



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA**
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

Dirección Médica
Subdirección de
Enfermería

Carátula de validación de vigencia

Ciudad de México, a 24 de abril de 2024.

Se hace referencia al inciso A) del Procedimiento para la validación de vigencia de las normas internas y transversales en el Sistema de Administración de Normas Internas de la APF (SANI). Con fundamento en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería Ginecología, registrado en el Inventario de Normas Internas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), se actualizo por criterio de vigencia y cambio de autoridades y es aplicable de acuerdo con lo establecido en la misma. Por lo anterior, la Dirección Médica valida la vigencia de la norma interna sustantiva:

UR	Clasificación	Nombre	Homoclave	Fecha de publicación/ difusión	Fecha de revisión
Subdirección de Enfermería	MPT	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería Ginecología	INPER-NIS-0159	24/04/2024	01/04/2024

Responsable del documento

EN AUSENCIA DE LA SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES", Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ART. 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA LA MTRA. SOFÍA SÁNCHEZ ÁNGELES COMO ENCARGADA DE LA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0373-2024

Autorizó

EN AUSENCIA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN MÉDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES Y CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA LA DRA. MARTHA LUCÍA GRANADOS CEPEDA, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0345-2024.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
GINECOLOGÍA**

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
ÍNDICE

OBJETIVO DEL MANUAL

MARCO JURÍDICO

PROCEDIMIENTOS:

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES
2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍISIS
3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO
4. ASEO GENITOURINARIO
5. BAÑO DE LA PACIENTE
6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS
7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)
8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA
9. CUIDADOS DE ESTOMAS
10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL
11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO
12. ENLACE DE TURNO
13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA
15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL
16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA
17. INSTALACIÓN DE Sonda VESICAL
18. MANTENIMIENTO DE Sonda VESICAL
19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES
20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA
21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS
22. HIGIENE BUCAL
23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA
25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS
26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES
27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS
28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN
29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS
30. VENDAJE MAMARIO
31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir la técnica de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el área de consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley General de Salud.

Ley General de Educación.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

NORMAS:

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

NOTA: para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".



SALUD
MINISTERIO DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Ginecología**



HOJA
6

FECHA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

III. PROCEDIMIENTOS

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES

OBJETIVO

Favorecer el traslado oportuno y seguro de la paciente en estado crítico para dar continuidad a la atención.

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-025-SSA3-2013**, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Verificar que el personal de enfermería asistencial conozca el procedimiento de ingreso y egreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultas.
- Estar informado (a) sobre el ingreso de la paciente (datos que son proporcionados previamente vía telefónica por el servicio de procedencia).
- Realizar ingreso al servicio correspondiente una vez que la paciente sea dada de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultas.
- Garantizar la presencia del camillero para la movilización y traslado de la paciente.

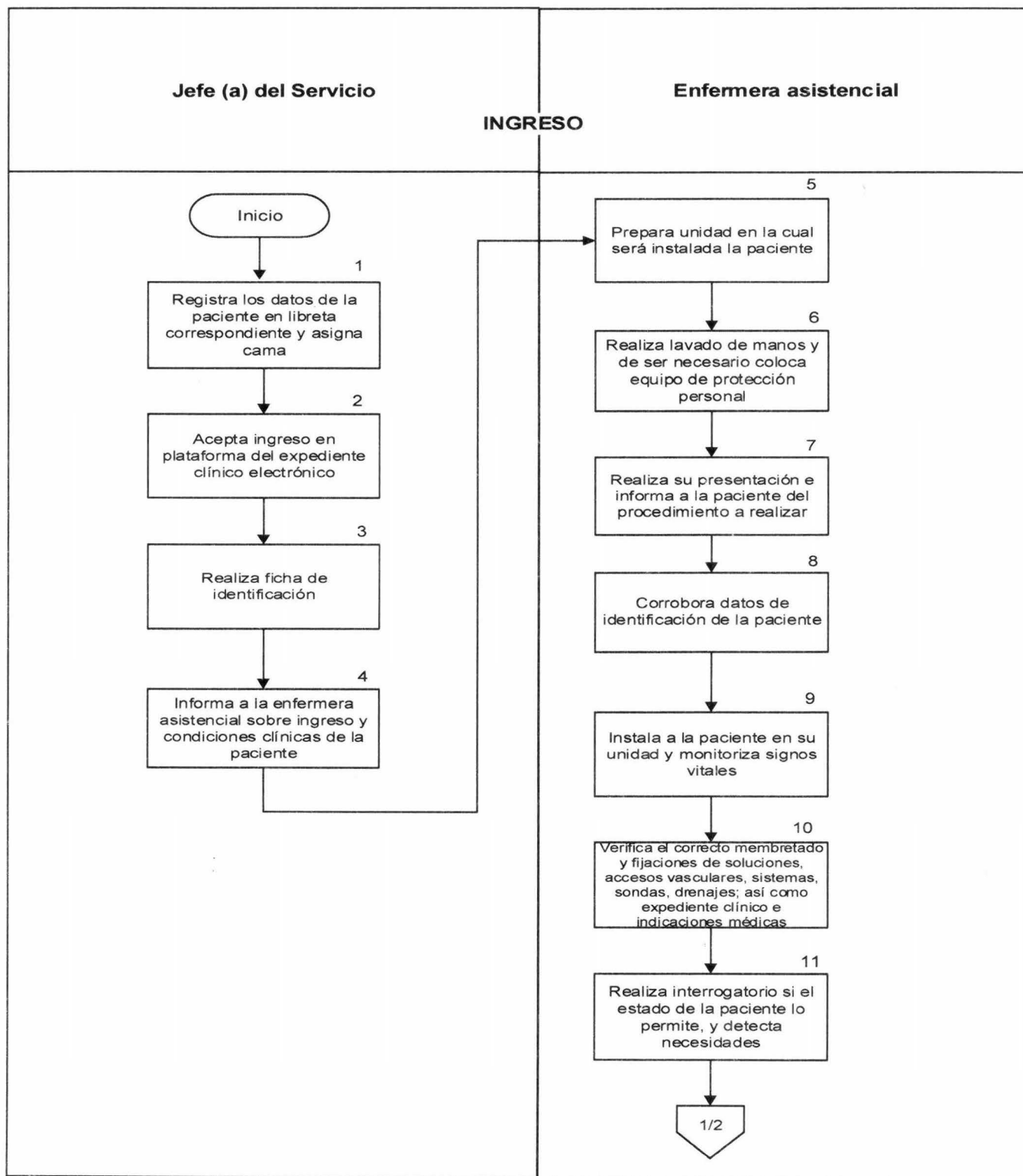
2. Del personal asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Verificar que toda paciente que ingresa al servicio cuente con un acceso vascular permeable, sonda vesical a derivación y medias antitrombóticas o vendaje de miembros pélvicos.
- Trasladar a la paciente al servicio correspondiente una vez dada de alta de la UCIA.
- El tiempo estimado para el traslado de la paciente de la UCIA al servicio correspondiente será de 15-20 minutos.

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES

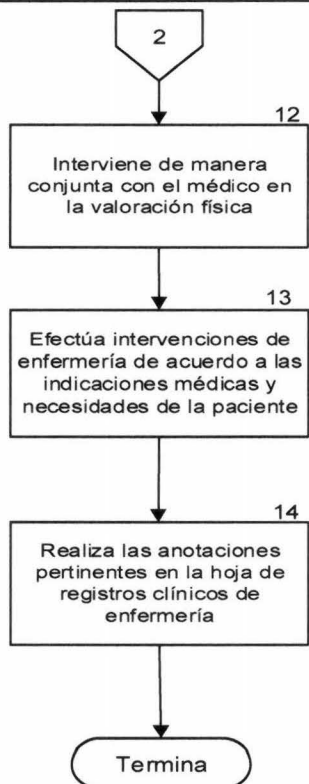
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Ingreso)
Jefe (a) del Servicio	1	Registra los datos de la paciente en libreta correspondiente. (Nombre, fecha de nacimiento, registro, edad, grupo sanguíneo y Rh, diagnóstico, médico tratante) y asigna cama.
	2	Acepta ingreso en plataforma del expediente clínico electrónico.
	3	Realiza ficha de identificación.
	4	Informa a la enfermera asistencial sobre ingreso y condiciones clínicas de la paciente.
Enfermera asistencial	5	Prepara unidad en la cual será instalada la paciente.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	7	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento a realizar.
	8	Corroborar datos de identificación de la paciente.
	9	Instala a la paciente en su unidad y monitoriza signos vitales.
	10	Verifica el correcto membretado y fijaciones de soluciones, accesos vasculares, sistemas, sondas, drenajes; así como expediente clínico e indicaciones médicas.
	11	Realiza interrogatorio si el estado de la paciente lo permite, y detecta necesidades.
	12	Interviene de manera conjunta con el médico en la valoración física.
	13	Efectúa intervenciones de enfermería de acuerdo a las indicaciones médicas y necesidades de la paciente.
	14	Realiza las anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES



1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES

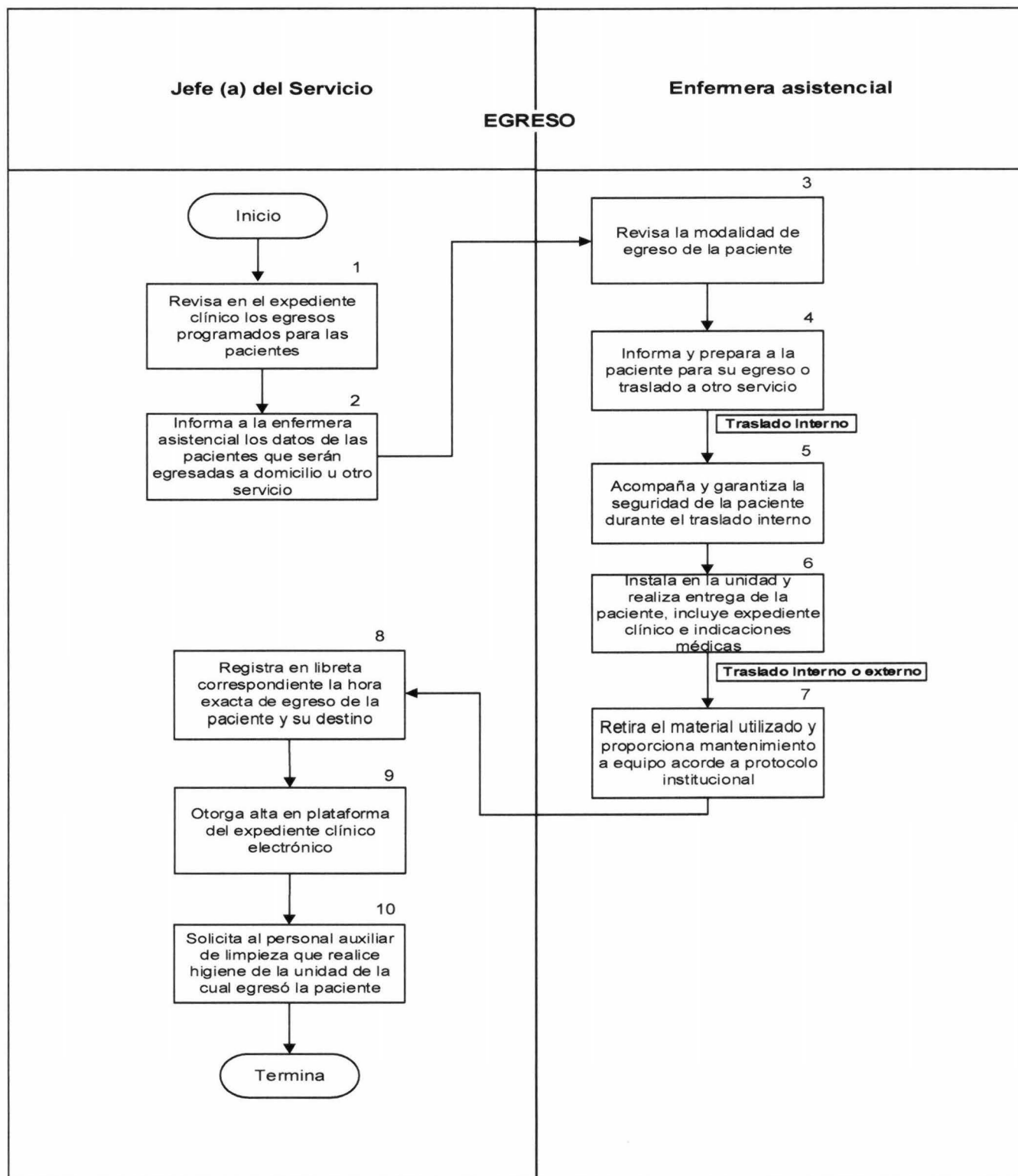
Enfermera Asistencial (Ingreso)



1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Egreso)
Jefe (a) de Servicio	1	Revisa en el expediente clínico los egresos programados para las pacientes.
	2	Informa a la enfermera asistencial los datos de las pacientes que serán egresadas a domicilio u otro servicio.
Enfermera asistencial	3	Revisa la modalidad de egreso de la paciente (domicilio u otro servicio).
	4	Informa y prepara a la paciente para su egreso o traslado a otro servicio.
	5	Traslado interno Acompaña y garantiza la seguridad de la paciente durante el traslado interno.
	6	Instala en la unidad y realiza entrega de la paciente al personal de enfermería, incluye expediente clínico e indicaciones médicas.
	7	Traslado interno o externo Retira el material utilizado y proporciona mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
Jefe (a) de servicio	8	Registra en libreta correspondiente la hora exacta de egreso de la paciente y su destino.
	9	Otorga alta en plataforma del expediente clínico electrónico.
	10	Solicita al personal auxiliar de limpieza que realice higiene de la unidad de la cual egresó la paciente. Termina procedimiento

1. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES



2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

OBJETIVO

Garantizar los requerimientos nutricionales de la paciente hospitalizada en 5to piso a través de una sonda nasogástrica cuando existan limitaciones físicas o psíquicas.

2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental- Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Alimento en bolsa hermética, contenedor (bolsa flexible) o en botella.
 - Equipo de infusión acorde a disponibilidad institucional.
 - Agua bidestilada.
 - Guantes.
 - Jeringa de 20cc.
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.

2. Del personal asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar el lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato digestivo.
- No exponer a temperatura ambiente las fórmulas por más de 4 horas, después de este tiempo desecharlas.
- Realizar higiene diaria de las fosas nasales y boca.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Durante la alimentación, evitar intervenciones que requieran actividad física de la paciente.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

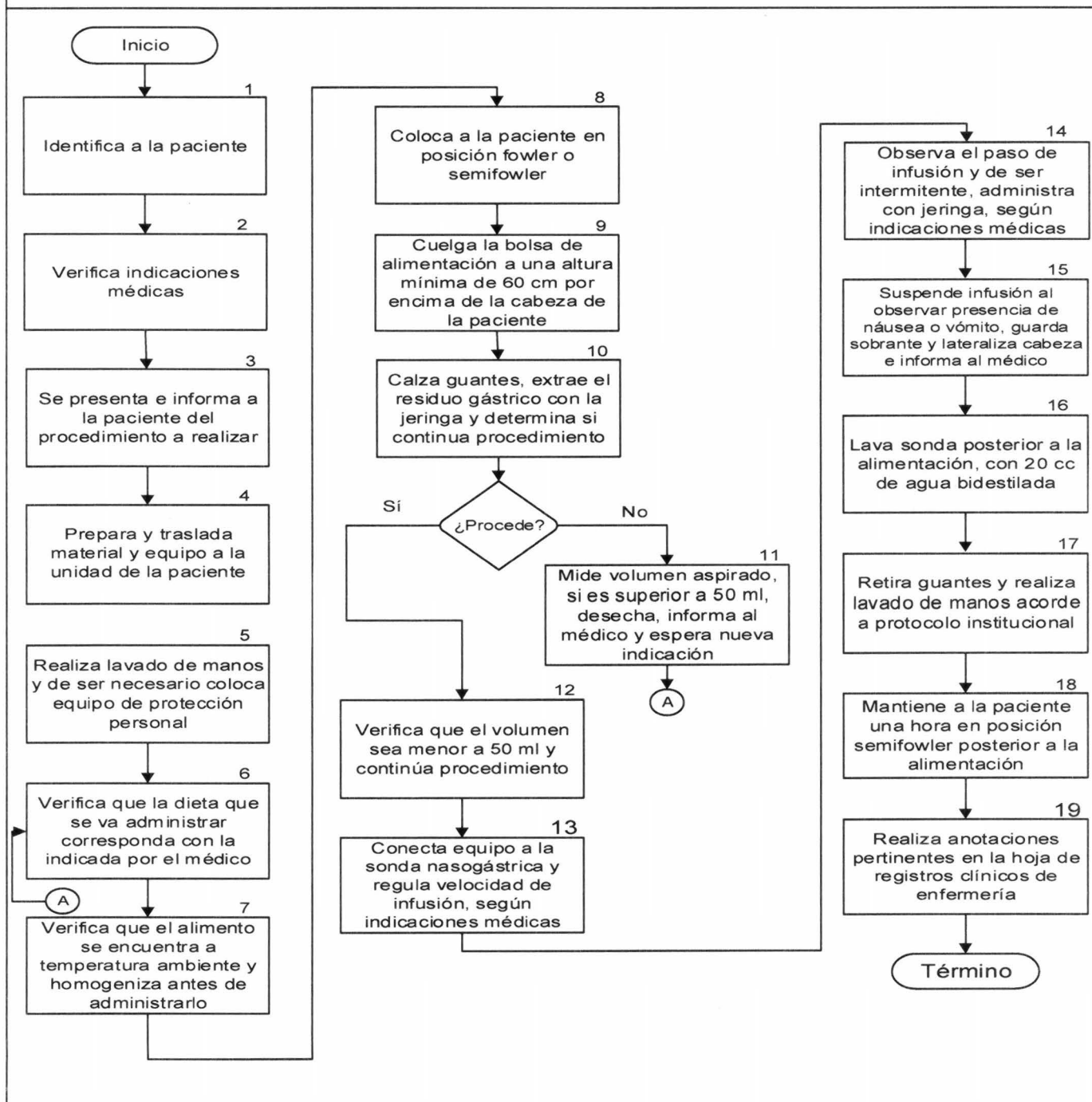
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	6	Verifica que la dieta que se va administrar a la paciente corresponda con la indicada por el médico, en cuanto a cantidad y composición.
	7	Verifica que el alimento se encuentra a temperatura ambiente y homogeniza antes de administrarlo.
	8	Coloca a la paciente en posición fowler o semifowler.
	9	Cuelga la bolsa de alimentación a una altura mínima de 60 cm por encima de la cabeza de la paciente.
	10	Calza guantes limpios, extrae gentilmente el residuo gástrico con la jeringa a través de la sonda nasogástrica y valora características para determinar si continua procedimiento.
		¿Procede?
	11	No: Mide el volumen aspirado, si es superior a 50 ml, desecha, informa al médico y espera nueva indicación. Regresa actividad 6.
	12	Sí: Verifica que el volumen sea menor a 50 ml y continúa procedimiento.

2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Conecta el equipo de infusión a la sonda nasogástrica y regula la velocidad de infusión, según indicaciones médicas.
	14	Observa el paso de infusión y de ser intermitente (por bolo), administra con jeringa, según indicaciones médicas.
	15	Suspende infusión al observar presencia de náusea o vómito, guarda el sobrante membretado con fecha y hora de apertura en el refrigerador (máximo 24 horas), lateraliza cabeza e informa al médico.
	16	Lava sonda posterior a la alimentación, con 20 cc de agua bidestilada.
	17	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	18	Mantiene a la paciente una hora en posición semifowler posterior a la alimentación.
	19	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

2. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Ginecología**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

OBJETIVO

Aplicar frío húmedo para producir vasoconstricción y disminuir el aporte sanguíneo en una zona, reducir la temperatura corporal y como anestésico local.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Cojín de gel, bolsa para cubos de hielo o compresa y agua fría.
 - Lebrillo o recipiente.
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.

2. Del personal asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Valorar características y condiciones de la piel antes, durante y después del procedimiento.
- Conocer el manejo no farmacológico del dolor.
- Valorar las necesidades reales o potenciales de la paciente para que se encuentre segura, tranquila y cómoda.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.
- Verificar indicaciones médicas.
- Tomar constantes vitales antes, durante y después del procedimiento.
- Evitar la exposición directa de frío en la piel.
- Verificar las condiciones físicas de la piel.
- Alternar las zonas de aplicación.
- Verificar temperatura corporal cada 30 minutos en caso de hipertermia.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

- Secar la piel por presión y nunca frotar después del procedimiento.
- Preparación del equipo y material necesarios:
 - Charola con compresas.
 - Lebrillo con agua y cubos de hielo.
 - 2 toallas afelpadas.

3. Del Equipo de Salud.

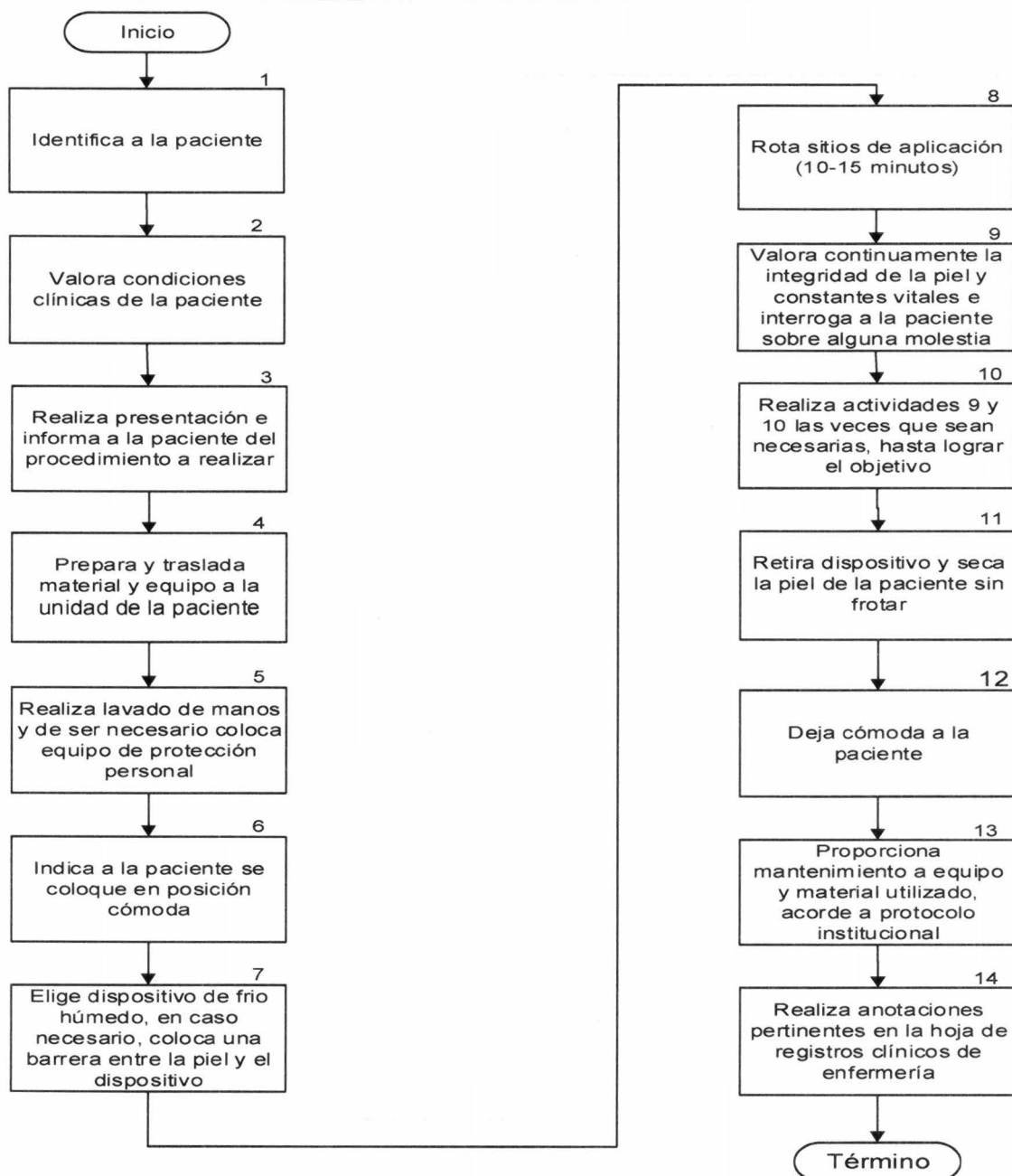
- Respetar la individualidad de la paciente y proporcionar un trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento según la estrategia "está en tus manos" de la OMS.
- Desechar el material utilizado en el recipiente adecuado, según la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Valora condiciones clínicas de la paciente.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario, coloca equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	6	Indica a la paciente se coloque en posición cómoda.
	7	Elige el dispositivo de frío húmedo, en caso necesario, coloca una barrera entre la piel y el dispositivo.
	8	Rota sitios de aplicación (10-15 minutos).
	9	Valora continuamente la integridad de la piel y constantes vitales e interroga a la paciente sobre alguna molestia.
	10	Realiza las actividades 9 y 10 las veces que sean necesarias, hasta lograr el objetivo.
	11	Retira dispositivo y seca la piel de la paciente sin frotar.
	12	Deja cómoda a la paciente.
	13	Proporciona mantenimiento a equipo y material utilizado, acorde a protocolo institucional.
	14	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

3. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Ginecología**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

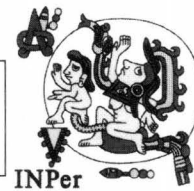
4. ASEO GENITOURINARIO

4. ASEO GENITOURINARIO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Ginecología**



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

4. ASEO GENITOURINARIO

OBJETIVO

Retirar los microorganismos que se encuentran en el aparato genitourinario a través de un arrastre mecánico con el fin de mantener la higiene y prevenir infecciones nosocomiales.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

4. ASEO GENITOURINARIO

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio

- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - PROYECTO de Norma Oficial Mexicana **PROY-NOM-223-SSA1-2002**, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley y sondas para drenaje urinario de silicón modelo Foley.
- Conocer las acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de asepsia (campo estéril, budinera, 2 flaneras y pinza Allis)
 - Guantes desechables
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Gasas
 - Jabón antiséptico
 - Jabón (propio de la paciente)
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Cómodo
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.

2. De la enfermera asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Realizar la acción esencial 1 "Identificación del paciente", de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Conocer y aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario que se requieran durante el procedimiento.
- Aplicar los indicadores de enfermería: trato digno, prevención de infecciones por sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, registro clínico de enfermería de acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de Salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato genitourinario femenino.
- Realizar el procedimiento de forma estéril de acuerdo con el protocolo institucional.
- Efectuar aseo genitourinario en pacientes inconscientes y/o con reposo absoluto manteniendo su individualidad.
- Preparar el material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Promover el autocuidado siempre y cuando la paciente lo permita.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

4. ASEO GENITOURINARIO

- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer los protocolos institucionales para el manejo de material de CEYE.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

4. ASEO GENITOURINARIO

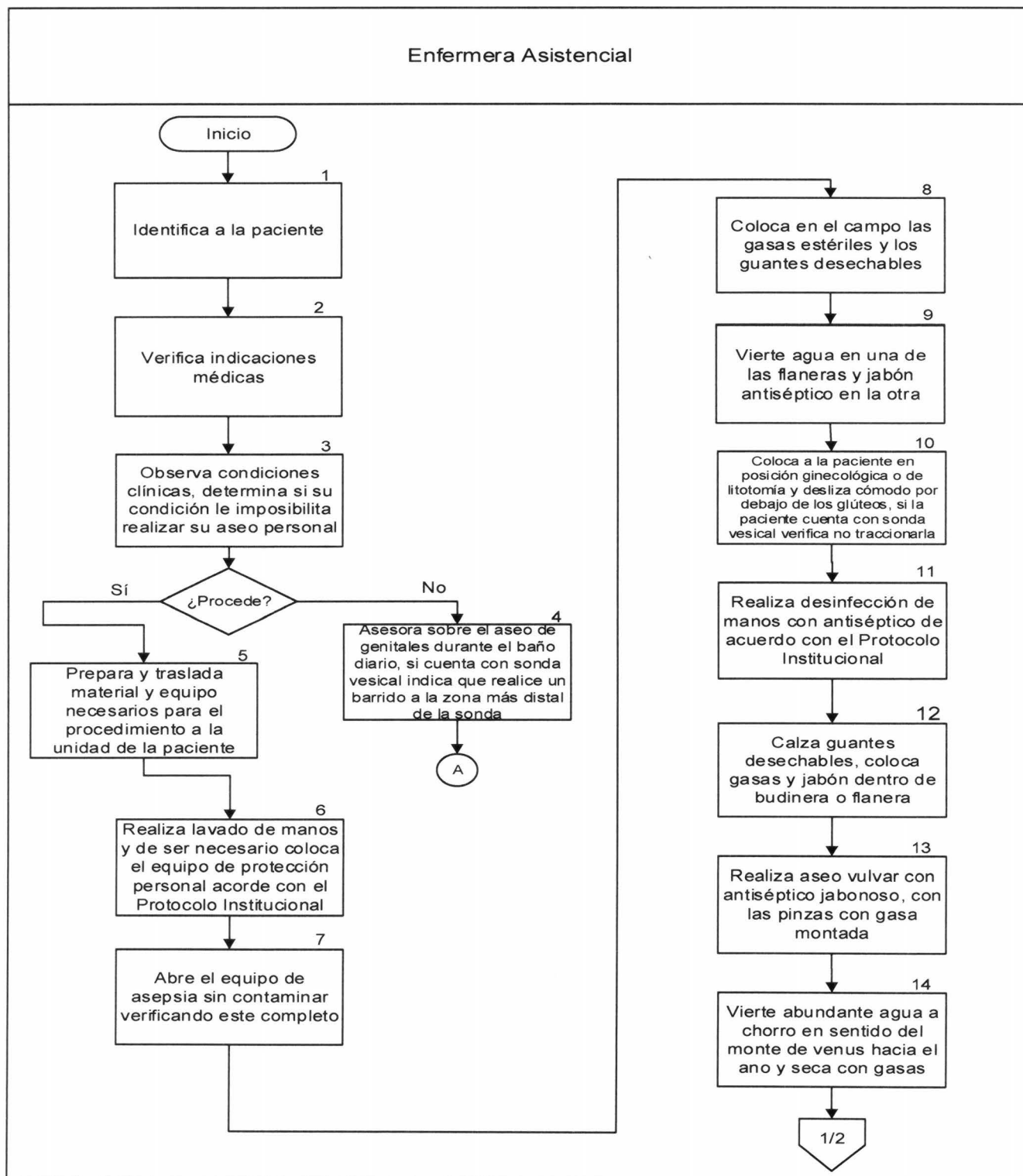
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Observa condiciones clínicas de la paciente, determina si su condición le imposibilita realizar su aseo personal. ¿Procede?
	4	No: Observa que la paciente deambula y se presenta e informa sobre el procedimiento, asesorándole sobre el aseo de genitales durante el baño diario, indica que el agua de la regadera debe caer en abundancia en la parte externa de sus genitales, debe lavar con un jabón neutro de ser posible y que al término del baño seque por completo el área genital, tanto entrepiernas como los pliegues de los glúteos. Si cuenta con sonda vesical indica que realice un barrido a la zona más distal de la sonda vesical sin traccionar. Pasa a la actividad N°18.
	5	Sí: Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	7	Abre el equipo de asepsia sin contaminar verificando este completo.
	8	Coloca en el campo, las gasas estériles y los guantes desechables.
	9	Vierte agua en una de las flaneras y jabón antiséptico en la otra.
	10	Coloca a la paciente en posición ginecológica o de litotomía, y desliza el cómodo por debajo de los glúteos de manera que la paciente quede cómoda. Si la paciente cuenta con sonda vesical verifica no traccionar la sonda y coloca la bolsa de recolección por debajo de la vejiga sin que toque el suelo.
	11	Realiza desinfección de manos con antiséptico de acuerdo con el Protocolo Institucional.

4. ASEO GENITOURINARIO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	12	Calza guantes desechables, coloca gasas y jabón dentro de budinera o flanera.
	13	Realiza aseo vulvar con antiséptico jabonoso, con las pinzas con gasa montada, hace un barrido mecánico siguiendo los Principios de Asepsia comenzando por el monte de venus, posterior con la cara interna de las piernas, labios mayores y menores en sentido descendente, terminando con el meato uretral separando los labios mayores para su visualización. Utilizando una gasa con cada movimiento. Consideración: Si visualiza abundantes secreciones, introduce una gasa a cavidad realizando un barrido mecánico alrededor de las paredes vaginales. Si la paciente cuenta con sonda vesical posterior al aseo del meato uretral, realiza un barrido a la zona más distal de la sonda vesical. Repite el procedimiento de ser necesario.
	14	Vierte abundante agua a chorro en sentido del monte de venus hacia el ano y seca con gasas.
	15	Retira el cómodo y deja en posición adecuada a la paciente.
	16	Retira los guantes, desecha y realiza lavado de manos acuerdo con el Protocolo Institucional.
	17	Realiza el mantenimiento a equipo y material de CEYE utilizado acorde a protocolo institucional.
	18	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

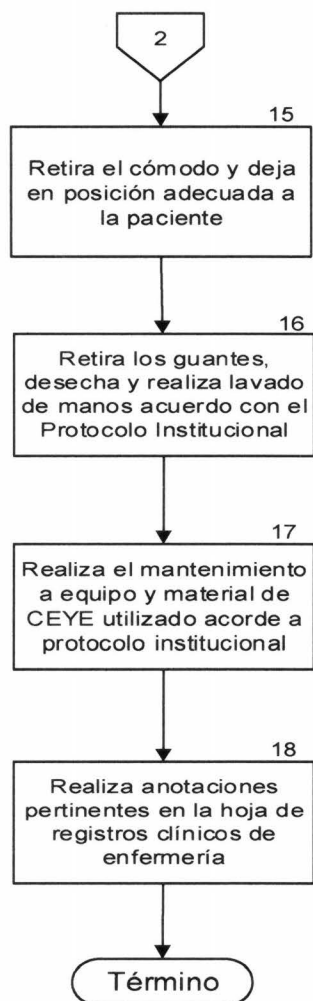
4. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial



4. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos
de Enfermería
Ginecología**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. BAÑO DE LA PACIENTE

5. BAÑO DE LA PACIENTE



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. BAÑO DE LA PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mantener limpia la piel, estimular la circulación, proporcionar bienestar y relajación a la paciente, así como eliminar secreciones y descamación de la piel, mediante el uso de agua y jabón.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. BAÑO DE LA PACIENTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ OBLIGACIÓN :

1. De la Jefe o el Jefe de Servicio.

- Verificar que el material y equipo se encuentre disponible.
- Vigilar que el procedimiento se realice en las condiciones adecuadas y respetando la individualidad de las y los pacientes.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento.
 - ✓ Toalla
 - ✓ Sábanas
 - ✓ Baño en seco
 - ✓ Guantes
 - ✓ Cubrebocas
 - ✓ Lebrillo
 - ✓ Jabón neutro (propio de la paciente)
 - ✓ Paños o esponja.
 - ✓ Shampoo – Shampoo en seco
 - ✓ Bolsa de plástico
 - ✓ Crema hidratante.
- Corroborar que el personal a su cargo realice los procedimientos acorde con protocolo establecido.
- Verificar disponibilidad y presencia de camilleros para la movilización de la paciente.

2. Del (a) Enfermero (a) Asistencial

- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento a realizar con la paciente.
- Mantener la intimidad y confort de la paciente.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Identificar riesgos y contraindicaciones que impidan realizar la higiene corporal.
- Fomentar la máxima autonomía de la paciente según sus posibilidades.
- Observar el estado de la piel y valorar la existencia de alteraciones.
- Crear un clima de confianza y cordialidad para poder explorar necesidades e inquietudes de la paciente.
- Realizar anotaciones en los registros clínicos de enfermería correspondientes.

Principios:

El jabón saponifica las grasas y actúa como bacteriostático.

El calor del cuerpo se pierde por convección o corrientes de aire.

La tolerancia al calor es diferente en las personas.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

5. BAÑO DE LA PACIENTE

Los compuestos químicos de algunos jabones irritan la piel, en especial los ojos.

La fricción suave, larga y ascendente en brazos y piernas aumenta el flujo sanguíneo.

5. BAÑO DE LA PACIENTE

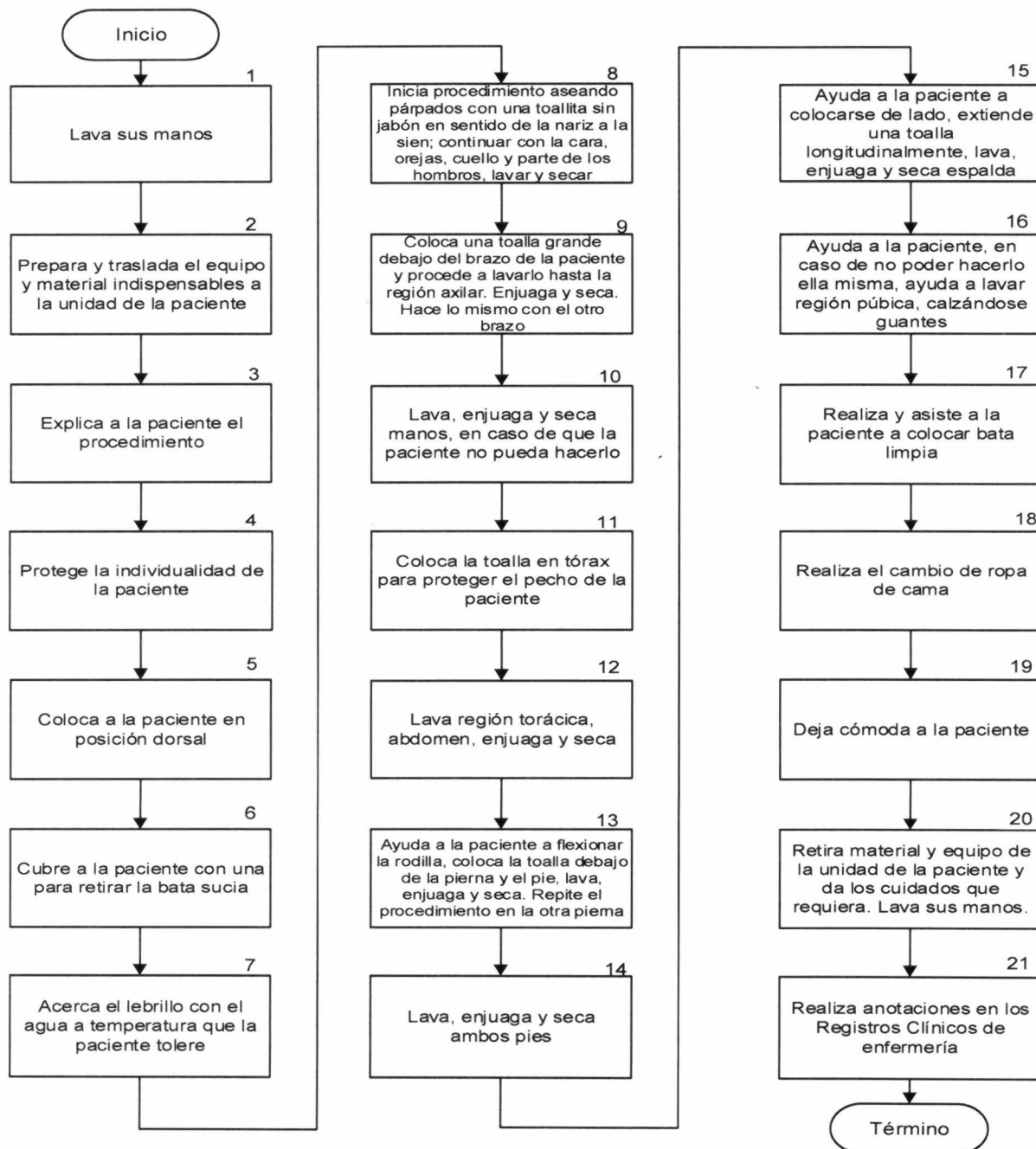
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Baño de esponja
Profesional de enfermería	1	Lava sus manos.
	2	Prepara y traslada el equipo y material indispensables a la unidad de la paciente.
	3	Explica a la paciente el procedimiento.
	4	Protege la individualidad de la paciente.
	5	Coloca a la paciente en posición dorsal.
	6	Cubre a la paciente con una sábana para retirar la bata sucia.
	7	Acerca el lebrillo con el agua a temperatura que la paciente tolere.
	8	Inicia procedimiento aseando párpados con una toallita sin jabón en sentido de la nariz a la sien; continuar con la cara, orejas, cuello y parte de los hombros, lavar y secar.
	9	Coloca una toalla grande debajo del brazo de la paciente y procede a lavarlo hasta la región axilar. Enjuaga y seca. Hace lo mismo con el otro brazo
	10	Lava, enjuaga y seca manos, en caso de que la paciente no pueda hacerlo.
	11	Coloca la toalla en tórax para proteger el pecho de la paciente
	12	Lava región torácica, abdomen, enjuaga y seca.
	13	Ayuda a la paciente a flexionar la rodilla, coloca la toalla debajo de la pierna y el pie, lava, enjuaga y seca. Repite el procedimiento en la otra pierna.
	14	Lava, enjuaga y seca ambos pies.
	15	Ayuda a la paciente a colocarse de lado, extiende una toalla longitudinalmente, lava, enjuaga y seca espalda.
	16	Ayuda a la paciente, en caso de no poder hacerlo ella misma, ayuda a lavar región púbica, calzándose guantes.
	17	Realiza y asiste a la paciente a colocar bata limpia.
	18	Realiza el cambio de ropa de cama.
	19	Deja cómoda a la paciente.

