendida o controlada En la unidad.

Unidad

Anote el tipo y nombre de la unidad médica.

Localidad

Anote el nombre oficial de la localidad en la Cual se ubica la unidad médica.

Municipio

Anote el nombre oficial del municipio en el Cual se ubica la unidad médica.

Jurisdicción sanitaria

Anote el número y nombre de la jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad Médica.

Entidad

anote el nombre de la entidad federativa en la cual se ubica la unidad médica.

#### Datos de identificación

Expediente

anote el número de expediente clínico

Asignado a la paciente; si es de recién Ingreso este dato se anotara en cuanto Le sea asignado

Nombre Anote el nombre completo en el siguiente orden; Apellido paterno, materno y nombre.

Edad anote en años cumplidos la edad de la paciente.

Talla anote la talla en centímetros, obtenida.

Domicilio anote el domicilio de la señora empezando por el Nombre de la calle, número exterior e interior y Nombre de la colonia, localidad o ciudad en su Caso donde se ubica la casa.

### **Antecedentes**

Gesta anote el número de embarazos que ha tenido la Paciente, incluyendo abortos.

Para registre el número total de partos por vía vaginal Que ha tenido la paciente (incluyendo los nacidos Muertos). En caso de ser primigesta anotar cero.

Cesáreas anote el número de nacimientos resueltos por vía Abdominal, en caso de no haber tenido anotar Ninguno.

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abortos                                                | anote el número de abortos que ha tenido la paciente, en Caso de no haber tenido, anotar ninguno.                                                                                                                                                              |
| Hijos nacidos vivos                                    | registre el número de hijos de la paciente que hayan Nacido vivos, sin importar si después murieron, en caso de No haber tenido anotar NINGUNO.                                                                                                                |
| Hijos nacidos muertos                                  | Registre el número de hijos de la paciente que hayan Nacido muertos, en caso de no haber tenido anotar NINGUNO.                                                                                                                                                |
| Uso previo de Anticonceptivos<br>Tipo<br>Tiempo de uso | Si la paciente utilizaba algún método anticonceptivo antes del embarazo, especifique el tipo de método que utilizaba y el tiempo de uso. Si la paciente se embarazo mientras usaba ese método anticonceptivo, señálelo en la sección Dedicada a OBSERVACIONES. |
| Habito tabáquico                                       | Marque con X el cuadro correspondiente a la respuesta.                                                                                                                                                                                                         |
| Fecha de ultima Menstruación                           | Anote el día, mes y año en que comenzó el sangrado de la última menstruación de la paciente.                                                                                                                                                                   |
| Fecha probable de Parto                                | Anote la fecha probable del parto día, mes y año. para obtener este dato, sume nueve meses y siete días a la fecha de inicio de la última menstruación de la paciente. Esta fecha se puede modificar cuando ya se conozca la Fecha con mejor exactitud.        |
| <b>Aplicación TTD</b>                                  | Anote en primera, segunda o refuerzo, la fecha que la Paciente refiere le fue aplicado el biológico. Si no se aplico Esta vacuna, registre NO en la dosis. Si se aplica durante el Control, borre el NO y escriba la fecha                                     |

**Integrante de familia OPORTUNIDADES** solo se llena en caso de que la paciente se miembro de una familia OPORTUNIDADES.

**CURP** Solicite a la paciente su CURP y anótela.

**No. De Tarjeta del Programa OPORTUNIDADES** Escriba el no. De la tarjeta OPORTUNIDADES de la familia.

**La familia declara Pertenecer a una Etnia indígena** Pregunte a la paciente si la familia considera pertenecer a una etnia indígena; ello independientemente sea hablante o no de la lengua de la etnia a la que pertenece.

**Control prenatal** Esta sección se debe llenar en toda atención prenatal. Utilice solamente un renglón para registrar los datos que se generan en cada consulta. Empiece por el primero.

**Fecha de inicio de Control** Anote con números arábigos, el día, mes y año en que la paciente inicia su control.

**Semanas de gestación** Registre el número de semanas de gestación en que se encuentra la paciente al recibir la primera atención. Contando a partir de fecha de inicio de la ultima menstruación, a continuación calcule el trimestre: primero de 0 a 13 semanas, segundo: 14 a 26 semanas, tercero: 27 y más semanas.

|                             |                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha                       | Anote la fecha de la consulta de control iniciando por día, mes y las Últimas dos cifras del año. Anote la fecha con lápiz de la próxima Cita. Una vez que acuda a la cita registre con bolígrafo. |
| Peso (Kg)                   | Registre el peso en kilos y gramos al momento de la consulta.                                                                                                                                      |
| Tensión Arterial            | Registre el resultado de la toma de la presión arterial al momento de la consulta.                                                                                                                 |
| Fondo uterino               | Anote la longitud desde el borde superior de la sínfisis del pubis Hasta donde llegue el fondo del útero.                                                                                          |
| Frecuencia Cardíaca         | Registre el número de latidos cardiacos por minuto del producto, en caso de no escucharse anotar cero.                                                                                             |
| Fetal                       |                                                                                                                                                                                                    |
| Signos y Síntomas de alarma | Si en el interrogatorio o la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la madre y/o al producto, anótela.<br>En caso de no existir, escriba NINGUNO.                          |
| Medicamentos                | En caso de prescribir fármacos anote el nombre genérico, así, Como la dosis. Si no se receta durante el control, escriba NINGUNO.                                                                  |
| Análisis Clínicos           | Anote el nombre del análisis clínico solicitado al recibir el resultado en caso de que alguna cifra no se encuentre dentro del rango Establecido anótelo.                                          |

Ministración de Ácido fólico Anote el número de dosis de ácido fólico que se le otorgo a la paciente.

Ayuda alimentaria si la ayuda a la paciente es entregada por OPORTUNIDADES Para suplemento anote S y el número de sobres otorgados, si Son micro nutrimentos es M y el número de cajas; si el apoyo Corresponde a indígena anote I y la dotación de Multivitamínicos

Observaciones En este apartado solicite firma de la paciente que recibió La ayuda alimentaria.

**Enfermedades Presentes** Anotar el(los) padecimiento(o) que diagnostique durante el control.

**Baja: motivo y Fecha** Anote el motivo y la fecha en que la paciente cause baja del control prenatal. Si la paciente se vuelve a embarazar, se debe Abrir una nueva tarjeta para registrar el control prenatal que Recibirá durante su nuevo embarazo.

**Datos de la Atención Obstétrica y del Producto de Embarazo que Estuvo en Control prenatal** Esta sección se debe de llenar solo para aquellas mujeres que recibieron control prenatal en la unidad médica. Los datos solicitado se registraran sin importar el lugar donde se otorgo la atención obstetricia.

Atención de nacimiento      marque con "X" el cuadro correspondiente al tipo de Atención recibida por la mujer. Esta información debe Ser congruente con el motivo de la baja indicado en Control prenatal. En caso de aborto, la paciente es Dada de baja de todo control en el programa. Si la Atención recibida fue por nacimiento, continuar con El llenado de esta sección.

Eutócico                              Marque con "X" el cuadro según corresponda: eutocico  
Distócico                              distócico vaginal o cesárea.  
Cesárea

Atendido                              Escriba la institución y unidad médica donde se atendió El nacimiento. En caso de haber ocurrido en lugar Diferente a un establecimiento de salud, anote en Donde y quien lo atendió.

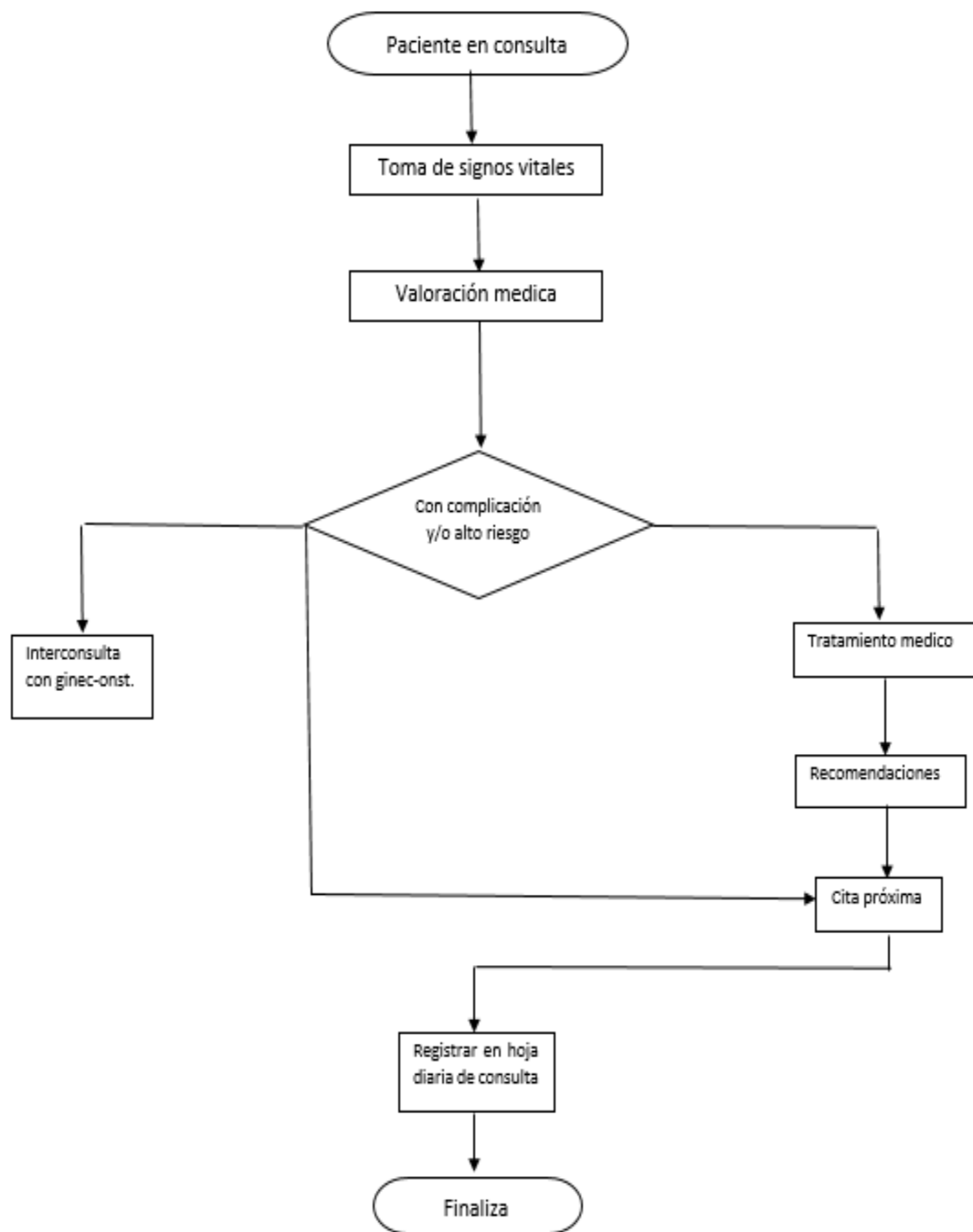
Complicaciones                      Estos renglones están destinados para consignar los Problemas presentes durante la atención del Nacimiento, tanto en la mujer como en el producto. En caso de no haber existido, escriba NINGUNO.