5. BAÑO DE LA PACIENTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Baño de esponja
Profesional de enfermería	20	Retira material y equipo de la unidad de la paciente y da los cuidados que requiera. Lava sus manos.
	21	Realiza anotaciones en los Registros Clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

5. BAÑO DE LA PACIENTE

**Baño de esponja
Profesional de enfermería**



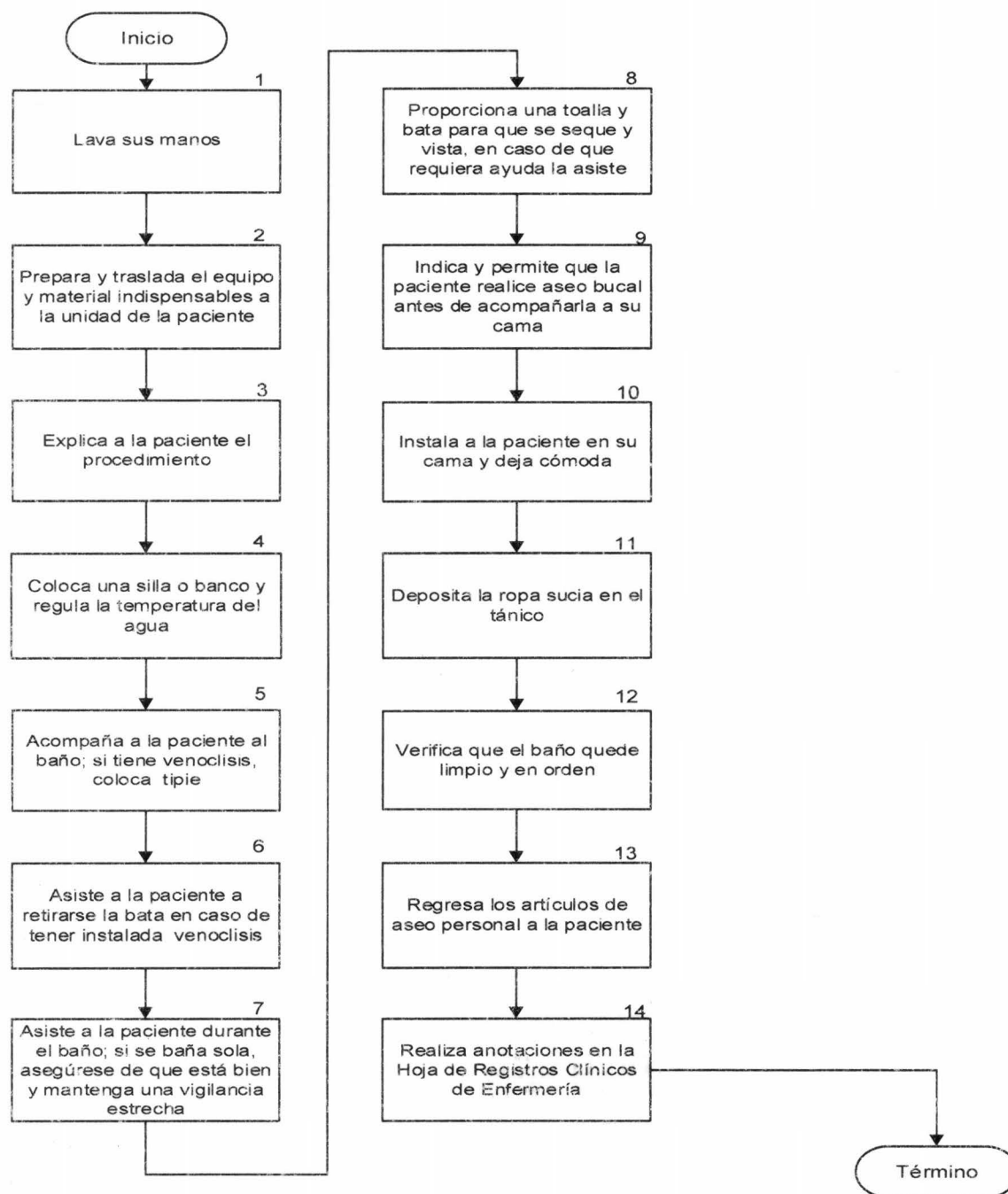
5. BAÑO DE LA PACIENTE

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Baño en Regadera
Profesional de enfermería	1	Lava sus manos.
	2	Prepara y traslada el equipo y material indispensables a la unidad de la paciente.
	3	Explica a la paciente el procedimiento.
	4	Coloca una silla o banco y regula la temperatura del agua.
	5	Acompaña a la paciente al baño; si tiene venoclisis, coloca tipie.
	6	Asiste a la paciente a retirarse la bata en caso de tener instalada venoclisis.
	7	Asiste a la paciente durante el baño; si se baña sola, asegúrese de que está bien y mantenga una vigilancia estrecha hasta el término del mismo.
	8	Proporciona una toalla y bata para que se seque y vista, en caso de que requiera ayuda la asiste.
	9	Indica y permite que la paciente realice aseo bucal antes de acompañarla a su cama.
	10	Instala a la paciente en su cama y deja cómoda.
	11	Deposita la ropa sucia en el tánico.
	12	Verifica que el baño quede limpio y en orden.
	13	Regresa los artículos de aseo personal a la paciente.
	14	Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería.
		Termina procedimiento



5. BAÑO DE LA PACIENTE

Baño en regadera
Profesional de enfermería





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

OBJETIVO

Aplicar dispositivo de compresión graduada para favorecer el retorno venoso y prevenir la estasis.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación

De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio:

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana:
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM 019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
 - Norma Oficial Mexicana **NOM 007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona Recién Nacida
 - Norma Oficial Mexicana **NOM 024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS).
- Garantizar que se cuente con todo el material necesario:
 - Cinta métrica
 - Medias antiembólicas de diversas tallas.
- Asegurar que el personal a su cargo cuente con la capacitación de colocación de medias antiembólicas.
- Verificar el cumplimiento del procedimiento.

2. De la Enfermera Asistencial:

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional, esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Verificar que se cuente con el material necesario.
- Contar con la capacitación de colocación de medias antiembólicas.

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

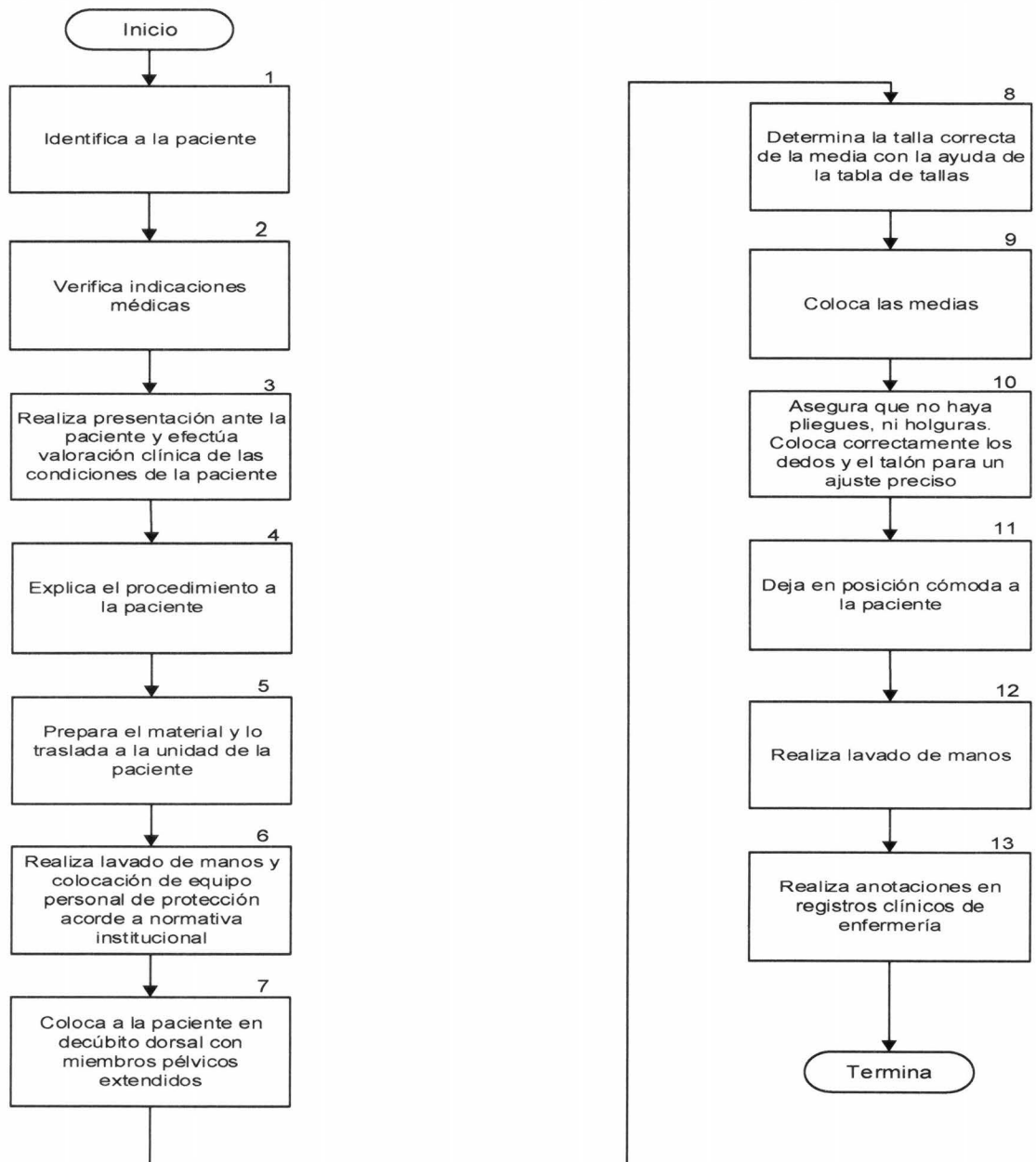
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente y efectúa valoración clínica de las condiciones de la paciente.
	4	Explica el procedimiento a la paciente.
	5	Prepara el material y lo traslada a la unidad de la paciente.
	6	Realiza lavado de manos y colocación de equipo personal de protección acorde a normativa institucional de ser necesario.
	7	Coloca a la paciente en decúbito dorsal con miembros pélvicos extendidos.
	8	Determina la talla correcta de la media con la ayuda de la tabla de tallas: a. Para las medias hasta el muslo: 1. Medir el perímetro del muslo en su parte media 2. El perímetro del área de la pantorrilla 3. La longitud de la pierna b. Para las medias hasta la rodilla: 1. Medir el perímetro del área de la pantorrilla 2. La longitud de la pierna desde el talón hasta la rodilla (entre 2.5 y 5 cm por debajo del pliegue rodilla). (VER ANEXO 1)
	9	Coloca las medias: a. Sujetando la media, introducir la mano hasta la altura del talón. b. Con el centro del talón cogido, revolver la media de dentro hacia fuera hasta la altura del talón. c. Posicionar la media sobre el pie y el talón, asegurándose que el talón esté perfectamente centrado. d. Comenzar a deslizar lentamente hacia arriba el cuerpo de la media.

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial		(VER ANEXO 2)
	10	Asegura que no haya pliegues, ni holguras. Coloca correctamente los dedos y el talón para un ajuste preciso.
	11	Deja en posición cómoda a la paciente.
	12	Realiza lavado de manos.
	13	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería
		Termina procedimiento

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

Enfermera Asistencial



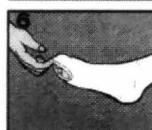
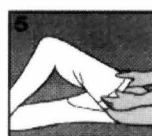
DÍA	MES	AÑO
01	04	24

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

ANEXO 1



ANEXO 2



7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

**7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)****OBJETIVO**

Contar y mantener en óptimas condiciones un dispositivo de drenaje que permita la evaluación y valoración de líquidos corporales con fines diagnósticos y terapéuticos.



7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será Obligación:

1) De la jefa del servicio y/o encargada del servicio.

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana:
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Proporcionar al Personal Asistencial, el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - Guantes estériles
 - Cubrebocas
 - Cloruro de sodio 0.9% 250 cc
 - Antiséptico con el que cuente la institución
 - Paquetes de gasas estériles
 - Apósito transparente o cinta micropore
 - Protector cutáneo
 - Solución jabonosa
 - Contenedor de 300 cc, 500 cc o 1,000 cc, específico de la bomba, que recoge el exudado
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento mediante la técnica establecida.
- Corroborar que el personal a su cargo conozca la normatividad antes mencionada.

2) Del (a) Enfermera Asistencial.

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Respetar los principios de asepsia y antisepsia.
- Conocer los diferentes tipos de drenajes y comprobar permeabilidad e integridad de la piel.
- Valorar las condiciones de la paciente para realizar el procedimiento.
- Identificar si existen alergias a algún excipiente para la realización de la curación.

7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

- Conocer los diferentes tipos de drenajes y comprobar permeabilidad e integridad de la piel.
- Valorar las condiciones de la paciente para realizar el procedimiento.
- Identificar si existen alergias a algún excipiente para la realización de la curación.
- Identificar la existencia de alteraciones, respetando el máximo la intimidad de la persona.
- Observa las características del drenado y vacía por razón necesaria el contenedor.
- En drenajes cerrados con aspiración, cambia la bolsa colectora o reservorio cuando esté llena en sus 2/3 partes a fin de mantener una succión efectiva.
- Realizar las anotaciones correspondientes en los Registros Clínicos de Enfermería.



7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

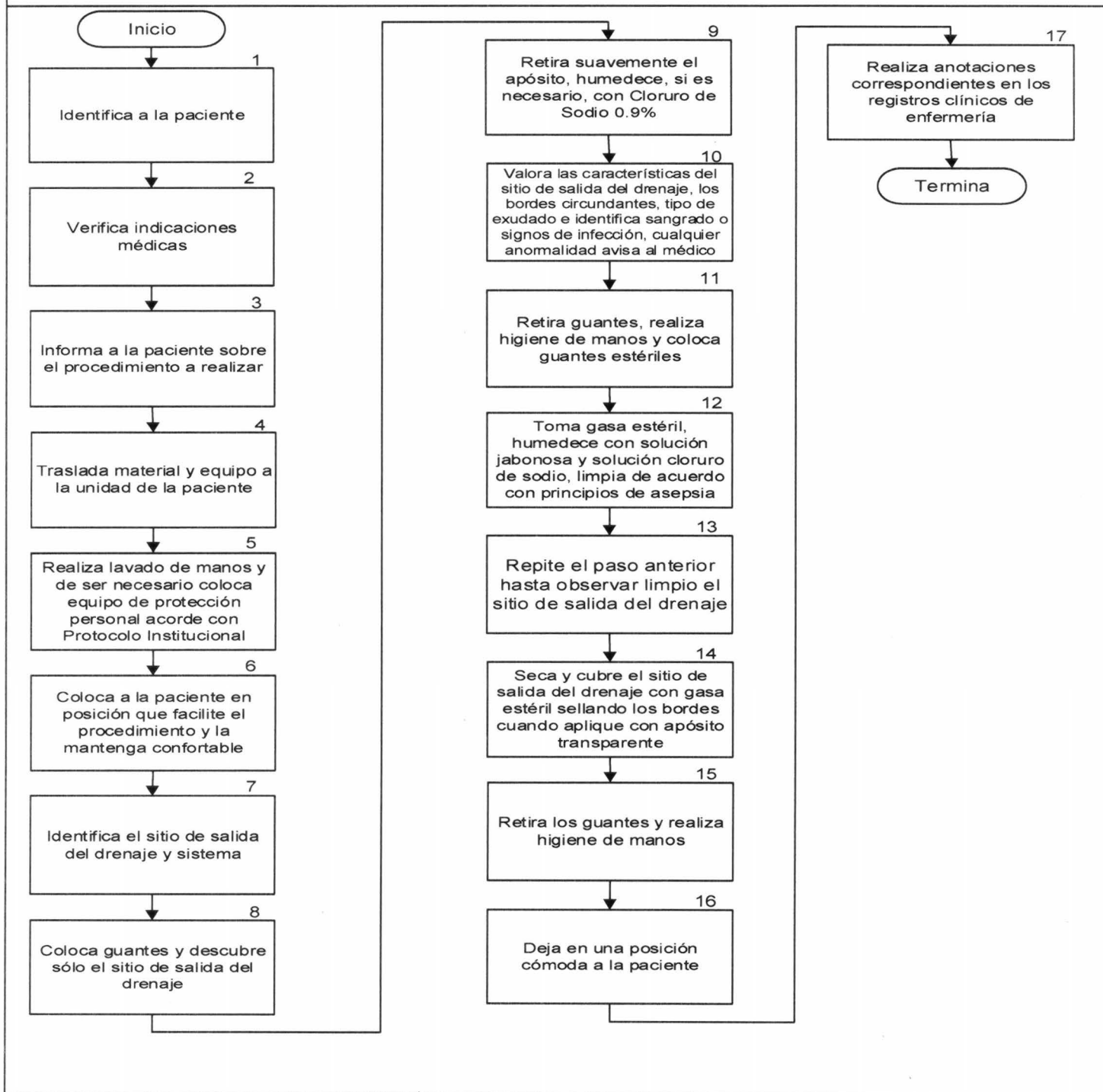
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Coloca a la paciente en posición que facilite el procedimiento y la mantenga confortable.
	7	Identifica el sitio de salida del drenaje y sistema.
	8	Coloca guantes y descubre sólo el sitio de salida del drenaje.
	9	Retira suavemente el apósito, humedece, si es necesario, con Cloruro de Sodio 0.9%.
	10	Valora las características del sitio de salida del drenaje, los bordes circundantes, tipo de exudado e identifica sangrado o signos de infección, cualquier anomalía avisa al médico.
	11	Retira guantes, realiza higiene de manos y coloca guantes estériles.
	12	Toma la gasa estéril, humedece con solución jabonosa y solución cloruro de sodio 0.9% y limpia de acuerdo con los principios de asepsia.
	13	Repite el paso anterior hasta observar limpio el sitio de salida del drenaje.
	14	Seca y cubre el sitio de salida del drenaje con gasa estéril sellando los bordes cuando aplique con apósito transparente.
	15	Retira los guantes y realiza higiene de manos.
	16	Deja en una posición cómoda a la paciente.

7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
	17	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

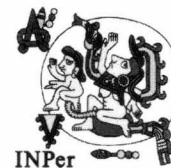
SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Enfermera Asistencial





7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

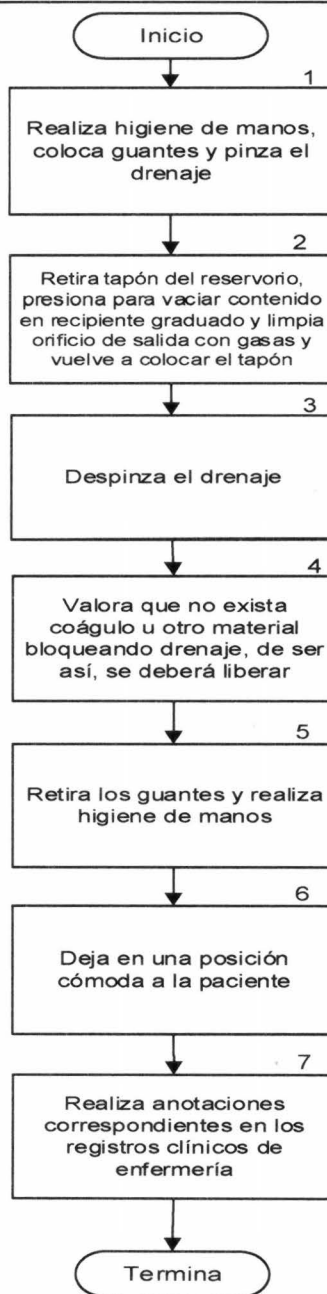
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial		SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO
	1	Realiza higiene de manos, coloca guantes y pinza el drenaje.
	2	Retira el tapón del reservorio y presiona el centro para vaciar su contenido en un recipiente graduado; sin soltar el reservorio, limpia el orificio de salida con gasas y vuelve a colocar el tapón, esto permitirá que siga produciendo el vacío necesario para la aspiración.
	3	Despinza el drenaje.
	4	Valora que no exista coágulo u otro material bloqueando el drenaje, de ser así, se deberá liberar de la siguiente forma: - Ejerce presión suavemente a lo largo del drenaje sujetando firmemente con una mano cerca del sitio de salida del drenaje y con los dedos de la otra mano ejerce presión hacia abajo a esto se le denomina "ordeñar" el tubo de drenaje. - Realiza esta acción las veces que sean necesarias hasta que el líquido esté drenando hacia el reservorio.
	5	Retira los guantes y realiza higiene de manos.
	6	Deja en una posición cómoda a la paciente.
	7	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

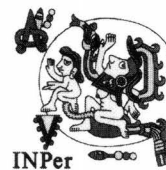


7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO

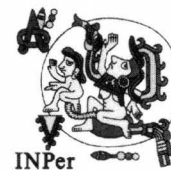
Enfermera Asistencial





7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.NO	DESCRIPCIÓN SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicación médica y si la paciente está en condiciones para llevar a cabo el procedimiento.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Coloca a la paciente en posición que facilite el procedimiento y la mantenga confortable.
	7	Verifica que no se encuentre despegado el apósito.
	8	Verifica el adecuado funcionamiento del sistema: • Presión indicada • Modo indicado • Succión indicada • Superficie plana
	9	Valora las condiciones de la paciente e interroga si existe alguna molestia.
	10	Cuantifica la cantidad de drenado una vez por turno marcando el contenedor.
	11	Cuando se encuentre lleno el contenedor, pausa el funcionamiento, pinza el tubo de succión, desconecta el tubo proximal a la paciente y presiona las pestañas que se encuentran al costado del canister para su expulsión del equipo y realiza cambio.
	12	Desconecta el Sistema VAC de la siguiente forma: • Cierra ambas pinzas del tubo. • Pausa la unidad. • Desconecta el tubo del apósito del tubo del contenedor. • Cubre los extremos del tubo con gasa y lo asegura con tela adhesiva. • Cambia por un contenedor nuevo.

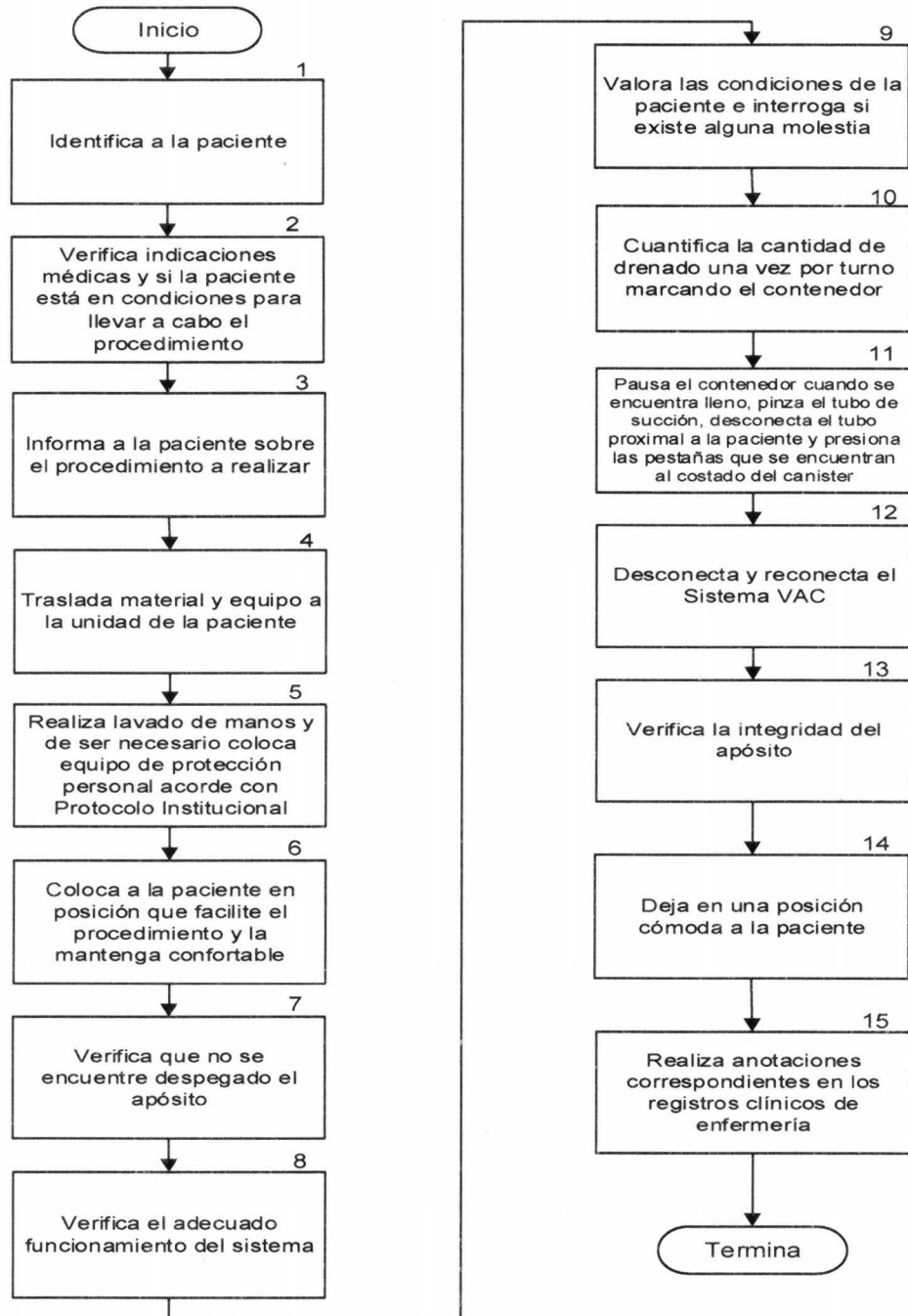


7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.NO	DESCRIPCIÓN SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
Enfermera Asistencial		Reconecta el Sistema VAC de la siguiente forma: • Retira las gasas de los extremos del tubo. • Conecta el tubo al contenedor. • Abre las pinzas. • Enciende la bomba de succión e inicia la terapia, el equipo recuperará los ajustes introducidos antes de pausarla.
	13	Verifica la integridad del apósito.
	14	Deja en una posición cómoda a la paciente.
	15	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC) Enfermera Asistencial



**7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)****BIBLIOGRAFÍA**

- Alarcón, Francisca. (2012). Control y cuidado de drenajes quirúrgicos. 2021, de Manual y Protocolos de enfermería, Sitio web:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd9_control_cuidado_drenajes_quirurgicos.pdf

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mantener en óptimas condiciones el dispositivo para asegurar una adecuada ventilación, reducir infecciones nosocomiales y complicaciones.



8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

POLÍTICA DE OPERACIÓN.

Será obligación

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio:

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM 024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS)
- Vigilar el buen funcionamiento de la toma de aire y frasco de aspiración.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Mantener el material y equipo requerido disponible
 - Gasas
 - Cloruro de sodio al 0.9%
 - Conservar equipo completo de traqueostomía (endocánula, guía y cepillos)
 - Manómetro
 - Jeringa de 5cc
 - Fijaciones para la traqueostomía



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

2. De la enfermera asistencial:

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS
- Conocer el procedimiento
- Tener conocimientos de anatomía y fisiología del aparato respiratorio
- Conocer las posibles complicaciones.
- Monitorizar continuamente los signos vitales y saturación de oxígeno mayor a 90% durante el procedimiento
- Vigilar características de la estoma
- Utilizar técnica aséptica y aplicar las precauciones universales al realizar el procedimiento.
- Verificar funcionamiento de toma de aire y frasco de aspiración
- Realizar una valoración integral abarcando la parte emocional del paciente
- Preparar equipo y material

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

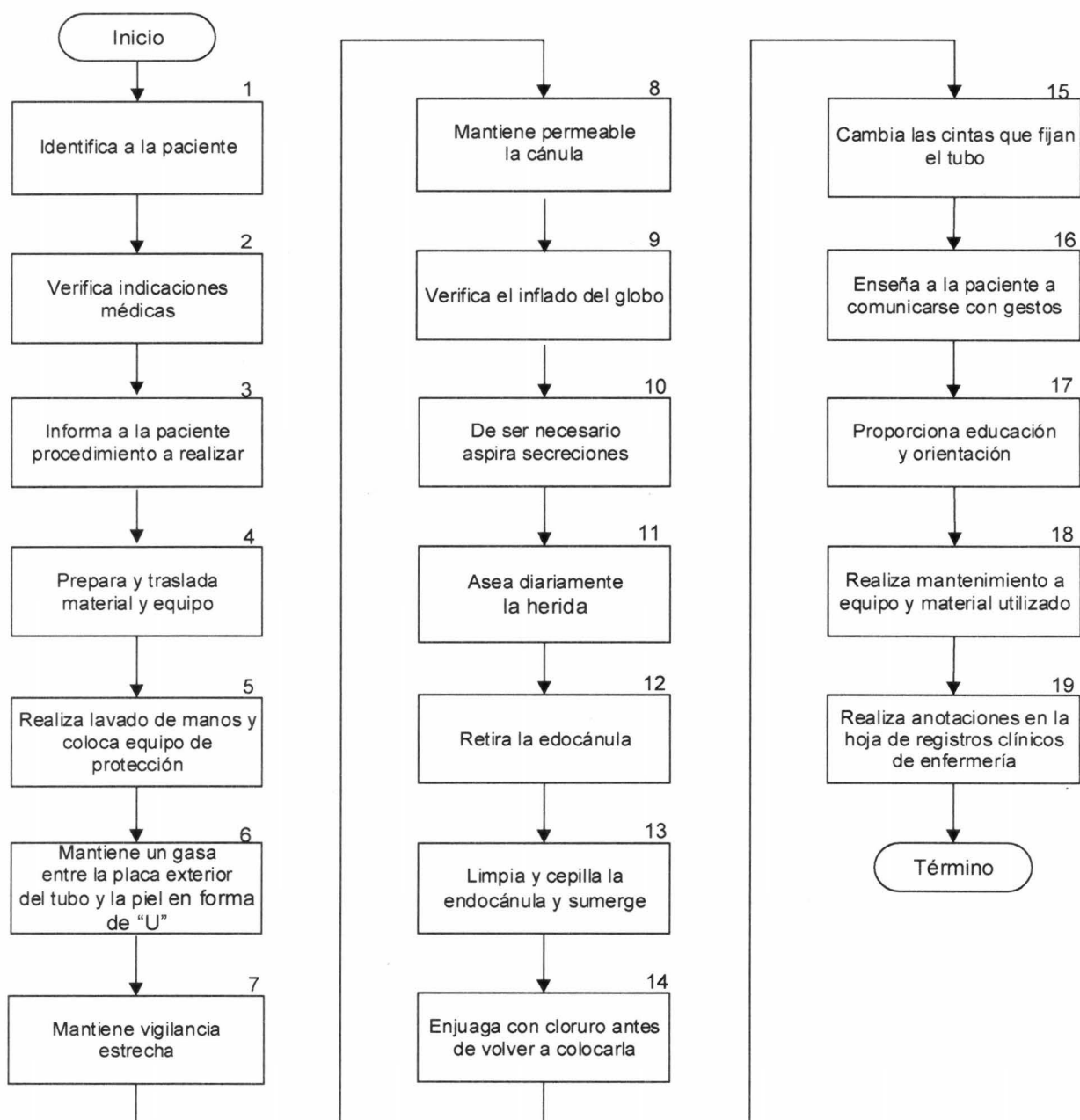
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el protocolo institucional.
	6	Mantiene una gasa entre la placa exterior del tubo y la piel colocada en forma de "U" de ser necesario cambia previa asepsia.
	7	Mantiene vigilancia estrecha de la zona en busca de signos anormales.
	8	Mantiene permeable la cánula de traqueostomía mediante el uso de endocánula.
	9	Verifica el inflado del globo de la cánula de traqueostomía con el manómetro la cual no debe exceder los 22mnHg.
	10	Aspira secreciones de ser necesario. Si la paciente está capacitada y realiza sola la limpieza de la estoma ve al punto 18 De lo contrario continúa con los siguientes puntos
	11	Asea diariamente la herida con cloruro de sodio al 0.9% bajo técnica de asepsia y antisepsia.
	12	Retira la endocánula.
	13	Limpia y cepilla la endocánula y sumerge por 20 minutos en cloruro de sodio al 0.9%.
	14	Enjuaga con cloruro de sodio 0.9% antes de volver a colocarla.

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	15	Cambia las cintas que fijan el tubo de traqueostomía por razón necesaria.
	16	Enseña a la paciente a comunicarse mediante gestos o escritura si está consciente
	17	Proporciona educación y orientación sobre los cuidados de la traqueostomía y manejo de secreciones a la paciente y familiar.
	18	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	19	Realiza anotaciones en la hoja de registros clínicos de enfermería
		Termina procedimiento

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

Profesional de Enfermería Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

8. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

Referencias:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-procedimiento-traqueostomia-percutanea-control-seguimiento-13138305>
- <https://otorrino.org.mx/article/traqueotomia-en-pacientes-con-covid-19/>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt144f.pdf>
- <file:///C:/Users/drunk/Downloads/S1130862103737930.pdf>



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

9. CUIDADOS DE ESTOMAS

9. CUIDADOS DE ESTOMAS



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

9. CUIDADOS DE ESTOMAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mantener la integridad de la piel circundante del intestino exteriorizado, así como su funcionalidad.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

9. CUIDADOS DE ESTOMAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será Obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana:
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Proporcionar al Personal Asistencial, el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - ✓ Cubrebocas
 - ✓ Guantes
 - ✓ Bolsa colectora
 - ✓ Barrera cutánea
 - ✓ Guía medidora de estomas
 - ✓ Tijeras curvas
 - ✓ Marcador o bolígrafo
 - ✓ Agua inyectable
 - ✓ Torundas de algodón
 - ✓ Protector cutáneo
 - ✓ Polvo de carbometilcelulosa (CMC)
 - ✓ Accesorios (protector cutáneo convexo, anillos protectores)
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento mediante la técnica establecida.
- datos infección y/o complicación.
- Dar aviso al personal médico, las alteraciones identificadas en funcionalidad y condiciones de la estoma.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

9. CUIDADOS DE ESTOMAS

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Conocer la anatomía y fisiología del aparato digestivo.
- Realizar una adecuada valoración de la estoma, evaluar presencia de prolapso, retracción, deshidratación o sangrado, cambios en la coloración y/o tamaño de la estoma, dolor e identificar Enseñar a la paciente a realizar el procedimiento e identificar signos y síntomas de infección y/o complicación.
- Valorar la frecuencia para realizar curación de estoma y cambio de bolsa colectora.
- Mantener la individualidad del paciente.
- Evitar manipular la ostomía dentro de las primeras 24 horas posterior al evento quirúrgico
- Realizar el drenaje de la bolsa cada que ésta se encuentre entre un tercio y la mitad llena de gas o evacuación. No es necesario limpiar el interior de la bolsa; poner agua en la bolsa y enjuagarla puede debilitar el sello de la barrera cutánea y reducir el tiempo de uso.
- Realizar el cambio cuando el sistema de la bolsa presente fuga o se afloje.
- Utilizar guantes no estériles para el cambio de bolsa y aseo de piel periestomal.
- No usar soluciones antisépticas que contengan alcohol y/o benzoína, por ejercer una acción agresiva en la piel.
- No utilizar cremas o pomadas que pudiesen reducir el grado de adherencia del dispositivo de la bolsa de drenaje.
- Respetar los principios de asepsia y antisepsia.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

9. CUIDADOS DE ESTOMAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Prepara material y equipo y traslada a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Coloca a la paciente en posición adecuada dejando expuesta la zona donde se encuentra el estoma.
	7	Abre el material y equipo sobre un campo estéril y coloca guantes.
	8	Levanta borde del adhesivo despegando hacia abajo gentilmente.
	9	Limpia la piel con torundas húmedas y deja secar.
	10	Valora características y condiciones de la estoma, piel periestomal y drenaje.
	11	Retira y desecha los guantes utilizados.
	12	Realiza lavado de manos.
	13	Mide el diámetro de la estoma con la guía.
	14	Aplica protector cutáneo en la zona periestomal antes de colocar el nuevo sistema de bolsa.
	15	Traza y recorta el diámetro de la abertura determinada en la barrera cutánea (la barrera cutánea debe encajar en el punto de contacto entre la piel y la estoma).
	16	Comprueba que no se visualice la piel entre la barrera cutánea y la estoma para evitar fugas e irritación de la piel.
	17	Realiza lavado de manos y coloca guantes.
	18	Retira el protector antiadherente de la barrera cutánea.



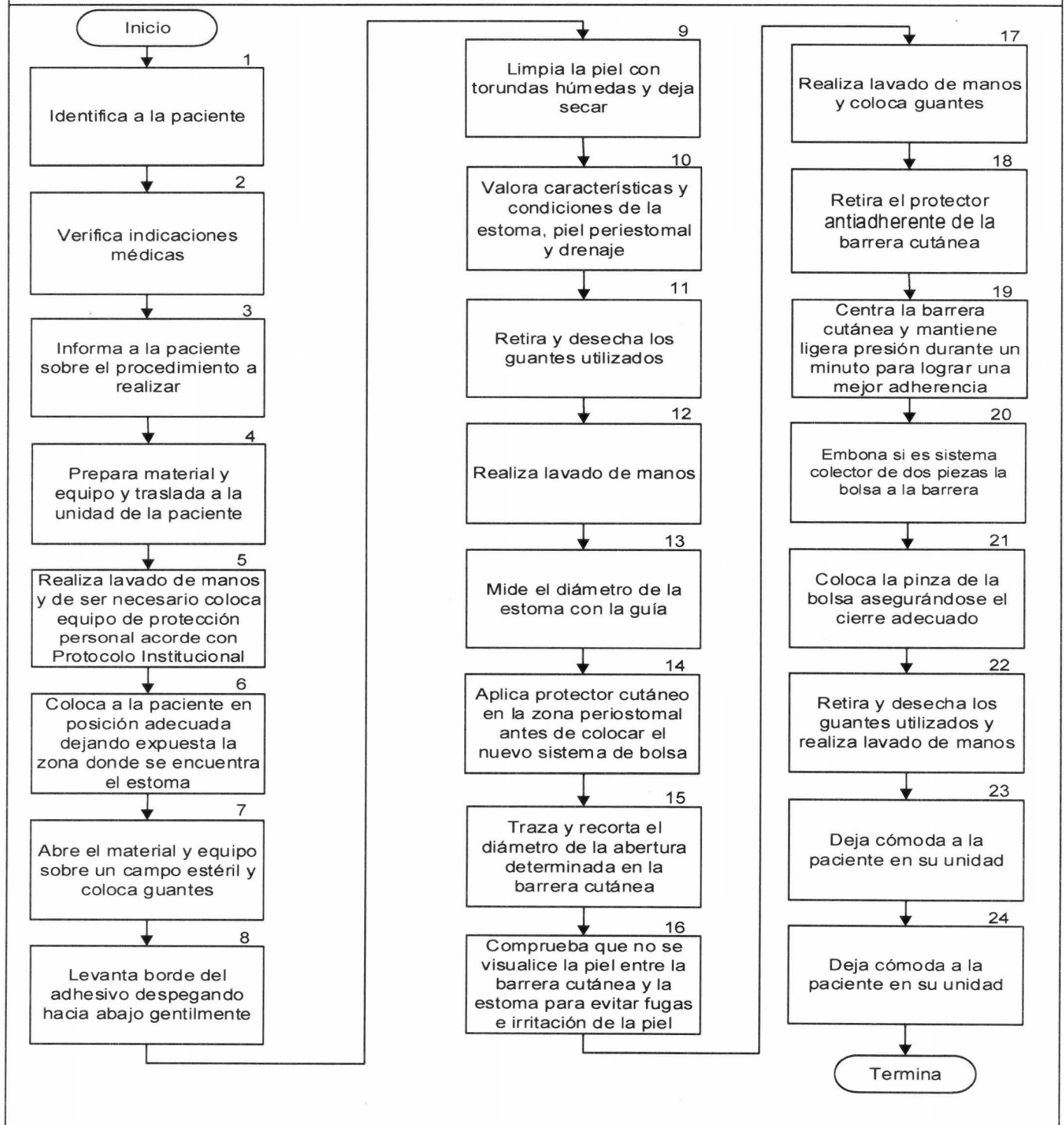
9. CUIDADOS DE ESTOMAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	19	Centra la barrera cutánea y mantiene ligera presión durante un minuto para lograr una mejor adherencia.
	20	Embona si es sistema colector de dos piezas la bolsa a la barrera.
	21	Coloca la pinza de la bolsa asegurando que cierre de manera adecuada.
	22	Retira y desecha los guantes utilizados y realiza lavado de manos.
	23	Deja cómoda a la paciente en su unidad.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento



9. CUIDADOS DE ESTOMAS

Enfermera Asistencial





9. CUIDADOS DE ESTOMAS

REFERENCIAS

- Intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niño y adulto en el segundo y tercer nivel de atención. Catalogo maestro de guías de práctica clínica ISSSTE-740-2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Tratamiento médico-nutricional del 'paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. Catalogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-646-13. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

OBJETIVO

Remover materia orgánica con un agente químico.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio.

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana:
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
 - ✓ NORMA Oficial Mexicana **NOM-016-SSA3-2012**, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Contar con material e insumos para realizar el procedimiento:
 - Detergente enzimático.
 - Recipiente de plástico o acero inoxidable.
 - Equipo de protección personal (guantes, cubre bocas, googles o careta, bata).
 - Mesa Pasteur.
 - Campo de tela.
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento acorde a protocolo institucional.
- Mantener la solución enzimática acorde a indicaciones del fabricante.

2. Del (a) enfermera (o) adscrito al servicio.

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar principio de la descontaminación.
- Conocer y aplicar las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar la solución enzimática de acuerdo a las instrucciones del fabricante.
- Conocer las precauciones y advertencias sobre el uso del detergente enzimático.
- Portar el equipo de protección personal acorde con normativa institucional.

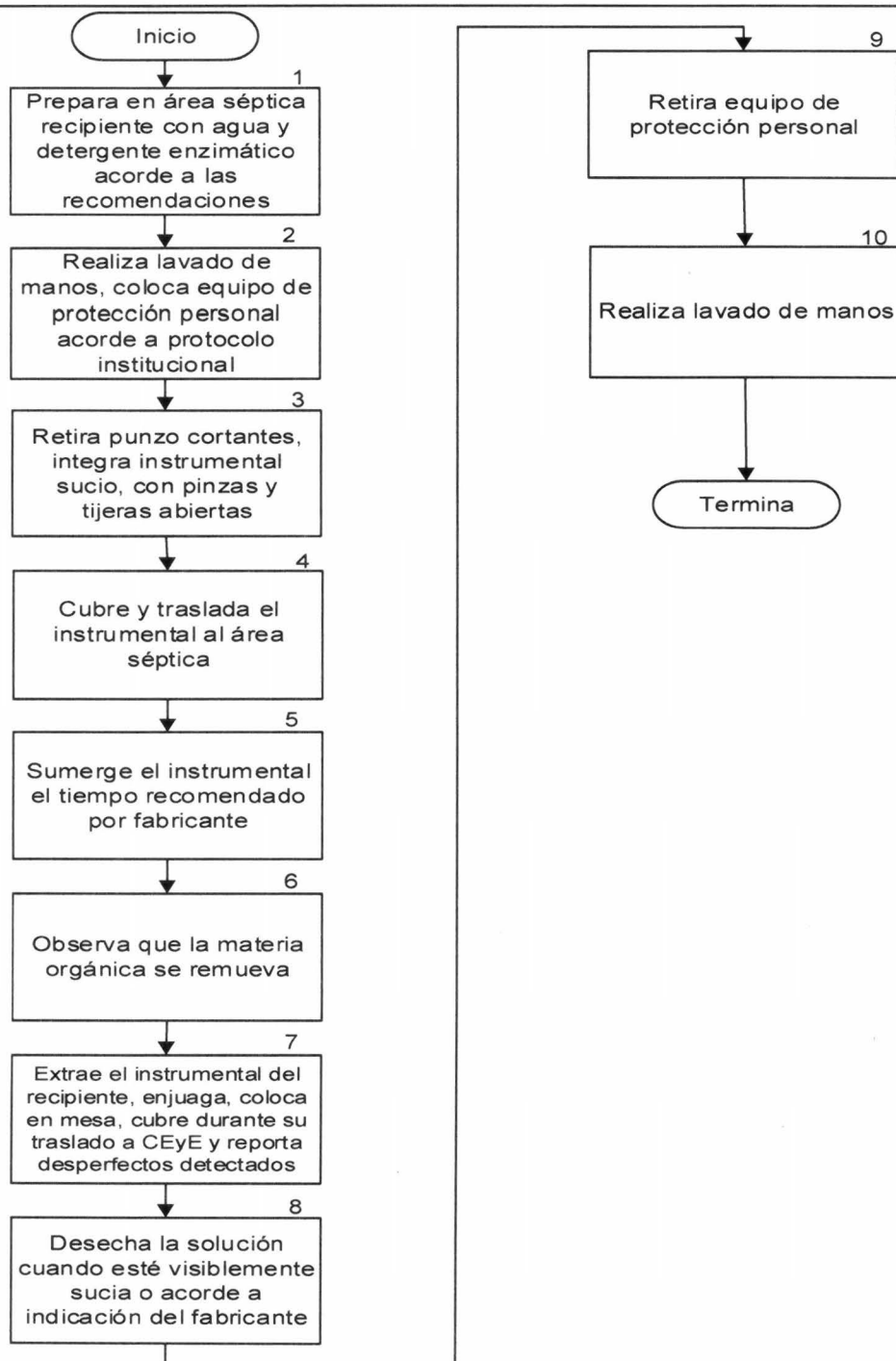


10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial, circulante o instrumentista	1	Prepara en área séptica recipiente con agua y detergente enzimático acorde a las recomendaciones del fabricante.
	2	Realiza lavado de manos, coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	3	Retira punzo cortantes, integra instrumental sucio, con pinzas y tijeras abiertas.
	4	Cubre y traslada el instrumental al área séptica.
	5	Sumerge el instrumental el tiempo recomendado por fabricante.
	6	Observa que la materia orgánica se remueva.
	7	Extrae el instrumental del recipiente, enjuaga con agua corriente, coloca en mesa Pasteur, cubre durante su traslado al servicio de CEyE y reporta desperfectos detectados.
	8	Desecha la solución cuando esté visiblemente sucia o acorde a indicación del fabricante.
	9	Retira equipo de protección personal.
	10	Realiza lavado de manos.
Termina Procedimiento		

10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

10. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL**Bibliografía**

- Lic. Coba Coronel M. Dr. Medina Dávalos D. Lic. Pons Armenteros M. Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica. Centro de Investigación en Enfermedades Zoonóticas y Tropicales. Edmundo Chiriboga. Quito, Ecuador. 2018.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4822/1/PROCEDIMIENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20AREA%20QUIRURGICA.pdf>
- De León Reyes N. Guardado Morado M. Martínez Lara J. Ambiente limpio en el quirófano y descontaminación de instrumentos quirúrgicos en ortopedia. Hospital Naval de Tampico, Tamaulipas, México. Orthotips Amot. Vol. 16, Núm. 1 Ene.-Mar. 2020. pp 16-23.
- Kotcher Fuller J. Instrumentación Quirúrgica. Principios y Prácticas 5ta Edición. (2020). Editorial: Panamericana ISBN

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Controlar la organización, recepción y reabastecimiento del carro de paro, para mantenerlo con los insumos suficientes y en óptimas condiciones, ante una emergencia o paro cardiorrespiratorio en pacientes adultas y neonatos y lograr una intervención inmediata, oportuna y precisa en las áreas clínicas en el INPer.

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación de:

1. Titular del Departamento de Gestión del Cuidado:

- Supervisar que se realice la entrega de manera oportuna de la bitácora de carro de paro verificando que cuente con los siguientes formatos:
 - ✓ Tarjeta de control de caducidades (medicamentos e insumos)
 - ✓ Formato de recepción de carro rojo
 - ✓ Formato de control de seguros
 - ✓ Formato de control de tanque de oxígeno
 - ✓ Formato de registro de emergencias adulto (áreas de hospitalización adultos, UTQ, UCIA, UTIA, Urgencias, etc). (2500-34)
 - ✓ Formato de registro de emergencias neonatales (Alojamiento Conjunto 3er y 4to piso, UCIN, UCIREN, TIMIN, Neurociencias, Urgencias, Seguimiento Pediátrico, Servicio de Radiología, Cunero de Transición)
 - ✓ Revisión de funcionalidad de desfibrilador
 - ✓ Formato de control de limpieza
 - ✓ Formato de control de carga laringoscopio
- Realizar verificaciones de manera trimestral a los carros de paro (inventario y condiciones) y notificar a la Subdirección de Enfermería el resultado de dichas verificaciones para complementar el indicador correspondiente y contribuir a establecer acciones de mejora.
- Proporcionar de manera regular las cédulas vigentes del contenido del carro de paro, una vez aprobadas por el Comité de Farmacoterapéutica.
- Observar la constante comunicación con el personal de la salud implicado en el uso del carro de paro, con la finalidad de conocer en todo momento la apertura del mismo y solicitar el llenado correcto de los formatos correspondientes.
- Apoyar al jefe del servicio en todo momento, en el seguimiento a las solicitudes de medicamentos e insumos con la finalidad de asegurar que los carros de paro se encuentren debidamente conformados.

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

2. La(el) Jefe de Servicio:

- Conocer la presente norma técnica, verificar su aplicación en los tres turnos y su disponibilidad los 365 días del año.
- Solicitar los insumos, material y equipo necesarios para el adecuado funcionamiento del carro de paro, al servicio de farmacia hospitalaria para verificar su existencia y en caso de que ésta no cuente con ellos gestionar ante el departamento de adquisiciones su compra.
- Gestionar en coordinación con el área de Farmacia Hospitalaria, ante el Departamento de Adquisiciones la compra de insumos, material y equipo faltante.
- Coordinar con Ingeniería Biomédica, la realización de prueba de funcionamiento del desfibrilador, así como el mantenimiento preventivo y correctivo.
- Coordinar con el servicio de mantenimiento, el trasvasado de tanque de oxígeno en caso necesario y su colocación.
- Designar al personal de enfermería, que deberá recibir y entregar el carro de paro.
- Coordinar con el personal encargado de servicio la recepción y entrega del carro de paro, por el personal bajo su cargo.
- Verificar que el personal bajo su cargo realice la recepción del carro de paro y lo registre en la bitácora de control. Formato (2500-37)
- Coordinar con la jefa del departamento de enseñanza cursos de capacitación en RCP dirigidos al profesional de enfermería para la atención de paciente adulto y neonato y mantener vigente su certificación como reanimador.
- Coordinar con el personal a su cargo, informe sobre los medicamentos por caducar, así como faltantes de insumos y solicitar al área de RPBI recojan los caducados previo oficio.

3. Personal adscrito al Departamento de Ingeniería Biomédica.

- Realizar mantenimiento preventivo y correctivo del equipo biomédico (desfibrilador, monitor de constantes vitales).
- Realizar registro y prueba rápida de funcionamiento del desfibrilador y colocar el trazo de prueba en formato de bitácora una vez al mes.
- Coordinar con la Jefe de Servicio las actividades anteriores.
- Contar con un programa de capacitación en el servicio, para adiestrar al personal de enfermería sobre el manejo del desfibrilador.

4. Personal adscrito al Departamento de Conservación y Mantenimiento.

- Acudir a los diferentes servicios para corroborar las condiciones de llenado de tanques de oxígeno.
- Acudir y entrar a los servicios de atención médica para corroborar las condiciones de los tanques de oxígeno.
- Realizar el cambio de tanques de oxígeno vacíos por llenos.
- Realiza el llenado del registro del mantenimiento del tanque de oxígeno en el formato 2500-40

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

- Solicitar firma en la orden de servicio por el cambio de tanque de oxígeno, como evidencia de control del trabajo realizado.

5. Personal adscrito a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria

- Gestionar ante el prestador del servicio de farmacia asignado, el surtimiento de los vales para la conformación de los carros de paro.
- Apoyar de manera aleatoria en la vigilancia de las fechas de caducidad de medicamentos y materiales de carros de paro, enlistando los próximos a caducar, solicitándole al personal responsable de enfermería, elabore el vale correspondiente para su reemplazo en el lugar correspondiente dentro del carro.
- Verificar que el prestador del servicio de farmacia asignado, reemplace con base al vale elaborado los medicamentos caducados en los carros de paro, indicado en coordinación con el personal jefe de servicio en turno.
- Observar que el prestador del servicio de farmacia asignado, solicite los medicamentos e insumos que no se encuentren disponibles en su stock para el surtimiento, soportando dicha solicitud con el requerimiento del área responsable.
- Coordinar que el prestador del servicio de farmacia asignado, entregue de manera inmediata o en un plazo no mayor a 120 minutos, el medicamento y/o insumos requeridos para la reposición en carro de paro.
- Observar que para la sustitución de los medicamentos e insumos se considere la fecha de caducidad a vencer en los tres meses próximos; para que sean canjeados por el personal de la salud asignado, por los de mayor tiempo de caducidad o en aquellos servicios donde se utilicen de manera frecuente.

6. Personal de Enfermería asistencial

- Conocer y aplicar la norma técnica.
- Contar con la preparación y/o capacitación en RCP de paciente adulto y/o neonato de acuerdo al área asignada.
- Recibir diariamente el carro de emergencia, informando a la Jefa/e de servicio el déficit o falta de insumos, fármacos, medicamentos caducados y mal funcionamiento del equipo biomédico y carro de paro.
- Realizar limpieza profunda del carro de paro de acuerdo a la normativa establecida.
- Conocer el manejo del equipo biomédico (desfibrilador, monitor, carro de paro).
- Verificar que la carga del mango de laringoscopio (si aplica) se realice acorde a las recomendaciones del personal de ingeniería biomédica haciendo el registro correspondiente en el formato "CARRO ROJO. Control de carga para mango de laringoscopio"
- Verificar que el personal de ingeniería biomédica realice la prueba de funcionamiento del desfibrilador.
- Coordinar con el personal de mantenimiento que acuda a los servicios clínicos, para el llenado de tanques de oxígeno.
- Verificar que el carro de paro contenga el seguro y se encuentre cerrado.
- Verificar que el carro de paro contenga bitácora de recepción.

7. Prestador del Servicio de Farmacia asignado.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

**11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

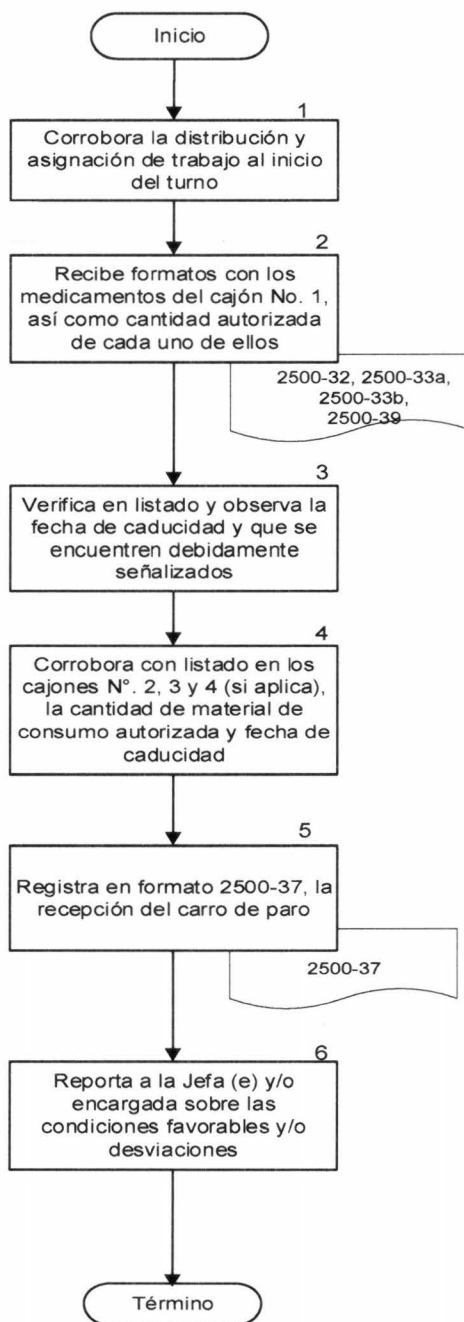
- Acudir diariamente a los servicios indicados que cuentan con carro de paro para verificar los medicamentos e insumos contenidos en los mismos, en caso de encontrar faltantes o caducados, deberá comunicar al personal de enfermería encargado del servicio para que elabore el vale de salida correspondiente y esté en posibilidad de surtir lo necesario.
- Evitar en todo momento la entrega de medicamentos con fecha de caducidad menor a tres meses.
- Notificar al Jefe de servicio y a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria cuando en el stock del prestador del servicio no se cuente o este próximo a quedar en ceros en stock, el medicamento o insumo requerido para abastecer los carros de paro, y coordine con el área de enfermería en tiempo y forma la adquisición de los mismos.
- Etiquetar al momento de reabastecer los medicamentos o insumos con coloración verde, amarilla o roja, para señalar su fecha de caducidad.
- Realizar el abastecimiento de medicamentos de manera inmediata a la recepción del vale de salida o en un tiempo no mayor a 120 min.

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN DE CARRO DE PARO
Personal de Enfermería asistencial	1	Corrobora la distribución y asignación de trabajo al inicio del turno.
	2	Recibe con los formatos Carro Rojo (Adultos), Carro Rojo (Neonatos), Carro Rojo (UCIA), Carro Rojo "Adulto-Neonato"; Carro Rojo Adulto-Neonato-Pediátrico los medicamentos del cajón No. 1, así como cantidad autorizada de cada uno de ellos. • 2500-32 • 2500-33^a • 2500-33b • 2500-39
	3	Verifica en listado y observa la fecha de caducidad de cada uno de los medicamentos y que se encuentren señalizados con etiquetas color, verde, amarillo y / o rojo. • Etiqueta roja; menos de 3 meses • Etiqueta amarilla; 3 meses 1 día a 12 meses • Etiqueta verde; más de 1 año.
	4	Corrobora con listado en los cajones N°. 2, 3 y 4 (si aplica), la cantidad de material de consumo autorizada y fecha de caducidad.
	5	Registra en formato Carro Rojo "Hoja de Recepción", la recepción del carro de paro. • 2500-37
	6	Reporta con la Jefa (e) y/o encargada sobre las condiciones favorables y/o desviaciones de recepción del carro de emergencia.
Termina Procedimiento		

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN DE CARRO DE PARO Personal de Enfermería Asistencial



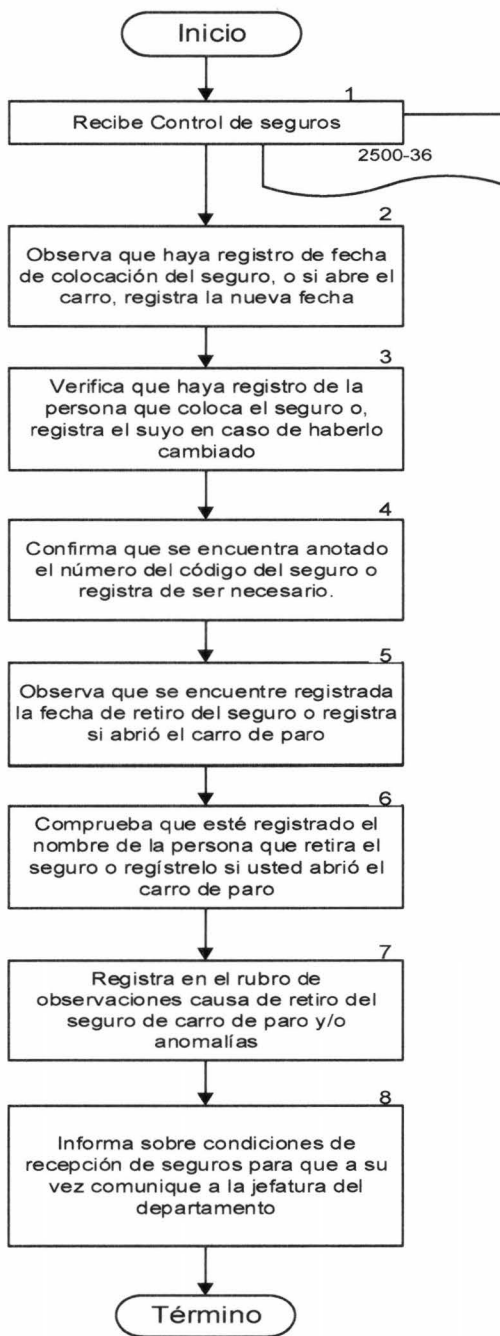


**11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN CONTROL DE SEGUROS
Personal de Enfermería asistencial	1	Recibe con el formato "Control de seguros". 2500-36
	2	Observa que haya registro de fecha de colocación del seguro o, si abre el carro; registra la nueva fecha.
	3	Verifica en presencia del personal del prestador del servicio de farmacia asignado, que haya registro de la persona que coloca el seguro o, registra el suyo en caso de haberlo cambiado.
	4	Confirma que se encuentra anotado el número del código del seguro o registra de ser necesario, y registra observaciones si aplica.
	5	Observa que se encuentre registrada la fecha de retiro del seguro o registra si abrió el carro de paro.
	6	Comprueba que esté registrado el nombre de la persona que retira el seguro o regístrelo si usted abrió el carro de paro.
	7	Registra en el rubro de observaciones causa de retiro del seguro de carro de paro y/o anomalías.
	8	Informa a Jefa / e y/o encargada / o de servicio sobre condiciones de recepción de seguros para que a su vez comunique a la jefatura del departamento.
Termina Procedimiento		

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN CONTROL DE SEGUROS Personal de Enfermería Asistencial



11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

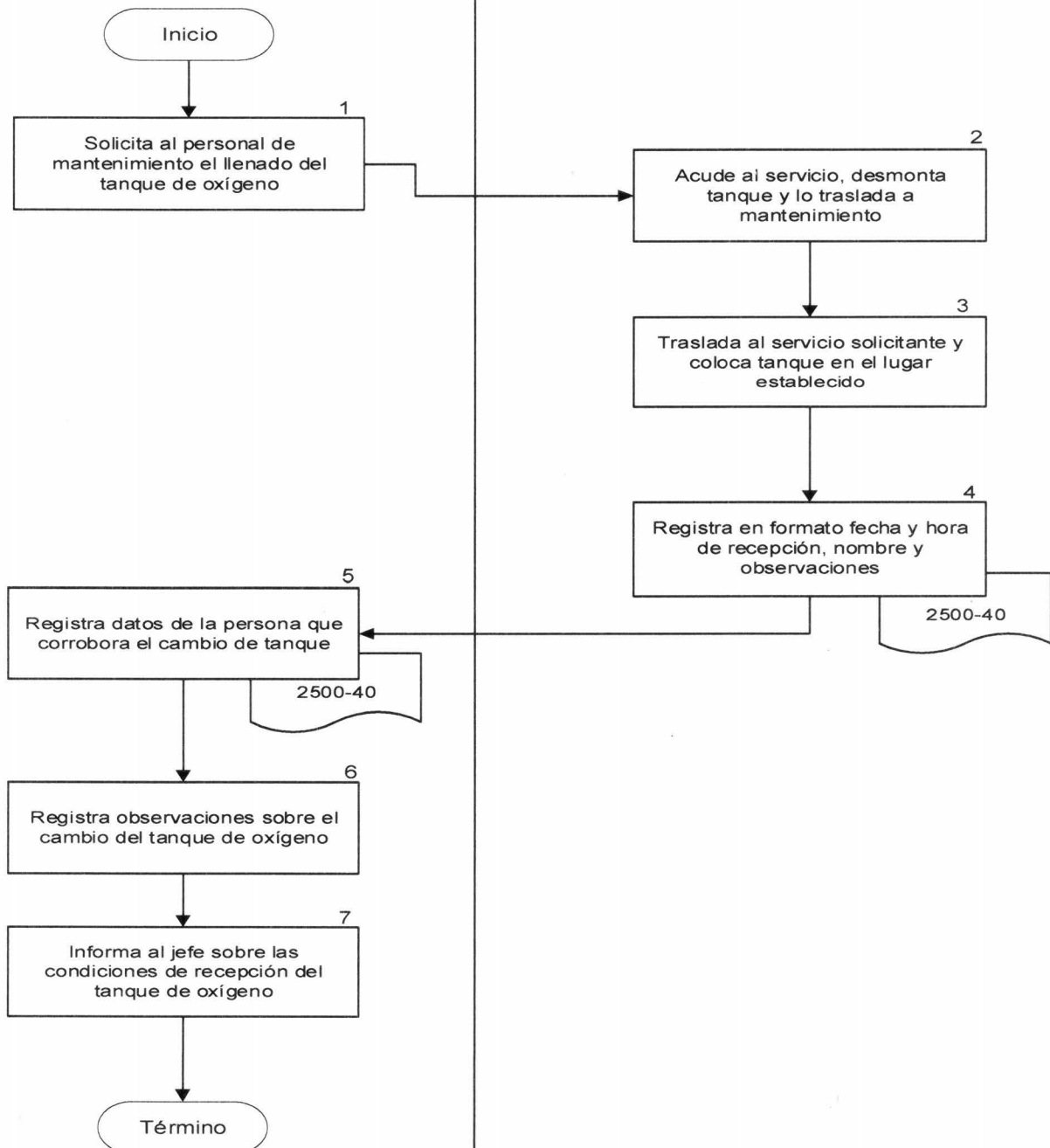
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN CONTROL DE LLENADO DE TANQUES DE OXÍGENO
Enfermera asistencial	1	Solicita al personal de mantenimiento el llenado del tanque de oxígeno.
Personal de mantenimiento	2	Acude (áreas abiertas) y entra al servicio (terapias neonatales); desmonta el tanque de oxígeno y traslada al área de mantenimiento, para su cambio.
	3	Traslada al servicio solicitante y, coloca el tanque de oxígeno en el lugar establecido del carro de paro.
	4	Registra en formato Carro Rojo "Control de Llenado de Tanque de Oxígeno", fecha y hora de recepción de tanque de oxígeno, nombre y observaciones. • 2500-40
Enfermería asistencial	5	Registra datos de la persona que corrobora el cambio del tanque de oxígeno. • 2500-40
	6	Registra alguna observación en la recepción o cambio del tanque de oxígeno del carro de paro.
	7	Informa a Jefa (e) y/o encargada de servicio sobre condiciones de recepción del tanque de oxígeno. Termina procedimiento

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN CONTROL DE LLENADO DE TANQUES DE OXÍGENO

Enfermera asistencial

Personal de mantenimiento





11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

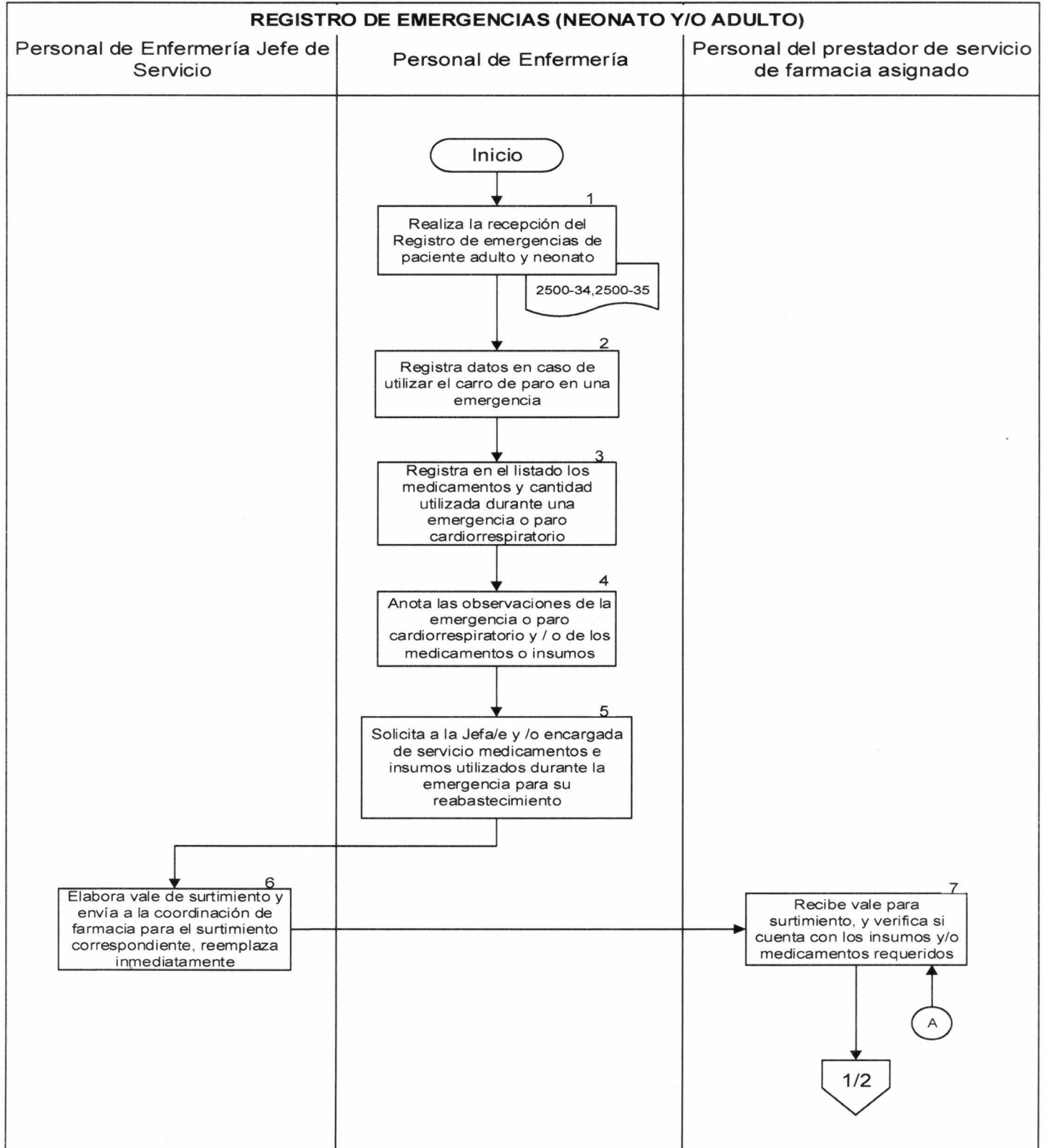
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN REGISTRO DE EMERGENCIAS (NEONATO Y/O ADULTO)
Personal de Enfermería	1	Realiza la recepción del formato Carro Rojo "Registro de Emergencias (Adultos)", Carro Rojo "Registros de Emergencias (Neonatos)". • 2500-34 • 2500-35
	2	Registra en caso de utilizar el carro de paro en una emergencia, los siguientes datos: • Servicio • Fecha (día, mes, año). • Datos del Paciente: - Nombre de la / el paciente - Fecha de nacimiento - Hora de nacimiento (neonato) - Sexo • No. de registro • Número de cama • Diagnóstico del paciente. • Datos de emergencia: - Hora de inicio de la atención. - Hora de término de la atención. - Médico / a responsable de la atención - Enfermera/o responsable de la asistencia.
	3	Registra en el listado los medicamentos y cantidad utilizada, durante una emergencia o paro cardiorrespiratorio.
	4	Anota las observaciones de la emergencia o paro cardiorrespiratorio y / o de los medicamentos o insumos.
	5	Solicita a la Jefa/e y /o encargada de servicio medicamentos e insumos utilizados durante la emergencia para su reabastecimiento.



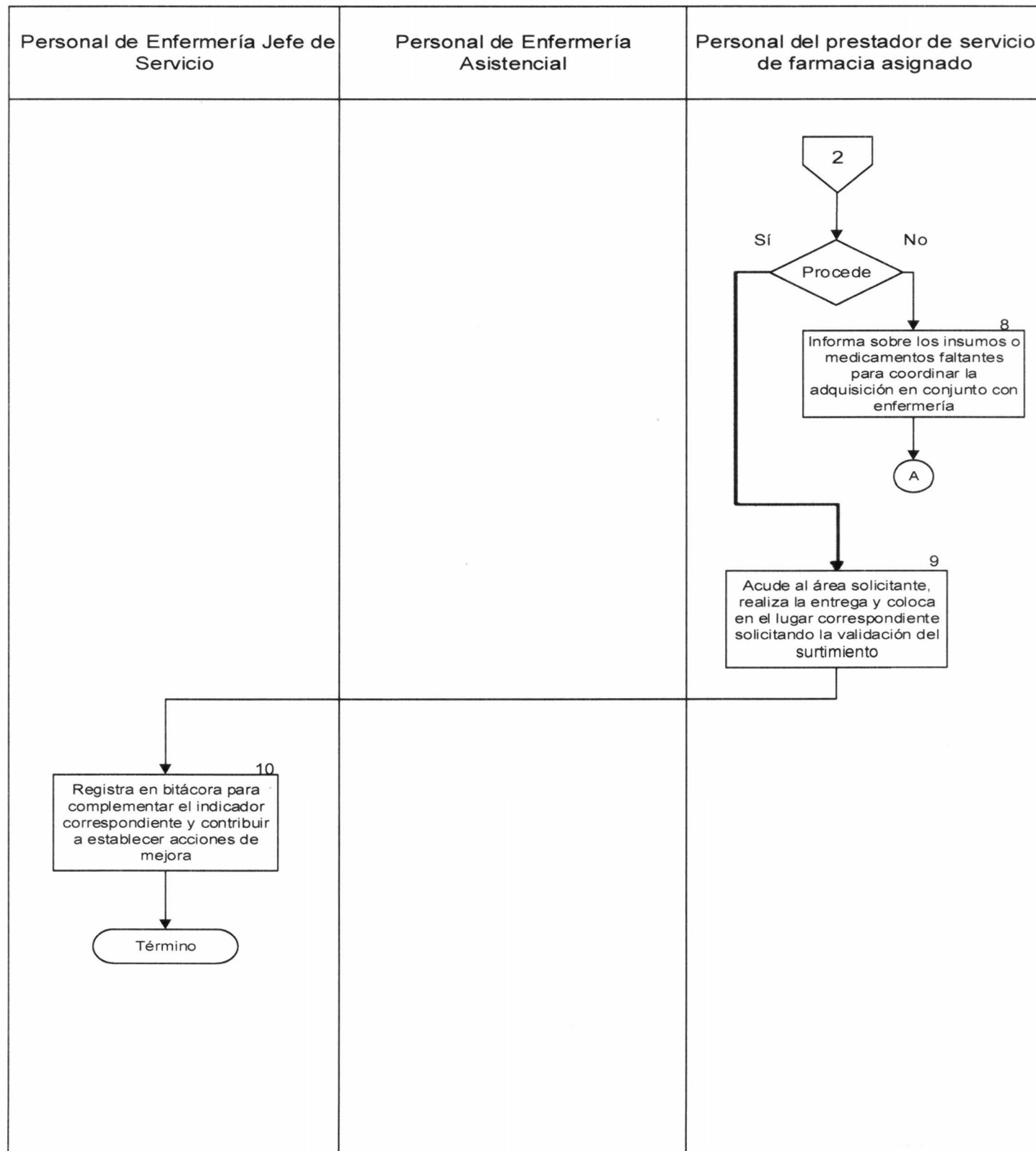
11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN REGISTRO DE EMERGENCIAS (NEONATO Y/O ADULTO)
Personal de Enfermería Jefe de Servicio	6	Elabora vale de surtimiento con base a lo indicado por el personal de enfermería y envía a la coordinación de farmacia para el surtimiento correspondiente. reemplaza inmediatamente después de la emergencia o paro cardiorrespiratorio
Personal del prestador de servicio de farmacia asignado	7	Recibe vale para surtimiento, y verifica si cuenta con los insumos y/o medicamentos requeridos.
	8	¿Procede? No: Informa a la coordinación de Farmacia Hospitalaria sobre los insumos o medicamentos faltantes para que coordine la adquisición en conjunto con enfermería. Regresa actividad N°.7.
	9	Sí: Acude al área solicitante, realiza la entrega y coloca en el lugar correspondiente, solicitando al personal de enfermería Jefe de Servicio la validación del surtimiento.
Personal de Enfermería Jefe de Servicio	10	Registra en bitácora para complementar el indicador correspondiente y contribuir a establecer acciones de mejora. Termina procedimiento

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

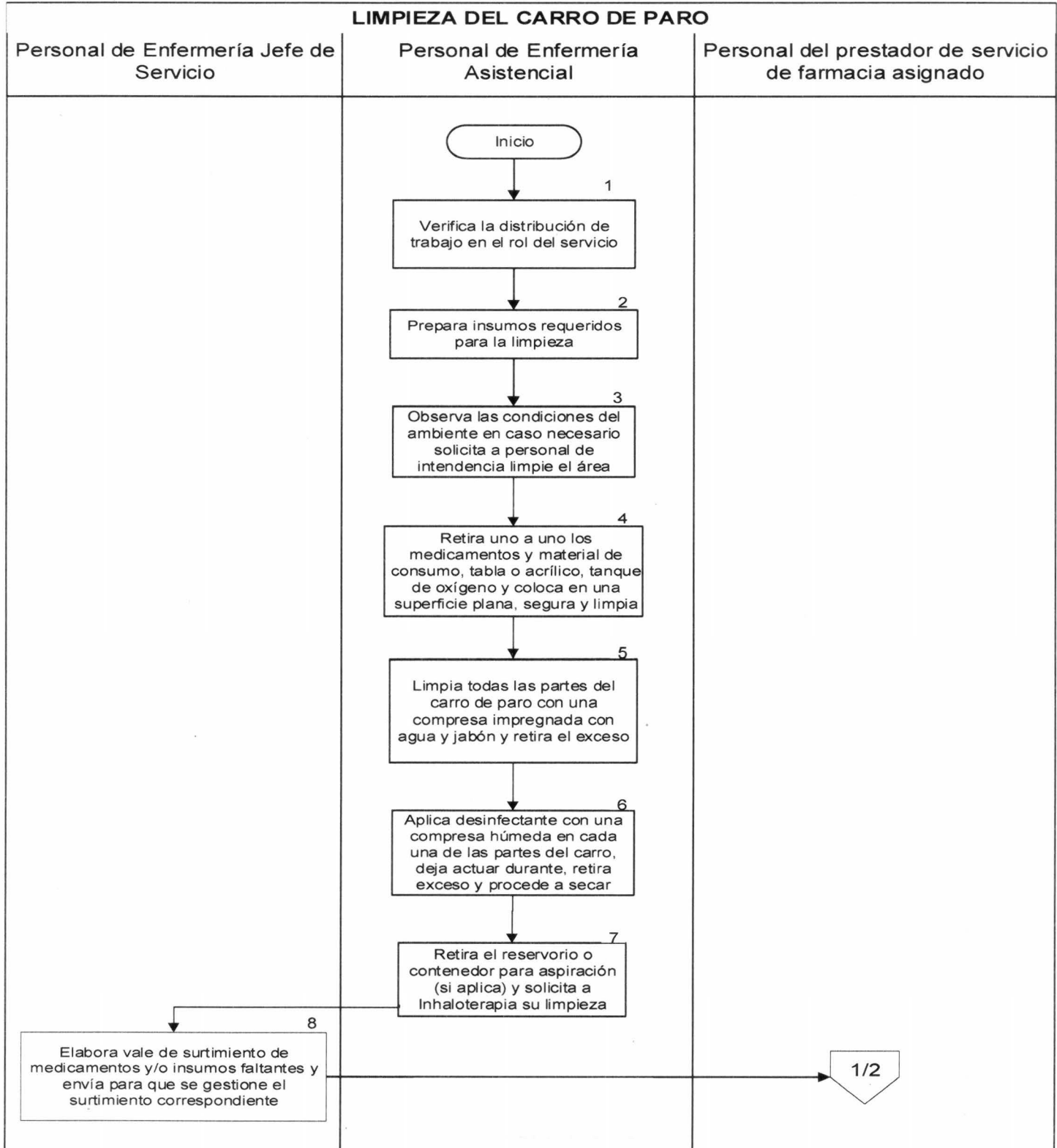
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO
Personal de Enfermería asistencial	1	Verifica la distribución de trabajo en el rol del servicio.
	2	Prepara insumos requeridos para la limpieza (compresas, solución desinfectante o jabón, guantes, mesa Pasteur)
	3	Observa las condiciones del ambiente (limpieza de área física de mesas de trabajo) en caso necesario solicita a personal de intendencia limpie el área.
	4	Retira uno a uno los medicamentos y material de consumo, tabla o acrílico, tanque de oxígeno y coloca en una superficie plana, segura y limpia.
	5	Limpia todas las partes del carro de paro con una compresa impregnada con agua y jabón y retira el exceso.
	6	Aplica el desinfectante con una compresa húmeda en cada una de las partes del carro de paro, deja actuar durante un minuto, retira exceso con una compresa húmeda y procede a secar
	7	Retira el reservorio o contenedor para aspiración (si aplica) y solicita a Inhaloterapia su limpieza.
Personal de Enfermería Jefe de Servicio	8	Elabora vale de surtimiento de medicamentos y/o insumos faltantes o con próxima fecha a caducar y envía a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria para que gestione con el prestador del servicio de farmacia asignado, el surtimiento correspondiente.
Personal del prestador de servicio de farmacia asignado	9	Recibe vale para surtimiento, y verifica si cuenta con los insumos y/o medicamentos requeridos. ¿Procede?
	10	No: Informa a la coordinación de Farmacia Hospitalaria sobre los insumos o medicamentos faltantes para coordinar la adquisición en conjunto con enfermería. Regresa actividad N° 9.
	11	Sí: Acude al área solicitante, realiza la entrega y coloca uno a uno los medicamentos e insumos en el sitio correcto, colocando etiquetas verde, amarilla o roja en los medicamentos o insumos, para señalar su fecha de caducidad.