Fecha de nacimiento              Anote con números arábigos la fecha del nacimiento. Cuando se trate de parto con producto múltiple, indique Nacido vivo si al menos uno estuvo en dicha situación Y escriba en OBSERVACIONES el número de niños y La situación de cada uno de ellos; para los nacidos Vivos y el peso al nacer.

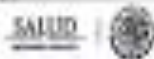


|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Semanas de gestación                                      | Indique la edad del producto de la concepción, en Numero de semanas.                                                                                                                                                                                 |
| Peso al nacer<br>Talla<br>Sexo                            | Especifique para los nacidos vivos, el peso en gramos, la talla en cm. Obtenida al nacer, así como el sexo.                                                                                                                                          |
| Inicio alimentación al seno materno                       | Marque con "X" el cuadro que corresponda según lo sig. SI cuando la madre ya este amamantando al niño y lo continuara en el futuro inmediato. En caso contrario marque NO.                                                                           |
| Fecha de obtención De los datos de la Atención obstétrica | Anote con números arábigos la fecha.                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Atención en el Periodo de lactancia</b>                | Esta sección deberá ser llenada solo cuando el niño Este recibiendo leche materna. Registrar la información En cada consulta que se le otorgue a la paciente. Utilice Solamente un renglón para registrar los datos que se Generan en cada atención. |
| Fecha de inicio de Control                                | anote con números arábigos la fecha en que inicia el control del periodo de lactancia la paciente                                                                                                                                                    |
| Fecha                                                     | Anote la fecha de la consulta de control iniciando por día, Mes y las dos últimas cifras del año.                                                                                                                                                    |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peso (Kg)                          | Registre el peso en Kg obtenido al momento del control                                                                                                                                                                                             |
| Signos y síntomas<br>De alarma     | si durante el interrogatorio y la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la paciente y/o al niño anótela. En caso de no existir anotar NINGUNO.                                                                            |
| Ayuda alimentaria                  | Si la ayuda alimentaria entregada a la paciente es Entregada por OPORTUNIDADES, para suplemento Anote "S" y el número de sobres, si son Micro nutrimentos es "M" y el número de cajas; si el Apoyo corresponde a indígena anote "I" y la dotación. |
| Observaciones                      | En este apartado solicite firma de la paciente que recibió la ayuda alimentaria.                                                                                                                                                                   |
| <b>Enfermedades<br/>Presentes</b>  | Anotar el(los) padecimiento (s) que diagnostique durante el control.                                                                                                                                                                               |
| <b>Baja: motivo y fecha</b>        | Anote el motivo y la fecha en que la paciente cause Baja del control.                                                                                                                                                                              |
| <b>Observaciones<br/>Generales</b> | Registre en esta sección cualquier observación que sirva para aclarar la información originada durante la Vigencia del control de la paciente.                                                                                                     |







TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA, EN PERIODO Y PERIODO DE LACTANCIA

1989-01-01

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CUBANO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN CONTROL PRENATAL**  
 (Datos que deben consignarse independientemente del lugar de la atención, obtenidos de la Hoja de Control prenatal, (Igrah + Oza)

FECHA DE LA ATENCIÓN (DÍA / MES / AÑO): \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_  
 ASESOR: ABUEL  LEI  OBSTACIÓLOGO   
 TÉCNICO DE ASISTENCIA: EPIDEMIO  OBSTACIÓLOGA GENERAL  ODONTO   
 SERVICIO DE ESTACIÓN: \_\_\_\_\_  
 MÉTODOS ANTI-CONCEPTIVO ESCOGIDO: SI  NO   
 ATENDIDO EN: \_\_\_\_\_  
 ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_  
 COMPLICACIONES: \_\_\_\_\_

SEXO DEL PRODUCTO: GENITO  MUELTRE

| PROBLAS | OPCIÓN DE ATENCIÓN |    | SEXO | EDAD | TALLA | A DOS SEMANAS |      | TRES SEMANAS |      |
|---------|--------------------|----|------|------|-------|---------------|------|--------------|------|
|         | NO                 | SÍ |      |      |       | APAS          | OTRO | PRENATAL     | OTRO |
| 1       |                    |    |      |      |       |               |      |              |      |
| 2       |                    |    |      |      |       |               |      |              |      |
| 3       |                    |    |      |      |       |               |      |              |      |
| 4       |                    |    |      |      |       |               |      |              |      |

TIPO DE ALIMENTACIÓN AL NACER MATERNO: SI  NO   
 FECHA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (DÍA / MES / AÑO): \_\_\_\_\_ Control

ATENCIÓN EN EL PERIODO DE PUERPERIO FECHA DE INICIO DE CONTROL: \_\_\_\_\_ Ser controlada en PUERPERIO, MENOS DE 42 DÍAS: SI  NO

| NOMBRE | FECHA | SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA* | INTERVENCIÓN* | SITUACIONES PRESENTES | RECOMENDACIONES | Otros |
|--------|-------|------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------|-------|
|        |       |                              |               |                       |                 |       |
|        |       |                              |               |                       |                 |       |
|        |       |                              |               |                       |                 |       |
|        |       |                              |               |                       |                 |       |

ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA FECHA DE INICIO DE CONTROL: \_\_\_\_\_

| FECHA | FECHA | LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? | SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA* | INTERVENCIÓN* | NIVEL DE BIENESTAR |   | OBSERVACIONES | Otro |
|-------|-------|------------------------------|------------------------------|---------------|--------------------|---|---------------|------|
|       |       |                              |                              |               | 1                  | 2 |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |
|       |       |                              |                              |               |                    |   |               |      |

\*SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA EN EL PERIODO DE LACTANCIA:  
 1. Sangre en la leche, 2. Hemorragia, 3. Fiebre, 4. Hinchazón, 5. Dificultad para amamantar, 6. Cansancio, 7. Cambios de peso, 8. Dolor.  
 \*INTERVENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA:  
 1. Negativo, 2. Lactancia, 3. Lactancia, 4. Dolor.  
 \*SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA EN EL PERIODO DE LACTANCIA:  
 1. Sangre, 2. Lactancia, 3. Lactancia, 4. Dolor.  
 \*INTERVENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA:  
 1. Negativo, 2. Lactancia, 3. Lactancia, 4. Dolor.  
 \*SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA EN EL PERIODO DE LACTANCIA:  
 1. Sangre, 2. Lactancia, 3. Lactancia, 4. Dolor.  
 \*INTERVENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA:  
 1. Negativo, 2. Lactancia, 3. Lactancia, 4. Dolor.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ MONEDAS: NO DEBEN USARSE  USAR EN LA LACTANCIA  OTRO  \_\_\_\_\_

## **ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS**

### **CONCEPTO:**

Es la atención que se le otorga al menor de 5 años, para que el control de su nutrición, crecimiento y desarrollo, a través de una serie de consultas periódicas de acuerdo con su edad; mismo que corresponde a los primeros 7 y 28 días al Recién Nacido y las subsecuentes a los 2, 4, 6, 8, 10 y 12 meses para los menores de un año. De un año 11 meses cada 6 meses y de 2 a 4 años 11 meses cada 6 meses.

### **OBJETIVO:**

- Vigilar el crecimiento y desarrollo psicomotor del menor de 5 años.
- Orientar sobre la estimulación temprana
- Vigilar su estado nutricional y atención integral.
- Identificar factores de mal pronóstico, para su orientación, manejo y control.
- Orientar a la madre sobre signos de alarma y deshidratación.
- Promover la participación de las otras áreas; trabajo social, nutrición y estomatología.