**11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

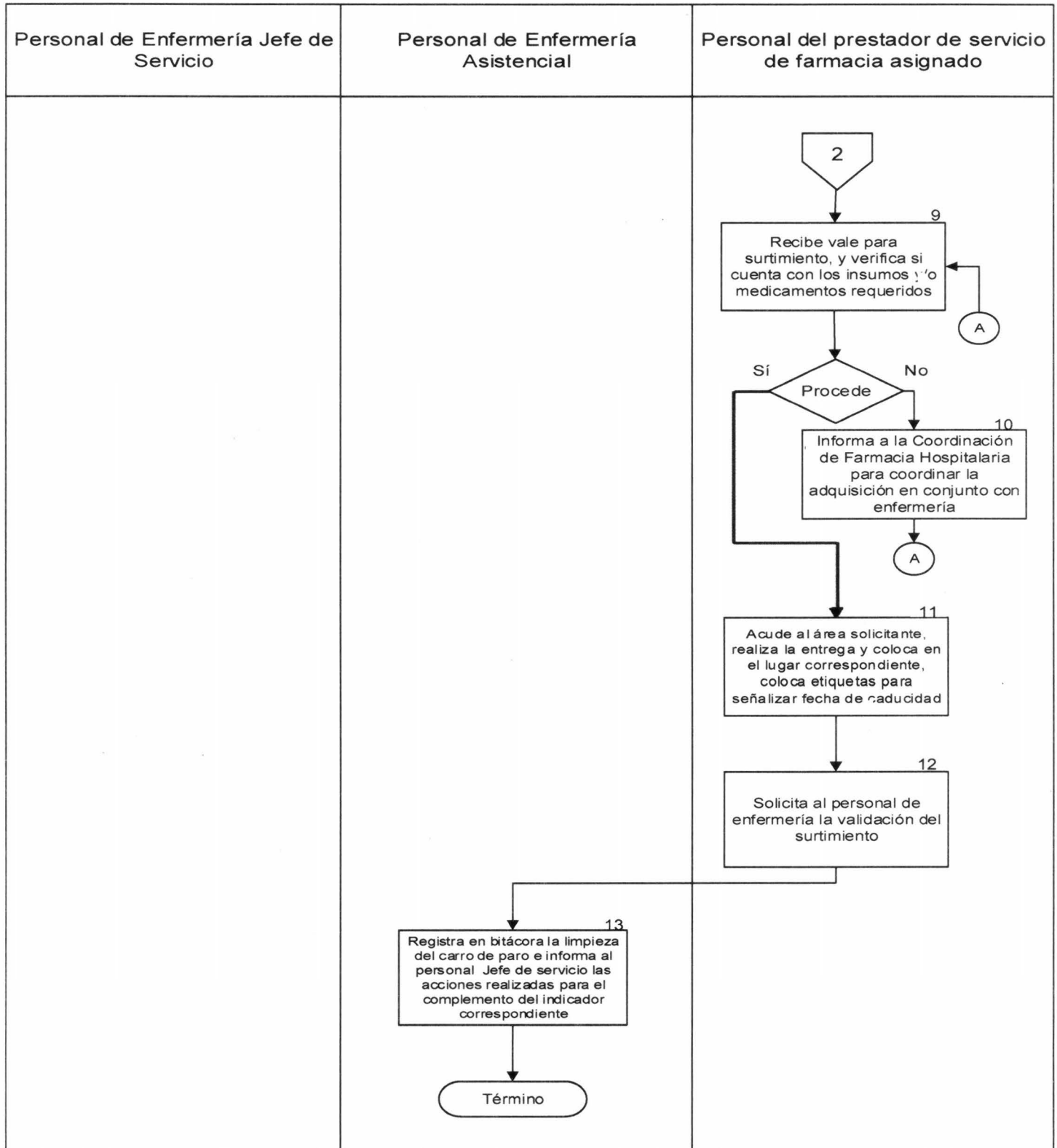
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO
Personal del prestador de servicio de farmacia asignado	12	Solicita al personal de enfermería la validación del surtimiento.
Personal de Enfermería asistencial	13	Registra en bitácora la limpieza del carro de paro e informa al personal Jefe de servicio las acciones realizadas para el complemento del indicador correspondiente. Termina procedimiento

11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO



11. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

12. ENLACE DE TURNO

12. ENLACE DE TURNO

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

12. ENLACE DE TURNO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Guiar, normar y estandarizar las actividades del profesional de enfermería para el intercambio de información y realización de actividades técnico-administrativas entre dos turnos de trabajo con la finalidad de proporcionar una prestación continua, oportuna y de calidad en pro de la seguridad del paciente.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

12. ENLACE DE TURNO**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****Será obligación:****1. Del Jefe/a Servicio**

- Supervisar que el personal a su cargo conozca y aplique correctamente los conceptos básicos de enlace de turno:
 - Atención continua: cuidados de enfermería brindados de manera ininterrumpida.
 - Trabajo continuo: prestación de servicios acorde a los horarios y ubicación que se determinan en el marco legal que rige la institución.
 - Pendiente: cuidados, responsabilidad de enfermería que por falta o limitación en los recursos técnicos, materiales y/o humanos no fueron llevados a cabo dentro del horario de trabajo y que deben ser subsanados en el continuo del siguiente turno, sin poner en riesgo la vida, funcionamiento o bienestar de los pacientes.
 - Omisión: se refiere a los cuidados, responsabilidad de enfermería, que por error involuntario no fueron llevados a cabo en tiempo y forma dentro del horario de trabajo y deben ser subsanados en el continuo del siguiente turno; que pueden poner en riesgo la vida, funcionamiento o bienestar de los y las pacientes, por lo tanto son susceptibles de ser sancionados de acuerdo a la normatividad institucional.
 - Integración en la atención: es la prestación de cuidados de enfermería brindada por ambos turnos (entrante-saliente) que se basa en la jerarquización de las necesidades del paciente, para priorizar las intervenciones que limiten o disminuyan el riesgo que representan para su vida funcionamiento y bienestar.
 - Jerarquizar el cuidado enfermero: ordenar las necesidades de los pacientes de acuerdo a los riesgos que implica para la vida, el funcionamiento o el bienestar.
 - Priorizar el cuidado enfermero: dar preferencia en la elección de intervenciones o actividades que cubran las necesidades de los pacientes.
 - Entrega-Recepción de pacientes.
 - Entrega -Recepción de material, equipo e insumos controlados
- Priorizar y detectar oportunamente las necesidades reales y potenciales de los usuarios de los

12. ENLACE DE TURNO

servicios para brindar atención oportuna y eficaz.

- Establecer un ambiente laboral armónico a través de la comunicación asertiva y fomentar relaciones humanas cordiales del profesional de enfermería.
- Proveer y disponer oportunamente del material y equipo indispensable para la prestación de servicios de enfermería a los usuarios de los servicios
- Integrar las políticas, normas, reglamentos y códigos Institucionales en la prestación de servicios de enfermería
- Organizar la Entrega-Recepción del personal operativo
- En caso de dudas o desacuerdos sobre la priorización de intervenciones entre el personal asistencial de ambos turnos, decidir de mutuo acuerdo la división de intervenciones y asignarlas
- Establecer las medidas disciplinarias contempladas en las Condiciones Generales de Trabajo, en caso de que el personal asistencial no cumpla en tiempo y forma con sus obligaciones dentro del enlace de turno.
- Verificar que se cuente en todo momento con los insumos necesarios para proporcionar atención oportuna
 - ✓ Documentos administrativos:
 - ✓ Registros clínicos de enfermería
 - ✓ Indicaciones médicas
 - ✓ Rol de asignación de pacientes
 - ✓ Rol para recepción de material

2. Del Profesional de Enfermería asistencial

- Disponer oportunamente del material y equipo indispensable para la prestación de los servicios de enfermería para brindar atención oportuna y eficaz.
- Realizar higiene de manos de acuerdo a los lineamientos establecidos dentro del instituto en la Política de Calidad Acción Esencial N° 5 Reducir el Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y conforme a la Organización de Mundial de la Salud (OMS).
- Preparar anticipadamente el enlace de turno para que este se lleve a cabo de manera eficaz y oportuna.
- Llevar a cabo la recepción de material, equipo e insumos y notificación de faltantes dentro del siguiente horario:

Matutino- Vespertino: 14:00 a 14:15 h

Vespertino- Nocturno: 20:00 a 20:15 h

Nocturno- Matutino: 07:00 a 07:15 h

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

12. ENLACE DE TURNO

- Realizar la Entrega-Recepción de pacientes e integración del cuidado de Enfermería de forma ininterrumpida de acuerdo a la distribución realizada por la jefe y/o encargada de servicio en el siguiente horario:

Matutino- Vespertino: 14:15 a 14:35 h

Vespertino- Nocturno: 20:15 a 20:35 h

Nocturno- Matutino: 07:15 a 07:35 h

- Dar cumplimiento a cualquier indicación médica que se genere dentro del horario de entrega-recepción de pacientes, de forma colaborativa (enfermera entrante- enfermera saliente) garantizando la calidad de la prestación de los servicios de enfermería de forma continua.
- Realizar la entrega o aclaración de faltantes de material y equipo (ya notificado dentro del horario de recepción de material) dentro del siguiente horario:

Matutino- Vespertino: 14:35 a 14:45 h

Vespertino- Nocturno: 20:35 a 20:45 h

Nocturno- Matutino: 07:35 a 07:45 h

- Realizar el vale correspondiente, llenando el formato Solicitud de Equipo Médico (2011-02), en caso de faltantes de material, equipo o insumos
- Establecer un ambiente laboral armónico a través de la comunicación asertiva y fomento de relaciones humanas cordiales del profesional de enfermería.
- Integrar las políticas, normas, reglamentos y códigos Institucionales en la prestación de servicios de enfermería.
- Proveer turno saliente a la Enfermera Jefe y/ o Encargada de Servicio del turno entrante, mediante el formato de Informe del turno saliente, lo enlistado a continuación:
 - Condiciones generales en que se entrega a las y los pacientes.
 - Eventos relevantes en la atención de enfermería de acuerdo al estado clínico de los pacientes, incluidos cuidados, pendientes u omisiones en la atención y que deben estar contenido en los registros clínicos de enfermería.
 - Disposición de recursos técnicos, materiales y físicos para la atención de enfermería.
 - Instrumentos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, hoja de registros de ingresos y egresos de paciente).
 - Insumos de control estricto.
- Solicitar turno entrante a la Enfermera Jefe y/ o Encargada de Servicio del turno saliente, mediante el formato Solicitud de información del turno entrante, lo enlistado a continuación:
 - Aclaración de dudas sobre la atención brindada por el personal asistencial de enfermería y sobre la disposición de los recursos físicos y materiales.
 - Verificación que los registros clínicos de enfermería contengan los aspectos relevantes del cuidado enfermero.
 - Elaboración de elementos administrativos de control y organización del servicio (hoja de

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

12. ENLACE DE TURNO

trabajo, censo diario, registro de ingresos/egresos, recetarios).

- Insumos de control estricto.
- Llevar a cabo lo establecido en la Política de Calidad Acción Esencial N° 2 Comunicación Efectiva, en caso de recibir indicaciones médicas vía verbal o telefónica.
- Realizar anotaciones en los registros clínicos de enfermería correspondientes (2500-20), con base en lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012. Del expediente clínico y Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud y acorde a las disposiciones institucionales.

12. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe y/ o Encargada de Servicio	1	Realiza la distribución de pacientes para la entrega - recepción del personal asistencial, de acuerdo al rol del servicio
	2	Lleva a cabo la entrega - recepción de pacientes a través de un recorrido por el servicio, resaltando las observaciones específicas en aquellos pacientes que lo ameriten.
Personal de Enfermería (turno entrante)	3	Solicita turno entrante (quien recibe) a Personal de Enfermería del turno saliente, lo enlistado a continuación: - Aclaración de dudas sobre la atención brindada por el personal asistencial de enfermería y sobre la disposición de los recursos físicos y materiales. - Verifica que los registros clínicos de enfermería contengan los aspectos relevantes del cuidado enfermero.
Personal de Enfermería (turno saliente)	4	Informa turno saliente (quien entrega) a Personal de Enfermería del turno entrante, lo enlistado a continuación: - Condiciones generales en que se entrega a las y los pacientes. - Eventos relevantes en la atención de enfermería de acuerdo al estado clínico de los pacientes, incluidos cuidados pendientes u omisiones en la atención y que deben estar contenido en los registros clínicos de enfermería. - Disposición de recursos técnicos, materiales y físicos para la atención de enfermería. - Instrumentos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, hoja de registros de ingresos y egresos de paciente). Insumos de control estricto. - Elabora elementos administrativos de control y organización del servicio (hoja de trabajo, censo diario, registro de ingresos/egresos, recetarios) Insumos de control estricto
Personal de Enfermería (turno entrante)	5	Realiza la recepción de material y equipo de acuerdo a la distribución realizada por la (el) jefe de servicio.

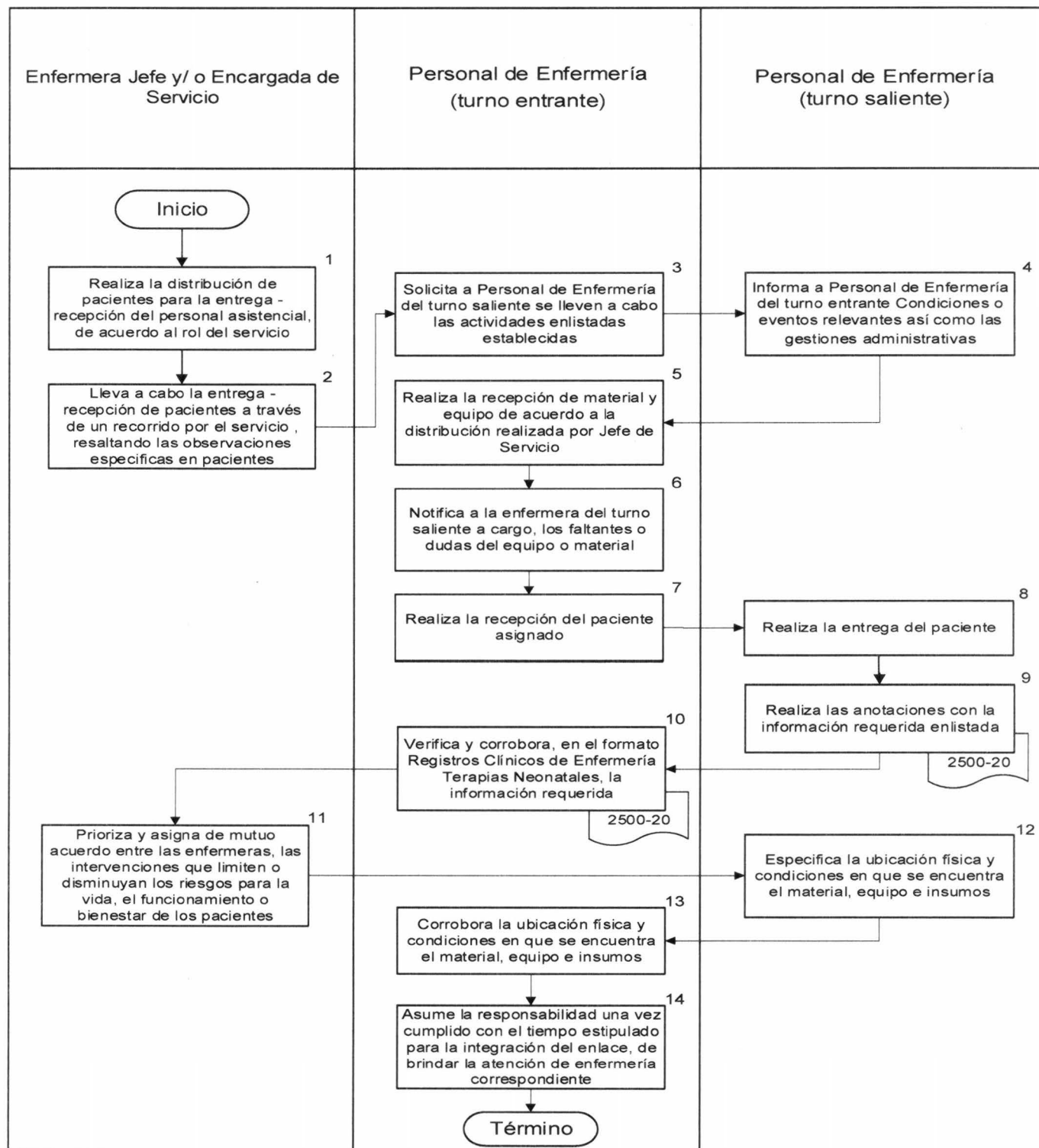
12. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Enfermería (turno entrante)	6	Notifica a la enfermera del turno saliente a cargo, los faltantes o dudas del equipo o material.
	7	Realiza la recepción del paciente asignado.
Personal de Enfermería (turno saliente)	8	Realiza la entrega del paciente
	9	Realiza las anotaciones en el formato de Registros Clínicos de Enfermería Terapias Neonatales (2500-20), con la información requerida mencionada a continuación: • Identificación • Diagnóstico y tratamiento médico • Condiciones en que recibió al paciente • Cumplimiento del tratamiento médico • Cuidados específicos de enfermería proporcionados durante el turno. • Eventos relevantes, incluidos cuidados pendientes u omisiones en la atención. • Condiciones en que se entrega al paciente.
Personal de Enfermería (turno entrante)	10	Verifica y corrobora en el formato Registros Clínicos de Enfermería Terapias Neonatales (2500-20), la información requerida mencionada a continuación: • Identificación, diagnóstico y tratamiento médico, condiciones de drenajes, sondas etc. • Condiciones en que se recibió al paciente, cumplimiento del tratamiento médico, cuidados específico brindados y condiciones de entrega, así como cuidados pendientes u omisiones. • Recibe material, equipo e insumos de acuerdo a la asignación realizada por la enfermera Jefe de Servicio y/o encargada.

12. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe y/ o Encargada de Servicio	11	Prioriza y asigna de mutuo acuerdo entre las enfermeras, las intervenciones que limiten o disminuyan los riesgos para la vida, el funcionamiento o bienestar de las y los pacientes; por lo cual deben ser realizadas de manera inmediata, de acuerdo a la complejidad y tiempo de realización del o los procedimientos y considerando el tiempo estipulado para la integración del enlace.
Personal de Enfermería (turno saliente)	12	Especifica la ubicación física y condiciones en que se encuentra el material, equipo e insumos.
Personal de Enfermería (turno entrante)	13	Corroborar la ubicación física y condiciones en que se encuentra el material, equipo e insumos.
	14	Asume la responsabilidad una vez cumplido con el tiempo estipulado para la integración del enlace, de brindar la atención de enfermería correspondiente.
		Termina Procedimiento

12. ENLACE DE TURNO





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

OBJETIVO

Garantizar un dispositivo de acceso venoso periférico para la terapia de infusión con fines diagnósticos y terapéuticos.

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio.

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
- Conocer políticas propias del instituto.
- Conocer las precauciones estándar de acuerdo a la OMS.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS).
- Conocer el indicador nacional de vigilancia y control de infecciones en venoclisis instalada.
- Conocer el protocolo nacional para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente.
- Conocer las recomendaciones nacionales sobre mejores prácticas en el manejo de los catéteres venosos periféricos cortos.
- Conocer el manual nacional para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión Intravascular en México.
- Garantizar que el servicio cuente con el material suficiente para realizar el procedimiento.
 - Mesa Pasteur.
 - Solución para infundir.
 - Equipo de infusión.
 - Conectores (llave de tres vías, extensión trifurcada, extensión corta o larga).
 - Catéter venoso periférico (16 G, 18 G o 20 G)
 - Cubre bocas.
 - Guantes estériles.
 - Gasas estériles.
 - Torundas.
 - Antiséptico con el que cuente la institución.
 - Ligadura
 - Fijación acorde a la normativa y material institucional.
 - Contenedor de RPBI y contenedor para basura municipal.

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

1. De la enfermera asistencial.

- Conocer y aplicar la Normatividad Oficial Mexicana previamente mencionados.
- Conocer las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer anatomía y fisiología del sistema vascular.
- Mantener la individualidad del paciente y proporcionar trato digno.
- Mantener la técnica aséptica.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.
- Coloca la cama en posición adecuada y mantiene en todo momento la seguridad del paciente.

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

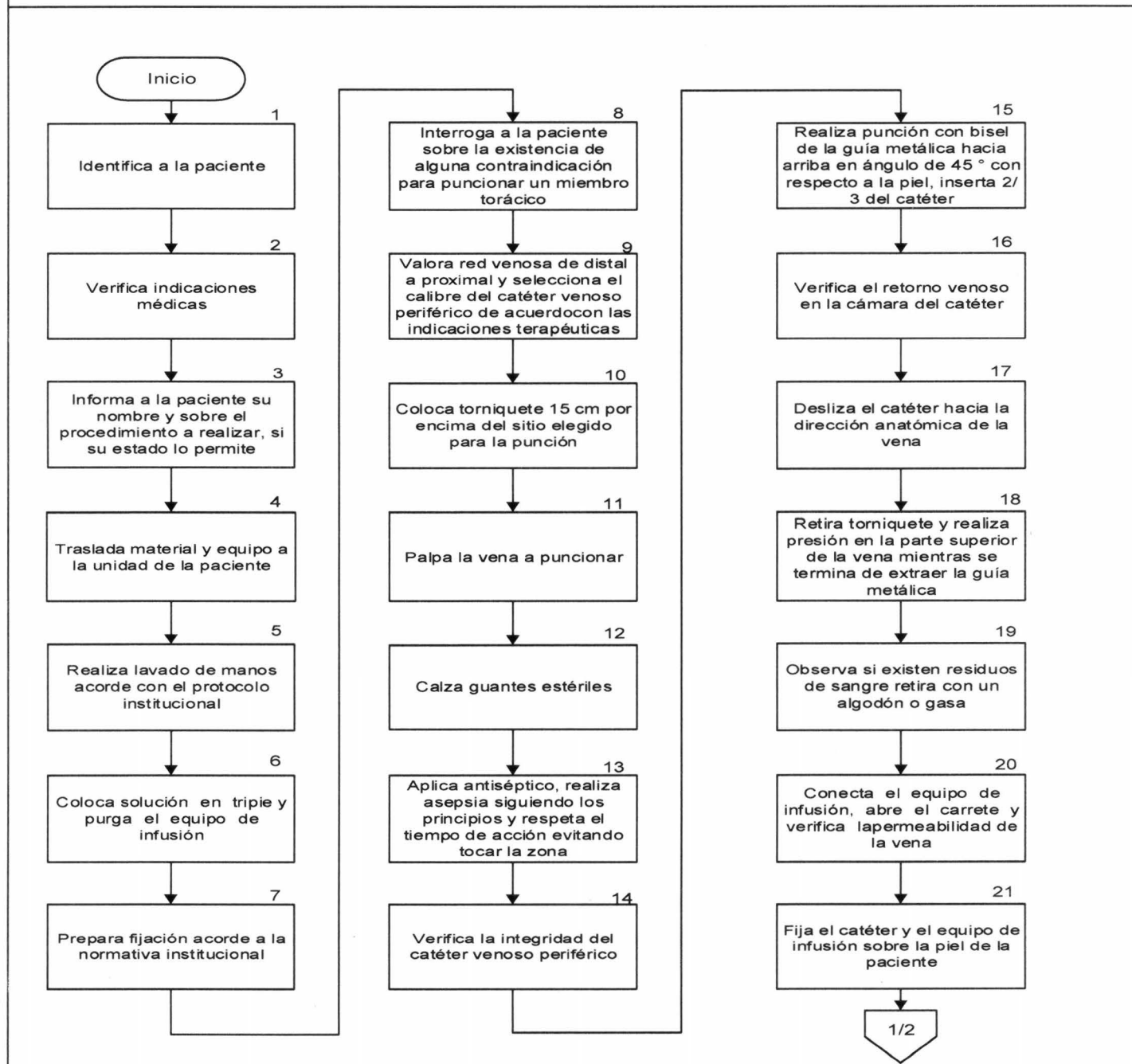
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente su nombre y sobre el procedimiento a realizar, si su estado lo permite.
	4	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos acorde con el protocolo institucional.
	6	Coloca solución en tripie y purga el equipo de infusión.
	7	Prepara fijación acorde a la normativa institucional. *ver anexo
	8	Interroga a la paciente sobre la existencia de alguna contraindicación para puncionar un miembro torácico.
	9	Valora red venosa de distal a proximal y selecciona el calibre del catéter venoso periférico de acuerdo con las indicaciones terapéuticas.
	10	Coloca torniquete 15 cm por encima del sitio elegido para la punción.
	11	Palpa la vena a puncionar.
	12	Calza guantes estériles.
	13	Aplica antiséptico, realiza asepsia siguiendo los principios y respeta el tiempo de acción evitando tocar la zona.
	14	Verifica la integridad del catéter venoso periférico.
	15	Realiza punción con bisel de la guía metálica hacia arriba en ángulo de 45 ° con respecto a la piel de la paciente, inserta 2/3 del catéter. *Para venas bifurcadas insertar el catéter 1 cm por debajo de labifurcación o dentro de la vena en V invertida.

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	16	Verifica el retorno venoso en la cámara del catéter.
	17	Desliza el catéter hacia la dirección anatómica de la vena.
	18	Retira el torniquete y realiza presión en la parte superior de la vena que se canalizó mientras se termina de extraer la guía metálica para evitar salida de sangre.
	19	Observa si existen residuos de sangre retira con un algodón o gasa.
	20	Conecta el equipo de infusión, abre el carrete y verifica la permeabilidad de la vena.
	21	Fija el catéter y el equipo de infusión sobre la piel de la paciente. *Ver anexo*
	22	Regula la velocidad de infusión acorde al plan terapéutico.
	23	Membreta el catéter de acuerdo con el protocolo institucional (fecha, hora de instalación, calibre del catéter y nombre de la persona que instalo). *ver anexo*
	24	Deja cómoda a la paciente e informa sobre los cuidados y signos de alarma del acceso venoso periférico.
	25	Retira el material y equipo utilizado.
	26	Realiza lavado de manos de acuerdo con protocolo institucional.
	27	Elabora anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		

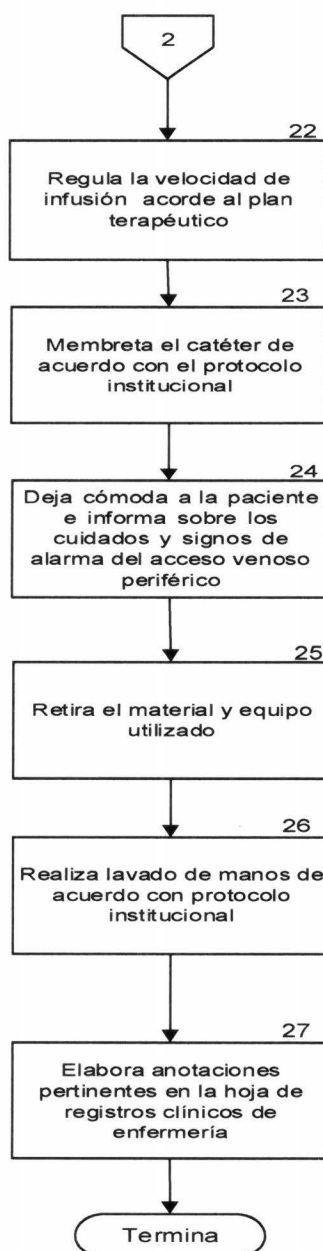
13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial



13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial





13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

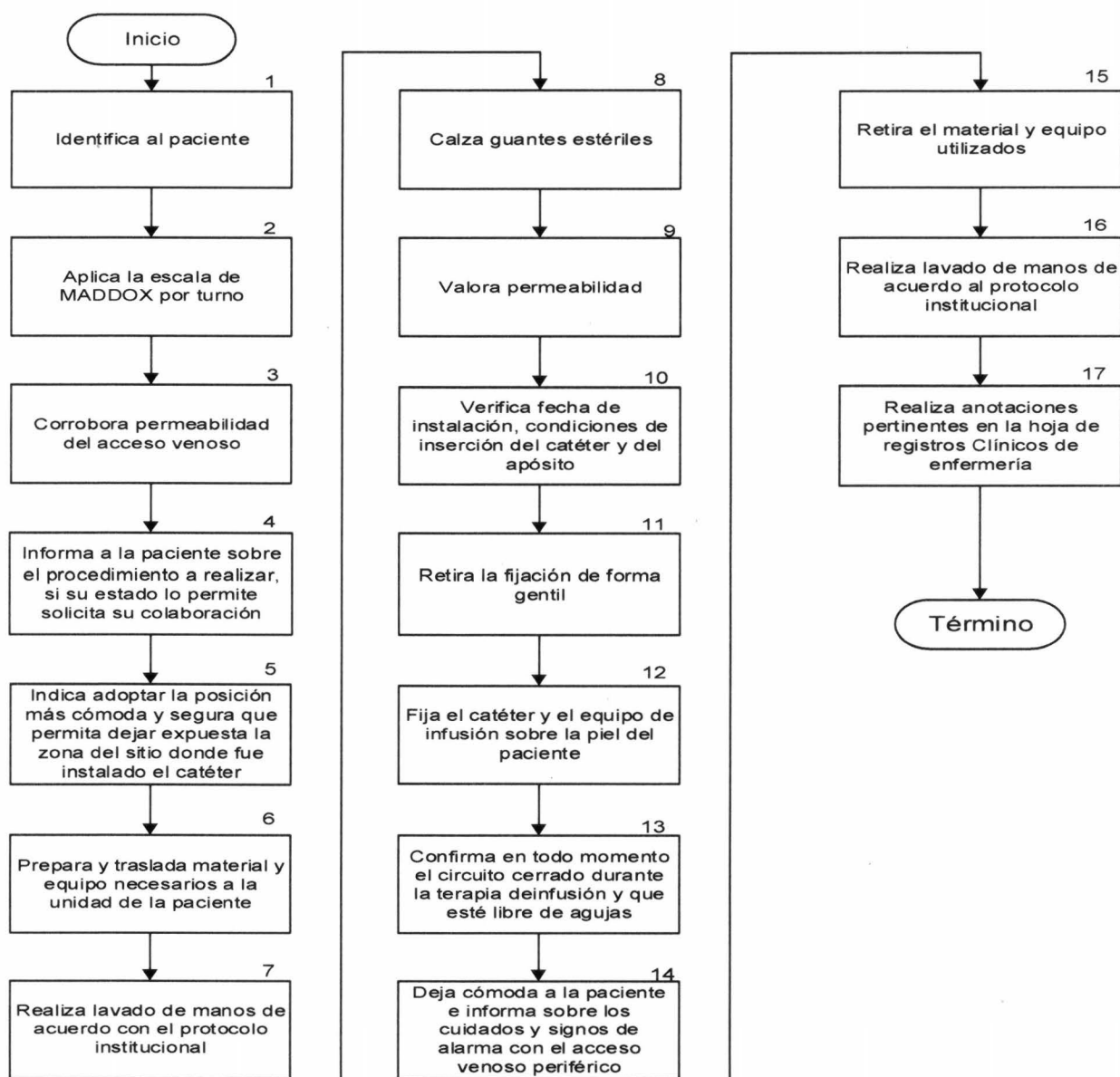
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Enfermera asistencial	1	Identifica al paciente.
	2	Aplica la escala de MADDOX por turno.
		Corroborar permeabilidad del acceso venoso.
	3	- En caso de estar en buenas condiciones, pasa a la ACT.N° 14 - En caso contrario, continúa procedimiento.
	4	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar, si su estado lo permite solicita su colaboración.
	5	Indica adoptar la posición más cómoda y segura que permita dejar expuesta la zona del sitio donde fue instalado el catéter venoso periférico.
	6	Prepara y traslada material y equipo necesarios a la unidad de la paciente.
	7	Realiza lavado de manos de acuerdo con el protocolo institucional.
	8	Calza guantes estériles.
	9	Valora permeabilidad. - Realiza aspiración del coágulo de obstrucción con jeringa de 10 C.C. - En caso de no funcionar la técnica anterior con técnica pulsátil libera el coágulo con jeringa de 10 C.C y aspira.
	10	Verifica fecha de instalación, condiciones de inserción del catéter y del apósito. - Si se encuentra en buenas condiciones, pasa a la ACT. N° 14. - En caso de presentar cualquier complicación o si requiere rotación de sitio de punción (cada 72 o 96 horas), dirígete a la ACT. N 15. - Si la fijación está desprendida más del 50% o sucia continúa el procedimiento.

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Enfermera asistencial	11	Retira la fijación de forma gentil.
	12	Fija el catéter y el equipo de infusión sobre la piel del paciente. *ver anexo*
		Confirma en todo momento el circuito cerrado durante la terapia de infusión y que esté libre de agujas.
	13	- En caso de conectar otro equipo en el circuito realiza la antisepsia del sitio de conexión con el antiséptico de elección durante 15 a 30 segundos. - Realiza enjuague del equipo de infusión con 10 a 20 cc de cloruro de sodio 0.9% después de ministrar medicamentos.
		Cambia equipos de infusión de acuerdo al tiempo y tipo de solución ministrada.
	14	Deja cómoda a la paciente e informa sobre los cuidados y signos de alarma con el acceso venoso periférico.
	15	Retira el material y equipo utilizados.
	16	Realiza lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional.
	17	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros Clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermería Asistencial MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



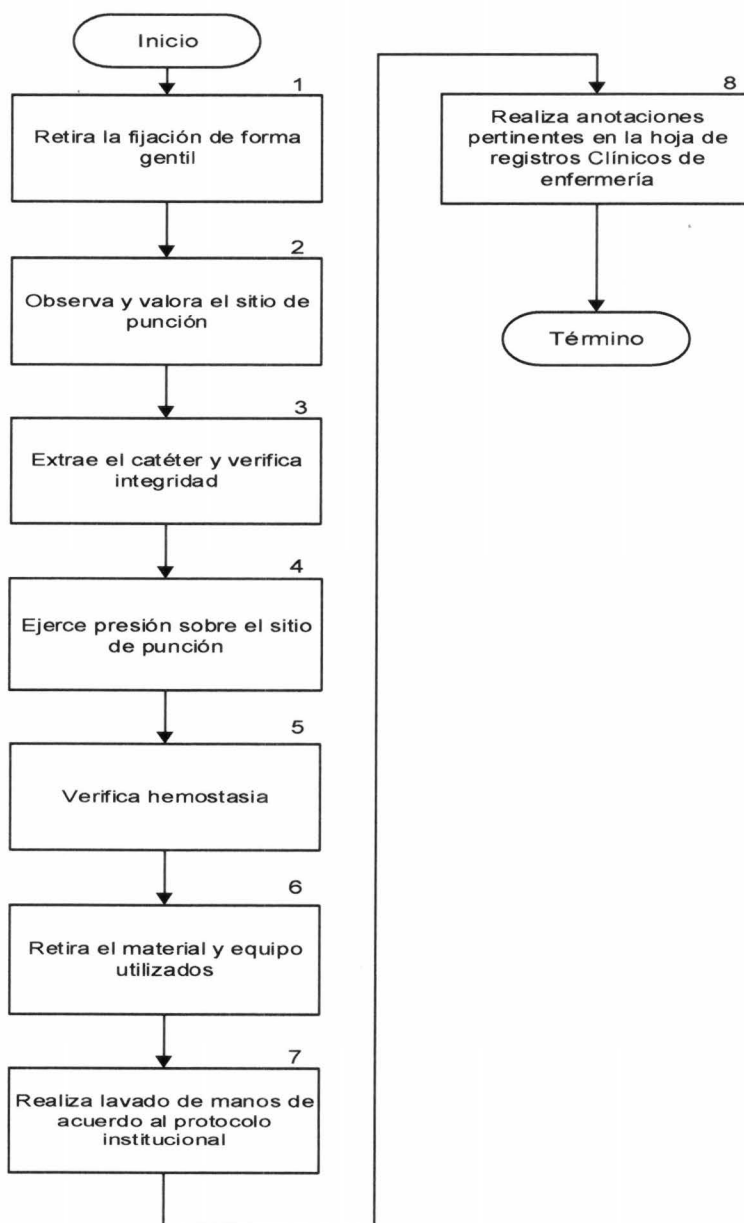
13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN RETIRO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO
Enfermera asistencial	1	Retira la fijación de forma gentil.
	2	Observa y valora el sitio de punción.
	3	Extrae el catéter y verifica integridad.
	4	Ejerce presión sobre el sitio de punción.
	5	Verifica hemostasia.
	6	Retira el material y equipo utilizados.
	7	Realiza lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional.
	8	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros Clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento



13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

RETIRO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO Profesional de enfermería



ANEXOS

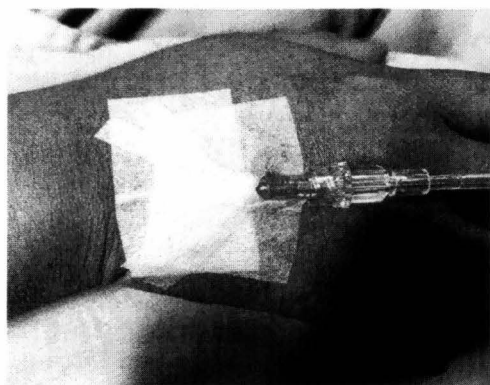
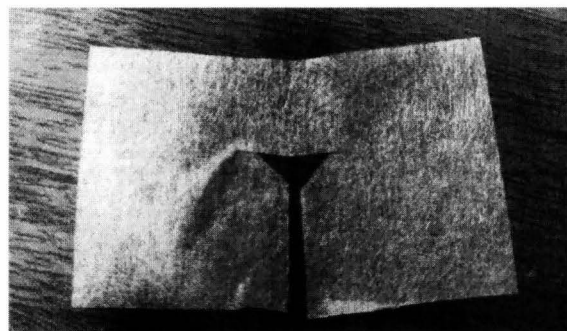
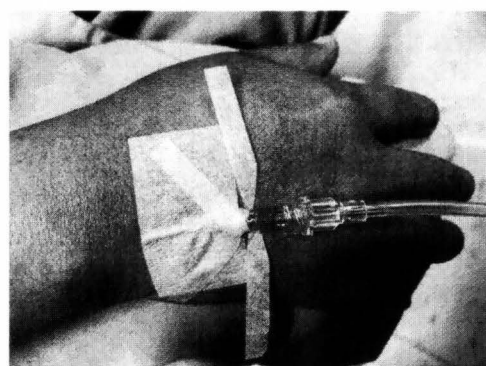
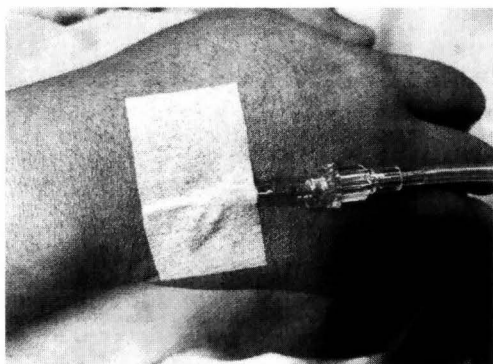
FIJACION DEL ACCESO VENOSO PERIFERICO

Micropore o tela adhesiva	Apósito transparente 7X8.5cm	Apósito transparente chico 4.4X4.4cm
Fijar el catéter con un cuadro de micropore o tela adhesiva aproximadamente 5X3cm cubriendo 2/3 partes del cono del catéter y el sitio de inserción.	Fijar el catéter con el apósito transparente estéril cubriendo el sitio de inserción y 2/3 partes del cono del catéter	Fijar el catéter con el apósito transparente estéril cubriendo el sitio de inserción y 2/3 partes del cono del catéter
Con técnica en "V" colocar dos tiras de micropore de aproximadamente 8 a 10 cm largo y 0.5 cm ancho, rodeando el cono del catéter hasta la lengüeta	Colocar una cinta sobre el cono del catéter cubrir la lengüeta, sin abarcar el equipo de infusión	Con técnica en "V" colocar dos tiras de micropore de aproximadamente 8 a 10 cm largo y 0.5 cm ancho, rodeando el cono del catéter hasta la lengüeta
Cortar una tira de Micropore o tela adhesiva de aproximadamente 5X3 cm a la que se le realiza una pequeña hendidura al centro.	Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior de la fijación de apósito transparente	Colocar una tira de micropore de 1/2" sobre el cono del catéter hasta la lengüeta
Poner este cuadro por debajo del cono de catéter tratando de cubrir las tiras colocadas con anterioridad	Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con la otra cinta aproximadamente 5cm de la unión con el catéter; no fijar sobre el apósito y conservar el sitio de inserción visible	Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior de la fijación de apósito transparente
Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior o lateral a la fijación		Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta micropore aproximadamente 5cm de la unión con el catéter; no fijar sobre el apósito y conservar el sitio de inserción visible
Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta micropore aproximadamente 5cm de la unión con el catéter.		