### **EQUIPO:**

- Bascula pesa bebé
- Bascula con esta dímetro
- Esta dímetro
- Cinta métrica

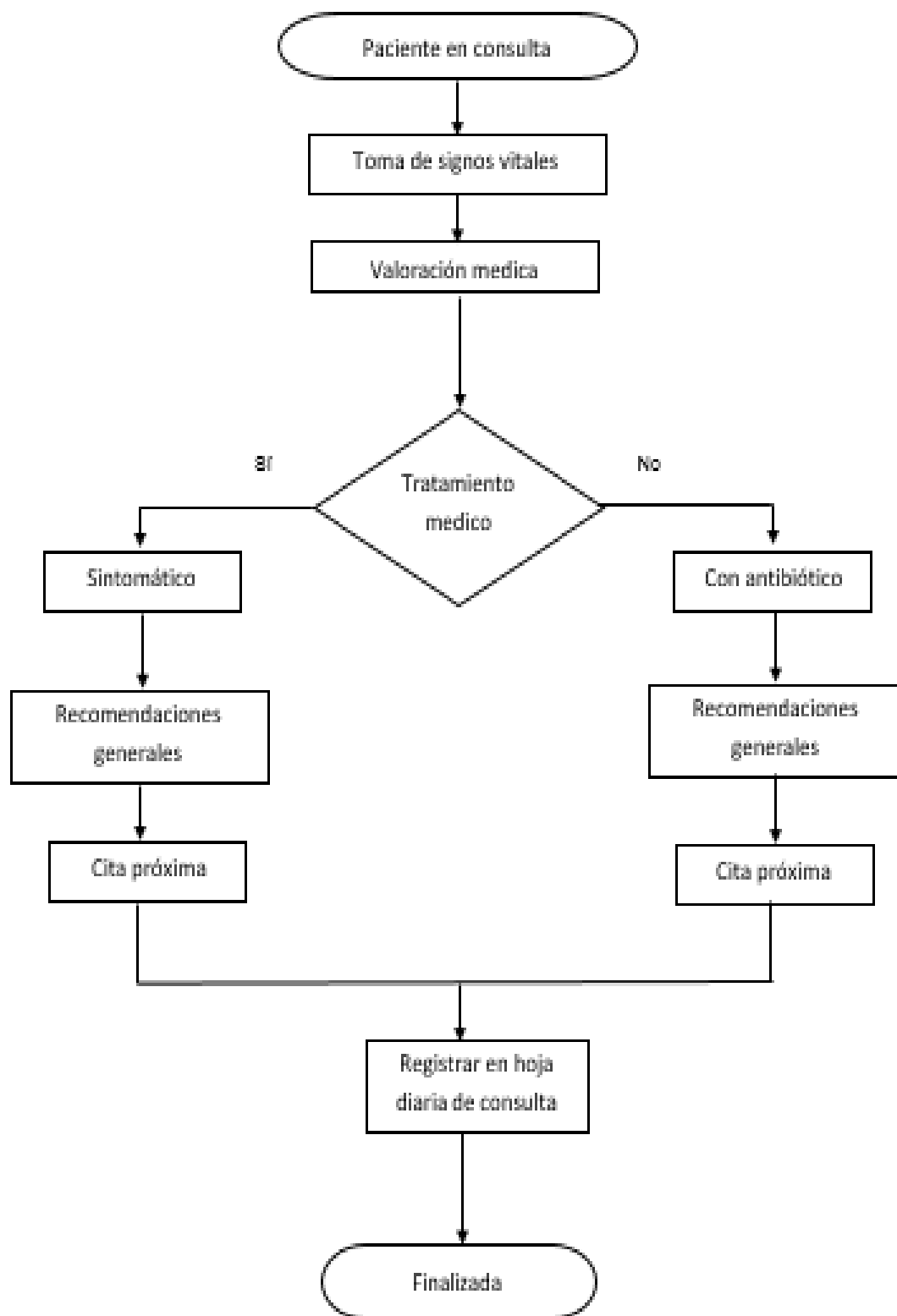
- Estetoscopio
- Termómetro
- Registros: nota de evolución, gráfica de peso, grafica de longitud- talla para niños de 0 a 6 años y niñas de 0 a 6 años.
- Tarjeta de control del estado de nutrición del niño (SIS-SS-18-P)
- Cartilla de vacunación.
- Expediente clínico.

## **PROCEDIMIENTO:**

1. Ser gentil y amable con la madre del niño.
2. Hablar con suavidad al niño
3. Interrogar a la madre sobre los datos personales del niño y de ella para identificar factores de riesgo del niño.
4. Tomar y registrar los signos vitales en nota de evolución.
5. Tomar los datos antropométricos y registrarlos en la hoja denominada tarjeta de control del estado de nutrición del niño (SIS-SS-18-P) en las columnas correspondientes, a fecha, edad, peso, talla y estado de nutrición.
6. Registrar en graficas de vigilancia nutricional (gráfica de peso para la edad),(grafica de longitud-talla para la edad) según el sexo ya sea niño o niña.
7. Revisar el esquema de vacunación y en caso de ser necesario derivar al área de medicina preventiva para su aplicación.
8. Si se detecta que el menor presenta Infección Respiratoria Aguda o Enfermedad Diarreica Aguda, se proporciona capacitación con el formato correspondiente.
9. Si se detecta que falta información sobre nutrición al menor, se realiza la evaluación de la capacitación en nutrición a madres.
10. Orientación sobre estimulación temprana.
11. Identificar signos de alarma y generar acciones inmediatas de atención y si es preciso canalizar a otro servicio para su manejo.

- 12.**En caso que presente desnutrición se enviara al servicio de Pediatría y Nutrición para su valoración.
- 13.**Cita subsecuente y de control.
- 14.**Si el menor se encuentra en estado nutricional normal dar cita de acuerdo a su edad.
- 15.**Si el menor se encuentra en desnutrición leve su cita será cada mes y si es desnutrición moderada o severa su cita será cada 15 días.
- 16.**Despedir amablemente a la madre y al menor e indicarle no falte a su próxima cita.





**CONCEPTO****INSTRUCCION****Generalidades**

Responsable del llenado

Medico o enfermera

Manejo de la forma

Utilice una tarjeta para el manejo de cada Niño que sea atendido o controlado en la unidad.

Unidad

Anote el tipo y nombre de la unidad médica.

Localidad

Anote el nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad médica.

Municipio

Anote el nombre oficial del municipio en el cual se ubica la unidad médica.

Jurisdicción sanitaria

Anote el número y nombre de la jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica.

Entidad

anote el nombre de la entidad federativa en la cual se ubica la unidad médica.

**Datos de identificación**

Expediente

anote el número de expediente clínico

## TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Asignado al niño; si es de recién  
Ingreso este dato se anotara en cuanto  
le sea asignado.

Nombre Anote el nombre completo en el siguiente orden;  
Apellido paterno, materno y nombre(s).

CURP Solicite a la madre del menor que le proporcione  
su CURP.

Fecha de nacimiento Anote la fecha de nacimiento del menor con  
Números arábigos.

Peso y talla al nacer anote el peso en gramos y la talla en cm del  
Niño (a) obtenida al nacer, cuando la madre no  
Sepa anote se ignora.

Edad anote con números arábigos la edad en semanas  
de gestación que duro el embarazo.

Sexo Cruce con "X" la casilla del sexo del niño(a)  
M= Masculino F=Femenino

Nombre de la madre Anote el nombre completo de la madre o tutor  
del niño.

Domicilio Anote el domicilio del niño(a) iniciando por el  
nombre de la calle, numero exterior e interior  
y nombre de la colonia, localidad o ciudad en  
su caso donde se ubica la casa.

Estado de nutrición

Fecha de ingreso

Anote con números arábigos la fecha en la que el niño(a) Inicia su control nutricional.

Peso y talla

Anote el peso en gramos, la talla en cms del niño (a)obtenido al momento de iniciar su control nutricional y marque con "X" el estado de nutrición obtenido en la medición, de acuerdo a la gráfica de peso para la edad de niños de 0 a 5

**Integrante de familia  
OPORTUNIDADES**

Solo se llena en caso de que el infante sea miembro de una familia OPORTUNIDADES.

No. De tarjeta

Escriba el número de tarjeta OPORTUNIDADES de la familia.

Fecha de ingreso

anote con números arábigos la fecha en que el niño(a) inicia su control nutricional como miembro de una familia OPORTUNIDADES Esta puede coincidir con la de ingreso a control del estado de nutrición.

La familia declara pertenecer a una Etnia indígena

Pregunte a la madre o acompañante del menor si la familia considera pertenecer a una etnia indígena; ello independientemente sea hablante O no de la lengua de la etnia a la que pertenece. Anote según corresponda.

Nombre y firma del Medico

anotar el nombre completo y firma del médico o enfermera que realizo la consulta por primera Vez.

## Control de citas

|                     |                                                                                                                                                    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha               | Anote con lápiz la fecha para la próxima Valoración del estado de nutrición del menor, una vez que acuda anotara la fecha definitiva con bolígrafo |
| Peso                | Anote el peso corporal del niño(a) obtenido en la consulta, en gramos                                                                              |
| Talla               | Anote la talla del niño(a) expresado en cms obtenida en el momento de realizar su control nutricional.                                             |
| Edad                | Anote con números arábigos, los años y los meses cumplidos al momento de su consulta.                                                              |
| Estado de nutrición | Marque con "X" donde corresponda según el estado de nutrición del niño(a) en la detección efectuada utilizando grafica de peso para la edad.       |
| Referido            | Maque con "X" cuando el niño(a) sea enviado a Una unidad de mayor complejidad para su Atención nutricional.                                        |
| Recuperado          | Marque con una "X" cuando el niño(a) Desnutrido logre superar la desnutrición                                                                      |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visita domiciliaria                                | Anote el día, mes y año cuando se realice<br>Alguna visita al domicilio del niño(a) para<br>Promover su nutrición.                                                                                                                                                                                                   |
| Orientación alimentaria                            | Marque con "X" al proporcionar a la madre del<br>Niño (a) orientación alimentaria.                                                                                                                                                                                                                                   |
| Lactancia materna                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Alimentación complementaria                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Integración a dieta familiar                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ayuda alimentaria<br>(solo para menores de 5 años) | Si la ayuda alimentaria al niño(a) menor.<br>De 5 años es entregada por<br>OPORTUNIDADES, para suplemento es<br>"S" y el número de sobres, si son<br>Micronutrientes es "M" y el número de<br>Fracos; si el apoyo corresponde a indígena<br>Corresponde "I" y la dotación de multivitaminas                          |
| Observaciones                                      | en este apartado solicite firma de la persona<br>que recibió la ayuda alimentaria.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Baja: motivo y fecha</b>                        | Anote el motivo y fecha en que el niño(a)<br>Cause baje de control. Los causales de baja<br>Son: cumplir 5 años, inasistencia de 3 citas<br>Previa visita domiciliaria, cambio de<br>domicilio de la familia y defunción. Para todos<br>los casos deberá sancionarse la baja con la<br>firma del médico responsable. |
| Nombre y firma del médico                          | anotar el nombre completo y firma del<br>médico o enfermera que autorizo la baja.                                                                                                                                                                                                                                    |



## TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA Y DEL NIÑO

MINSA 001-98-07

PROVINCIA INCAHUASI

**EXEDENTE:**  **SEI:**  **ATLACCIÓN SEI:**

**PROPIETARIA:**  **FUERA PROPIETARIA DEL MENOR:**  **FECHA DE INICIO:**

**EDAD DE NACIMIENTO:**  **ENTRADA DE NACIMIENTO:**  **SEXO:**  MUJER  HOMBRE

**NOMBRE (P):**  **APELLIDOS (P):**

**ESQUEMA:**  **CUMPLE:**

**LA FAMILIA DEBE PERTENECER A UN PUEBLO PRENSA:**  SI  NO

**AL NACER:** **MEDIDAS DE REGISTRO:**  FECHAS:  DIA  MES  AÑO

**HOMBRE DE LA FAMILIA:**

**TELÉFONO Fijo:**  **CÉLULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

| Observación | Estado de lactancia | Fecha de programa año | Fecha de lactante | Prevalencia | Deficiencia | Observaciones |
|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------|---------------|
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |
|             |                     |                       |                   |             |             |               |

### CONTROL DE CITAS

| Mes | Fase gestacional | Tercer trimestre | EDAD (semanas) | CATEGORÍA DE LACTANCIA* |        | SISTEMA DE REGISTRO** |        | MUESTREO |        | MUESTRO | MUCHA LACTANCIA | LACTANCIA MATERNA |              | CATEGORÍA DE LACTANCIA | OTROS ALIMENTOS Y BEBIDAS |   | RECOMENDACIONES |
|-----|------------------|------------------|----------------|-------------------------|--------|-----------------------|--------|----------|--------|---------|-----------------|-------------------|--------------|------------------------|---------------------------|---|-----------------|
|     |                  |                  |                | 0-6 m                   | 7-12 m | 0-6 m                 | 7-12 m | 0-6 m    | 7-12 m |         |                 | Exclusiva         | Parcialmente |                        | 1                         | 2 |                 |
|     |                  |                  |                | 100%                    | 100%   | 100%                  | 100%   | 100%     | 100%   |         |                 | %                 | %            |                        | %                         | % |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |
|     |                  |                  |                |                         |        |                       |        |          |        |         |                 |                   |              |                        |                           |   |                 |

**CONSEJO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
 1. Pase por el Taller de la Salud Pública (TSP) y el Taller de Atención Primaria (TAP) del Ministerio de Salud (MINSA) o el Taller de Salud Pública (TSP) del Ministerio de Salud (MINSA) o el Taller de Salud Pública (TSP) del Ministerio de Salud (MINSA).  
 2. Toda acción de salud pública debe ser planificada y ejecutada de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública (PNP) y el Plan de Salud Pública (PSP) del Ministerio de Salud (MINSA).  
 3. Toda acción de salud pública debe ser planificada y ejecutada de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública (PNP) y el Plan de Salud Pública (PSP) del Ministerio de Salud (MINSA).  
 4. Toda acción de salud pública debe ser planificada y ejecutada de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública (PNP) y el Plan de Salud Pública (PSP) del Ministerio de Salud (MINSA).

001-0001

## **APOYO A LA CONSULTA GENERAL**

**CONCEPTO:** Procedimiento mediante el cual se otorga atención propia de enfermería al paciente local o foráneo, conjuntamente con el medico, para brindar una atención integral.

**OBJETIVO:** Proporcionar atención preventiva y curativa a todo paciente que así lo requiera con un enfoque biopsicosocial.

### **MATERIAL**

- Hoja diaria de enfermería
- Lapicero
- Nota de evolución
- Expediente clínico
- Bascula con estadimetro
- Baumanometro
- Estetoscopio
- Termómetro
- Reloj

### **PROCEDIMIENTO**

- 1) Sale la enfermera del turno encargada del consultorio 2 a la sala de espera y nombra a los citados en turno.
- 2) La enfermera pregunta quien pasara a consulta y no tiene cita
- 3) Si el paciente es citado se busca en agenda de citas



- 4) Si no es citado se registra en hoja diaria de actividades de enfermería y se le indica el turno de espera
- 5) Se le pregunta al paciente si es de la localidad o foráneo.
- 6) Si es de la localidad se busca su expediente en el archivero del consultorio y si es foráneo se pregunta si ya cuenta con número de Expediente.
  
- 7) Si el paciente no cuenta con expediente entonces la enfermera solamente registra los datos en una nota de evolución.
- 8) La enfermera pregunta al paciente local si pertenece a control de algún programa (crónico degenerativos, control prenatal y lactancia materna, Planificación Familiar, control de niño sano, tuberculosis, cáncer cervicouterino, cancer de mama), si el paciente responde que si entonces se busca la tarjeta correspondiente y se procede a registrar los datos que solicita la tarjeta y si va a consulta programada de oportunidades, entonces se corre el formato S1 correspondiente a la familia y en la tarjeta de oportunidades también se marca con lapicero la fecha en la que acudió a la cita programada y se le pide al médico que la firme y se le indica su próxima cita.
- 9) En caso de que el paciente no lleve control por algún programa solo se realizaran las actividades correspondientes (signos vitales y somatometria, detecciones de hipertensión arterial, diabetes, obesidad a personas mayores de 20 años y de hiperplasia prostática a hombres mayores de 40 años.
- 10) Al terminar el medico la consulta se le pregunta si le dará cita al paciente o ya no, si le dará entonces se registra la fecha en el carnet individual.
- 11) Si el paciente es de control se le otorgara su cita correspondiente.
- 12) La enfermera despide al paciente amablemente.

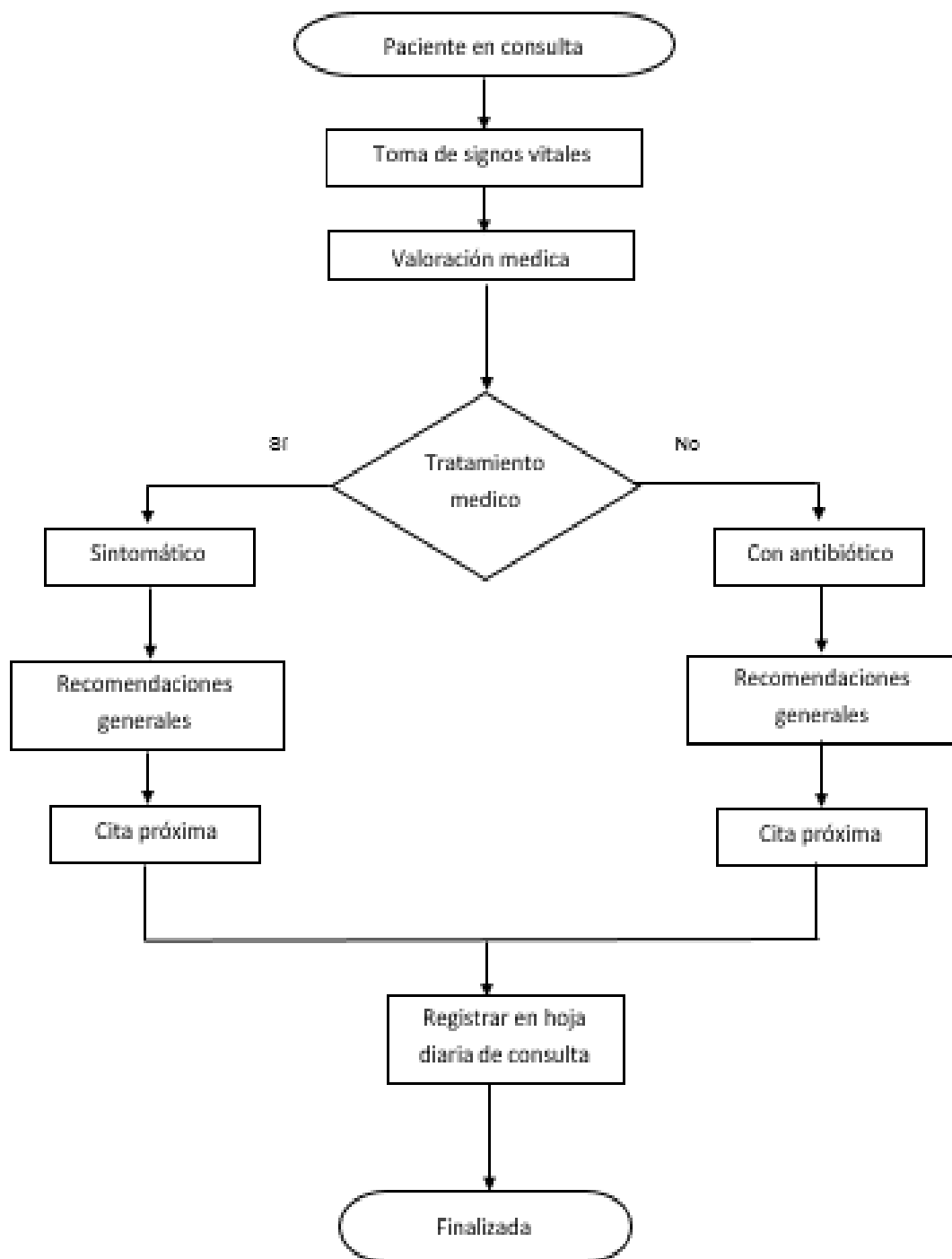
## EVALUACION DE LA CAPACITACION EN IRAS, EDAD Y NUTRICION A MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS