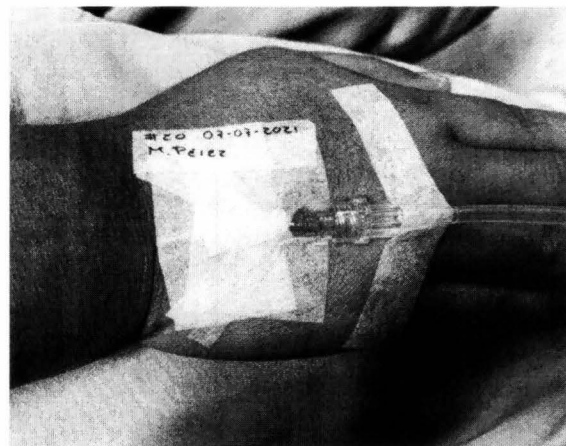
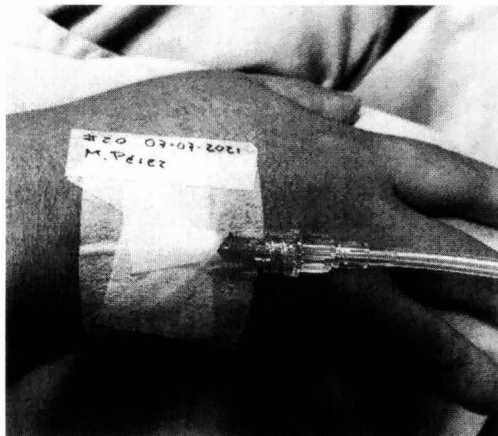
ANEXOS

FIJACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO CON MICROPORE O TELA ADHESIVA





ANEXOS



CAMBIO DE EQUIPOS DE ACUERDO AL TIPO DE SOLUCIÓN.

CADA 12 HORAS

Administración de
Propofol

Lípidos

CADA 24 HORAS

Glucosada 10% o 50%

CADA 72 HORAS

Soluciones
hipotónicas
Isotónicas

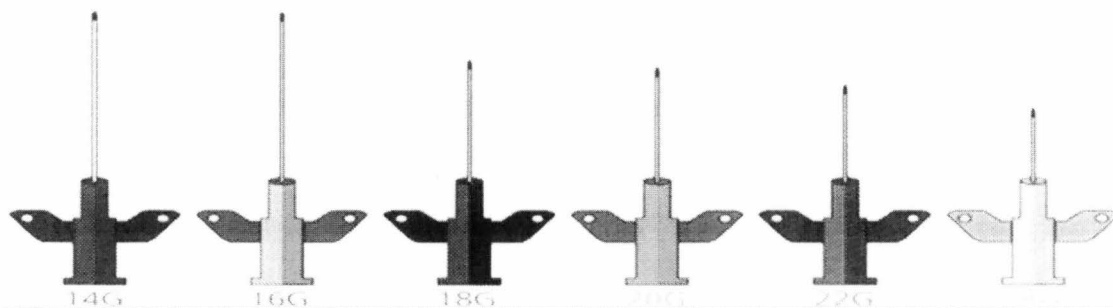
INMEDIATO

o Precipitación o
contaminación

Daño del equipo

ANEXOS

CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.



LONGITUD	51 mm	51 mm	32mm	32mm	25 mm	14 mm
FLUJO ml/min	276	145	110	65	42	22
INDICACIONES	Alto flujo Cirugía mayor Trauma Transfusión sanguínea		Cirugía general Administración de soluciones hipertónicas e isotónicas Administración de componentes sanguíneos	Cirugía general y pediátrica Administración de soluciones isotónicas	Venas de fino calibre en pediatría	Terapia de bajo flujo Venas de fino calibre en pediatría Acceso venoso neonatal



ANEXOS

ESCALA DE MADDOX.

Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable.

0

NO signos de flebitis.
OBSERVE punto de
inserción.

Dolor sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la
zona de punción.

1

Posible signo de flebitis.
OBSERVE punto de
inserción.

Dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable
en la zona de punción.

2

Inicio de flebitis. **RETIRE** el
catéter.

Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón
venoso palpable < de 6 cm por encima del sitio de
inserción.

3

Etapa media de flebitis.
RETIRE el catéter y valore
tratamiento.

Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso
palpable > de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o
purulencia.

5

Avanzado estado de flebitis.
RETIRE catéter y valore
tratamiento.

Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y
dificultad o detención de la perfusión.

6

Tromboflebitis. **RETIRE**
catéter e inicie tratamiento

ANEXOS

SELECCIÓN DE VENA A PUNCIÓNAR.

Sitio anatómico	Ventajas	Desventajas
Braquial	Fácil acceso	- Aumento de la incidencia de flebitis. - Mayor tiempo de acceso a la circulación central para medicamentos. - Movimiento de la punta del catéter por movimientos del brazo
Basílica	Ruta directa al sistema venoso central con el brazo en ángulo de 90°	- Aumento de la incidencia de flebitis. - Movimiento de la punta del catéter por movimientos del brazo
Cefálica	Fácil acceso	- Mayor complicación que con la vena basílica. - Mayor incidencia de flebitis. Puede estar comprimida con la clavícula por la posición anatómica. - Movimiento de la punta del catéter por movimientos del brazo
Femoral	Fácil acceso, vaso grande y fácil de localizar	- Disminuye la movilidad del paciente. - Aumenta la posibilidad de trombosis, flebitis y de infección. - Riesgo de punción de la arteria femoral. - La curación puede ser problemática

ANEXOS

Referencias Bibliográficas.

1. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, Central y permanente. Primera Edición: Marzo de 2018. Secretaría de Salud. Obtenido de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_manejo_estandarizado.pdf
2. Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo. Obtenido de: <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de: <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Obtenido en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Obtenido: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm#:~:text=Esta%20Norma%20Oficial%20Mexicana%20establece,m%C3%A9dicos%20prestados%20por%20los%20hospitales.>
6. Técnica de cateterismo venoso periférico. Universidad Nacional Autónoma de México facultad de medicina departamento de cirugía. Marzo 2019. Obtenido de: <file:///C:/Users/ANTONIO/Downloads/Canalizacio%CC%81n-Venosa-Perife%CC%81rica-Act.-Marzo-2020.pdf>
7. Recomendaciones sobre mejores prácticas en el manejo de los catéteres venosos periféricos cortos. Secretaría General de Salud. Primera edición 2020. Obtenido de: file:///C:/Users/ANTONIO/Downloads/recomendaciones_manejo_cateteres.pdf

**14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

**14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

OBJETIVO ESPECÍFICO

Garantizar oportunamente la atención altamente especializada durante las fases de la pérdida hemática a través del control, comunicación y el conocimiento.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.
 - Política institucional: **Código "H"**, Para la atención a la paciente con hemorragia Obstétrica.
- Optimizar los recursos humanos, tecnológicos y materiales, para garantizar calidad y seguridad en la paciente con hemorragia obstétrica
 - Monitor de signos vitales.
 - Carro de paro.
 - Caja roja.
 - Tubos de muestras sanguíneas.
 - Guantes.
 - Jeringa.
 - Aguja.
 - Sonda Foley.
 - Sistema colector de orina.
 - Catéter venoso periférico (punzocat calibre 14 o 16).
 - Soluciones cristaloides (Hartman, fisiológica, mixta).
 - Equipo para venoclisis (normo gotero y micro gotero).
 - Equipo para aplicación de volúmenes medios (metriset).
 - Equipo para transfusión con filtro.
- Corroborar que el personal a su cargo realice los procedimientos de acuerdo al protocolo establecido.
- Coordinar la capacitación continua del personal respecto a código H y BLS/ ACLS.
- Establecer comunicación efectiva, notificando de manera oportuna.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer y ejecutar la Normatividad Oficial Mexicana y Política institucional código "H", para la atención a la Paciente con Hemorragia Obstétrica, anticipando su participación.
- Conocer y aplicar las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Realizar la acción esencial 1 identificación del paciente, de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer e implementar mecanismos de activación del código "H".
- Contar con capacitación en BLS/ASLC, y código H actualizado.
- Restaurar y mantener una adecuada perfusión tisular.
- Cumplir metas internacionales:
 - Fibrinógeno > 200 mg/dl
 - Hematocrito igual o mayor a 27%
 - Hemoglobina igual o mayor a 8 g
 - Plaquetas > 50x10³/ml
 - INR < 1.3
 - PAM igual o mayor 65 mmHg
 - Temperatura > 36°C
 - PH > 7.2
 - EB igual o mayor -8
 - Calcio ionizado > 1mmol/L, Ca + 2-3 mEq
 - Lactato igual o menor 2 mmol/L
- Anticiparse a solicitar el instrumental e insumos necesarios para el evento quirúrgico.
- Monitorización continua de signos vitales, mantener una saturación de oxígeno mayor a 90%.
- Llevar a cabo la recepción del carro de paro, caja roja y mantenerlo en óptimas condiciones para su uso en el momento necesario.
- Respetar la individualidad de la paciente y proporcionar trato digno.
- Realizar acciones específicas y aplicarlas adecuadamente en cada fase código H, brindando una atención integral y especializada a cada una de las pacientes.

14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial		Pérdida sanguínea 500 a 1000 cc.
	1	Identifica y cuantifica la pérdida hemática y estado clínico de la paciente.
	2	Aplica código h y solicita ayuda.
	3	Establece un líder del equipo y responsable de la lista de cotejo.
	4	Traslada el carro de paro y caja roja a la unidad de la paciente.
	5	Coloca puntas nasales con oxígeno de 3 a 5 litros por minuto, mantener una saturación de oxígeno mayor 90%.
	6	Canaliza dos acceso venosos (calibre 14 o 16 G), con solución cristaloide (Hartman, fisiológica, mixta).
	7	Colabora en las maniobras de contención de acuerdo a la condición de la paciente. • Compresión ártica externa • Compresión uterina bimanual • Balón intrauterino • Pinzamiento de arterial uterina vía vaginal
	8	Inicia y aplica terapia farmacológica de acuerdo a indicación médica. • Ergonovina 0.2 mg IM • Carbetocina 100 mcg IV • Administración preventiva de ácido tranexámico 1g el sangrado sea mayor a 800 ml dentro de las primeras tres horas que inicia el sangrado a dosis de 1g/10 ml de solución salina.
	9	Administra soluciones tibias intravenosas en carga de acuerdo a indicación médica. (chechar técnica para calentar soluciones)

14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	10	Realiza monitoreo hemodinámico y toma de laboratorios de acuerdo a la indicación médica: • Biometría hemática (BH) • Química sanguínea (QS) • TIPOS DE COAGULACION (TP, TTP) • Fibrinógeno • Calcio (al inicio y final de reanimación) • Examen general de orina (EGO) • Perfil hepático
	11	Realiza toma de gasometría arterial cada 30 min.
	12	Vigila características y cuantificación urinaria por sonda vesical.
	13	Transfunda hemocomponentes de acuerdo con indicación médica: • Paquetes globulares • Plasma fresco congelado • Crio precipitados • Aféresis plaquetaria
	14	Verifica que la transfusión se realice en relación 1:1 (paquete globular, plasma fresco congelado); por cada 4 PG, transfundir 1 Aféresis Plaquetaria. Aplica medios físicos y sabana térmica para mantener normotermia. Perdida sanguínea entre 1001 – 1500
	15	Administra misoprostol 800 mcg vía rectal, previa indicación médica.
	16	Realiza de manera continua monitorización de signos vitales, saturación de oxígeno mayor 90%.
	17	Cuantifica hemorragia por gravimetría.

**14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

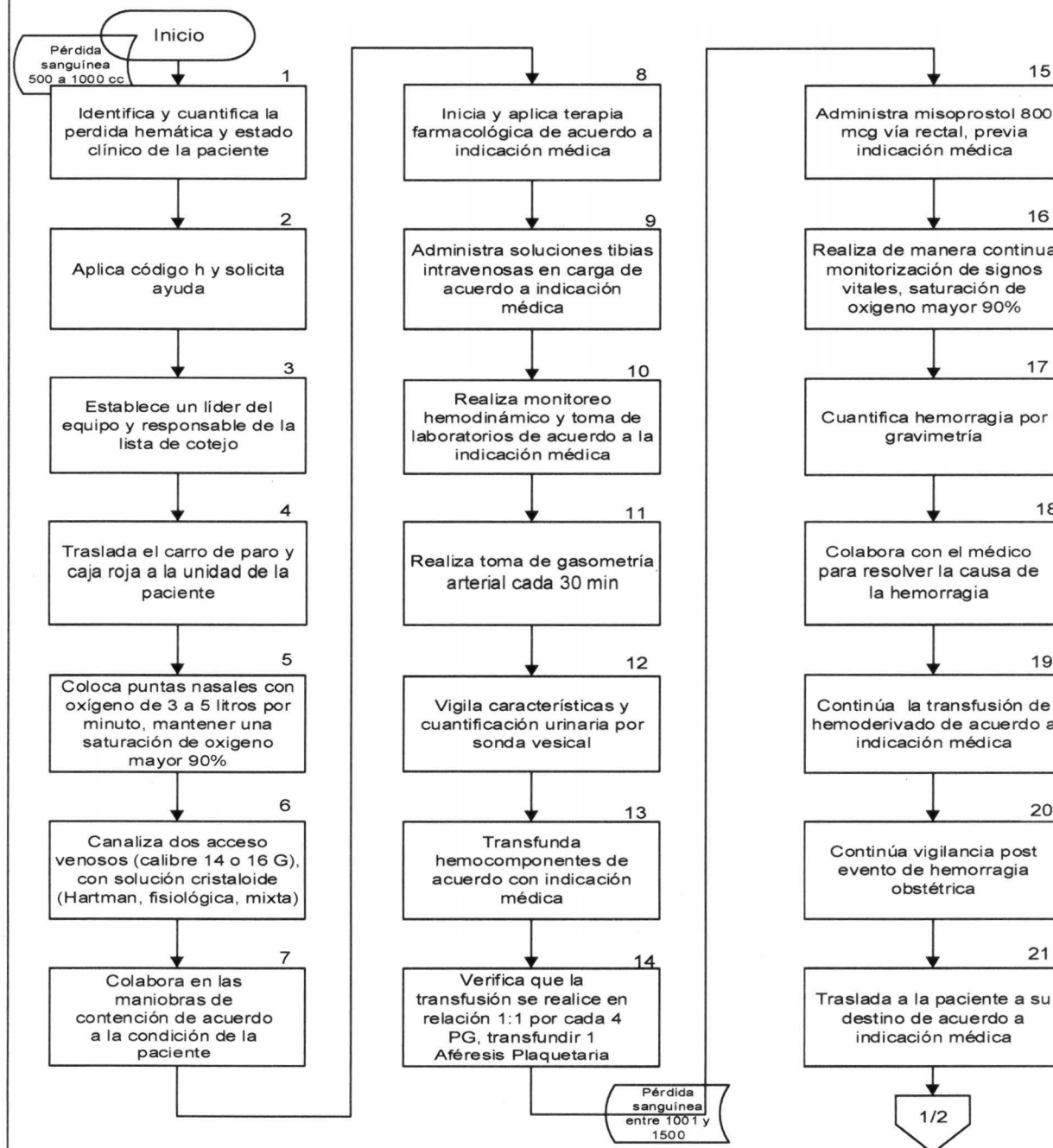
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	18	Colabora con el médico para resolver la causa de la hemorragia. Nacimiento vía vaginal: • Atonía: colocar balón intrauterino, realizar sutura compresiva por laparotomía. • Laceración/ hematoma: reparación según sea el caso. • Retención placentaria: revisión de cavidad uterina. • Acretismo focal: realizar legrado uterino instrumentado, sutura compresiva o resección del segmento afectado Nacimiento vía abdominal • Atonía: realizar sutura uterina compresiva, colocar balón intrauterino o combinadas. • Laceración o hematoma: realizar reparación según se requiera, ligar arterias uterinas o realizar desarterialización y/o ambas.
	19	Continúa la transfusión de hemoderivado de acuerdo a indicación médica.
	20	Continúa vigilancia post evento de hemorragia obstétrica.
	21	Traslada a la paciente a su destino de acuerdo a indicación médica. Pérdida sanguínea mayor a 1500 con signos vitales inestables a pesar de transfusión de 2 paquetes globulares
	22	Colabora en los procedimientos quirúrgicos para control de la hemorragia • Ligadura de arteria hipogástrica • Histerectomía obstétrica Empaquetamiento

**14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	23	Administra factor VII activado recombinante de acuerdo a indicación médica. Previo a su uso descarta: hipotermia, hipocalcemia, acidosis y contar con niveles de fibrinógeno normales.
	24	Continúa con transfusión si está indicado, verifica criterios anteriormente mencionados.
	25	Traslada la paciente a la unidad de cuidados intensivos de adultos para continuar manejo crítica y vigilancia post evento de hemorragia obstétrica.
	26	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		

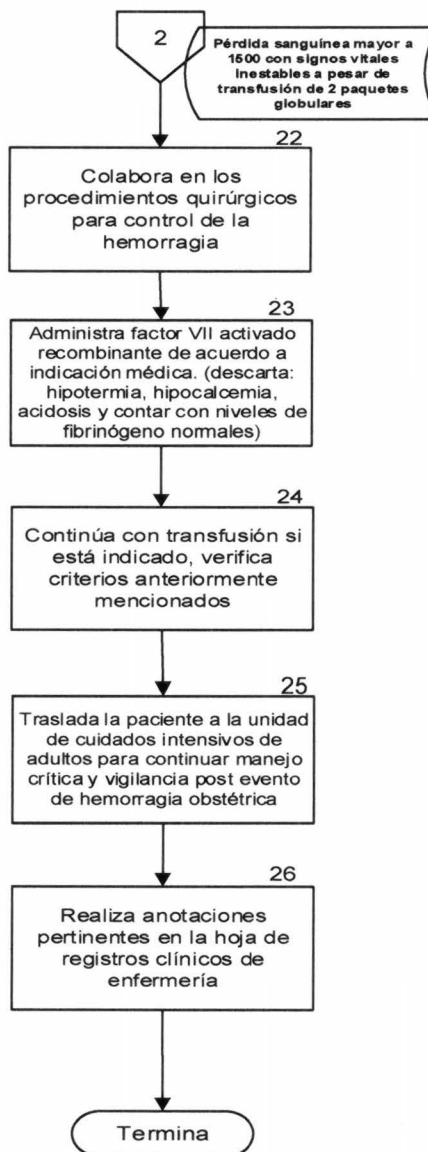
14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Profesional de enfermería asistencial



14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

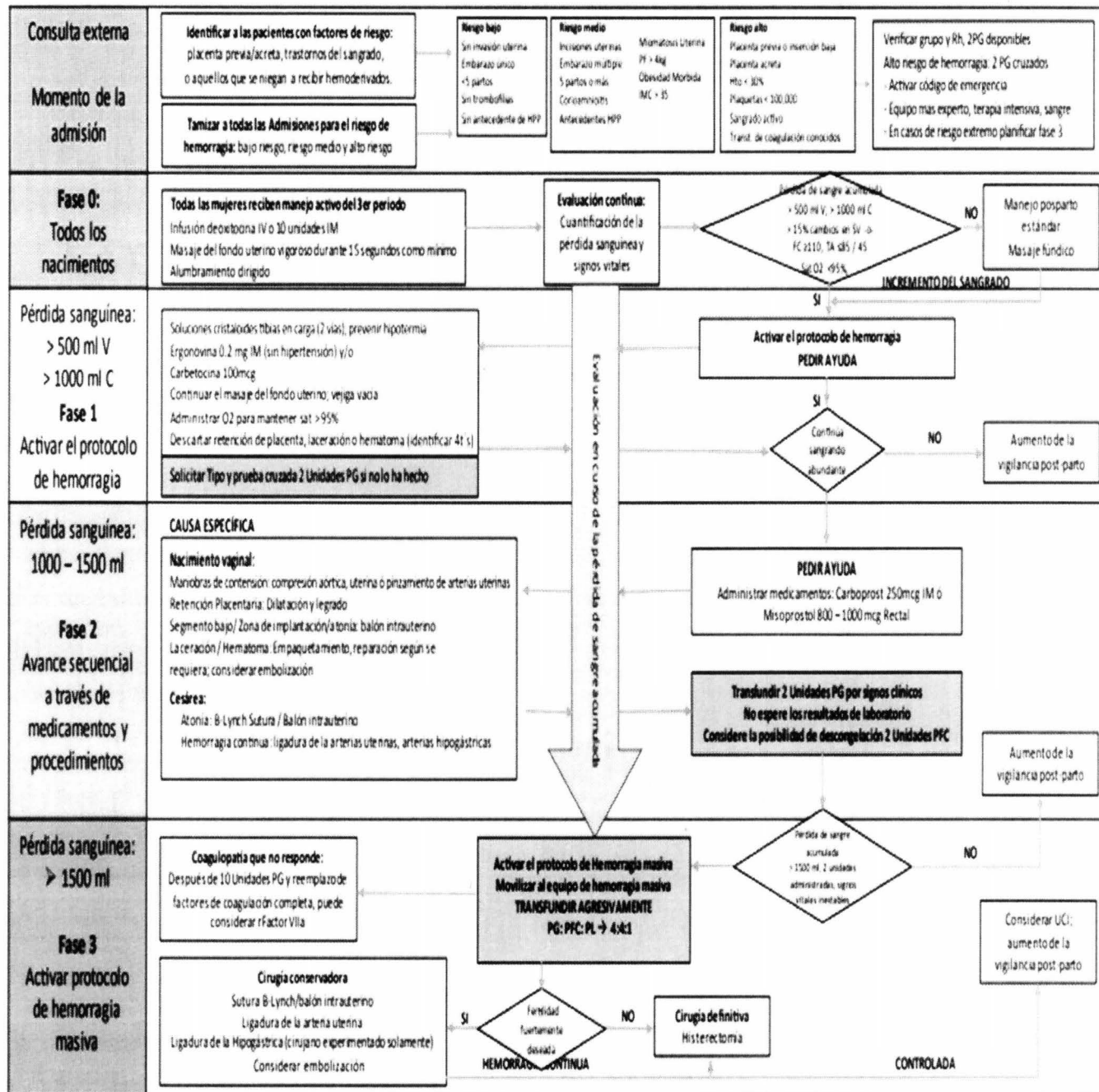
Profesional de enfermería asistencial



14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA



ADAPTACIÓN DEL DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, INPer





**14. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**



ALGORITMO DE LAS 3 “C”

**15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN
PARENTERAL**

01	04	24
----	----	----

15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

**15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN
PARENTERAL**

OBJETIVO

Garantizar los requerimientos nutricionales mediante el aporte directo al torrente sanguíneo a través de una vena central cuando éstos no se pueden satisfacer por vía enteral u oral.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012**, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Bolsa de Nutrición Parenteral
 - Sistema de infusión para bomba
 - Campos estériles
 - Gasas estériles
 - Solución antiséptica
 - Guantes estériles
 - Bomba de infusión
- Verificar la solicitud de nutrición parenteral.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.

2. Del (a) enfermera asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Utilizar siempre una bomba de infusión en la administración de la NPT, para llevar un control estricto del flujo por horas.
- Utilizar una vía exclusiva para la administración de la Nutrición parenteral.



15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

- Vigilar datos de hiperglucemia y sobrecarga hídrica.
- Mantener refrigerada la Nutrición Parenteral a una temperatura de 4°C en caso de no administrar en el instante, y retirar del refrigerador 30 minutos antes de su administración, para que alcance la temperatura ambiente.
- Mantener cubierta la bolsa de Nutrición parenteral y utilizar equipo de infusión ámbar.
- Realizar cambio de equipo de infusión de Nutrición Parenteral cada 24 horas.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

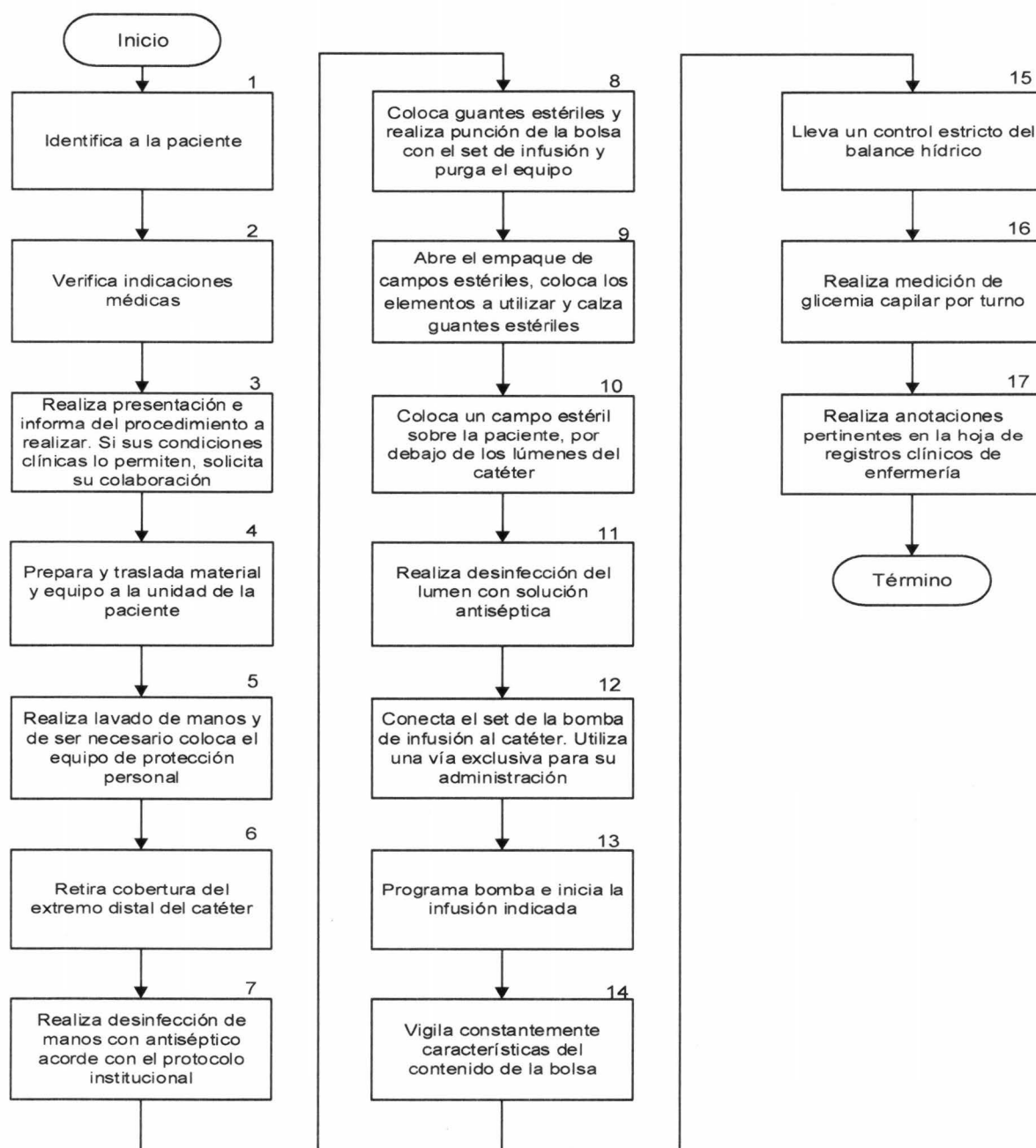
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	6	Retira cobertura del extremo distal del catéter.
	7	Realiza desinfección de manos con antiséptico acorde con el protocolo institucional.
	8	Coloca guantes estériles y realiza punción de la bolsa con el set de infusión y purga el equipo.
	9	*(Dado que la parte externa de la bolsa no es estéril, toma el extremo de la bolsa con gasa estéril o realiza procedimiento y luego efectúa un cambio de guantes estériles).
	10	Abre el empaque de campos estériles, coloca todos los elementos a utilizar sobre el campo y calza guantes estériles.
	11	Coloca un campo estéril sobre la paciente, por debajo de los lúmenes del catéter.
	12	Realiza desinfección del lumen con solución antiséptica.
	13	Conecta el set de la bomba de infusión al catéter (tomar el conector del catéter con una gasa estéril). Utiliza una vía exclusiva para su administración.
	14	Programa bomba e inicia la infusión indicada.
	15	Vigila constantemente características del contenido de la bolsa.
	16	Lleva un control estricto del balance hídrico.
	17	Realiza medición de glicemia capilar por turno.

**15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN
PARENTERAL**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	16	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería. Termina procedimiento

15. INTERVENCIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

Enfermería Asistencial



16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

OBJETIVO

Obtener el registro grafico de la actividad eléctrica del corazón con fines diagnósticos.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS).
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Verificar que el equipo electrocardiógrafo y sus aditamentos se encuentre en óptimas condiciones de uso.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Electrocardiógrafo
 - Parches de electrodos
 - Torundas alcoholadas
 - Papel para EKG
 - Gel Conductor

2. De la enfermera asistencial:

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer la anatomía y fisiología del aparato cardiovascular.
- Mantener conectado el electrocardiógrafo a la corriente eléctrica.
- Verificar la existencia de papel dentro del equipo.
- Explicar a la paciente la importancia de no moverse, hablar o cruzar las piernas durante el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

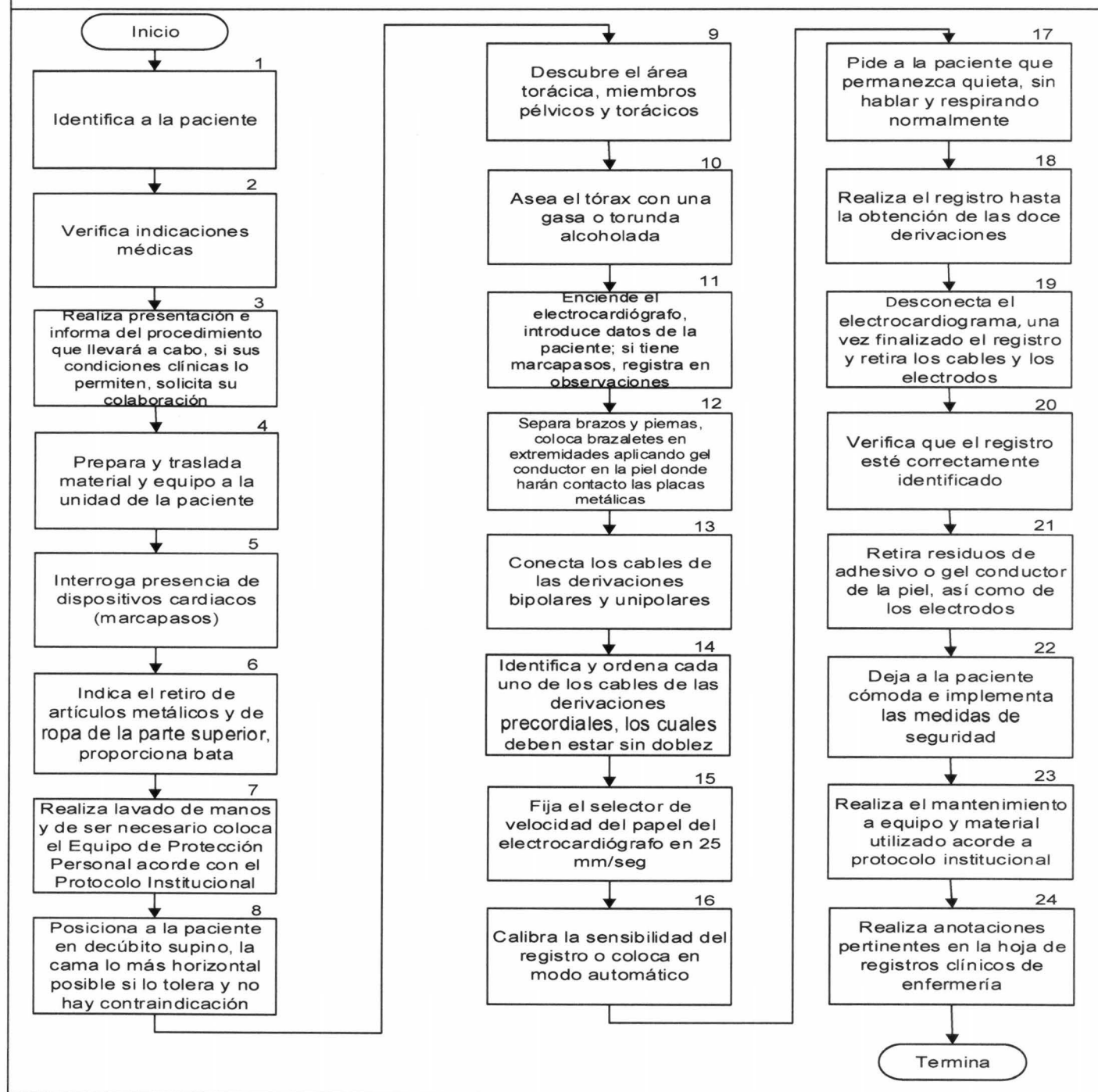
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Interroga presencia de dispositivos cardiacos (marcapasos).
	6	Indica el retiro de artículos metálicos y de ropa de la parte superior, proporciona bata.
	7	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	8	Posiciona a la paciente en decúbito supino, la cama lo más horizontal posible si la paciente lo tolera y no hay contraindicación.
	9	Descubre el área torácica, miembros pélvicos y torácicos.
	10	Asea el tórax con una gasa o torunda alcoholada.
	11	Enciende el electrocardiógrafo e introduce los datos de la paciente: nombre, empezando por los apellidos y número de expediente. En caso de presencia de marcapasos, registra en observaciones.
	12	Separa ligeramente brazos y piernas, coloca los brazaletes en las extremidades superiores e inferiores aplicando previamente gel conductor en la piel donde harán contacto las placas metálicas.
	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. (Ver anexo 1). - Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha - Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda - Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo - Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.
	15	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.
	18	Realiza el registro hasta la obtención de las doce derivaciones.
	19	Desconecta el electrocardiograma, una vez finalizado el registro y retira los cables y los electrodos.
	20	Verifica que el registro esté correctamente identificado.
	21	Retira residuos de adhesivo o gel conductor de la piel, así como de los electrodos.
	22	Deja a la paciente cómoda e implementa las medidas de seguridad.
	23	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
	Termina procedimiento	

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial



16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

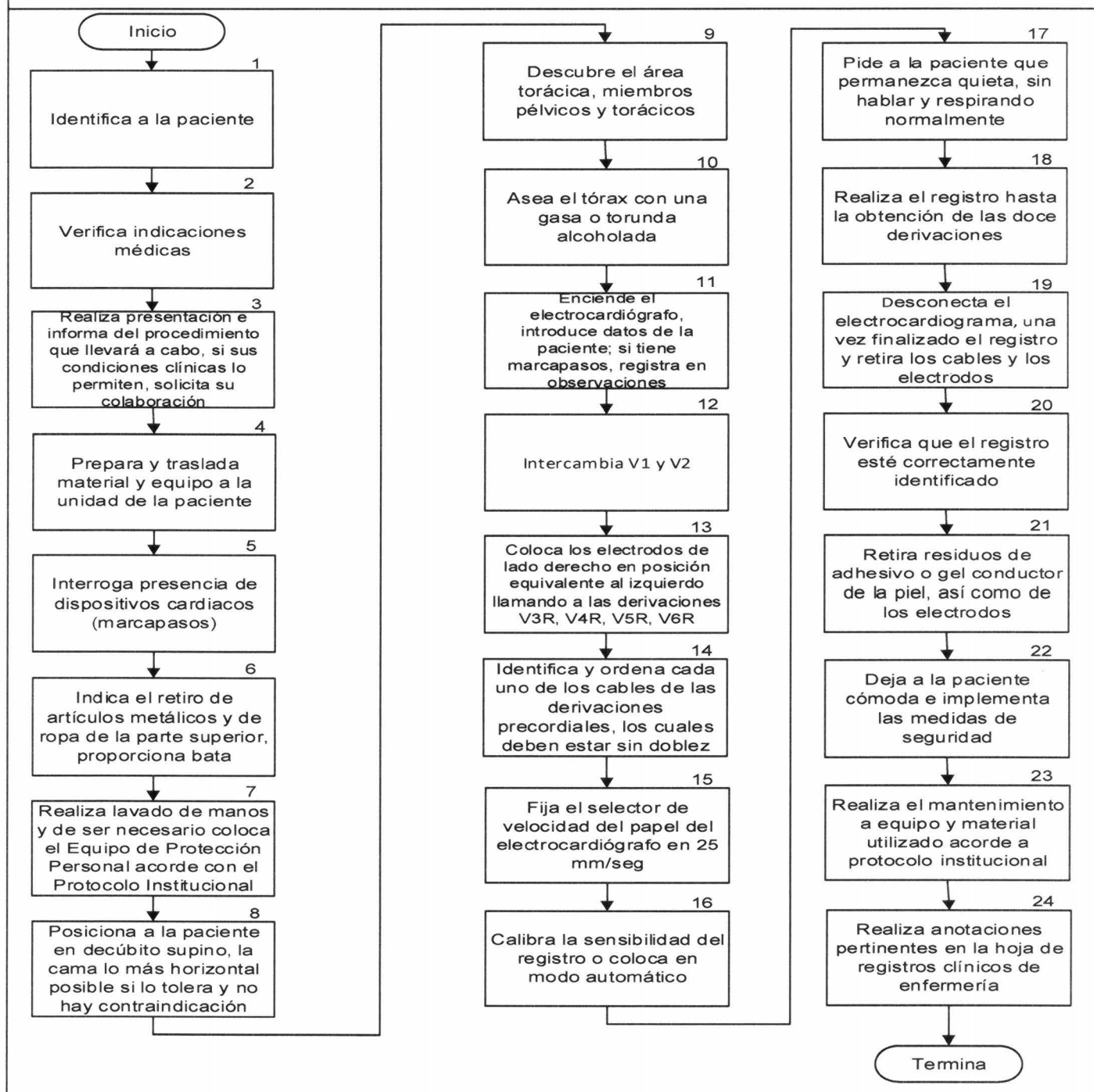
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Interroga presencia de dispositivos cardiacos (marcapasos).
	6	Indica el retiro de artículos metálicos y de ropa de la parte superior, proporciona bata.
	7	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	8	Posiciona a la paciente en decúbito supino, la cama lo más horizontal posible si la paciente lo tolera y no hay contraindicación.
	9	Descubre el área torácica, miembros pélvicos y torácicos.
	10	Asea el tórax con una gasa o torunda alcoholada.
	11	Enciende el electrocardiógrafo e introduce los datos de la paciente: nombre, empezando por los apellidos y número de expediente. En caso de presencia de marcapasos, registra en observaciones.
	12	Intercambia V1 y V2.
	13	Coloca los electrodos de lado derecho en posición equivalente al izquierdo. Estas derivaciones se llamarán V3R, V4R, V5R, V6R. (Ver Anexo 3).
	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	15	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.
	18	Realiza el registro hasta la obtención de las doce derivaciones.
	19	Desconecta el electrocardiograma, una vez finalizado el registro y retira los cables y los electrodos.
	20	Verifica que el registro esté correctamente identificado.
	21	Retira residuos de adhesivo o gel conductor de la piel, así como de los electrodos.
	22	Deja a la paciente cómoda e implementa las medidas de seguridad.
	23	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho
Enfermera Asistencial



16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Interroga presencia de dispositivos cardiacos (marcapasos).
	6	Indica el retiro de artículos metálicos y de ropa de la parte superior, proporciona bata.
	7	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	8	Posiciona a la paciente en decúbito supino, la cama lo más horizontal posible si la paciente lo tolera y no hay contraindicación.
	9	Descubre el área torácica, miembros pélvicos y torácicos.
	10	Asea el tórax con una gasa o torunda alcoholada.
	11	Enciende el electrocardiógrafo e introduce los datos de la paciente: nombre, empezando por los apellidos y número de expediente. En caso de presencia de marcapasos, registra en observaciones.
	12	Separa ligeramente brazos y piernas, coloca los brazaletes en las extremidades superiores e inferiores aplicando previamente gel conductor en la piel donde harán contacto las placas metálicas.
	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. (Ver anexo 1). - Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha - Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda - Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo - Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

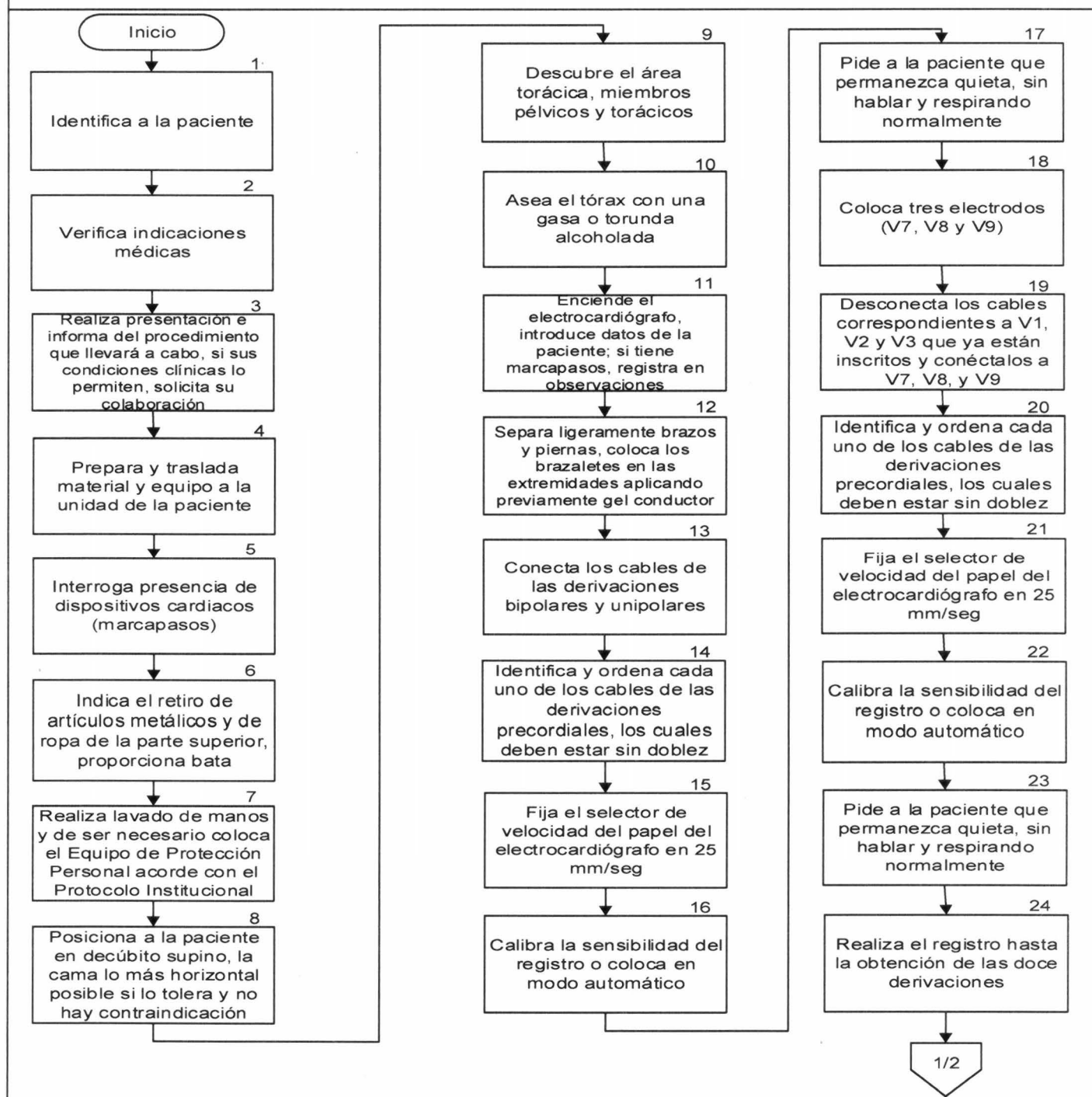
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.
	15	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.
	18	Coloca tres electrodos (V7, V8 y V9). • V7: 5° espacio intercostal izquierdo, línea axilar posterior. • V8: 5° espacio intercostal, línea escapular media. • V9: 5° espacio intercostal izquierdo, línea paravertebral.
	19	Desconecta los cables correspondientes a V1, V2 y V3 que ya están inscritos y conéctalos a V7, V8, y V9. (Ver anexo 4).
	20	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.