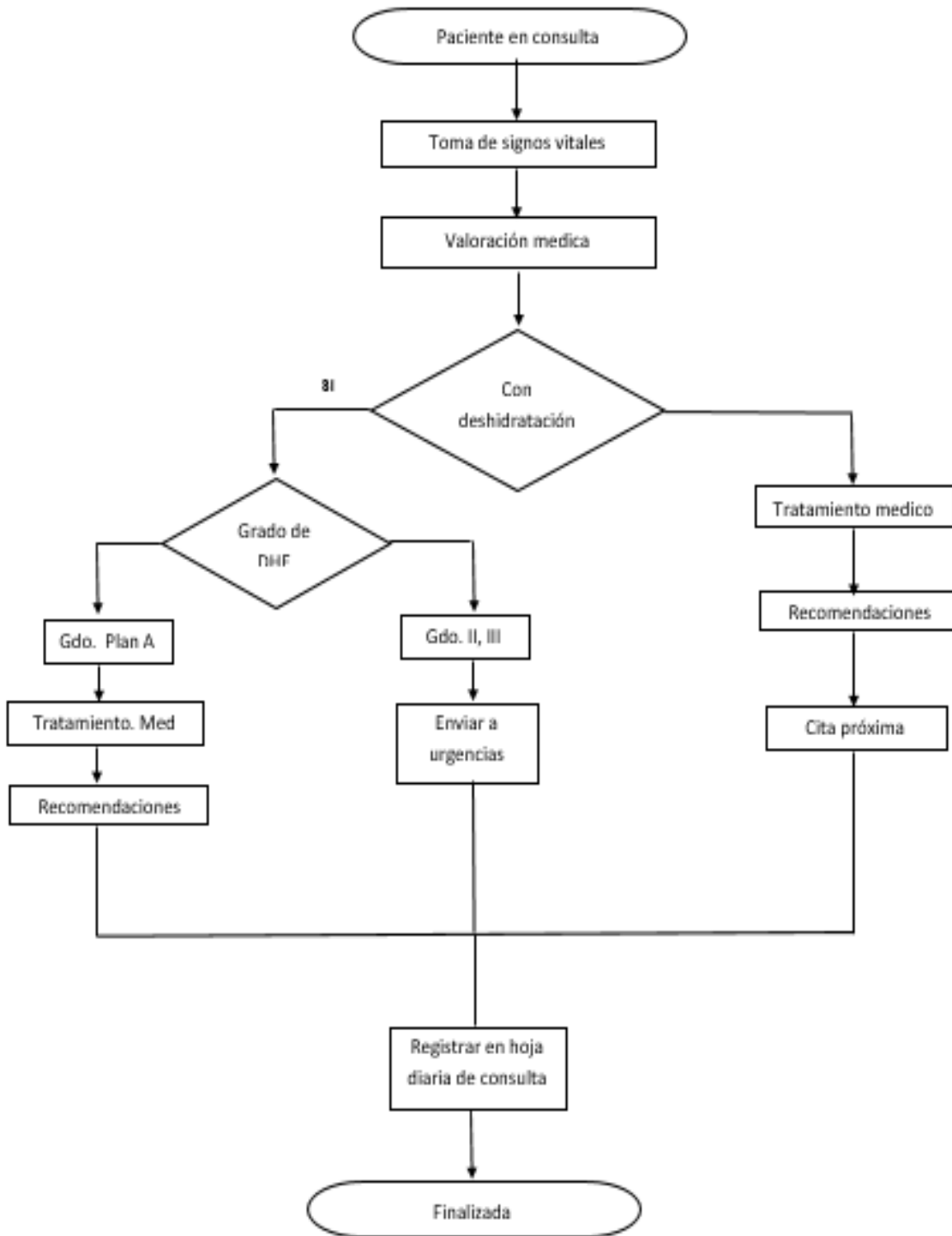
**CONCEPTO:** forma eficaz mediante la cual se informa el personal de salud Medico-Enfermera si la madre del menor se encuentra apta para detectar signos de alarma en el infante.

**OBJETIVO:** Evaluar el conocimiento de la madre del menor para poder intervenir de manera oportuna.

### PROCEDIMIENTO:

- 1) La enfermera se presenta con la madre del menor amablemente.
- 2) La enfermera le pregunta a la madre del menor si ha recibido capacitación en IRAS, EDAS y Nutrición.
- 3) Si la madre le responde que sí y cuenta con expediente local se procede a buscar las capacitaciones en anexos y se capacita como refuerzo.
- 4) Si la madre responde que no entonces se capacita de manera inicial.
- 5) La enfermera registra todos los datos de identificación solicitados en la hoja de evaluación y posteriormente procede a realizar todas las preguntas, al final asigna la calificación correspondiente y de acuerdo a la escala de la evaluación califica como suficiente e insuficiente.
- 6) Si la calificación es suficiente se felicita a la madre para que continúe así.
- 7) Si es insuficiente la calificación entonces requiere de más capacitación.





## REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA (NUCLEO BASICO)

**Fuente:** Hoja de registro diario de actividades de enfermería por núcleo básico.

**Responsable del llenado:** Este registro debe ser llenado por el personal de Enfermería del área de núcleo básico.

|                                     |                                                                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Unidad                              | Nombre de la unidad correspondiente                                              |
| Núcleo básico                       | Marque con "X" el núcleo básico del turno correspondiente. <b>Mat. Vesp. J/A</b> |
| Nombre                              | Nombre de la enfermera(o) responsable del registro                               |
| Fecha                               | Día, mes y año correspondiente.                                                  |
| <b>Numero</b>                       | Número consecutivo de los pacientes                                              |
| <b>Nombre del paciente</b>          | Registrar el nombre del paciente.                                                |
| Edad                                | registrar en números arábigos                                                    |
| Sexo                                | Registrar M= Masculino F= Femenino                                               |
| Signos vitales                      | Marque "X" si se realizo                                                         |
| Intervención de línea de vida       | Registre con números arábigos las realizadas.                                    |
| Entrega o actualización de cartilla | Marque "X" si se realizo                                                         |

Consulta subsecuente de planificación familiar      Marque "X" si se realizo

Orientación/consejería      Marque "X" si se realizo

**Evaluación/capacitación**      Marque "X" la capacitación que se realizo

EDAS

IRAS

NUTRICION

Visitas domiciliarias      Marque "X" si se realizo

### **Detecciones**

**Muestras**      Marque "X" si se realizo

- Gota gruesa
- Dengue IGM
- BAAR
- CARY BLAIR
- Tiras reactivas
- DOC
- DOCMA
- Tamiz

**Cuestionario**      Marque "X" si se realizo

- Próstata
- DM/HTA/OBESIDAD
- Adicciones

- Dislipidemias

Manejo de hidratación oral Marque "X" si se realizo

Ministración de  
Tratamiento de TBP Marque "X" si se realizo

Aplicación de vacunas Marque "X" si se aplican

Inyecciones-Venoclisis Marque "X" si se aplica

Curaciones y Marque "X" si se realizo

Otras actividades Marque "X" si se realiza otra actividad.

### **Derechohabiencia**

Seguro popular Marque "X" si es derechohabiente

SEDENA/Marina Marque "X" si es derechohabiente

ISSSTE Marque "X" si es derechohabiente

IMSS Marque "X" si es derechohabiente

PEMEX Marque "X" si es derechohabiente

**NOTA:** al final de la jornada de trabajo se entrega la hoja de registro diario de enfermería al responsable en turno de estadísticas para su captura oportuna.

## DETECCION

### DETECCION DE DIABETES

La detección de la diabetes tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante dos modalidades: a través de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada, entre los pacientes, que acuden a los servicios de salud, públicos y privados.

La detección, además de servir, para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también permite localizar a individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esta situación. Es recomendable que la detección de la enfermedad se haga de manera simultánea con la búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemias y tabaquismo.

Se debe utilizar una escala de factores de riesgo debidamente validada, para identificar a los individuos en alto riesgo de padecer diabetes o de llegar a tenerla.

#### DetECCIÓN

- ✓ A los individuos clasificados en la EFR como de bajo riesgo, se les debe aplicar esta misma escala cada dos años, y se les debe estimular para mantener el control sobre los factores de riesgo.
- ✓ A los individuos clasificados en la EFR como de alto riesgo, se les debe practicar una glucemia capilar en ayuno o, en su defecto, una glucemia capilar casual. Si en el primer caso la glucemia es <110 mg/dl o, en el segundo, es <140 mg/dl, se les recomendará aplicarse cada año la prueba de glucemia capilar casual y la EFR, y se les inducirá a disminuir los factores de riesgo identificados en la EFR.
- ✓ Si la glucemia capilar, en ayuno o de tipo casual, es mayor o igual a los valores indicados en el apartado anterior, se procederá a la confirmación



diagnóstica. Si no se confirma la diabetes, el individuo será apoyado por los servicios de salud para efectuar los cambios correspondientes en su estilo de vida. Aquellos con glucosa anormal en ayuno, o con intolerancia a la glucosa, deben recibir tratamiento no farmacológico; en algunos casos, según lo determine el médico tratante, se podrá establecer de manera auxiliar un tratamiento farmacológico. En el caso de individuos con 65 años o más de edad, se les debe practicar anualmente una glucemia capilar en ayuno.

- ✓ La glucemia capilar se debe efectuar mediante tira reactiva, medida con monitor de glucosa; sólo en ausencia de este equipo se utilizará la tira reactiva de lectura visual.

### **Detección individualizada.**

El médico debe, dentro de su práctica profesional, incluir como parte del examen general de salud la detección de diabetes, por el procedimiento anteriormente señalado, o bien, mediante la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno.

Si se utiliza la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno, se deben seguir los siguientes criterios:

- ✓ Si la glucemia es  $<110$  mg/dl y no hay presencia de factores de riesgo, se aplicará esta misma prueba a los tres años, o antes en aquellos casos que el médico determine.
- ✓ Si la glucemia es  $\geq 110$  mg/dl, se procederá a la confirmación diagnóstica.

### **Diagnóstico**

- ✓ Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno  $\geq 126$  mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En

ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

- ✓ Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es  $\geq 110$  mg/dl (6,1 mmol/l) y  $< 126$  mg/dl (6,9 mmol/l).
- ✓ Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es  $\geq 140$  mg/dl (7,8 mmol/l) y  $< 200$  mg/dl (11,1 mmol/l).

### **Prevención primaria**

- ✓ La diabetes puede ser prevenida, en caso contrario, es posible retardar su aparición.
- ✓ Los programas de las instituciones de salud para la prevención y control de las enfermedades deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria de esta enfermedad.
- ✓ La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

### **Prevención de diabetes entre la población general.**

- ✓ Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable.
- ✓ Control de peso. El control de peso es una de las metas básicas para la prevención de la diabetes
- ✓ Se debe advertir a la población acerca de los riesgos de la obesidad y el exceso de peso, y se ofrecerá orientación de acuerdo a lo establecido en la NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad. El control del peso debe llevarse a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y actividad física adecuada.