16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	21	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	22	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	23	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.
	24	Realiza el registro hasta la obtención de las doce derivaciones.
	25	Desconecta el electrocardiograma, una vez finalizado el registro y retira los cables y los electrodos.
	26	Verifica que el registro esté correctamente identificado.
	27	Retira residuos de adhesivo o gel conductor de la piel, así como de los electrodos.
	28	Deja a la paciente cómoda e implementa las medidas de seguridad.
	29	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	30	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

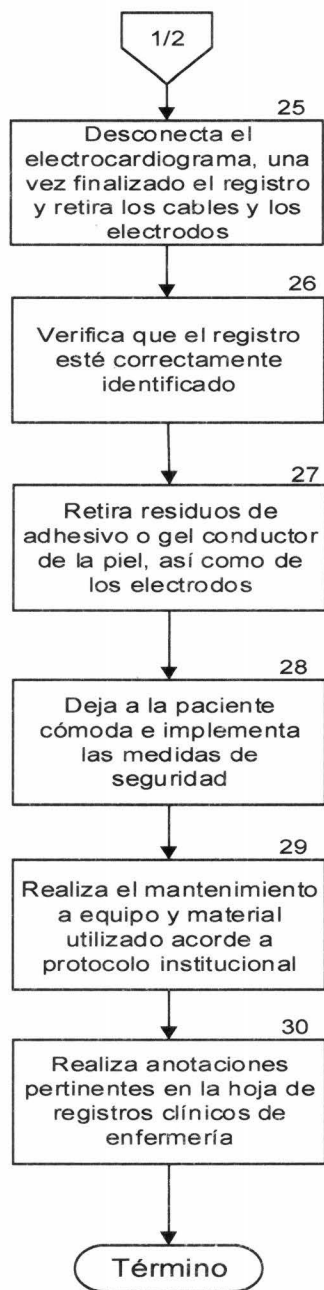
16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial



16. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

17. INSTALACIÓN DE Sonda Vesical

17. INSTALACIÓN DE Sonda Vesical

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL**OBJETIVO**

Facilitar el drenaje del contenido vesical mediante la introducción de una sonda a través de la uretra hasta el interior de la vejiga con técnica estéril, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio:

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-052-SSA1-93**, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de asepsia (campo estéril, budinera, 2 flaneras y pinza Allis)
 - Guantes estériles (dos pares)
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Gasas estériles
 - Jabón
 - Isodine solución
 - 1 jeringas de 10 CC.
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Dispositivo de fijación para sonda vesical (membretado con tipo de sonda, calibre de sonda, CC. con los que se llena el balón y fecha de instalación de la sonda vesical)
 - Sonda vesical (Foley, Nelaton o Silicón, el calibre dependerá de la valoración a la paciente 8 FR, 14 FR o 16 FR)
 - Bolsa colectora de orina (membretado con nombre de la paciente, fecha de instalación de la sonda vesical, calibre de sonda y cama donde se encuentra la paciente)
 - Cómodo
- Verificar que cuente con la indicación médica.
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- Conocer políticas propias del instituto.

17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

2. De la enfermera asistencial:

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Realizar la acción esencial 1 "Identificación del paciente", de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Conocer y aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario que se requieran durante el procedimiento.
- Aplicar los indicadores de enfermería: trato digno, prevención de infecciones por sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, registro clínico de enfermería de acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de Salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica y los 5 momentos establecidos por la OMS acorde al Protocolo Institucional.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato genitourinario femenino.
- Conocer el diagnóstico por el cual está indicado el procedimiento en la paciente.
- Conocer los puntos críticos en el cuidado de la paciente con sonda vesical durante su instalación.
- Utilizar los criterios para la selección de una sonda vesical en cuanto al tiempo de permanencia, material y uso.
- Realizar el procedimiento de forma estéril de acuerdo con el protocolo institucional.
- Promover el autocuidado siempre y cuando la paciente lo permita.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Preparar el material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Conocer los protocolos institucionales para el manejo de material de CEYE.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara material y equipo necesario para el procedimiento y traslada al ambiente de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Abre el equipo de asepsia sin contaminar, verificando que este completo.
	7	Extrae la sonda vesical del calibre elegido de su primera envoltura y coloca en el campo o bolsa, las gasas estériles y los dos pares de guantes. (Si aplica abre y coloca la jeringa de 10 CC y la bolsa colectora de orina).
	8	Vierte agua en la budinera, isodine solución en una de las flaneras y jabón antiséptico en la otra.
	9	Coloca a la paciente en posición ginecológica o de litotomía y desliza el cómodo por debajo de los glúteos de manera que la paciente quede cómoda.
	10	Realiza desinfección de manos con antiséptico de acuerdo con el Protocolo Institucional.
	11	Calza el primer par de guantes estériles, coloca gasas en flanera con jabón y flanera que contiene isodine solución.
	12	Abre la sonda de su segunda envoltura en caso de ser necesario y carga la jeringa con 5 CC. de agua estéril, conecta en la vía para inflar el balón y verifica la integridad de este, retira el agua del balón sin desconectar la jeringa de la vía.

17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

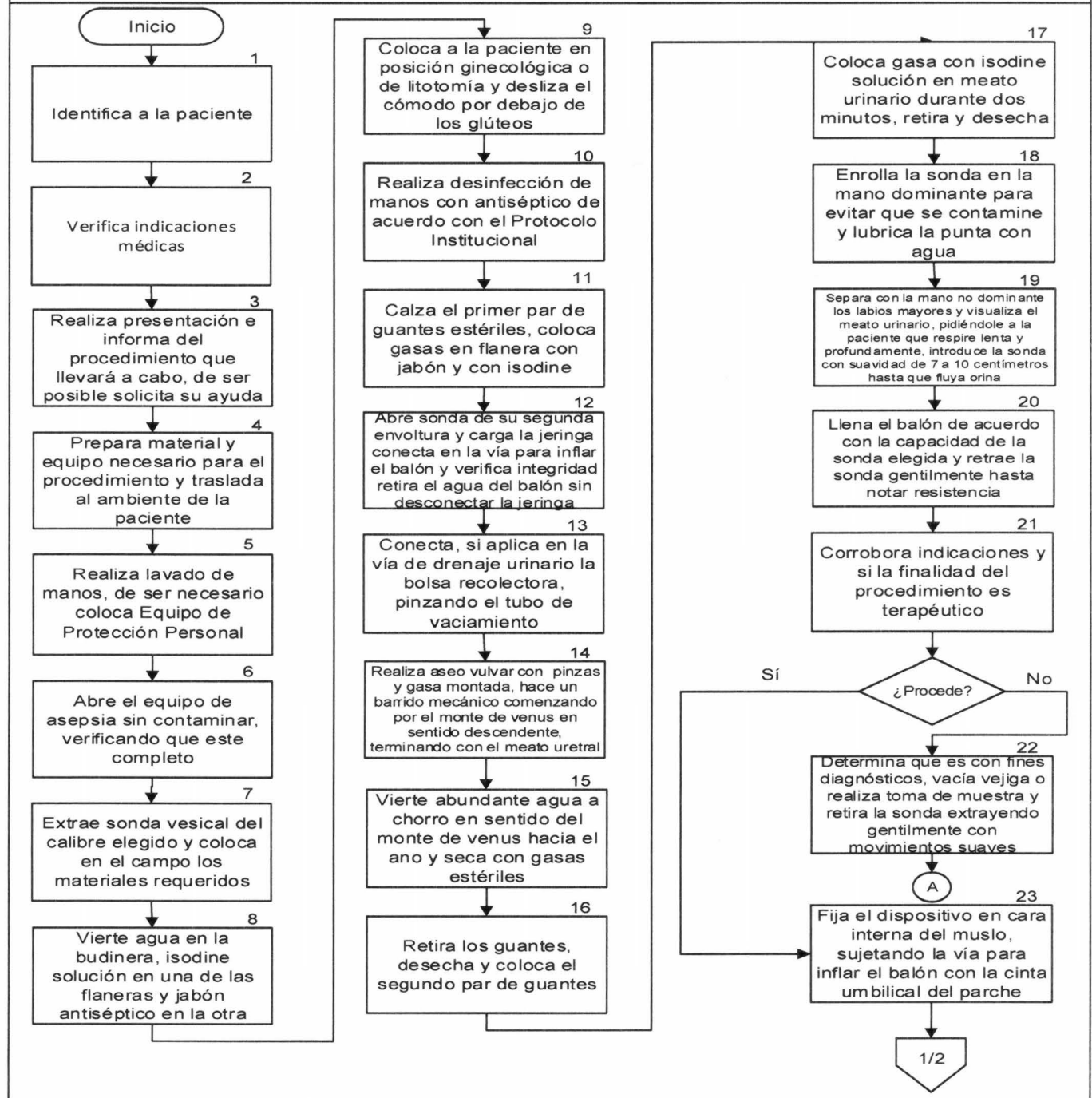
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Conecta, si aplica en la vía de drenaje urinario la bolsa recolectora, pinzando el tubo de vaciamiento. Realiza procedimiento con técnica cerrada.
	14	Realiza aseo vulvar con jabón, con las pinzas con gasa montada, hace un barrido mecánico siguiendo los Principios de Asepsia comenzando por el monte de venus, posterior con la cara interna de las piernas, labios mayores y menores en sentido descendente, terminando con el meato uretral separando los labios mayores para su visualización. Utilizando una gasa con cada movimiento. Repite el procedimiento de ser necesario.
	15	Vierte abundante agua a chorro en sentido del monte de venus hacia el ano y seca con gasas estériles.
	16	Retira los guantes, desecha y coloca el segundo par de guantes.
	17	Coloca gasa con isodine solución en meato urinario durante dos minutos, retira y desecha.
	18	Enrolla la sonda en la mano dominante para evitar que se contamine y lubrica la punta con agua.
	19	Separa con la mano no dominante los labios mayores y visualiza el meato urinario, pidiéndole a la paciente que respire lenta y profundamente, introduce la sonda con suavidad de 7 a 10 centímetros hasta que fluya orina.
	20	Llena el balón, en caso de que así aplique de acuerdo con la capacidad de la sonda elegida y retrae la sonda gentilmente hasta notar resistencia.
	21	Corroborar en las indicaciones si la finalidad del procedimiento es terapéutico.
	22	¿Procede?
		No: Determina que es con fines diagnósticos, vacía la vejiga o realiza la toma de muestra de forma adecuada y retira la sonda extrayendo gentilmente con movimientos suaves. Pasa a actividad N° 26.

17. INSTALACIÓN DE Sonda VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	23	Sí: Fija el dispositivo en cara interna del muslo, sujetando la vía para inflar el balón con la cinta umbilical del parche, evitando que la sonda quede a tensión.
	24	Retira el cómodo y deja en posición adecuada a la paciente.
	25	Fija la bolsa colectora en la parte inferior del barandal de la cama/camilla con el dispositivo destinado para ello (cuando el procedimiento es terapéutico). Si la paciente es ambulatoria orienta sobre el aseo y manejo de la sonda en domicilio.
	26	Retira los guantes, desecha y realiza lavado de manos acuerdo con el Protocolo Institucional.
	27	Membrete la bolsa colectora, así como el dispositivo de fijación en un lugar visible.
	28	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
	29	Realiza el mantenimiento a equipo y material de CEYE utilizado acorde a protocolo institucional.
		Termina procedimiento.

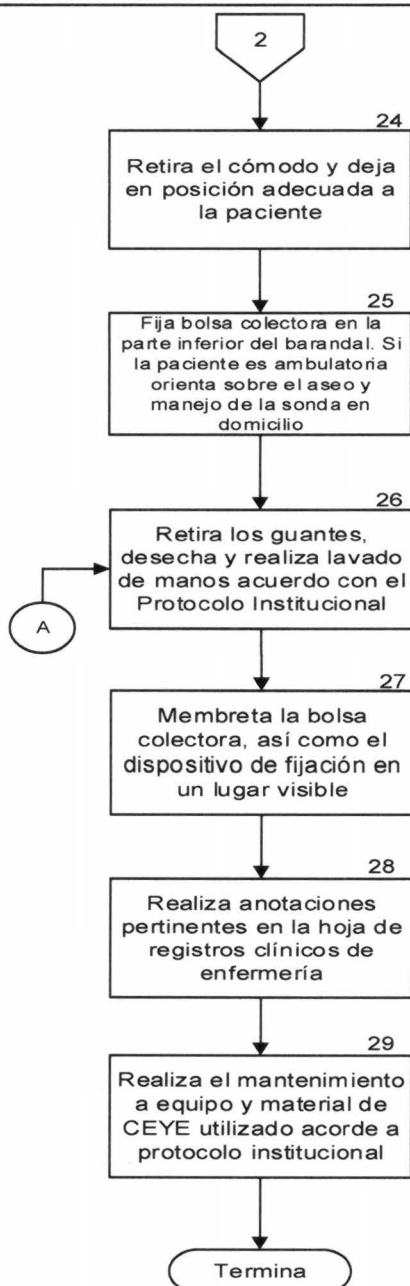
17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



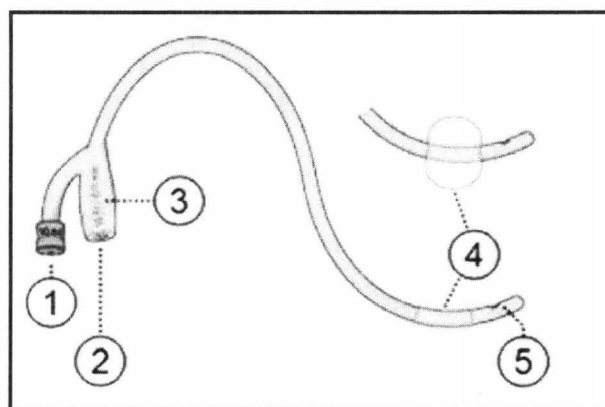
17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



17. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

ANEXOS



A **B**
Sonda Foley de dos vías. **A. Partes de la sonda.** 1. Vía para inflar el balón. 2. Vía de drenaje urinario. 3. Pabellón o embudo conector. 4. Balón. 5. Orificio para drenaje

TIPOS DE SONDAS					
Nombre	Imagen	Calibre	Material	Características	Utilidad
Foley		14 a 18Fr.	Silicón, látex y PVC	Flexibles con punta redondeada Pueden ser de 2 o 3 vías	Vaciado de vejiga y sondajes permanentes
Nelaton		14 a 16Fr.	Látex, silicón	Catéteres rectos y semirrígidos	Vaciar vejiga o recogida de muestras
Sonda de alimentación K31		8Fr.	PVC silicón	Flexibles	Vaciar vejiga o recogida de muestras

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

OBJETIVO

Disminuir el riesgo de complicaciones relacionadas con la permanencia de la sonda vesical.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

18. MANTENIMIENTO DE SONTA VESICAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - PROYECTO de Norma Oficial Mexicana **PROY-NOM-223-SSA1-2002**, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley y sondas para drenaje urinario de silicón modelo Foley.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de asepsia (campo estéril, budinera, 2 flanderas y pinza Allis)
 - Guantes estériles (dos pares)
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Gasas estériles
 - Jabón
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Dispositivo de fijación para sonda vesical (membretado con tipo de sonda, calibre de sonda, CC. con los que se llena el balón y fecha de instalación de la sonda vesical)
 - Sonda vesical (Foley, Nelaton o Silicon el calibre dependerá de la valoración a la paciente 8 FR, 14 FR o 16 FR)
 - Bolsa colectora de orina (membretado con nombre de la paciente, fecha de instalación de la sonda vesical, calibre de sonda y cama donde se encuentra la paciente)
 - Cómodo
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- Conocer políticas propias del instituto.

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

2. De la enfermera asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entono Hospitalario que se requieran durante el procedimiento.
- Aplicar los indicadores de enfermería: trato digno, prevención de infecciones por sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, registro clínico de enfermería de acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de Salud (INDICAS)
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato genitourinario femenino.
- Conocer el diagnóstico por el cual está indicado el uso de sonda vesical en la paciente.
- Realizar el procedimiento de forma aséptica de acuerdo con el protocolo institucional.
- Efectuar aseo genitourinario en pacientes inconscientes y/o con reposo absoluto manteniendo su individualidad.
- Preparar el material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Promover el autocuidado siempre y cuando la paciente lo permita.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Prevenir la sedimentación de la orina mediante el acomodo del tubo de drenaje en favor de la gravedad.
- Valorar el cambio de la sonda vesical, en sondas de látex cada 7 días y en sonda de silicón cada 30 días.
- Mantener el sistema cerrado en todo momento, si se abre realizar el cambio completo del equipo.
- Realizar el procedimiento, si requiere toma de muestras urinarias, de acuerdo con el protocolo institucional sin perder la integridad del sistema cerrado, a través del puerto específico para este fin y en condiciones asépticas.
- Evitar el contacto de la bolsa con el piso para reducir el riesgo de contaminación intraluminal por microorganismos.
- Vigilar, informar y documentar sintomatología correspondiente a infección de vías urinarias.
- Conocer los protocolos institucionales para el manejo de material de CEYE.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

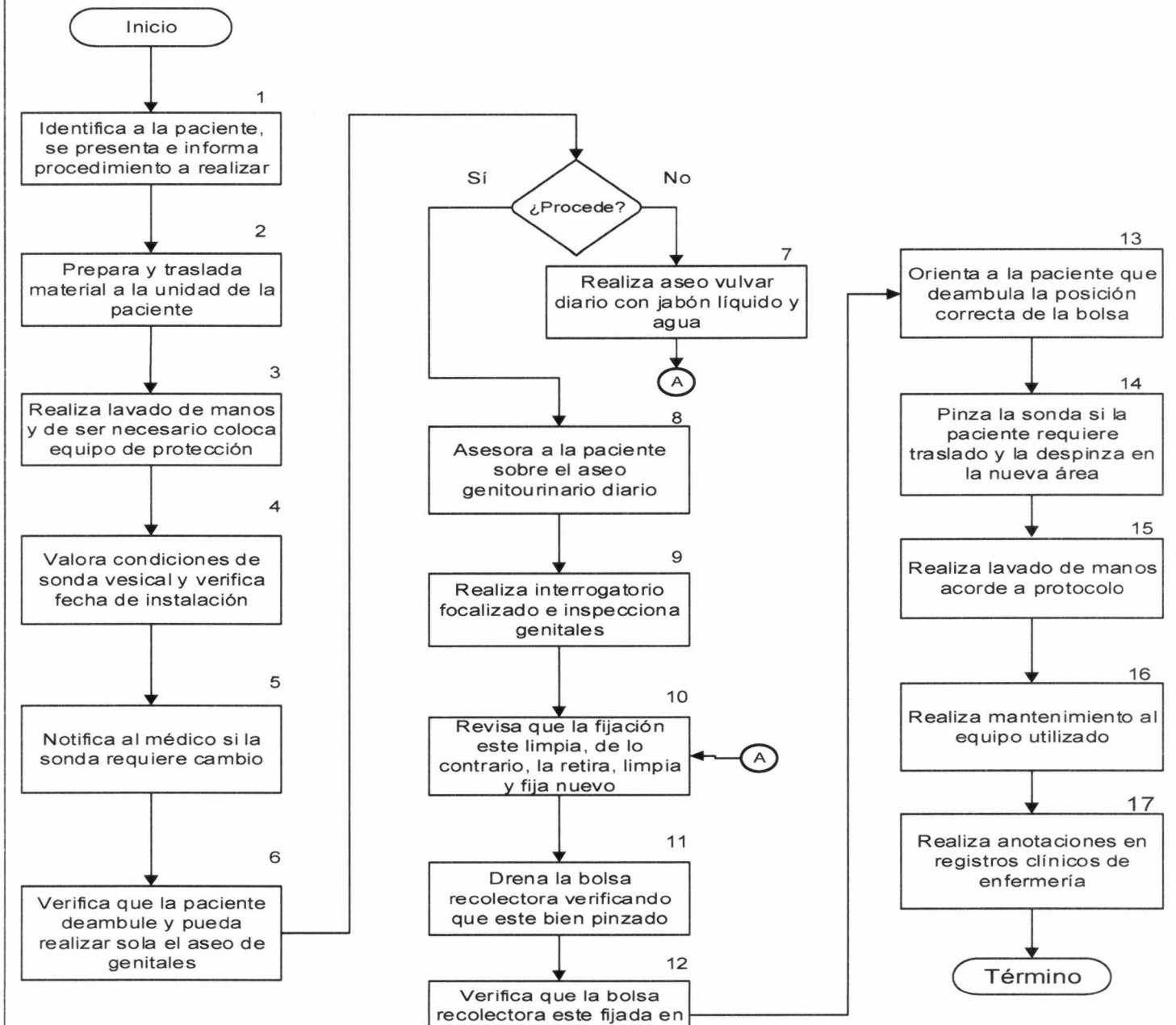
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta y le informa el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	2	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde al Protocolo Institucional.
	4	Valora condiciones de la sonda vesical y verifica fecha de instalación.
	5	Notifica al médico si la sonda requiere cambio completo.
	6	Verifica que la paciente deambule y pueda realizar por si sola el aseo de genitales.
		¿Procede?
	7	No: Realiza aseo vulvar diario con jabón líquido y agua (repite el procedimiento de ser necesario). Continúa en Act.10
	8	Sí: Asesora a la paciente sobre el aseo genitourinario diario, sin traccionar la sonda vesical y cuidando que la bolsa de recolección no toque el piso.
	9	Realiza interrogatorio focalizado e inspecciona diariamente los genitales en busca de algún signo o síntoma de alarma y notifica al médico.
	10	Revisa que la fijación este limpia, seca y en óptimas condiciones, si está traccionando la sonda vesical, retira la fijación despegando gentilmente de la piel, limpia el área y fija el nuevo dispositivo en cara interna del muslo de la paciente, sujetando la vía para inflar el balón con la cinta umbilical del parche o pinza de sujeción del dispositivo, evita la obstrucción por torceduras o acodaduras del tubo. *Si la paciente cuenta con acceso venoso periférico coloca en la pierna del mismo lado*
	11	Drena la bolsa recolectora y evita que la orina rebase el 75% de su capacidad, utilizando un recipiente graduado, verificando que este bien pinzado el extremo inferior de drenaje al término del vaciado.
	12	Verifica que la bolsa recolectora de orina este fijada en cama/camilla por debajo del nivel de la vejiga en un lugar que evite el contacto con el piso.

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Orienta a la paciente que deambula que la bolsa recolectora se mantenga por debajo del nivel de la vejiga y evite el contacto con el piso. Considerando esto al subir o bajar la paciente de la cama.
	14	Pinza la sonda del extremo proximal de la bolsa colectora si la paciente requiere traslado de área, manteniendo por debajo de la vejiga durante el traslado, asegurándose que al llegar a la nueva área se despince y permanezca colocada por debajo de la vejiga sin tocar el piso.
	15	Realiza lavado de manos acorde con el Protocolo Institucional.
	16	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	17	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

18. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial





19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

OBJETIVO

Valorar en forma continua parámetros hemodinámicos de la paciente con fines diagnósticos y preventivos.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la jefa de servicio y/o encargada del servicio:

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS)
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional
- Verificar que el equipo y sus aditamentos se encuentre en óptimas condiciones de uso.
- Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento: monitor y accesorios (cables de derivaciones, sensores y brazaletes de diferentes tamaños), electrodos, torundas y alcohol

2. De la Enfermera asistencial:

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer la anatomía y fisiología del aparato cardiovascular y respiratorio.
- Conocer los parámetros normales de signos vitales
- Conocer y comprobar la funcionalidad del monitor
- Mantener conectados los cables correspondientes para las mediciones al monitor de ECG, los cuales de forma inmediata detectan la frecuencia respiratoria.
- Utilizar el brazalete acorde al tamaño de la paciente (VER ANEXO 1)
- Mantener los cables de los sensores sin dobleces.
- Cambiar continuamente el saturómetro de dedo.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.

19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

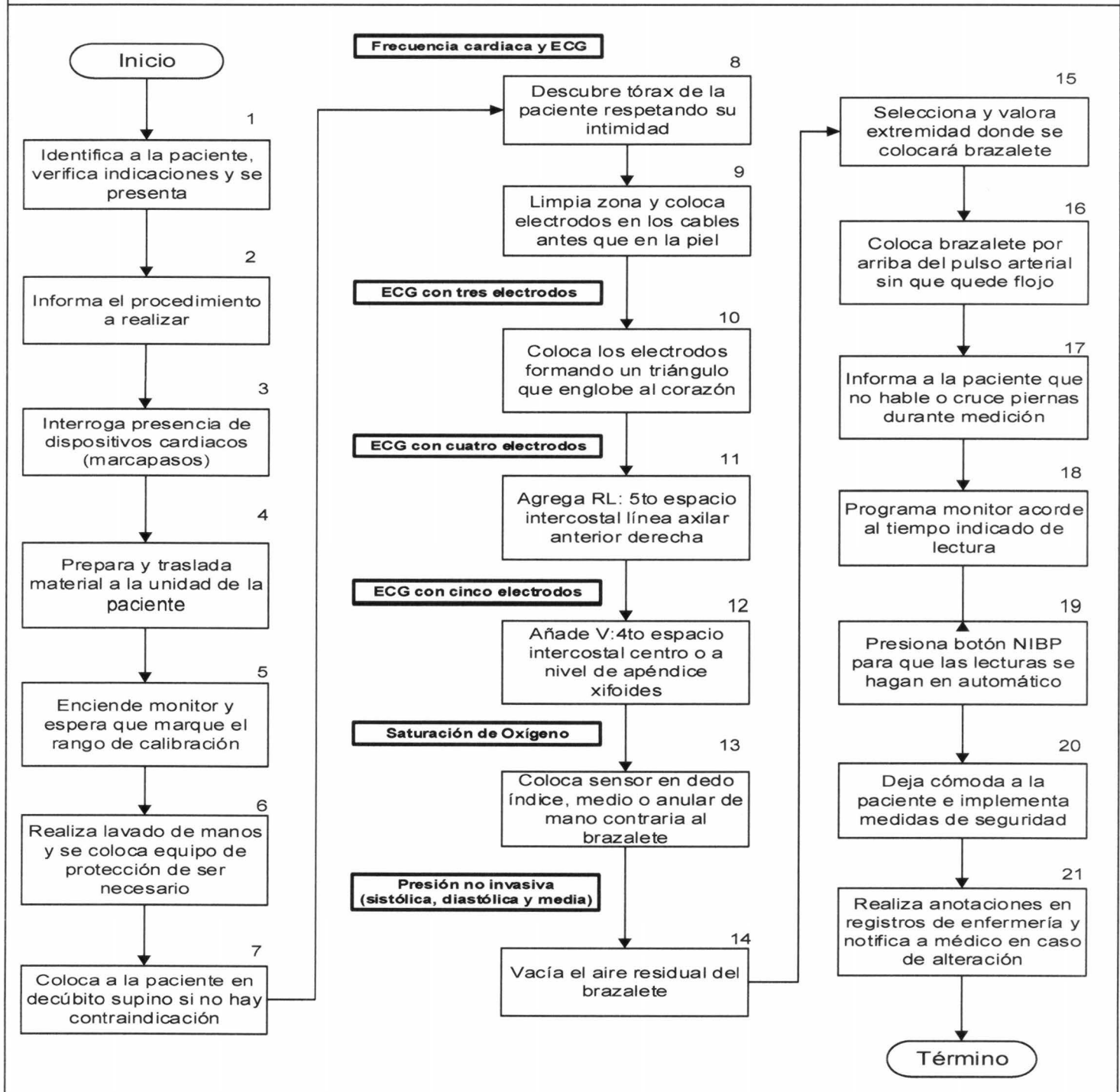
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas y se presenta
	2	Informa a la paciente el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Interroga presencia de dispositivos cardíacos (marcapasos)
	4	Prepara y traslada material a la unidad de la paciente.
	5	Enciende el monitor y espera que marque el rango de calibración.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo institucional
	7	Coloca a la paciente en decúbito supino o semifowler si no hay contraindicación.
		Frecuencia cardíaca y ECG
	8	Descubre el tórax de la paciente respetando su intimidad.
	9	Limpia zona y coloca los electrodos en los cables antes de pegarlos en la piel
		ECG con tres electrodos:
	10	Coloca los electrodos formando un triángulo, que englobe al corazón. RA: "Right Arm" o R: "Right" (Derecho). En el brazo derecho o en la intersección entre la línea central de la clavícula derecha y la segunda costilla. LL: "Left Leg" o F: "Foot". 5to espacio intercostal línea axilar anterior izquierda o en la pierna izquierda. LA: "Left Arm" o L: "Left" (Izquierdo). En el brazo izquierdo o en la intersección entre la línea central de la clavícula izquierda y la segunda costilla. (VER ANEXO 1)
		ECG con cuatro electrodos
	11	Coloca los electrodos como se describe arriba y añade: RL: 5to espacio intercostal línea axilar anterior derecha o en la pierna derecha. (VER ANEXO 2)
		ECG con cinco electrodos
	12	Añade: V: 4to espacio intercostal centro o a nivel de apéndice xifoides. (VER ANEXO 3)

19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial		Saturación de Oxígeno
	13	Coloca el sensor en el dedo índice, medio o anular de la mano contraria donde se encuentra el brazalete de la T/A. (VER ANEXO 4)
		Presión no invasiva (sistólica, diastólica y media)
	14	Vacía el aire residual del brazalete.
	15	Selecciona y valora la extremidad donde se colocará el brazalete.
	16	Coloca el extremo inferior el brazalete 2.5cm por arriba del pulso arterial sin que este quede flojo.
	17	Informa a la paciente que no hable o cruce las piernas durante su medición.
	18	Programa monitor acorde al tiempo indicado de lectura
	19	Presiona el botón con las siglas "NIBP", las siguientes lecturas las hará en automático según programación inicial.
	20	Deja cómoda a la paciente e implementa las medidas de seguridad.
	21	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería y notifica a médico en caso de alteración.
		Termina procedimiento

19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

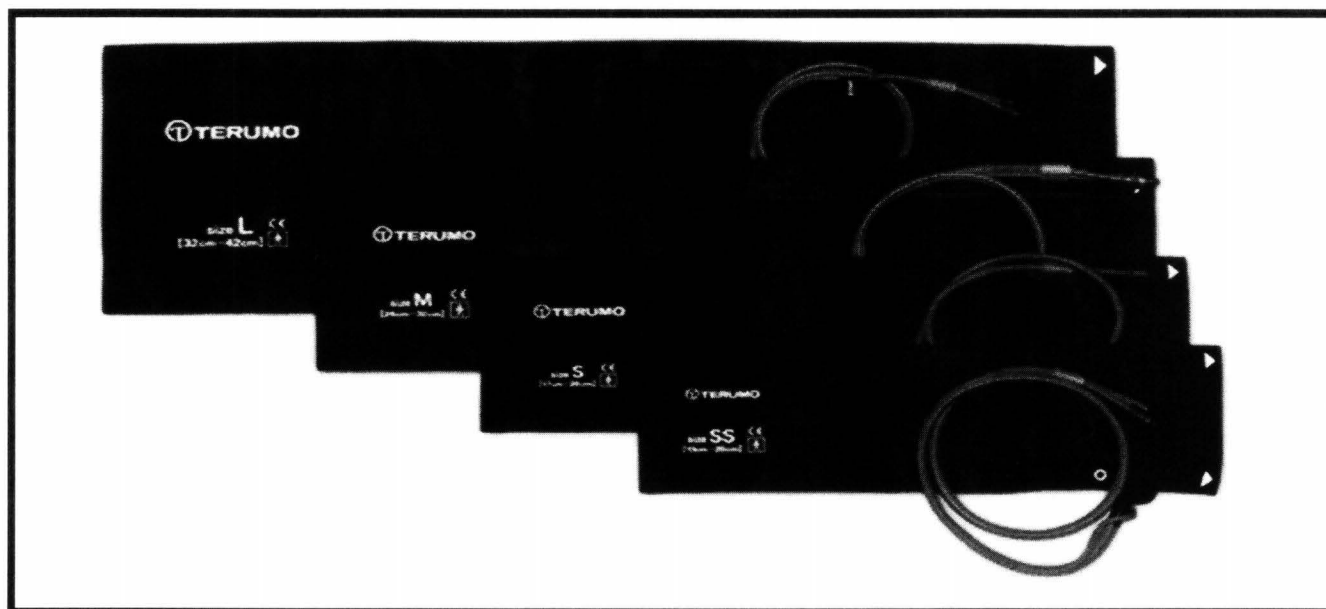
Enfermera Asistencial



19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

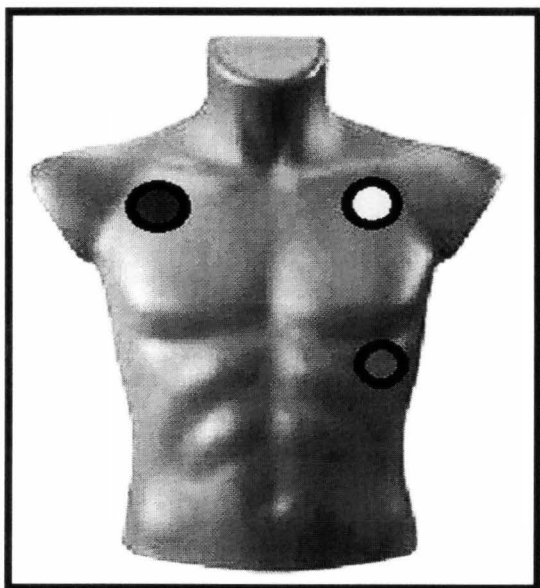
ANEXOS

TALLA	DESIGNACIÓN	BRAZALETE	CIRCUNFERENCIA
XL	Extragrande	22 x80 cm	42 a 52 cm
L	Adulto grande	16.5x61 cm	32 a 42 cm
M	Adultos	14x51 cm	26 a 34 cm
S	Jóvenes/ adulto pequeño	8.5x42 cm	20 a 28 cm

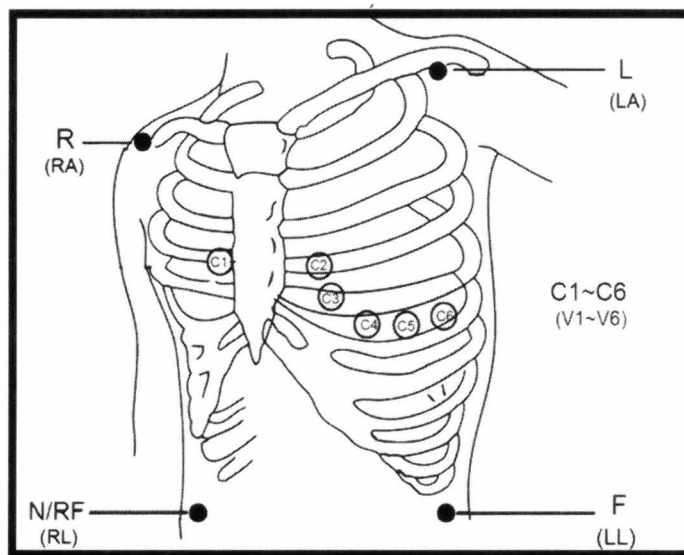


19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

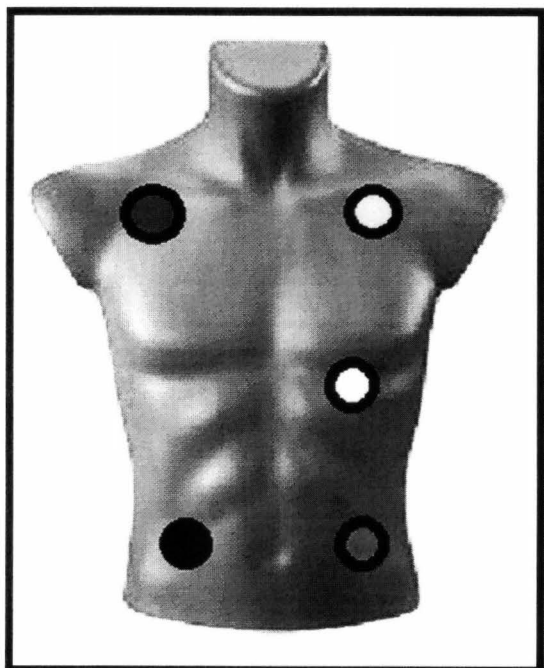
ANEXO 1



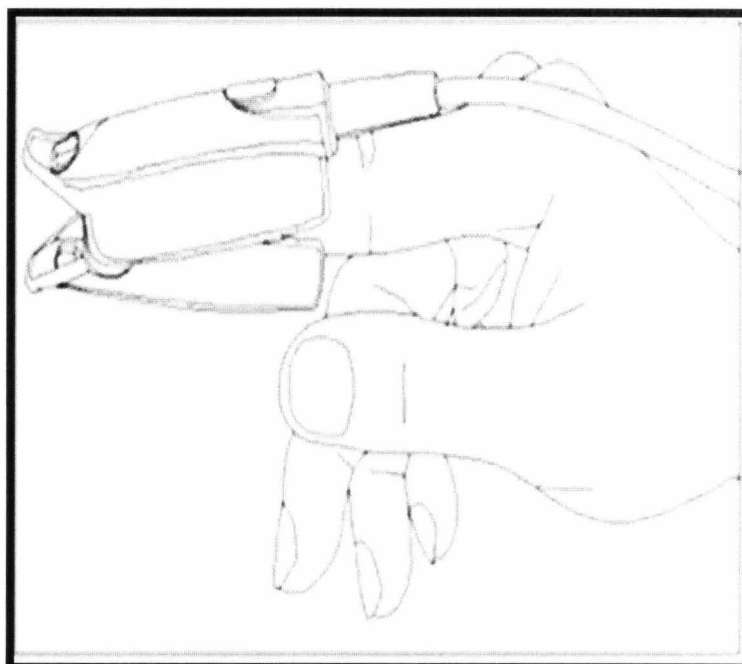
ANEXO 2



ANEXO 3



ANEXO 4



19. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES**Referencias:**

<http://signosvitaless20.com/actualizacion-en-monitorizacion-electrocardiografica/>

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/11-pasos-para-la-obtencion-de-un-electrocardiograma-de-12-derivaciones>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>

https://www.urgenciasyemergen.com/derivaciones-del-electrocardiograma-iii_4/

<https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-hemodinamica-el-paciente-critico--articulo-S0210569113002234>

<https://www.gimaitaly.com/DocumentiGIMA/Manuali/ES/M35124ES.pdf>

20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA



20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

OBJETIVO

Prevenir complicaciones asociadas a las limitaciones de la movilidad a través de cambios posturales.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

POLITICAS DE OPERACIÓN.

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio.

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Conocer políticas propias del instituto.
- Conocer las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS).
- Asegurar que el servicio cuente con el material suficiente para realizar el procedimiento:
 - Almohadas y/o cojines ergonómicos
 - Sabanas clínicas
 - Guantes
 - Hoja de registros clínicos de enfermería
- Asegurar la presencia del camillero en el servicio cuando se solicite.
- Asegurar que la paciente siempre se encuentre con las medidas para prevención de caídas.
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- Conocer la mecánica corporal según el procedimiento.

2. De la enfermera asistencial.

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana previamente mencionados.
- Conocer las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

- Conocer anatomía y fisiología del sistema musculo esquelético.
- Conocer las posiciones anatómicas.
- Valorar talla, peso y condición clínica de la paciente.
- Valorar la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización.
- Conocer y aplicar adecuadamente la mecánica corporal.
- Mantener comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario.
- Mantener comunicación constante con la paciente durante el procedimiento mediante órdenes claras y precisas.
- Proteger las zonas de apoyo, así como dispositivos y/o equipos de la paciente.
- Colocar dispositivos de apoyo necesarios para mantener la alineación corporal.
- Establecer un reloj postural durante las 24 horas.
- Asegurar la integridad cutánea.
- Garantizar medidas de prevención de caídas.

20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

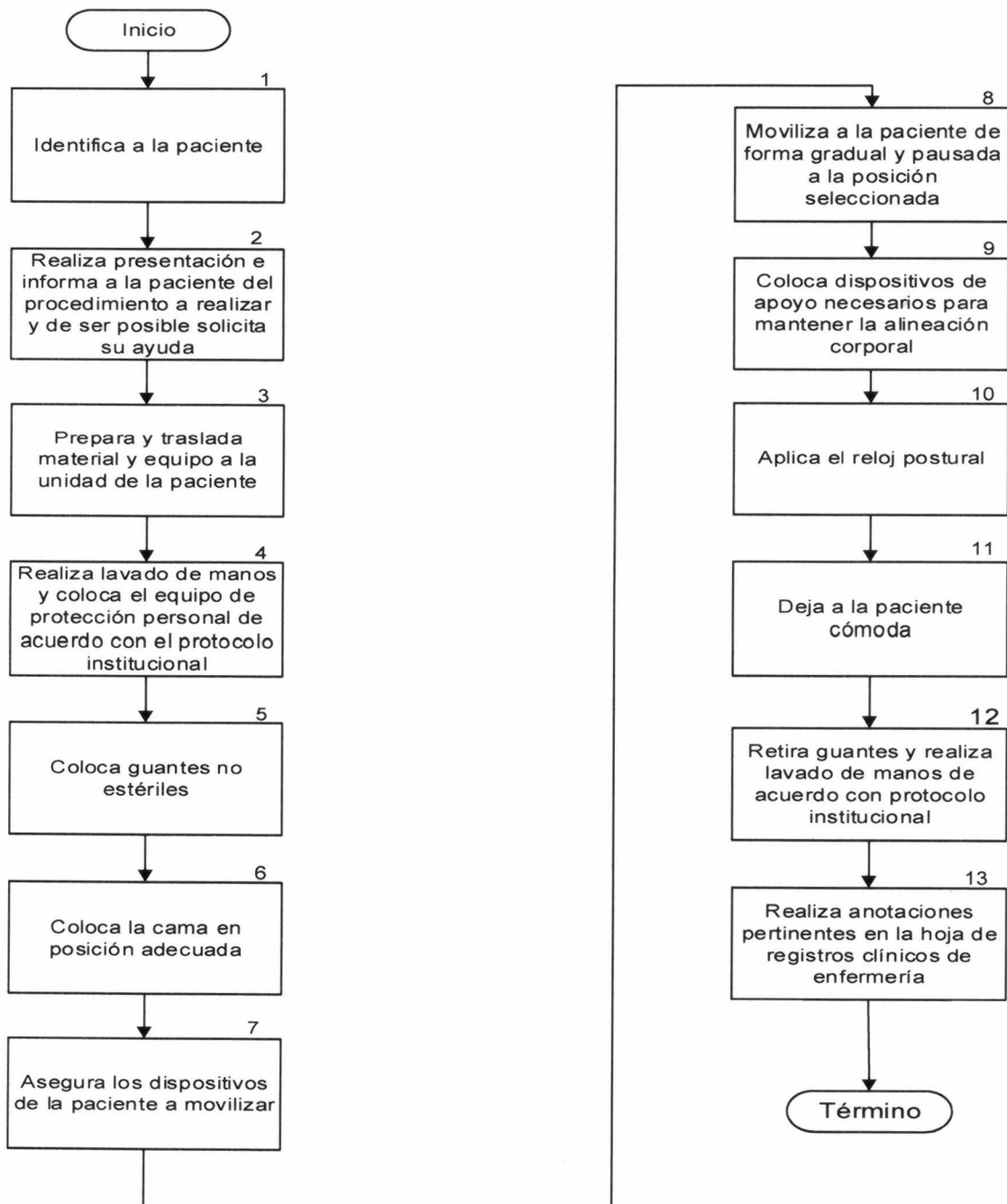
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	4	Realiza lavado de manos y coloca el equipo de protección personal de acuerdo con el protocolo institucional.
	5	Coloca guantes no estériles.
	6	Coloca la cama en posición adecuada.
	7	Asegura los dispositivos de la paciente a movilizar.
	8	Moviliza a la paciente de forma gradual y pausada a la posición seleccionada.
	9	Coloca dispositivos de apoyo necesarios para mantener la alineación corporal.
	10	Aplica el reloj postural. (Ver anexo)
	11	Deja a la paciente cómoda.
	12	Retira guantes y realiza lavado de manos de acuerdo con protocolo institucional
	13	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

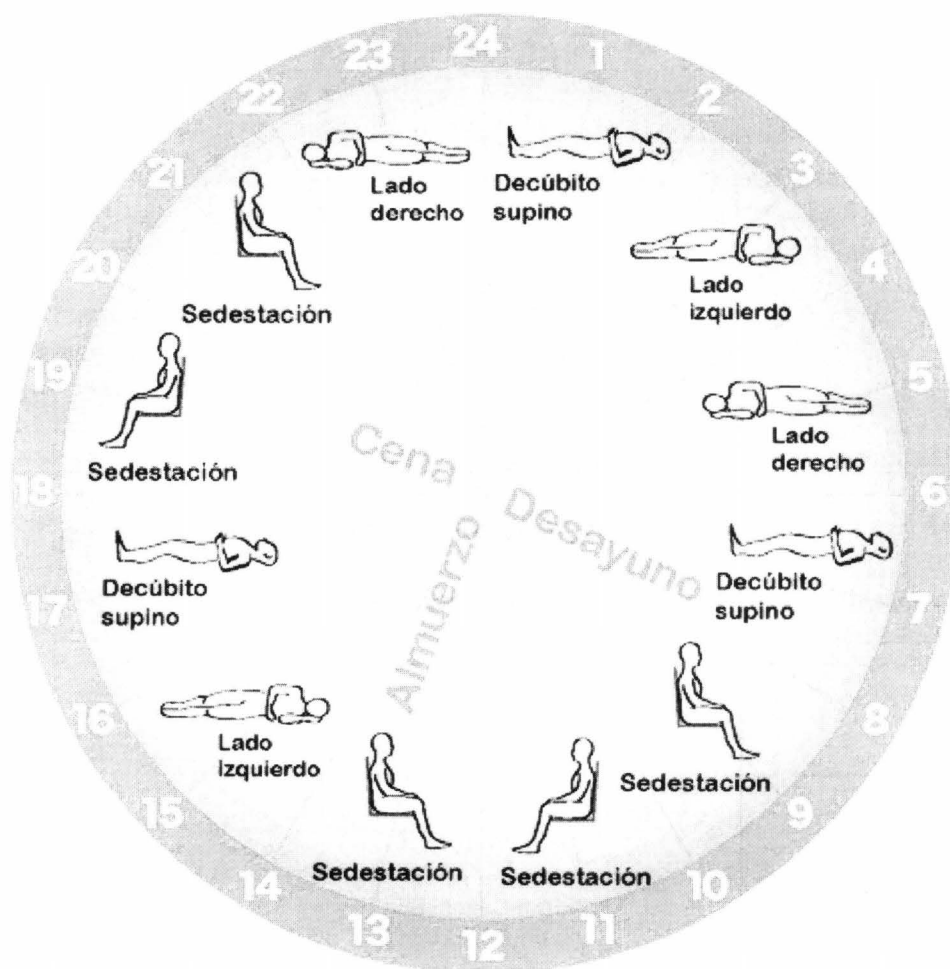
20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Enfermera Asistencial



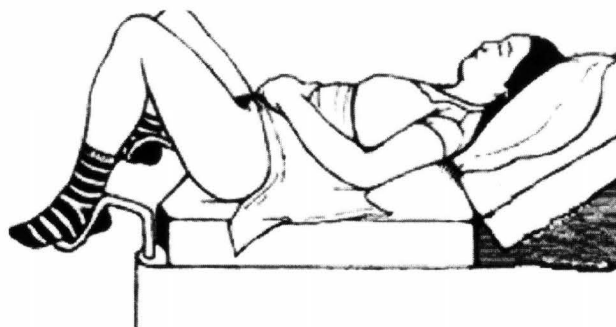
20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Reloj Postural

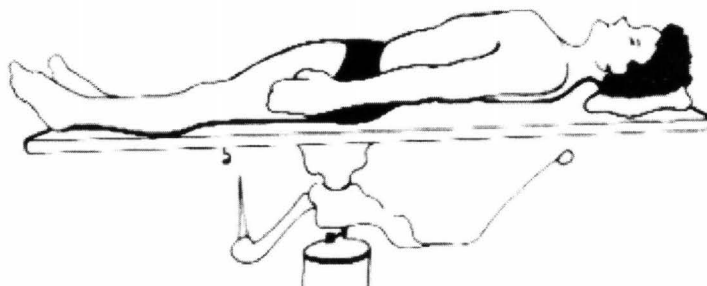


20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

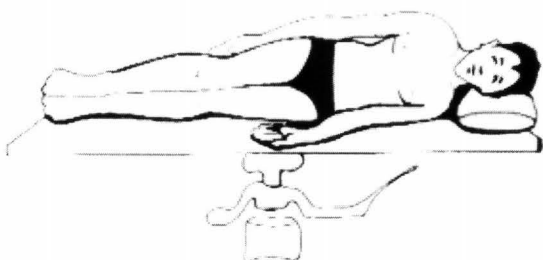
Posición Ginecológica o de Litotomía



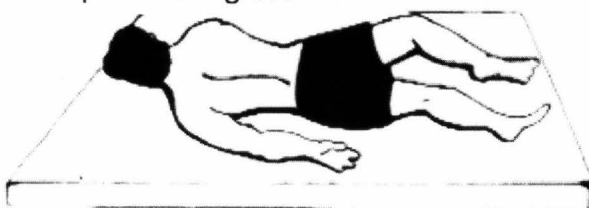
Posición Supina



Posición Decúbito lateral (Izquierdo o derecho)



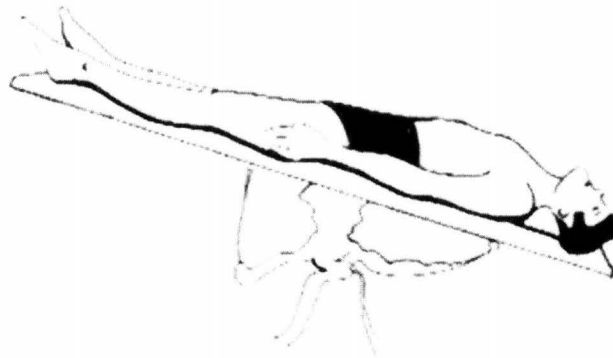
Posición de SIMS /
Semiprona o inglesa





20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Posición de Trendelenburg



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

20. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Movilizaciones y Transferencias. Obtenido de:
<https://www.mederi.com.co/sites/default/files/movilizacio%CC%81n%20del%20paciente%20en%20casa%20WEB%20.pdf>
2. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Facultad de Ciencias de la Salud. Licenciatura en Enfermería.
https://www.fcsalud.mx/Enfermeria/docs/Practica_clinica/MANUALES/URGENCIAS_T.pdf
3. Precauciones estándar. OMS. 2020. Obtenido de:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10_EPR_AM2_E7_SPAN_HR.pdf
4. Comisión de enfermería. Procedimientos de enfermería en la movilización de pacientes. 2017.
Obtenido de: https://fhc-procedimientos-enfermeria-buscador.riojasalud.es/procedimiento/pdf/?id_procedimiento=p105
5. Técnicas de movilización e inmovilización de pacientes en urgencias. 2019. Obtenido de:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B727B2FE-E3C1-4E82-8932-CD28B610E8E4/454539/tecnicasdemovilizacion.pdf>
6. Manual de Procedimientos de Enfermería. 2014. Obtenido de:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B727B2FE-E3C1-4E82-8932-CD28B610E8E4/454539/tecnicasdemovilizacion.pdf>

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Remover, destruir y reducir la proliferación de los microorganismos en las manos, con la finalidad de prevenir infecciones nosocomiales y proteger la salud de los pacientes.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Verificar que se cuente con el material correspondiente:
 - Jabón
 - Toallas de papel
 - Antiséptico a base de alcohol para manos (etílico o isopropílico, concentración mayor al 60%).
- Verificar que el procedimiento se realice de la forma correcta.
- Contar con carteles del lavado de manos proporcionados por la institución y que estos se encuentren en lugar visible.

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
 - a) Antes de tocar a la paciente.
 - b) Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
 - c) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
 - d) Después de tocar a la paciente.
 - e) Después del contacto con el entorno de la paciente.

Nota: El procedimiento de lavado de manos con agua y jabón tendrá una duración de 40 a 60 segundos; el procedimiento de la desinfección de manos con gel a base de alcohol tendrá una duración de 20 a 30 segundos.
- Mantener las uñas cortas y no usar uñas postizas cuando esté en contacto directo con los pacientes.

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Agua y Jabón 40- 60 segundos)
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Retira alhajas de las manos.
	2	Prepara papel o toallas de papel.
	3	Humecta sus manos con agua.
	4	Deposita en la palma de la mano jabón suficiente, para cubrir toda la superficie de las manos.
	5	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	6	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	7	Repite el punto anterior con la mano izquierda.
	8	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
	9	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha, agarrándose los dedos.
	10	Repite el punto anterior con los dedos de mano derecha.
	11	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	12	Repite el punto anterior con el pulgar derecho.
	13	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	14	Repite el punto anterior con los dedos de la mano derecha.
	15	Frota la palma de la mano derecha abrazando la muñeca de la mano izquierda, con movimientos de rotación.

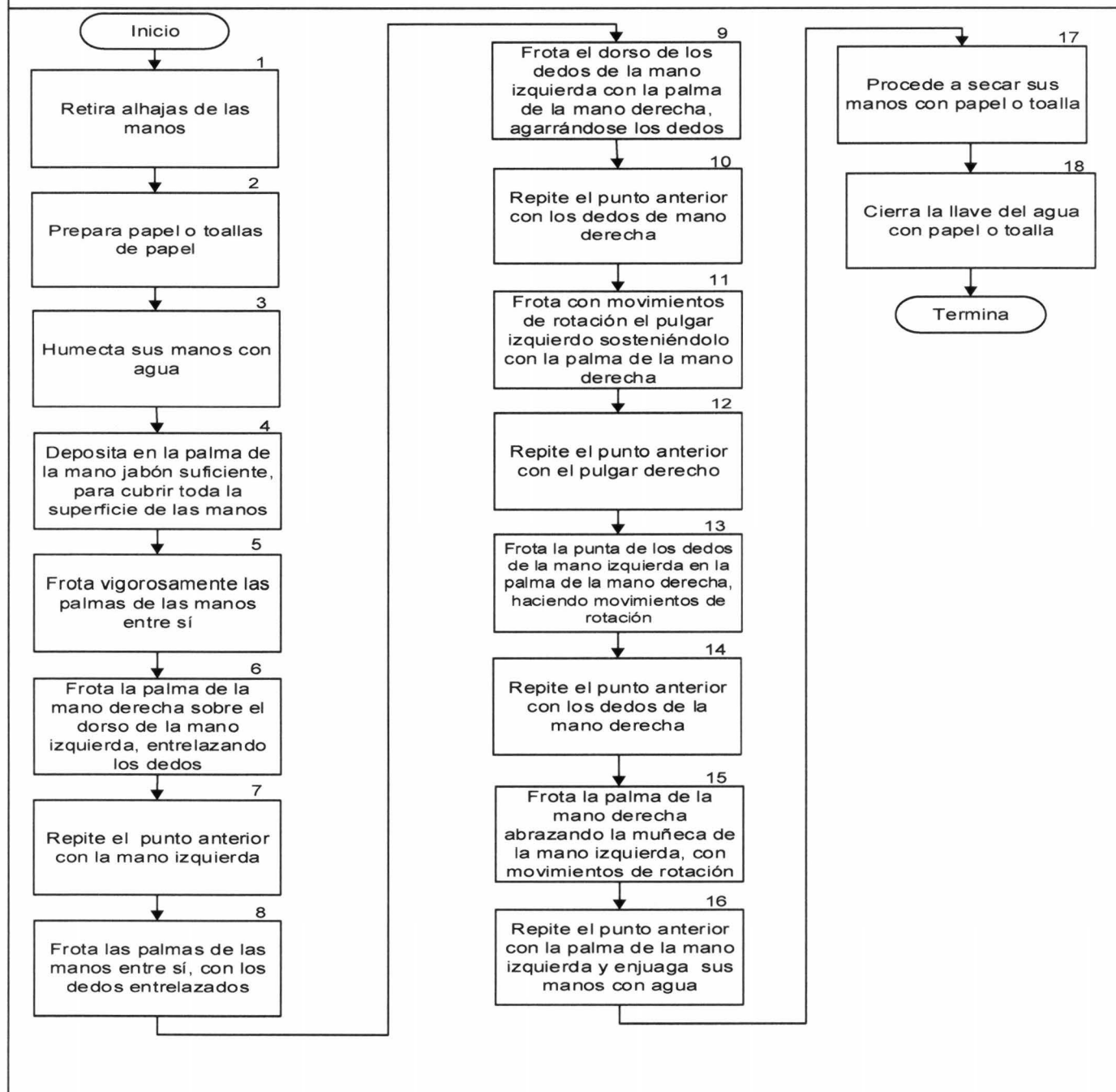
21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Agua y Jabón 40- 60 segundos)
Enfermera asistencial	16	Repite el punto anterior con la palma de la mano izquierda y enjuaga sus manos con agua.
	17	Seca sus manos con papel o toalla.
	18	Cierra la llave del agua con papel o toalla.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial



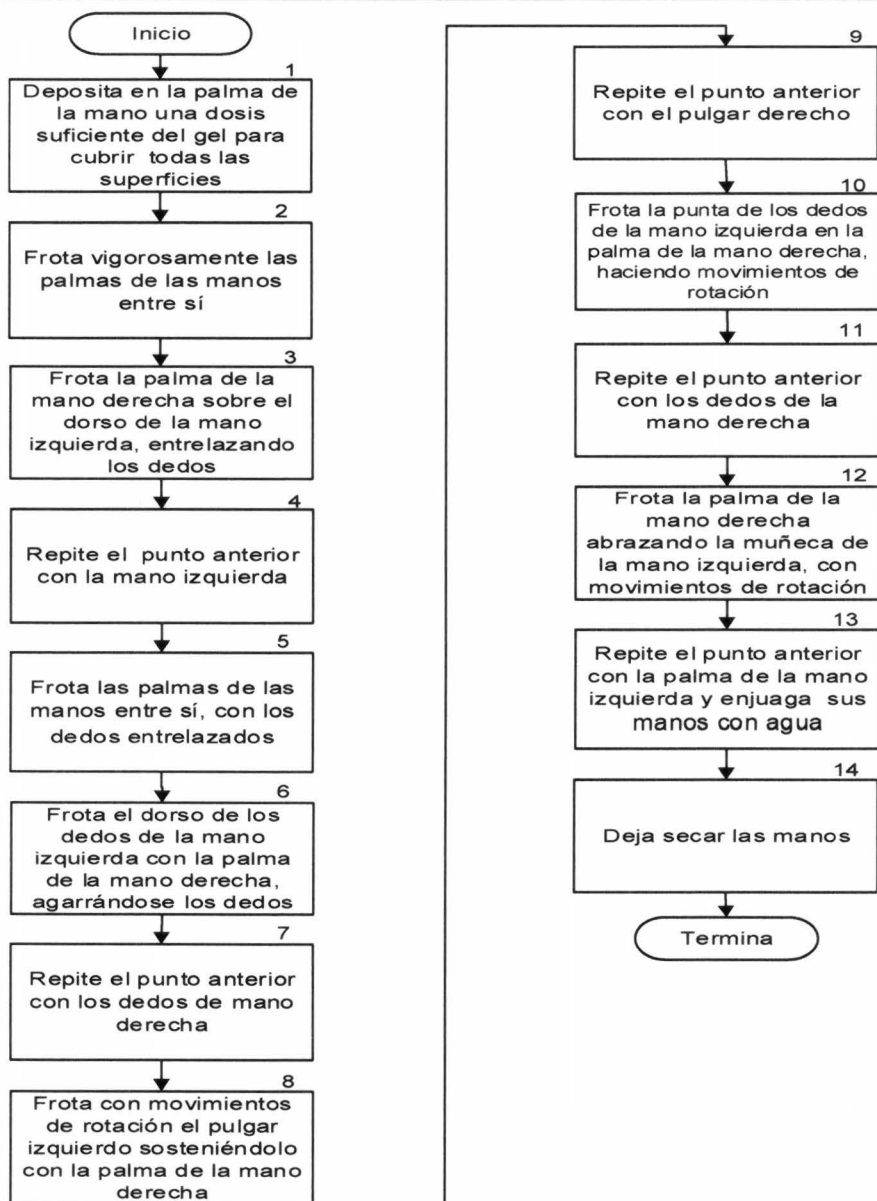
21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Desinfección
Enfermera asistencial	1	Deposita en la palma de la mano una dosis suficiente del gel para cubrir todas las superficies.
	2	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	3	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	4	Repite el punto anterior con la mano izquierda.
	5	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
	6	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha, agarrándose los dedos.
	7	Repite el punto anterior con los dedos de mano derecha.
	8	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	9	Repite el punto anterior con el pulgar derecho.
	10	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	11	Repite el punto anterior con los dedos de la mano derecha.
	12	Frota la palma de la mano derecha abrazando la muñeca de la mano izquierda, con movimientos de rotación.
	13	Repite el punto anterior con la palma de la mano izquierda y enjuaga las manos con agua.
	14	Deja secar sus manos.
Termina Procedimiento		

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

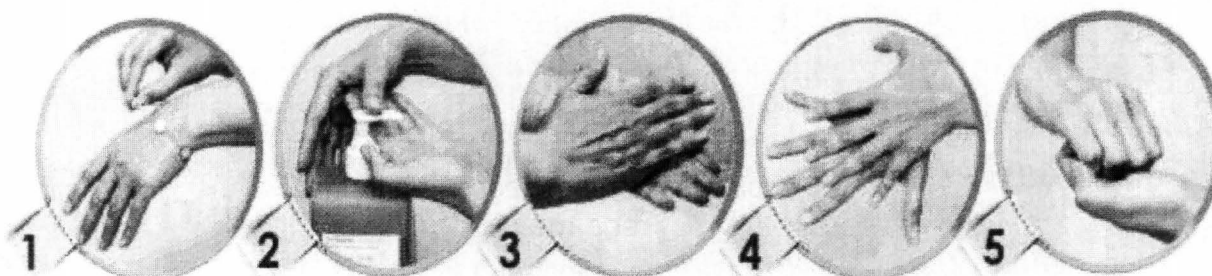
Enfermera Asistencial



21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Alcohol - Gel | 20 a 30 seg

HIGIENE DE MANOS



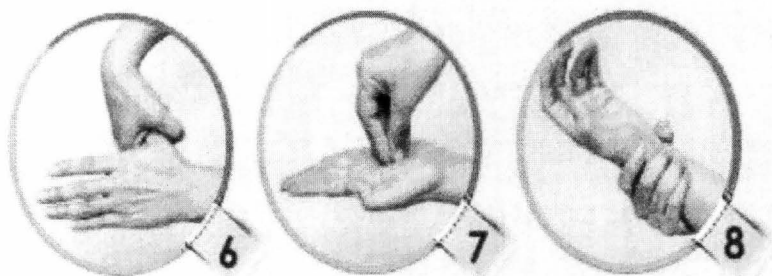
1 Retire joyería

2 Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente de Alcohol-Gel

3 Frote palmas entre sí con dedos entrelazados

4 Frote la palma contra el dorso de la mano entrelazando los dedos y viceversa

5 Frote dorso dedos de una mano con la palma opuesta agarrándose dedos

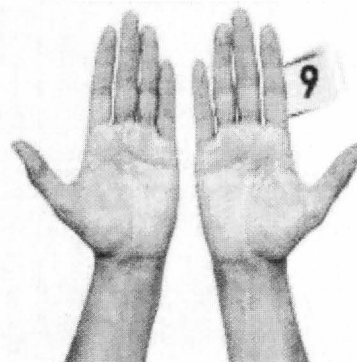


6 Frote punta de dedos contra palma en movimiento de rotación y viceversa

7 Frote punta de dedos mano derecha contra palma en movimiento de rotación y viceversa

8 Continúe frotando hasta la muñeca

20-30 segundos
MANOS SEGURAS

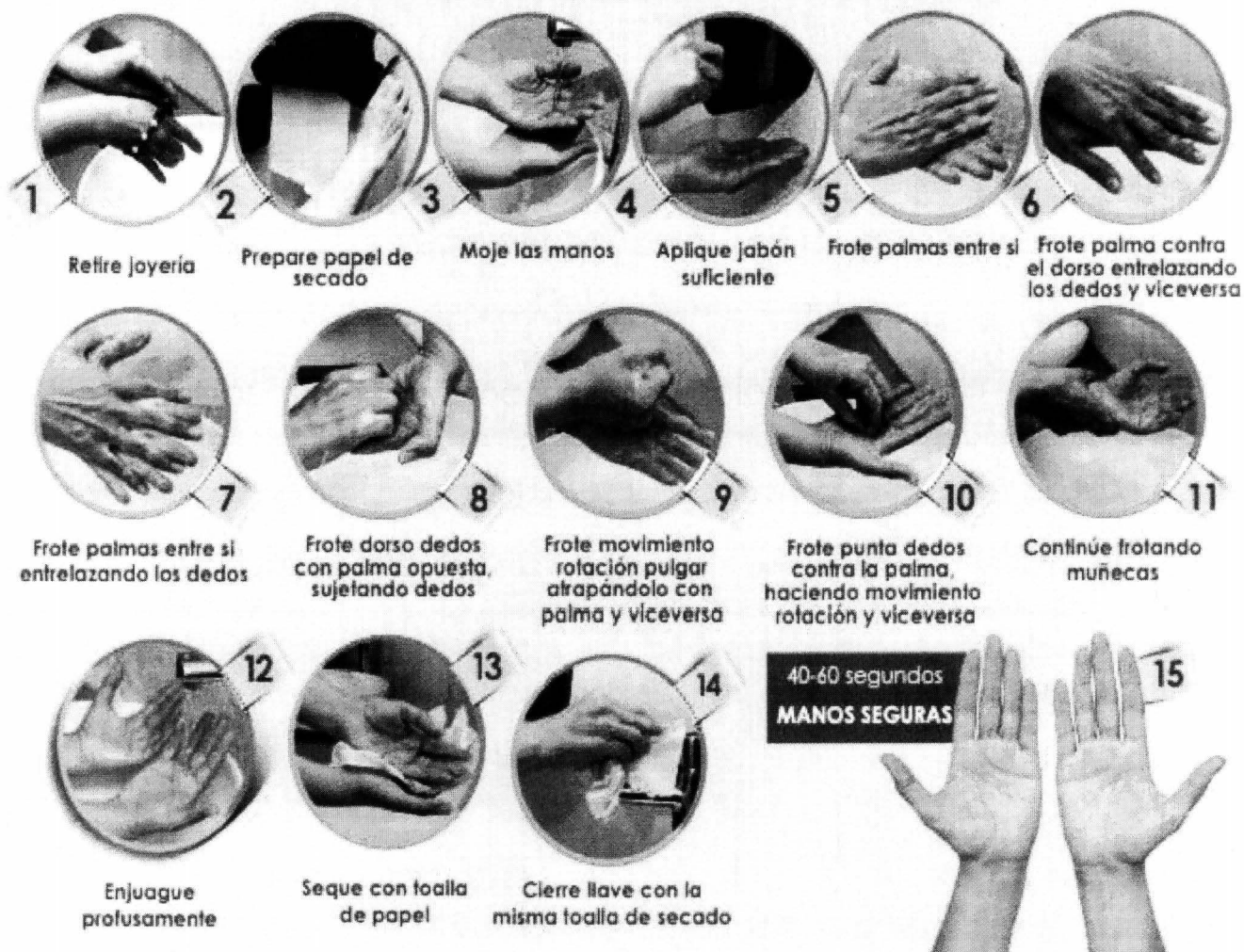


DÍA	MES	AÑO
01	04	24

21. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Área Hospitalaria | Agua y jabón | 40 a 60 seg

HIGIENE DE MANOS



22. HIGIENE BUCAL

22. HIGIENE BUCAL

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

22. HIGIENE BUCAL

Objetivo

Evitar la colonización orofaríngea manteniendo limpia la cavidad bucal para disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales en el tracto respiratorio inferior de la paciente.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

22. HIGIENE BUCAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1 De la jefa de servicio y/o encargada del servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS).
- Vigilar el buen funcionamiento de la toma de aire y frasco de aspiración.
- Verificar que el procedimiento se realice de la manera correcta.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Antiséptico con el que cuente la institución puede ser gluconato de clorhexidina al 0.12%, triclosán, povidona yodada.
 - Agua inyectable o cloruro de sodio 0.9%
 - Jeringa 10cc
 - Gasas
 - Tubo de succión o aspiración
 - Sonda de aspiración
 - Guantes
 - Humectante de labios
 - Toalla
 - Palangana o lebrillo
 - Vaso
 - Cepillo de dientes

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

22. HIGIENE BUCAL

2. De la enfermera asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Conocer la anatomía y fisiología del aparato respiratorio y digestivo.
- En paciente con asistencia ventilatoria: Monitorización continua de signos vitales y saturación de oxígeno mayor a 90% durante el procedimiento.
- Utilizar las precauciones universales al realizar el procedimiento.
- Verificar funcionamiento de toma de aire y frasco de aspiración
- Utilizar sonda convencional para aspirar la cavidad oral.
- Utilizar el enjuague bucal o antiséptico verificando su instructivo.
- Preparar equipo y material.

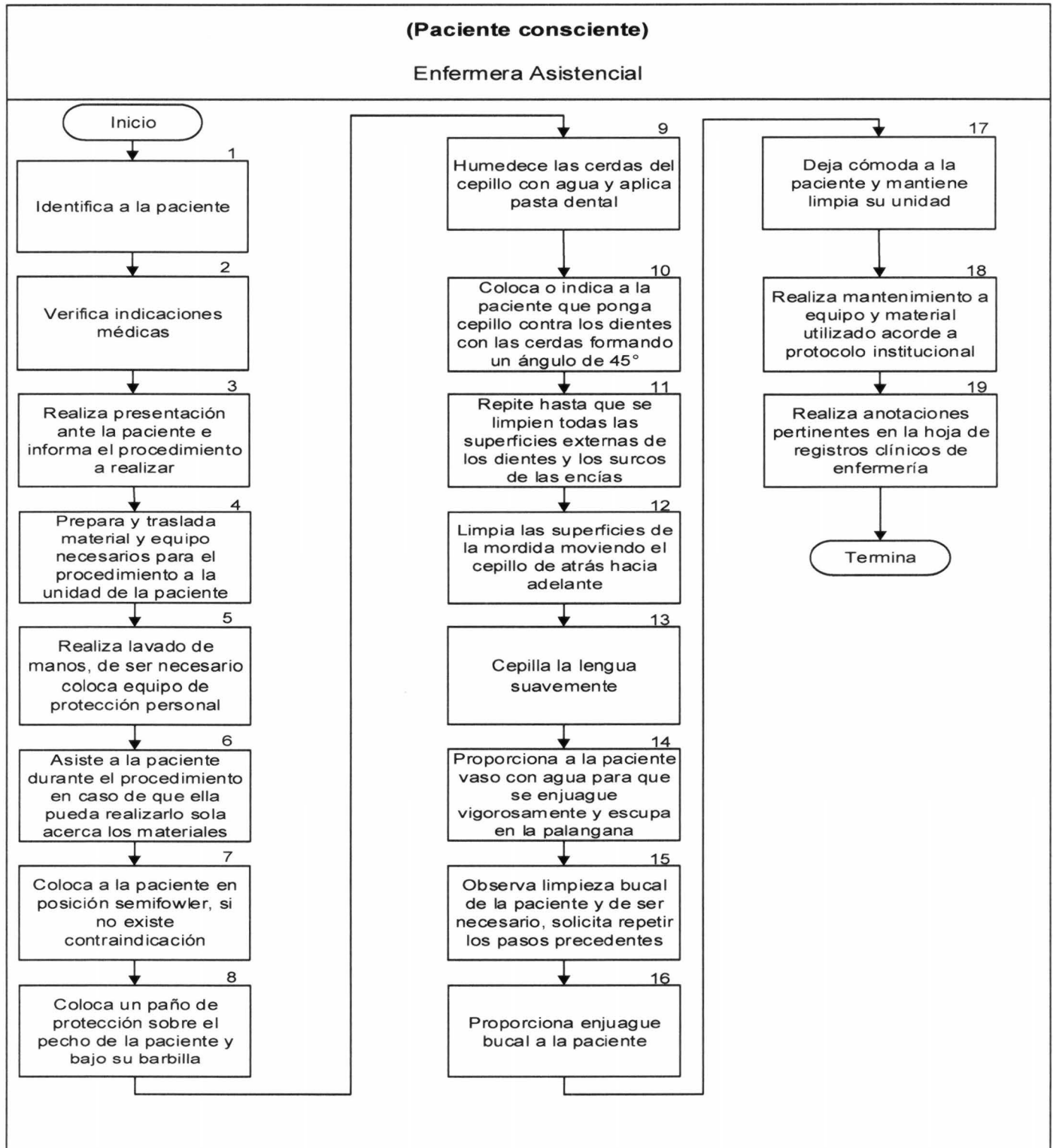
22. HIGIENE BUCAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.N o.	DESCRIPCIÓN DE HIGIENE ORAL (Paciente consciente)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente e informa el procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Asiste a la paciente durante el procedimiento en caso de que ella pueda realizarlo sola, acerca los materiales.
	7	Coloca a la paciente en posición semifowler, si no existe contraindicación.
	8	Coloca un paño de protección sobre el pecho de la paciente y bajo su barbilla.
	9	Humedece las cerdas del cepillo con agua y aplica pasta dental.
	10	Coloca el cepillo contra los dientes con las cerdas formando un ángulo de 45°. Las puntas de las cerdas externas deben descansar sobre el surco gingival y penetrar por debajo de él.
	11	Repite hasta que se limpien todas las superficies externas de los dientes y los surcos de las encías.
	12	Limpia las superficies de la mordida moviendo el cepillo de atrás hacia adelante.
	13	Cepilla la lengua suavemente.
	14	Proporciona a la paciente un vaso con agua para que se enjuague la boca vigorosamente y escupa el agua en la palangana.
	15	Observa limpieza bucal de la paciente y de ser necesario, solicita repetir los pasos precedentes hasta que la boca esté libre de pasta y partículas de alimento.

22. HIGIENE BUCAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.N o.	DESCRIPCIÓN DE HIGIENE ORAL (Paciente consciente)
Enfermera asistencial	16	Proporciona enjuague bucal a la paciente.
	17	Deja cómoda a la paciente y mantiene limpia su unidad.
	18	Realiza mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	19	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		

22. HIGIENE BUCAL



22. HIGIENE BUCAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Paciente Intubada)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	4	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	5	Asegura que el tubo endotraqueal esté conectado al respirador mediante un adaptador giratorio.
	6	Comprueba la presión del aspirador.
	7	Saca el bloque de mordida o el aparato respiratorio orofaríngeo que actúa como tal si la paciente tiene un tubo oral.
	8	Valora e identifica los problemas dentales y periodontales que pudiesen agravar una condición preexistente o sistémica.
	9	Lateraliza la cabeza de la paciente si es que lo tolera, moviliza la cánula endotraqueal y realiza aspiración de secreciones de ser necesario.
	10	Realiza limpieza con una leve presión: • Cara externa: desde la encía con movimiento vertical de barrido con angulación de 45°. • Cara interna: desde el límite entre los dientes y la encía hacia el borde libre con movimiento de barrido. • Encías: masajea sin pasta, con una ligera inclinación con movimientos de adelante hacia atrás • Limpia suavemente la superficie lingual de adentro hacia fuera

22. HIGIENE BUCAL

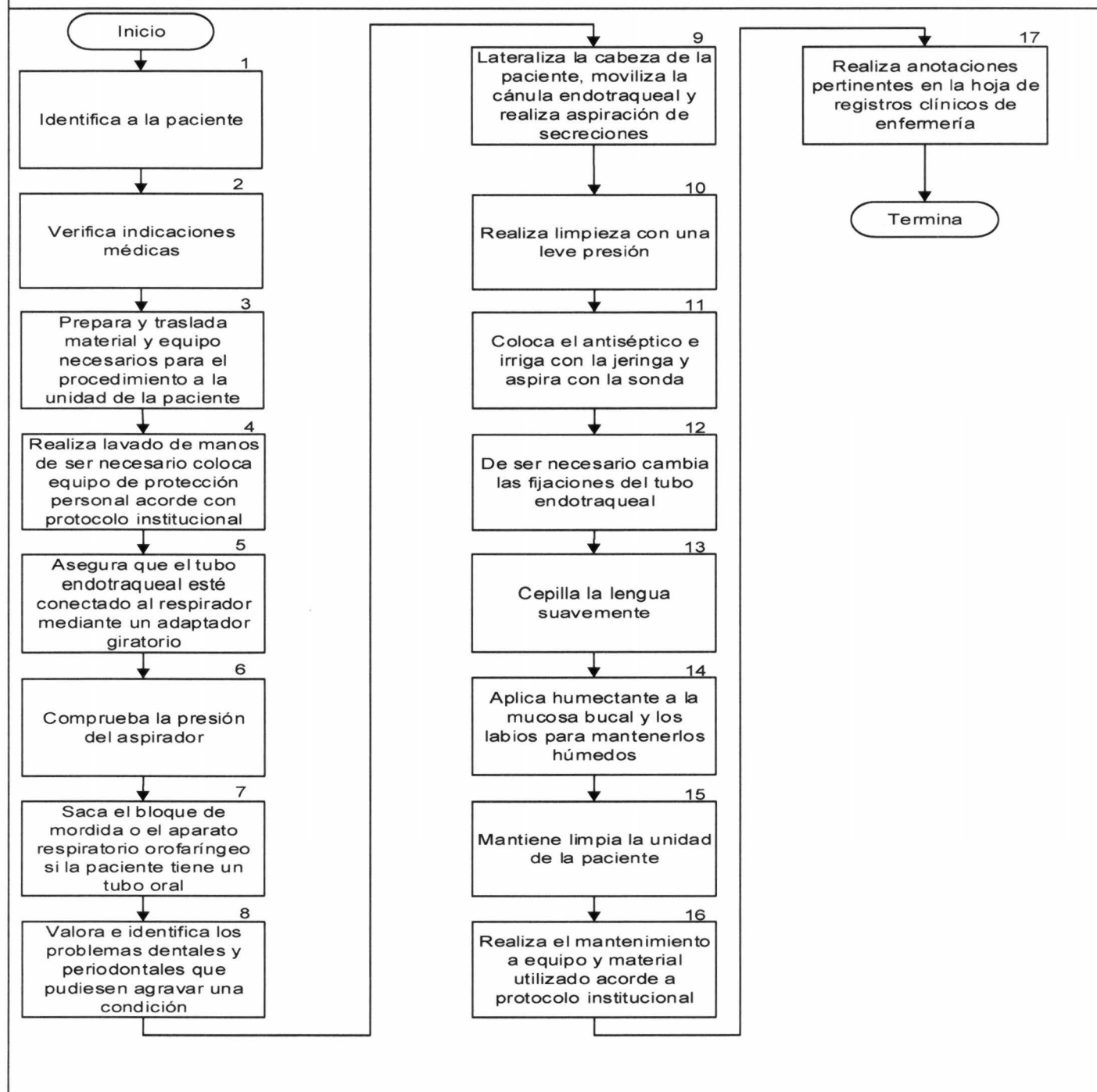
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Paciente Intubada)
Enfermera asistencial	11	Coloca el antiséptico e irriga con la jeringa y aspira con la sonda.
	12	De ser necesario cambia las fijaciones del tubo endotraqueal.
	13	Aplica humectante a la mucosa bucal y los labios para mantenerlos húmedos.
	14	Mantiene limpia la unidad de la paciente.
	15	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	16	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		



22. HIGIENE BUCAL

(Paciente Intubada)

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

22. HIGIENE BUCAL**REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

- http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2014/01/255_PRACTICA_UCI.pdf
- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860923842&ssbinary=true>
- https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/7558/1/Cuidados%20de%20higiene%20oral%20como%20medida%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20NAV%20mec%C3%A1nica%20en%20pacientes%20con%20intubaci%C3%B3n%20endotraqueal_TFG_Mar%C3%ADa%20Nuria%20Mas%20Hurtuna.pdf
- <https://www.medintensiva.org/es-antisepsia-orofaringea-el-paciente-critico-articulo-S0210569118302559>

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

23.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO

Favorecer la restauración de la integridad de la piel, a través del mantenimiento y limpieza de herida quirúrgica.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio.