- ✓ Actividad física. La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.
- ✓ se debe recomendar a la población general mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.
- ✓ En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.
- ✓ La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.
- ✓ Alimentación. Debe promoverse un tipo de alimentación, que sea útil para la prevención de la diabetes.
- ✓ Una recomendación general es la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; por el contrario, debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibra.

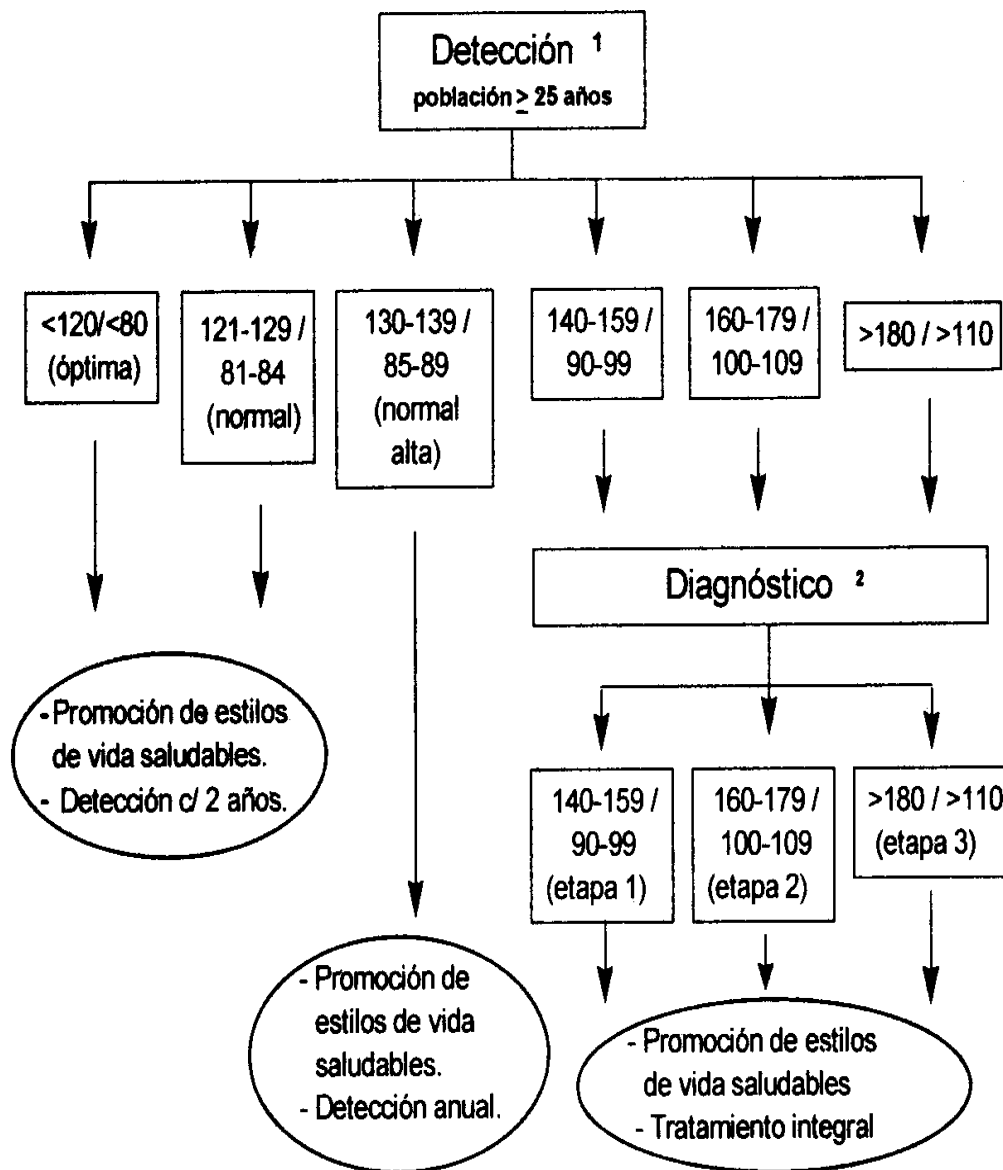
## **DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL**

El objetivo de la detección es identificar a individuos de 25 años de edad en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o P.A. normal alta.

Esta actividad se llevará a cabo, de manera rutinaria, entre los pacientes que acuden a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, y en forma de campaña entre la población general en el ámbito comunitario y en los sitios de trabajo.

### **Medición de la presión arterial:**

La toma de la P.A. se efectuará de conformidad con los procedimientos que se describen en el Apéndice Normativo.



- ✓ Se utilizará un esfigmomanómetro de columna de mercurio; también puede emplearse un esfigmomanómetro aneroide calibrado. Estos equipos se calibrarán dos veces al año, por personal capacitado o por algún establecimiento acreditado.
- ✓ El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.
- ✓ A los individuos con presión arterial óptima o normal y sin factores de riesgo, se les invitará a practicarse la detección cada dos años, y se les orientará en el sentido de adoptar o reforzar estilos de vida que contribuyan a prevenir la HAS. Si por algún motivo acuden a los servicios de salud, o si su médico lo considera pertinente debido a la presencia de factores de riesgo o por otra causa, se les podrá tomar la P.A. con intervalos más breves.
- ✓ A los individuos con presión arterial normal alta se les invitará a hacer los cambios correspondientes en los estilos de vida, a fin de reducir la presión arterial, y se les recomendará efectuar anualmente la toma de la P.A.
- ✓ Los individuos que, en el momento de la detección, muestren una presión arterial  $\geq 140$  mm de Hg y/o  $\geq 90$  mm de Hg, invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica.
- ✓ A los individuos de 65 años de edad en adelante, se les medirá dos veces al año la P.A.
- ✓ Los individuos a quienes se les practique la detección de HAS deberán recibir una intervención de tipo preventivo, y serán enviados a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de P.A. identificado.

### **Diagnóstico**

- ✓ El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección, deberá acudir a confirmación diagnóstica, sin medicación antihipertensiva, y sin cursar alguna enfermedad aguda.

- ✓ Se considera que una persona tiene HAS, si la presión arterial corresponde a la clasificación: Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg

Etapa 3:  $\geq 180 / \geq 110$  mm de Hg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica  $\geq 140$  mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.

- ✓ El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un periodo más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio.
- ✓ Cuando la P.A. sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS, se utilizará el valor más alto para clasificarlo.
- ✓ Si no se confirma el diagnóstico de HAS, los individuos con P.A. óptima o normal serán estimulados a efecto de mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con P.A. normal alta, serán enviados a recibir manejo no farmacológico, con el fin de reducir los niveles de P.A. a niveles normal u óptimo

### **Prevención de la HAS entre los individuos de alto riesgo.**

- ✓ Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, alcohol, insuficiente ingesta de potasio, P.A. normal alta, antecedentes familiares de HAS y los de 65 años de edad en adelante, integran el grupo en mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial.
- ✓ Las personas identificadas en situación de alto riesgo deben ser informadas de tal situación, y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.
- ✓ La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención, así como de los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias.
- ✓ La participación de otros miembros debidamente capacitados del equipo de salud como los nutricionistas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y profesionales del deporte son de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.
- ✓ La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición. Por tanto, los programas para el control de esta enfermedad, deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.
- ✓ La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

### **Prevención de la hipertensión arterial entre la población general.**

- ✓ Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

- ✓ Control de peso, el IMC recomendable para la población general es  $>18$  y  $<25$ . El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; utilizar los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso.
- ✓ Actividad física. La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la P.A.
- ✓ En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc).
- ✓ Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6g/día (2.4 g de sodio).
- ✓ La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos a tres copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo.
- ✓ Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.
- ✓ Los lineamientos de una alimentación saludable se describen en la NOM-015-SSA2-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes", entre los que destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples.
- ✓ Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá evitarse el tabaquismo.



## **Promoción de la salud.**

- ✓ La adopción y fortalecimiento de estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retrasar la aparición de la hipertensión arterial dentro de la población general, serán impulsados mediante acciones de promoción de la salud.
- ✓ La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.
- ✓ Se llevarán a cabo acciones educativas, principalmente entre niños, jóvenes y padres de familia, para favorecer aquellos cambios de actitud que auxilien a la prevención de la HAS.
- ✓ Las acciones educativas se intensificarán entre los grupos de alto riesgo, con objeto de fortalecer la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud.
- ✓ Se promoverá la adopción de hábitos saludables, como la práctica de actividad física y una alimentación saludable, principalmente entre las personas con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sodio y alcohol, ingesta insuficiente de potasio, P.A. normal alta, y más de 65 años de edad, sin uso de anfetaminas para el control de peso.
- ✓ La educación para la salud y otras acciones específicas para la prevención de la hipertensión arterial, deberán ser fortalecidas, principalmente en el primer nivel de atención, así como entre los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas.

## **DETECCION DE TUBERCULOSIS PULMONAR**

### **DEFINICIÓN.**

Intensificar las acciones de pesquisa para detectar casos de nuevos tuberculosis entre las personas con tos t expectoración.

### **OBJETIVOS**

Que el personal de enfermería identifique los factores de riesgo en pacientes aparentemente sanos, notificar de inmediato al médico y derivarlo a medicina preventiva previa indicación médica.

### **FACTORES DE RIESGO**

- Mala nutrición.
- Nivel socio económico bajo.
- Migración.
- Alcoholismo.
- Diabetes.
- Hacinamiento.
- VIH

### **CRITERIOS DE DETECCIÓN**

- A población mayor de 15 años y más con tos productiva.
- Una vez al año.
- Que manifiesta dos o más de los factores de riesgo.

## **PROCEDIMIENTO**

- Realizar busque intencional de pacientes y/o familiares acompañante que presenten tos productiva.
- Ser amable y cortés al dirigirse al paciente o familiares acompañantes.
- Hablarle al paciente por su nombre.
- Interrogar al paciente, con respecto y armonía con relación a si presenta tos productiva si la respuesta es positiva, identificar los factores de riesgo.
- Registrar la paciente en la “Hoja diaria de consulta externa” (SISPA-SS-01 P) anexo 1.
- Solicitar su expediente clínico.
- Tomar y registrar los signos vitales, peso y talla.
- Si es necesario registrar en el expediente clínico los resultados obtenidos del interrogatorio.
- Derivar a medicina preventiva o laboratorio, previa indicación médica.
- Proporcionarle la educación para la salud individual o por grupos en el auto cuidado a la salud.
- Anotar en la “Tarjeta de registro y control de casos de tuberculosis” (SISPA-SS-20-P) la fecha de detección y los resultados obtenidos. anexo 4

## **DETECCIÓN DE CÁNCER MAMARIO**

### **CONCEPTO**

Es un procedimiento médico el cual a través de la exploración física de los senos (glándulas mamarias) que se realiza a toda mujer a partir de los 25 años, se puede identificar con oportunidad en personas aparentemente sanas, el cual se manifiesta con la presencia de malformaciones benignas o malignas.

## **OBJETIVO**

Detectar oportunamente cualquier alteración de la glándula mamaria, con especial atención en cualquier modificación de la piel, edema, erupción, secreción, de los pezones y crecimiento de mamas.

## **FACTORES DE RIESGO**

- Mayores de 25 años.
- Raza blanca.
- Nulípara o primer embarazo después de los 25 años.
- Antecedente familiares de cáncer mamario.
- Menarquia temprana
- Menopausia tardía.

## **TIPOS DE TUMORACIÓN**

### **1.- ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA:**

Se presenta entre los 30 a 45 años o después de la menstruación. Este tipo de tumores pueden ser múltiples, de consistencia suave, delineada, con movilidad y dolorosa.

### **2.- FIBROADENOMA:**

Se presentarse entre los 15 a 20 años o más, generalmente único de consistencia redonda, discoide y firme delineado con márgenes claros, móvil y resbaloso no doloroso.

### **3.- CÁNCER**

Se presenta entre los 30 a 80 años, generalmente es único, su consistencia es irregular con forma de estrella, firme y duro, fijo no doloroso.

La exploración física consiste principalmente en dos procedimientos:

- Inspección: es la búsqueda de áreas hundidas, inversos, tamaños, asimetría, sangrado, prominencia venosa, presencia de relieves o protuberancias, desarrollo anormal de vello, anormalidad del complejo areola-pezones, cambios cutáneos como eritema, exantema, ulceraciones y edema.
- Palpación: es sentir a través de los dedos los ganglios linfáticos, el engrosamiento o aparición de bultos en la mama, determinación del tamaño, forma, movilidad, comprobación del estado de los ganglios linfáticos auxiliares para verificar si hay edema.

#### **TIPOS DE EXPLORACIÓN**

- Auto examen (mujer).
- Exploración clínica (personal de salud médico o enfermería).

#### **AUTOEXAMEN**

##### **PROCEDIMIENTO**

El auto examen es una técnica efectuada por la mujer, del quinto al octavo día de iniciado el ciclo menstrual con una serie de pasos ordenados de la siguiente manera:

### **PRIMERO SE INICIA CON LA INSPECCIÓN:**

- Desnudarse principalmente la parte superior del cuerpo.
- Quitarse collar, cadena o gargantillas. etc.
- Pararse frente a un espejo.
- Indicarle que en cada cambio haga un movimiento del tronco, a fin de contraerse los músculos de los senos.
- Estar muy atenta a cualquier anomalía de la glándula mamaria.
- Poner los brazos a los costados del cuerpo
- Levantar los brazos.
- Recargar los brazos sobre la cintura. Posteriormente acostarse en una base firme en posición decúbito dorsal.

### **SEGUNDO LA PALPACIÓN:**

- Colocar por debajo de la escápula (hombro) una almohadilla.
- Poner el brazo, de lado a explorar, debajo de la cabeza.
- Con la mano opuesta se inicia palpado, haciendo una línea imaginaria de cuatro cuadrantes.
- Se inicia primero con el cuadrante superior siguiendo las líneas radiales de afuera hacia dentro el centro en dirección al pezón.
- Oprimir suavemente con los dedos índice y medio el pezón y la aureola, vigilando si hay secreción.
- El brazo, de lado a explorarse coloca paralelo al eje longitudinal del cuerpo y con la mano contra lateral se inicia la palpación del cuadrante externo.
- En sentido radial, desde el contorno de la mama y en dirección al pezón, desde el surco sub-mamario hasta la clavícula.
- Efectuar movimientos circulares sobre la glándula mamaria, tomando como referencia las manecillas del reloj.
- Repetir el procedimiento para explorar el seno contrario, procurando hacer los mismos pasos.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

- Explicar a la paciente en que consiste el procedimiento.
- Permitir a la paciente exprese sus preocupaciones y aclarar conceptos erróneos.
- Identificar factores de riesgo
- Pedir que se quite la ropa de la parte superior del tronco.
- Solicitar que se retire los collares y gargantillas.
- Tener buena iluminación si es necesario utilizar la lámpara de chicote.
- Evitar la entrada al consultorio cuando se este explorando a la paciente.
- La paciente debe estar de enfrente al explorador, con los brazos a los lados del cuerpo, luego proceden a levantar los brazos y posteriormente colocara sus manos en la cintura, haciendo contracciones pectorales y procurando hacer una inspección de las mamas.
- Informar a la paciente que se procederá a realizar la palpación de las glándulas mamarias, pidiéndole que cuando sienta molestias lo comente, dependiendo de la molestias se continuara o interrumpirá el procedimiento; en caso de que la molestia sea fuerte hay que esperar a que pase la misma y se iniciara nuevamente con la exploración.
- El examinador dividirá mentalmente la mama en dos hemisferios mediante una línea longitudinal que paso por el pezón, el hemisferio externo con limite en la línea axilar media, cada seno debe ser explorado con los dedos de la mano extendidos sin pinzar ni enganchar los tejidos:
  - a) Se inicia por las axilas comprimiendo suavemente el contenido del hueco axilar contra la parrilla costal.
  - b) Se continúa con el hueco supraclavicular, pidiéndole que efectúe movimientos rotatorios de la cabeza, y posteriormente solicitando que

contraiga el músculo homóideo, cuidando evitar contusión con elementos ganglionares.

- c) Solicitar a la paciente que se acueste para continuar con la palpación de las mamas, poniéndole una almohadilla por debajo de los hombros, pídale que su mano derecha la coloque sobre su abdomen, iniciando la exploración por el cuadrante inferior externo y siguiendo una serie de líneas paralelas entre sí, perpendiculares a la longitudinal, que pasa por el pezón, desde el surco submamario, hasta la clavícula.
- d) El examinador continuara con el hemisferio interno incluyendo sector central, haciendo lo mismo que el punto anterior, además d solicitar que contraiga los músculos pectorales.
- e) Repita el mismo procedimiento en el seno izquierdo, colocando la almohadilla sobre el hombro contrario.
  - Por ultimo apriete el pezón de cada seno con suavidad entre el pulgar y el dedo índice, cualquier secreción ya sea clara o sanguinolenta deberá reportarse.
  - Solicite a la paciente que se coloque nuevamente si ropa.
  - Se el informa sobre el resultado de la detección y se le da próxima cita.
  - Anotar la información requerida en la “Tarjeta de registro y control de cáncer mamario” (SISPA-SS-25-P) anexo 7.



# CUESTIONARIO DE RIESGO

## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Domicilio:** \_\_\_\_\_

Cuenta con Seguridad Social:  SI  NO  IMSS  ISSSTE  OTRO: \_\_\_\_\_

**¿Tiene Diabetes y no lo sabe?**  
 Para encontrar si está en riesgo de padecer diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted o a su paciente.

|                                                                                | SI | NO  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1. Su IMC se ubica en:<br>Normal=0, Sobrepeso=5, Obeso=10                      | 10 | 5 0 |
| 2. Cintura:<br>Mujer ≥ 80cm    Hombre ≥ 90cm                                   | 10 | 0   |
| 3. Normalmente hace poco o nada de ejercicio<br>(Solo para menores de 65 años) | 5  | 0   |
| 4. Tiene entre 45 a 64 años de edad                                            | 5  | 0   |
| 5. Tiene 65 o más años de edad                                                 | 9  | 0   |
| 6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus                   | 1  | 0   |
| 7. Alguno de sus padres padece o padeció diabetes mellitus                     | 1  | 0   |
| 8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kg. de peso al nacer        | 1  | 0   |

MES/AÑO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TOTAL**                   

| Riesgo   | 0      |      | 5         |       | 10                 |       |       |       |        |
|----------|--------|------|-----------|-------|--------------------|-------|-------|-------|--------|
|          | Normal |      | Sobrepeso |       | Grados de obesidad |       |       |       |        |
| Peso     |        |      |           |       |                    |       |       |       |        |
| IMC*     | 18.5   | 24.9 | 25        | 29.9  | 30                 | 34.9  | 35    | 39.9  | ≥40    |
| Estatura | Mín.   | Más. | Mín.      | Más.  | Mín.               | Más.  | Mín.  | Más.  | Más de |
| 1.44     | 38.4   | 51.6 | 51.8      | 62.0  | 62.2               | 72.4  | 72.6  | 82.7  | 82.9   |
| 1.46     | 39.4   | 53.0 | 53.3      | 63.7  | 63.9               | 74.4  | 74.6  | 85.1  | 85.3   |
| 1.48     | 40.5   | 54.5 | 54.8      | 65.5  | 65.7               | 76.4  | 76.7  | 87.4  | 87.6   |
| 1.50     | 41.6   | 56.0 | 56.3      | 67.3  | 67.5               | 78.5  | 78.8  | 89.8  | 90.0   |
| 1.52     | 42.7   | 57.5 | 57.8      | 69.1  | 69.3               | 80.6  | 80.9  | 92.2  | 92.4   |
| 1.54     | 43.9   | 59.1 | 59.3      | 70.9  | 71.1               | 82.8  | 83.0  | 94.6  | 94.9   |
| 1.56     | 45.0   | 60.6 | 60.8      | 72.8  | 73.0               | 84.9  | 85.2  | 97.1  | 97.3   |
| 1.58     | 46.2   | 62.2 | 62.4      | 74.6  | 74.9               | 87.1  | 87.4  | 99.6  | 99.9   |
| 1.60     | 47.4   | 63.7 | 64.0      | 76.5  | 76.8               | 89.3  | 89.6  | 102.1 | 102.4  |
| 1.62     | 48.6   | 65.3 | 65.6      | 78.5  | 78.7               | 91.6  | 91.9  | 104.7 | 105.0  |
| 1.64     | 49.8   | 67.0 | 67.2      | 80.4  | 80.7               | 93.9  | 94.1  | 107.3 | 107.6  |
| 1.66     | 51.0   | 68.6 | 68.9      | 82.4  | 82.7               | 96.2  | 96.4  | 109.9 | 110.2  |
| 1.68     | 52.2   | 70.3 | 70.6      | 84.4  | 84.7               | 98.5  | 98.8  | 112.6 | 112.9  |
| 1.70     | 53.5   | 72.0 | 72.3      | 86.4  | 86.7               | 100.9 | 101.2 | 115.3 | 115.6  |
| 1.72     | 54.7   | 73.7 | 74.0      | 88.5  | 88.8               | 103.2 | 103.5 | 118.0 | 118.3  |
| 1.74     | 56.0   | 75.4 | 75.7      | 90.5  | 90.8               | 105.7 | 106.0 | 120.8 | 121.1  |
| 1.76     | 57.3   | 77.1 | 77.4      | 92.6  | 92.9               | 108.1 | 108.4 | 123.6 | 123.9  |
| 1.78     | 58.6   | 78.9 | 79.2      | 94.7  | 95.1               | 110.6 | 110.9 | 126.4 | 126.7  |
| 1.80     | 59.9   | 80.7 | 81.0      | 96.9  | 97.2               | 113.1 | 113.4 | 129.3 | 129.6  |
| 1.82     | 61.3   | 82.5 | 82.8      | 99.0  | 99.4               | 115.6 | 115.9 | 132.2 | 132.5  |
| 1.84     | 62.6   | 84.3 | 84.6      | 101.2 | 101.6              | 118.2 | 118.5 | 135.1 | 135.4  |

\*Fuente: World Health Organization. Report of a WHO Consultation. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Ginebra, WHO 1997

**GLUCEMIA**

AÑO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AYUNO: \_\_\_\_\_

CASUAL: \_\_\_\_\_

**POSITIVA:** Si su prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o más de 140 mg/dl casual. Tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

**NEGATIVO:** Si la prueba de Glucemia es menor de 100 mg/dl.

**18.5 - 24.9**

**SI**

- Vigile su peso.
- Realice actividad física (30 min. 5 veces por semana)
- Alimentación correcta.

**25 - 29.9**

**SI**

- Acuda a su médico
- Acuda a Grupos de Ayuda Mutua
- Realice actividad física (30 min. 5 veces por semana)
- Alimentación correcta.

**≥ 30**

**NO**

- Además de lo anterior acuda a su médico; requieren intervenciones inmediatas.

## ¿TIENE USTED HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NO LO SABE?

| AÑO      | 20              |                 | 20              |                 | 20              |                 | 20              |                 | 20              |                 |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|          | Detección       | Confirmación    | Detección       | Confirmación    | Detección       | Confirmación    | Detección       | Confirmación    | Detección       | Confirmación    |
| 1º Toma  | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast |
| 2º Toma  | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast |
| Promedio | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast | Sist /<br>Díast |

### Detección Población ≥ 20 años

| <120 / < 80<br>(Óptima)                                                                                                                                                                                 | 120-129 / 80-84<br>(Normal) | 130-139 / 85-89<br>(Fronteriza)                                                                                                                                                                               | 140-159 / 90-99<br>(Etapa 1) | 160-179 / 100-109<br>(Etapa 2)                                                                                                                                                     | >180 / ≥110<br>(Etapa 3) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar su peso</li> <li>- Realizar actividad física (30 min. 5 veces por semana)</li> <li>- Alimentación correcta</li> <li>- Detección cada 3 años</li> </ul> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acudir a Grupos de Ayuda Mutua</li> <li>- Realizar actividad física (30 min. 5 veces por semana)</li> <li>- Dieta correcta</li> <li>- Detección semestral</li> </ul> |                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación diagnosticada</li> <li>- Acudir a Grupos de Ayuda Mutua</li> <li>- Dieta correcta</li> <li>- Tratamiento integral</li> </ul> |                          |

## Recuerde que el modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son resultado de estilos de vida inadecuados, como cada factor de riesgo (por ejemplo, el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.



Dieta Inadecuada    Abuso del alcohol    Tabaco    Falta de ejercicio    Estrés    Contaminación

| Enfermedades cardiovasculares | Dieta Inadecuada | Abuso del alcohol | Tabaco | Falta de ejercicio | Estrés | Contaminación |
|-------------------------------|------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|---------------|
| Cardiopatías                  | ○ ○              | ○                 | ○ ○    | ○ ○                | ○ ○    | ○ ○           |
| Embolias                      | ○ ○              | ○ ○               | ○      | ○ ○                | ○ ○    | ○ ○           |
| Hipertensión                  | ○ ○              | ○ ○               | ○      | ○ ○                | ○ ○    | ○ ○           |
| Cáncer                        |                  |                   |        |                    |        |               |
| Colorectal                    | ○ ○              |                   |        |                    |        |               |
| Pulmonar                      |                  |                   | ○ ○    |                    |        | ○             |
| Bucal                         |                  | ○                 | ○ ○    |                    |        |               |
| Gástrico                      | ○                |                   |        |                    |        |               |
| Cirrosis                      |                  | ○ ○               |        |                    |        |               |
| Diabetes                      | ○ ○              | ○ ○               |        | ○ ○                | ○ ○    |               |
| Osteoporosis                  | ○ ○              | ○ ○               | ○      | ○ ○                |        |               |

○ = Riesgo    ○ ○ = Alto Riesgo

Si en algún aspecto su estilo de vida no es saludable, acuda a su médico y al Grupo de Ayuda Mutua de su unidad de salud, para hacer los cambios necesarios.

Si no se identificó ningún factor de riesgo repita el cuestionario en 3 años de lo contrario se dará seguimiento en 1 año.

## **MANEJOS DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS**

### **CONCEPTO**

Son residuos que contienen bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o pueden contener toxinas que causan efectos nocivos a los seres vivos y al ambiente.

### **OBJETIVO**

- Identificar y separar los residuos biológicos infecciosos que se generan en los servicios, para evitar la contaminación del personal y medio ambiente.

### **MATERIAL**

- Bolsas (roja, amarilla, negra)
- Contenedores herméticos

### **PROCEDIMIENTO**

1. Seleccionar y depositar el residuo biológico infeccioso en la bolsa o contenedor correspondiente (ver cuadro anexo).

**BIOLOGICOS INFECCIOSO**

| <b>CONTENEDOR ROJO<br/>PUNZO CORTANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>BOLSA ROJA<br/>NO ANATOMICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>BOLSA AMARILLA<br/>PATOLOGICO</b>                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguja hipodérmica</li> <li>• Aguja de sutura</li> <li>• Aguja de mariposa</li> <li>• Hoja de bisturí</li> <li>• Cristalería rota</li> <li>• Asas</li> <li>• Navajas para rasurar</li> <li>• Tubos de ensayo</li> <li>• Porta objetos</li> <li>• Material de laboratorio</li> <li>• Tornillos y clavos</li> <li>• Objetos punzo cortantes</li> <li>• Rastrillos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubos de succión</li> <li>• Sondan y catéteres</li> <li>• Mangueras</li> <li>• Bolsa de paquetes globulares, plasma y sueros</li> <li>• Jeringa</li> <li>• Tiras reactivas</li> <li>• Punzós de plásticos</li> <li>• Equipos de transfusión</li> <li>• Gasas y torundas, apósitos</li> <li>• compresas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenados de partes corporales</li> <li>• Miembros amputados</li> <li>• Placentas</li> </ul> |

- Papel bond
- Papel carbón
- Papel periódico
- Papel estraza
- Propagandas
- Envolturas de alimentos
- Cajas de cartón
- Recetas médicas
- Revistas
- Latas de aluminio
- Plásticos
- Restos de alimento
- Pulsera de identificación
- Empaques primarios y secundarios de medicamentos y de material esterilizado
- Guantes

## **NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

- NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO A RECIÉN NACIDOS. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-174-SSA1-1998, PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-036-SSA2-2002, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. APLICACIÓN DE VACUNAS,

- Cubre bocas, gorros, y botas desechables
- Gasas, apósitos, compresas y vendas
- Torundas, algodón y toallas sanitarias
- Pañales desechables
- Equipos de venoclisis
- Bolsa recolectora de orina
- Abate lenguas
- Hisopos
- Cinta umbilical
- Ropa desechable
- Papel higiénico
- Bolsa de solución

TOXOIDES, SUEROS, ANTITOXINAS E INMUNOGLOBULINAS EN EL HUMANO.

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL - SALUD AMBIENTAL - RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECTIOSOS - CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.
- MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y MAMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, PARA QUEDAR COMO NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES.
- MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA2-1993, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS DISLIPIDEMIAS
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA2-2002, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES EN LA PERIMENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA DE LA MUJER. CRITERIOS PARA BRINDAR LA ATENCIÓN MÉDICA
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-178-SSA1-1998, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
  
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-032-SSA2-2002, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-017-SSA2-1994, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.



## **BIBLIOGRAFIAS**

- Normas Oficiales Mexicanas
- Earl N., Silver.enfermedades del corazón. Num1. Edit. Panamericana ,1990