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de curación
 - Bata
 - Guantes
 - Cubrebocas
 - Gasas estériles
 - Solución antiséptica
 - Solución tipo: agua inyectable o cloruro de sodio al 0.9%
 - Apósito
 - Apósito transparente (tegaderm)
 - Bolsa roja (RPBI)
- Verificar que el personal realice el procedimiento de acuerdo al protocolo y normatividad.

2. Del (a) enfermera asistencial.

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento a realizar con la paciente.
- Conocer la anatomía y fisiología de la piel así como la característica de las heridas quirúrgicas.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Valorar el sitio de la herida identificar datos infección y/o complicación.
- Realizar el procedimiento con técnica aséptica.
- Dar aviso al personal médico, las alteraciones identificadas en funcionalidad y condiciones de la herida.

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

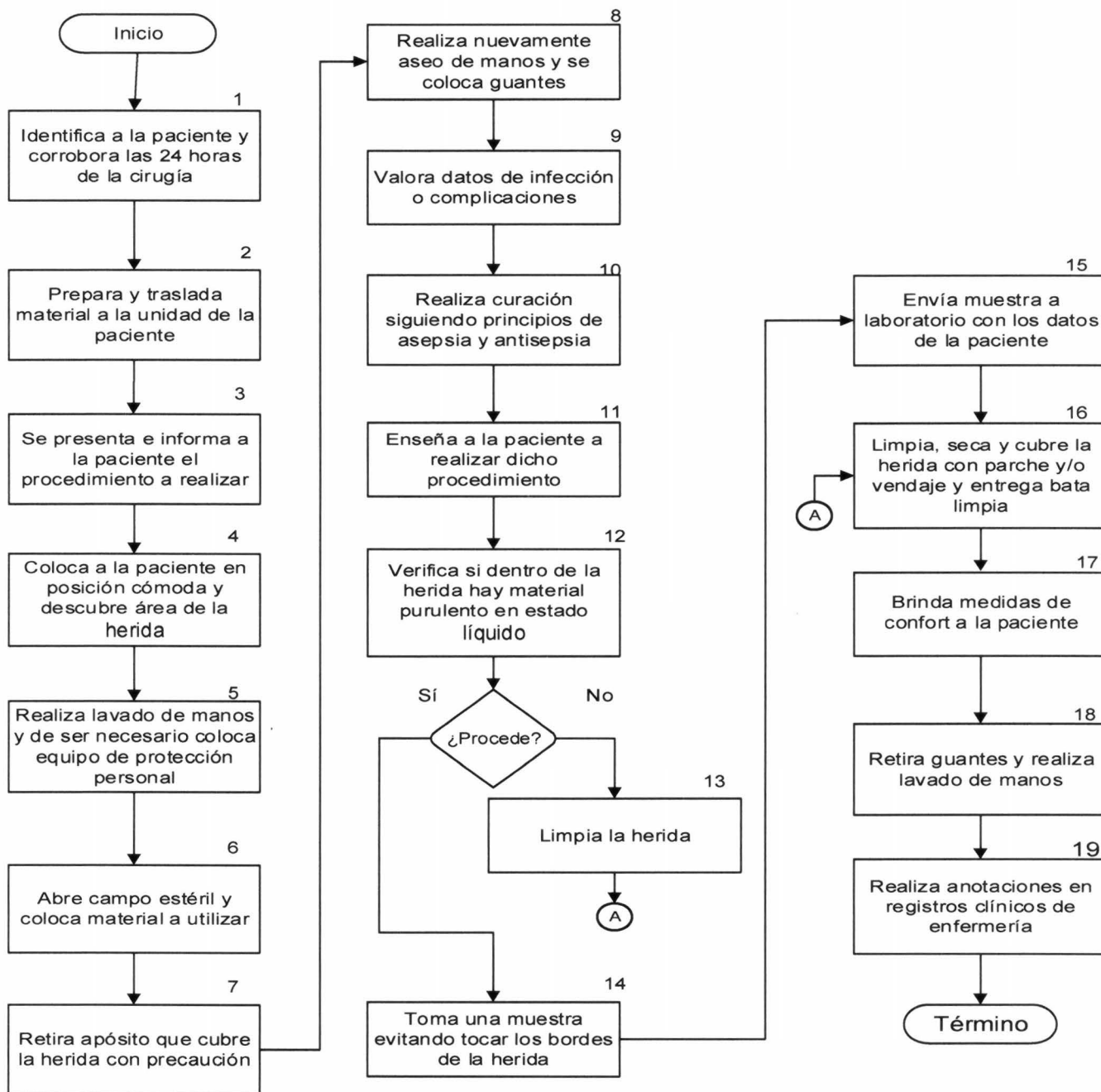
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y corrobora que hayan transcurrido 24 horas posteriores del término de la cirugía.
	2	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	3	Se presenta e informa a la paciente sobre los procedimientos a realizar.
	4	Coloca a la paciente en posición cómoda, facilitando la manipulación en el sitio de la herida y descubre el área.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo Institucional.
	6	Abre el campo estéril, coloca el material necesario a utilizar: gasas, apósitos, solución antiséptica y agua estéril en recipientes.
	7	Retira el apósito que cubre la herida con precaución de no tocar la parte interna, desecha dicho apósito en bolsa correspondiente
	8	Realiza nuevamente aseo de manos y se coloca guantes.
	9	Valora características de herida quirúrgica y la piel circundante (datos de infección o complicaciones).
	10	Realiza curación siguiendo principios de asepsia y repite cuantas veces sean necesarias para dejar la herida limpia (si la herida se encuentra dehiscente realiza únicamente la curación en la periferia de los bordes).
	11	Enseña a la paciente a realizar dicho procedimiento, así mismo explica los datos de infección en herida quirúrgica.
	12	Verifica si dentro de la herida hay material purulento en estado líquido
	13	¿Procede? No: Limpia la herida. Continúa en actividad 16.
	14	Sí: Toma una muestra con jeringa; si el material purulento es espeso, toma la muestra con un hisopo, teniendo precaución de no tocar los bordes de la herida y contaminar la muestra.
	15	Envía la muestra a laboratorio, con la jeringa o hisopo membretados con los datos de la paciente.
	16	Limpia, seca y cubre la herida con un apósito estéril, posteriormente coloca parche adhesivo y/o vendaje si procede y proporciona bata limpia.

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	17	Brinda medidas de confort a la paciente en su unidad.
	18	Retira guantes y realiza lavado de manos.
	19	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

23. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

BIBLIOGRAFÍA

- Intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niño y adulto en el segundo y tercer nivel de atención. Catalogo maestro de guías de práctica clínica ISSSTE-740-2015. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Tratamiento médico-nutricional del 'paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. Catalogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-646-13. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Modelo de atención de clínica de heridas
- Secretaría de Salud. (2018). Modelo de atención de clínica de heridas. 2021, de Dirección general de planeación y desarrollo en salud Sitio web: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_atencion_clinicas_heridas.pdf.



24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Contar con un dispositivo dentro de la cavidad gástrica con fines diagnósticos y terapéuticos, asegurando su funcionalidad.

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Mesa Pasteur.
 - Sonda Levin de 14, 16 o 18 Fr.
 - Jeringa desechable de 20cc.
 - Vaso de acero inoxidable con agua.
 - Fijación para sonda nasogástrica o parche micropore.
 - Lubricante hidrosoluble.
 - Guantes desechables.
 - Bolsa colectora.
 - Cubrebocas.
 - Estetoscopio.
 - Cinta métrica.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato digestivo y respiratorio.
- Monitorizar continuamente signos vitales y mantener saturación de oxígeno mayor a 90% durante el procedimiento.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.



24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

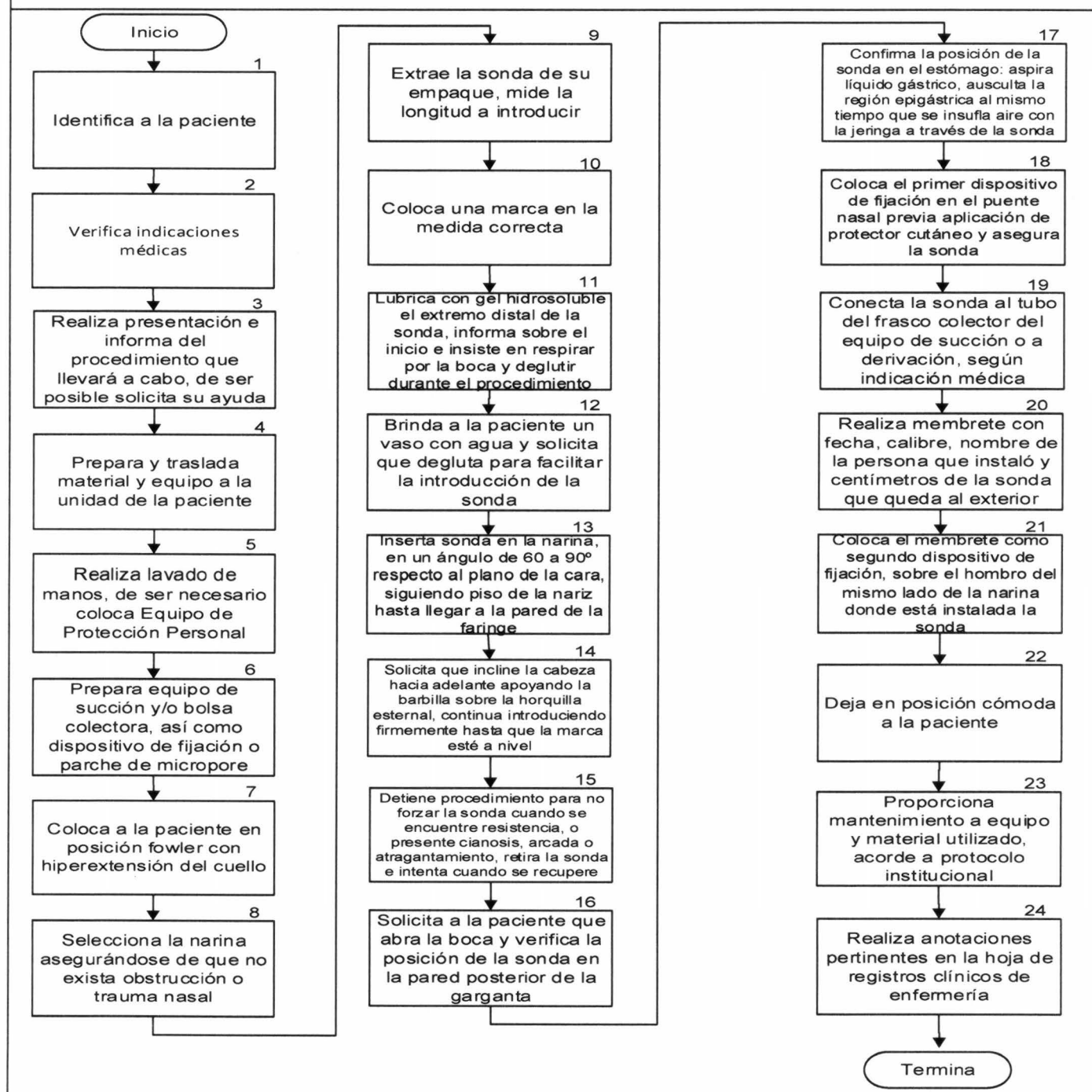
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Instalación de Sonda Nasogástrica)
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	6	Prepara el equipo de succión y/o bolsa colectora, así como dispositivo de fijación o parche de micropore (VER ANEXO).
	7	Coloca a la paciente en posición fowler con hiperextensión del cuello.
	8	Selecciona la narina asegurándose de que no exista obstrucción o trauma nasal.
	9	Extrae la sonda de su empaque, y mide la longitud a introducir: de la punta de la nariz a la apófisis mastoides y a partir de ésta, al apéndice xifoides.
	10	Coloca una marca en la medida correcta.
	11	Lubrica con gel hidrosoluble el extremo distal de la sonda e informa a la paciente sobre el inicio de la inserción de la sonda, insiste en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante el procedimiento.
	12	Brinda a la paciente un vaso con agua y solicita que degluta para facilitar la introducción de la sonda.
	13	Inserta la sonda gentilmente en la narina de la paciente, en un ángulo de 60 a 90° respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar a la pared de la faringe.

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Instalación de Sonda Nasogástrica)
Profesional de Enfermería Asistencial	14	Solicita a la paciente que incline la cabeza hacia adelante apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal y continua la introducción de la sonda firmemente hasta que la marca esté a nivel del borde de la narina.
	15	Detiene el procedimiento para no forzar la sonda cuando se encuentre resistencia, o la paciente presente cianosis, arcada o atragantamiento., retira la sonda e intenta una vez que la paciente se recupere.
	16	Solicita a la paciente que abra la boca y verifica la posición de la sonda en la pared posterior de la garganta.
	17	Confirma la posición de la sonda en el estómago: aspira líquido gástrico con una jeringa de 20cc, ausculta la región epigástrica al mismo tiempo que se insufla aire con la jeringa a través de la sonda o introduce la parte distal de la sonda en el vaso con agua.
	18	Coloca el primer dispositivo de fijación en el puente nasal previa aplicación de protector cutáneo (si se cuenta con el recurso) y asegura la sonda.
	19	Conecta la sonda al tubo del frasco colector del equipo de succión o a derivación, según indicación médica.
	20	Realiza un membrete con fecha, calibre, nombre de la persona que instaló y centímetros de la sonda que queda al exterior como referencia.
	21	Coloca el membrete como segundo dispositivo de fijación, sobre el hombro a la altura de la línea media clavicular, del mismo lado de la narina donde está instalada la sonda.
	22	Deja en posición cómoda a la paciente.
	23	Proporciona mantenimiento a equipo y material utilizado, acorde a protocolo institucional.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

Enfermera Asistencial



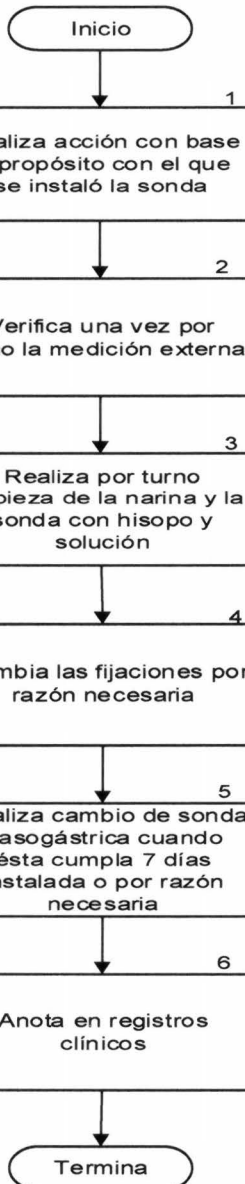
24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Mantenimiento de Sonda Nasogástrica)
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Realiza acción con base al propósito con el que se instaló la sonda. Si ésta se instaló para medicación y/o alimentación: lava el interior de la sonda nasogástrica, si ésta; después de utilizarla, introduce 20 cc de agua con una jeringa y mantiene cerrada. Si se instaló para drenaje gástrico: verifica su funcionalidad; realiza aspiración con jeringa de 20 cc.
	2	Verifica una vez por turno la medición externa.
	3	Realiza por turno limpieza de la nariz y la sonda con hisopo y solución.
	4	Cambia las fijaciones por razón necesaria.
	5	Realiza cambio de sonda nasogástrica cuando ésta cumpla 7 días instalada o por razón necesaria.
	6	Anota en registros clínicos.
Termina Procedimiento		

24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

(Mantenimiento de sonda nasogástrica)

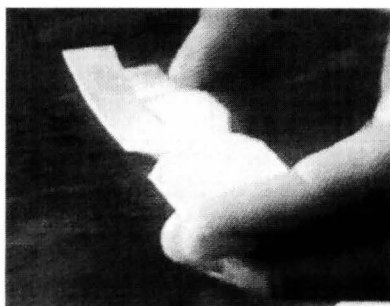
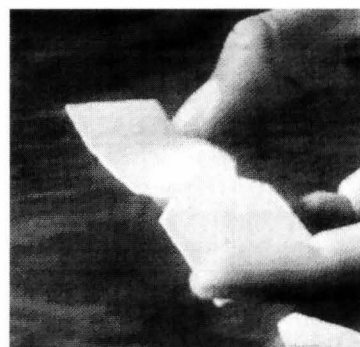
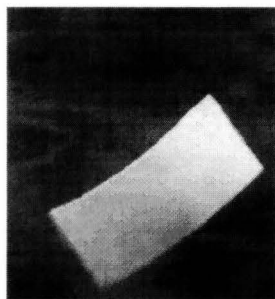
Enfermera Asistencial



24. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

ANEXO

FIJACION DE SONDA NASOGASTRICA	
Micropore	Dispositivo de sujeción
Cortar cinta adhesiva o micropore de aproximadamente 3cm ancho por 7 cm de largo.	Retira papel protector de la barrera cutánea.
Hacer 2 referencias aproximadamente a los 3cm de largo que será la parte que quedará fija a la nariz.	Coloca sobre la nariz del paciente ejerciendo una ligera presión sobre todo el fijador.
Cortar por la mitad por debajo de la referencia de manera que queden 2 cintas las cuales sujetaran la sonda.	Sujetar la sonda con la pinza giratoria ubicada en el extremo de la fijación a la altura de la referencia de la sonda.
Colocar la parte pequeña sobre la nariz del paciente.	
Envolver la sonda nasogástrica en espiral con una tira de la cinta por debajo de la sonda.	
Con la 2ª tira envolver la sonda pasando por encima de ella.	



**25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)****25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS
(EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

**25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

OBJETIVO

Obtener una muestra de orina con fines diagnósticos y terapéuticos



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

**25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - PROYECTO de Norma Oficial Mexicana **PROY-NOM-223-SSA1-2002**, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley y sondas para drenaje urinario de silicón modelo Foley.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de asepsia (campo estéril, budinera, 2 flaneras y pinza Allis)
 - Guantes estériles
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Jabón
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Sonda vesical (Nelaton 8 FR)
 - 1 jeringas de 10 CC. con aguja
 - Gasas estériles
 - Frascos para muestras estériles.
 - Cómodo
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- Verificar que cuente con la indicación médica.
- Verificar que tenga la requisición impresa de los laboratorios solicitados.
- Conocer políticas propias del Instituto.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)

2. De la enfermera asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar la acción esencial 1 Identificación del paciente, de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Conocer y aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario que se requieran durante el procedimiento.
- Aplicar los indicadores de enfermería: trato digno, prevención de infecciones por sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, registro clínico de enfermería de acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de Salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato genitourinario femenino.
- Solicitar la requisición al médico tratante para el envío correcto y oportuno de la muestra.
- Enviar la muestra al laboratorio para su análisis inmediatamente después de la toma.
- Realizar el procedimiento de forma estéril de acuerdo con el protocolo institucional.
- Efectuar aseo genitourinario en pacientes inconscientes y/o con reposo absoluto manteniendo su individualidad.
- Preparar el material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Promover el autocuidado siempre y cuando la paciente lo permita.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer los puntos críticos en el cuidado del paciente con sonda vesical durante su instalación.
- Conocer los protocolos institucionales para el manejo de material de CEYE.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

**25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

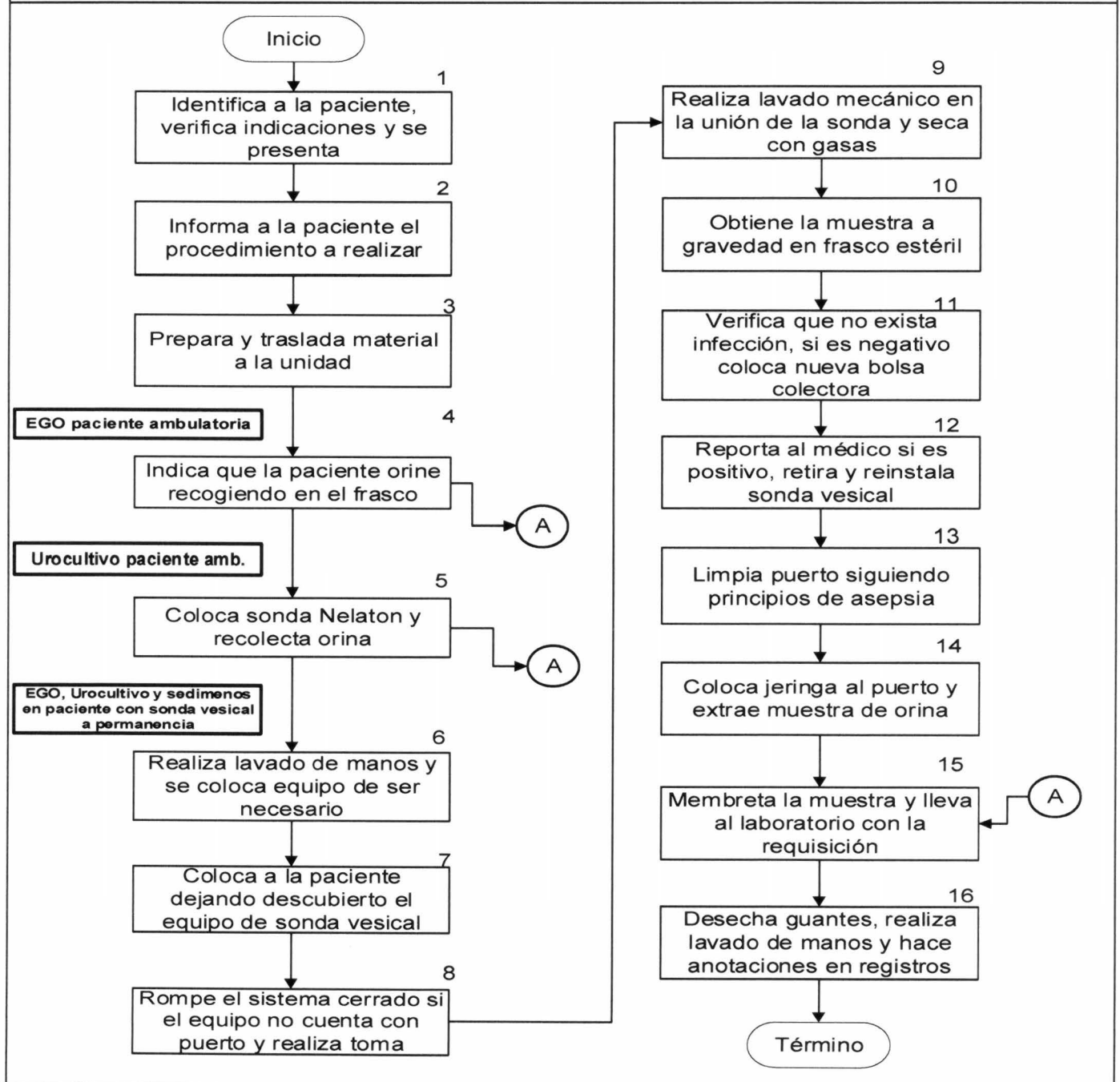
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas, requisición de laboratorios y se presenta.
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar (si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración).
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	4	TOMA DE EXAMEN GENERAL DE ORINA EN PACIENTE AMBULATORIA Indica que vaya al sanitario y orine, desechando el primer chorro en el inodoro y recogiendo el siguiente chorro en el frasco. Pasa a la ACT N° 15
	5	TOMA DE UROCULTIVO EN PACIENTE AMBULATORIA Coloca sonda Nelaton 8 Fr o 14 Fr, realizando el procedimiento *Instalación de Sonda Vesical* del Manual Técnico de Procedimientos de Enfermería 1) Conectando la jeringa de 10 CC. en la vía de drenaje urinario, extrae la muestra de orina, tapa la jeringa con aguja y retira la sonda extrayendo gentilmente con movimientos circulares. 2) Coloca el frasco para muestra estéril en la vía de drenaje urinario y sin tocar el frasco recolecta orina a gravedad. Pasa a la ACT. N° 15
	6	TOMA DE EGO, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS EN PACIENTE CON Sonda VESICAL A PERMANENCIA Realiza lavado de manos de acuerdo con protocolo institucional y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	7	Coloca a la paciente de manera que el equipo de sonda vesical quede descubierto
	8	Rompe el sistema cerrado si el equipo de recolección no cuenta con puerto para toma de muestras, desecha la bolsa colectora y realiza la toma de forma aséptica.
	9	Realiza lavado mecánico en la unión de la sonda a la bolsa colectora con jabón, enjuaga y seca con gasas.

**25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	10	Obtiene la muestra a gravedad en frasco estéril.
	11	Toma tira reactiva verificando que no exista presencia de infección. Si el resultado es negativo coloca la nueva bolsa colectora
	12	Reporta al médico en caso de que sea positivo y retira sonda vesical; reinstala sonda vesical realizando el procedimiento *Instalación de Sonda Vesical* del Manual Técnico de Procedimientos de Enfermería
	13	Limpia el puerto con agua y jabón siguiendo los Principios de Asepsia, si el equipo cuenta con puerto para toma de muestras.
	14	Conecta jeringa con aguja al puerto y extrae la muestra de orina.
	15	Membreta la muestra de acuerdo con el protocolo institucional y lleva al laboratorio con la requisición.
	16	Desecha los guantes, realiza lavado de manos de acuerdo con el Protocolo Institucional y hace las anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

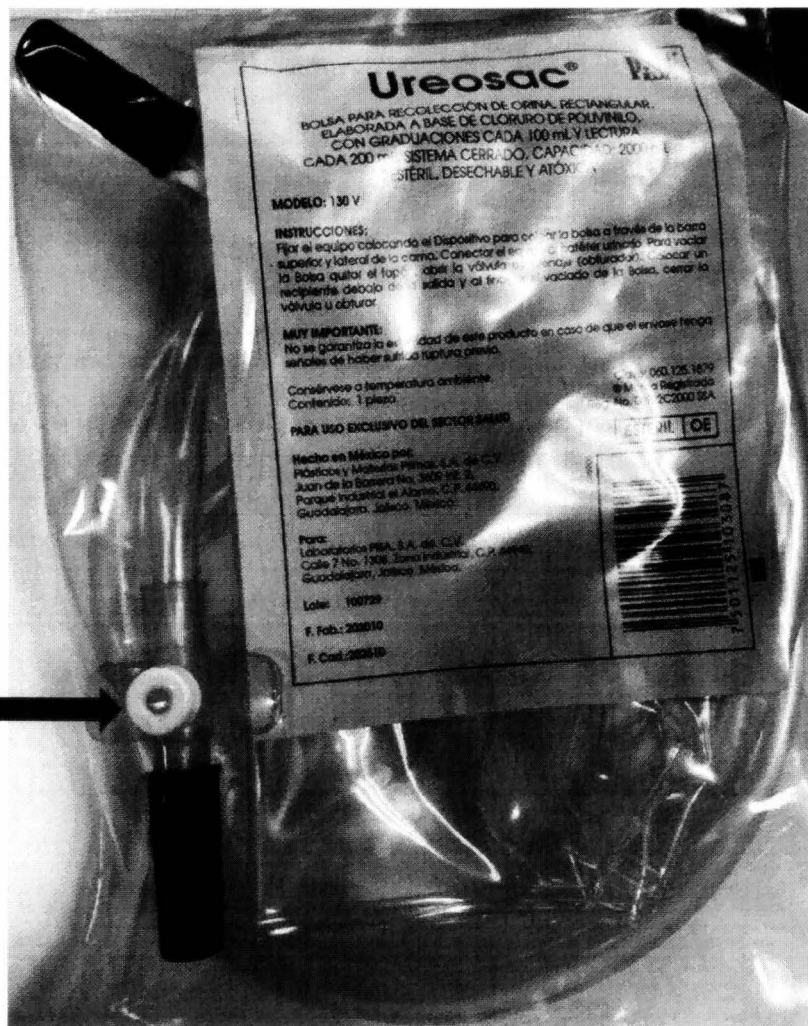
**25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

Enfermera Asistencial



25. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)

ANEXOS



Puerto para toma de
muestras

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

OBJETIVO

Recuperar el volumen y/o elementos sanguíneos con fines terapéuticos.

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a normativa.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Conocer políticas propias del instituto.
- Contar con campana de flujo laminar o área limpia destinada a preparación para del sistema de infusión del hemocomponente.
- Contar con sistema digital de hemovigilancia activo y funcional.
- Asegurar que el personal a su cargo cuente con la clave de ingreso al sistema de hemovigilancia.
- Verificar que exista el consentimiento informado firmado por la paciente.
- Contar con la disponibilidad y abastecimiento del carro de paro.
- Coordinarse con el banco de sangre para asegurar que los crioprecitados vengam reconstituidos y el plasma descongelado.
- Verificar que se cuente con el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de venoclisis
 - Equipo de transfusión
 - Llave de tres vías
 - Solución cloruro de sodio 0.9%
 - Hemocomponente a temperatura ambiente
 - Guantes no estériles
 - Gasas
 - Contenedor térmico exclusivo.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

2.- De la enfermera asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes, acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer anatomía del sistema vascular.
- Asegurarse de contar con la clave de ingreso al sistema digital de hemovigilancia.
- Verificar existencia de acceso vascular periférico permeable y de gran calibre exclusivo para la transfusión de hemocomponentes.
- No usar extensiones cortas durante la transfusión.
- Vigilar que todo hemocomponente que sea proporcionado por el banco de sangre porte el marbete con los datos de identificación de la paciente, donador y de hemovigilancia.
- Devolver y notificar al banco de sangre de alguna anomalía dentro de los primeros 30 minutos, previa elaboración de oficio correspondiente.
- Aplicar los "7 correctos", en el check list, antes de iniciar una transfusión, estos se omitirán sólo en caso de hemorragia masiva.
- No demorar más de 4 horas en la transfusión de un hemocomponente (desde que sale de banco de sangre).
- No administrar ningún fármaco en los primeros 15 minutos de la transfusión.
- Monitorizar signos vitales en forma continua, antes, durante y después de la transfusión
- Transfundir concentrado globular en equipo con filtro.
- Transfundir plasma, concentrados plaquetarios y crioprecipitados con equipo de venoclisis.
- Transfundir concentrado globular cuando esté a temperatura ambiente.
- Preparar material y equipo.
- En caso de detectar reacción adversa a la transfusión:
 - o Detener la transfusión si la paciente refiere ansiedad, escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, dolor lumbar, dolor torácico o el aumento de $>1^{\circ}\text{C}$ de temperatura según la cifra basal, dar aviso al médico.
 - o Valorar el sitio de punción.
 - o Verificar nuevamente los "7 correctos".
 - o Tomar muestras sanguíneas (dos tubos lilas y un tubo rojo), en el brazo contrario de la transfusión.
 - o Administrar medicamentos prescritos para la reacción adversa transfusional.
 - o Entregar las muestras de sangre con el remanente de la transfusión al médico para que él notifique al banco de sangre sobre la reacción adversa transfusional. El médico tiene que elaborar el formato de la reacción adversa transfusional.

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

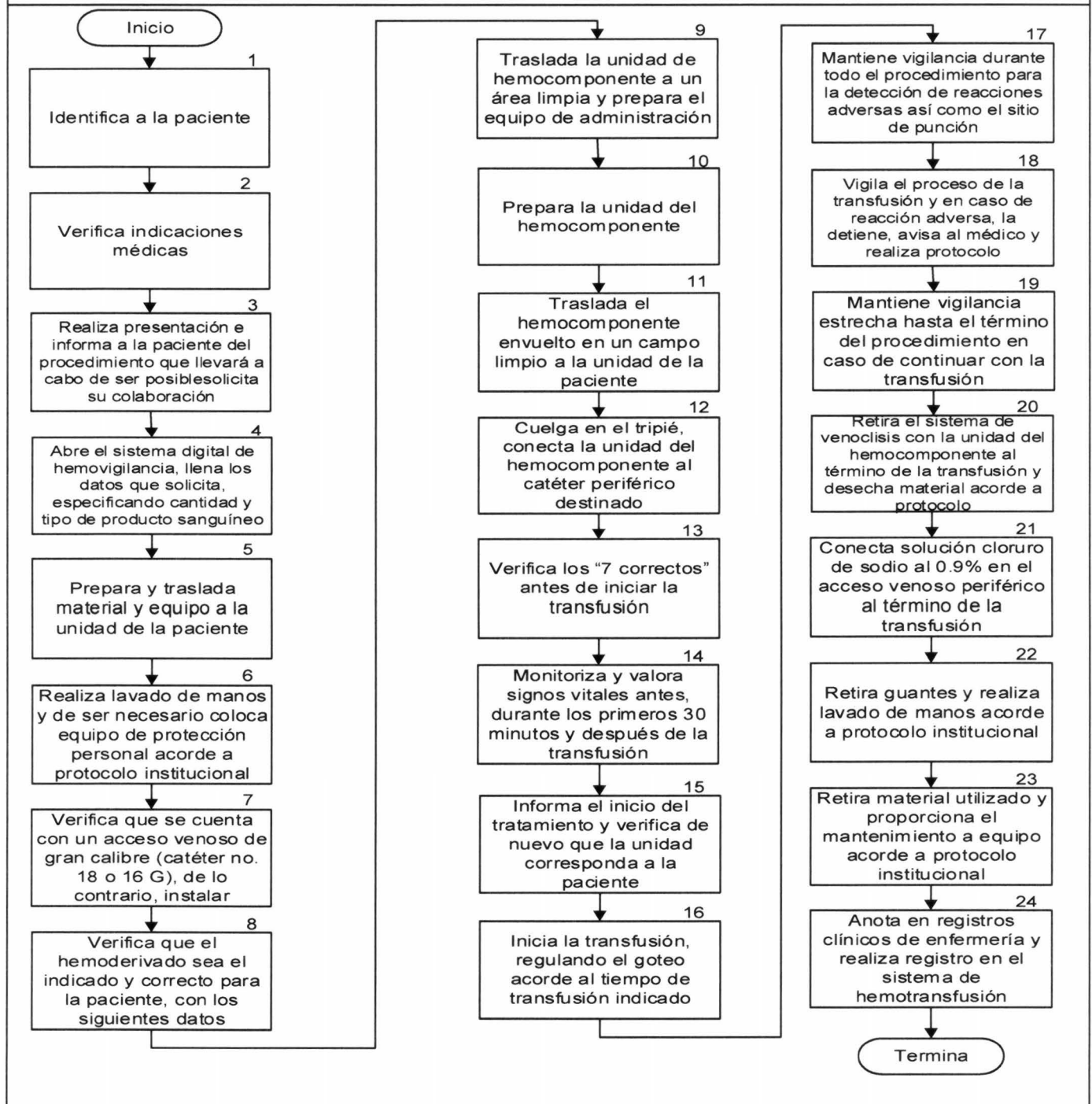
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica las indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Abre el sistema digital de hemovigilancia y llena los datos que solicita el banco de sangre, especificando la cantidad y el tipo de producto sanguíneo.
	5	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	7	Verifica que se cuenta con un acceso venoso de gran calibre (catéter no. 18 o 16 G), de lo contrario, instalar.
	8	Verifica que el hemoderivado sea el indicado y correcto para la paciente, con los siguientes datos: • Nombre, apellidos y registro. • Fecha de nacimiento. • Grupo sanguíneo y factor Rh. • Numero de unidad a transfundir. • Fecha de caducidad. • Integridad de la bolsa.
	9	Traslada la unidad de hemocomponente a un área limpia y específica para tal fin. Prepara el equipo de administración.
	10	Prepara la unidad del hemocomponente: - Coloca la unidad sobre un campo limpio. - Instala filtro de 170 a 200 micras en el equipo de venoclisis. - Conecta a la unidad de hemocomponente. - Purga el sistema de venoclisis.
	11	Traslada el hemocomponente envuelto en un campo limpio a la unidad de la paciente.
	12	Cuelga en el tripié. Conecta la unidad del hemocomponente al catéter periférico destinado.

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Verifica los "7 correctos" antes de iniciar la transfusión: 1.- Paciente correcto. 2.- Volumen correcto. 3.- Hemocomponente correcto. 4.- Vigilancia correcta. 5.- Equipo de administración correcto. 6.- Velocidad correcta. 7.- Registros correctos.
	14	Monitoriza y valora signos vitales antes, durante los primeros 30 minutos y después de la transfusión.
	15	Informa el inicio del tratamiento y verifica de nuevo que la unidad corresponda a la paciente.
	16	Inicia la transfusión, regulando el goteo acorde al tiempo de transfusión indicado (VER ANEXO).
	17	Mantiene vigilancia durante todo el procedimiento para la detección de reacciones adversas así como el sitio de punción.
	18	Vigila el proceso de la transfusión y en caso de reacción adversa, la detiene, da aviso al médico y realiza el protocolo establecido.
	19	Mantiene vigilancia estrecha hasta el término del procedimiento en caso de continuar con la transfusión.
	20	Retira el sistema de venoclisis con la unidad del hemocomponente al término de la transfusión y desecha el material acorde a protocolo institucional.
	21	Conecta solución cloruro de sodio al 0.9% en el acceso venoso periférico al término de la transfusión.
	22	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	23	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	24	Anota en registros clínicos de enfermería y realiza el registro en el sistema de hemotransfusión.
Termina procedimiento		

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Enfermera Asistencial



26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

ANEXO

Tabla 3. Pautas para la infusión de hemocomponente

Hemocomponente	Duración de la transfusión	Velocidad de infusión (adulto)
concentrado eritrocitario	> 2 hrs. y < 4hr.	30 a 60 gts/min.
plasma fresco congelado	20 a 30 min.	125 a 175 gts/min.
1 U de concentrados de plaquetas	10 a 20 min.	125 a 225 gts/min.
1U de crioprecipitado	10 a 20 min	125 a 175 gts /min

Fuente: "Manual de hemoterapia". Paredes 2008

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES**REFERENCIAS**

- BOLTEIN CONAMED- OPS 2016 [2021],
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin7/medicina_transfusional.pdf
- Guía para establecer un sistema nacional de hemovigilancia Washington, D.C.: OPS, 2017[2021]
<https://www.ammtac.org/docs/articulos/GUIA%20HEMOVIGILANCIA.pdf>
- Manual de hemoterapia Paredes 2008
- Manual de hemo transfusión Banco de sangre INPER 2018



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer y registrar las cifras de los signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial) para detectar alteraciones e informar de manera oportuna.

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****Será obligación:****1. De la jefa de servicio y/o encargada del servicio:**

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional
- Verificar que el equipo y sus aditamentos se encuentre en óptimas condiciones de uso.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento

2. De la Enfermera asistencial:

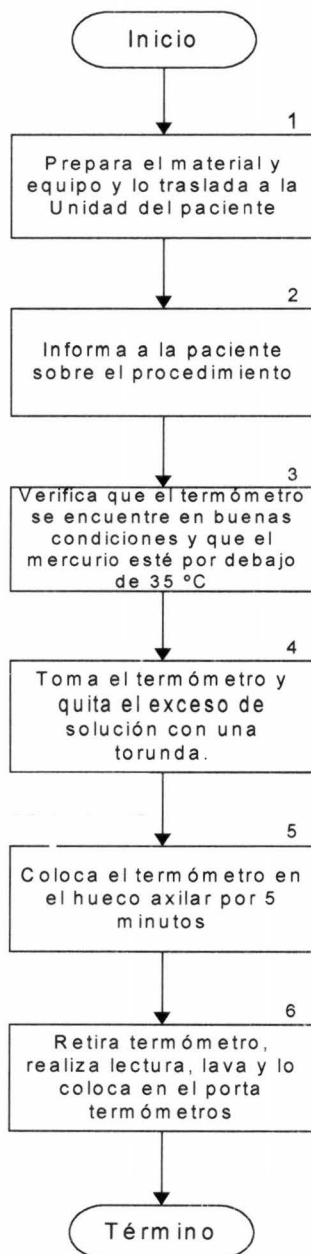
- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer los parámetros normales de signos vitales
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (TEMPERATURA)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Verifica que el termómetro se encuentre en buenas condiciones.
	4	Toma el termómetro y quita el exceso de solución con una torunda, lo enciende.
	5	Coloca el termómetro en el hueco axilar hasta que escuche la alarma sonora.
	6	Retira termómetro, realiza lectura, limpia y lo coloca en la porta termómetros.
Termina Procedimiento		

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

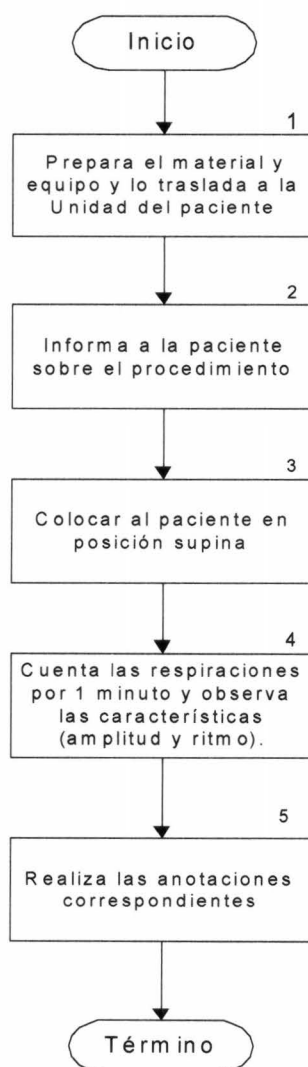


27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (FRECUENCIA RESPIRATORIA)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición supina
	4	Cuenta las respiraciones por 1 minuto y observa las características (amplitud y ritmo).
	5	Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.
		Termina Procedimiento

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

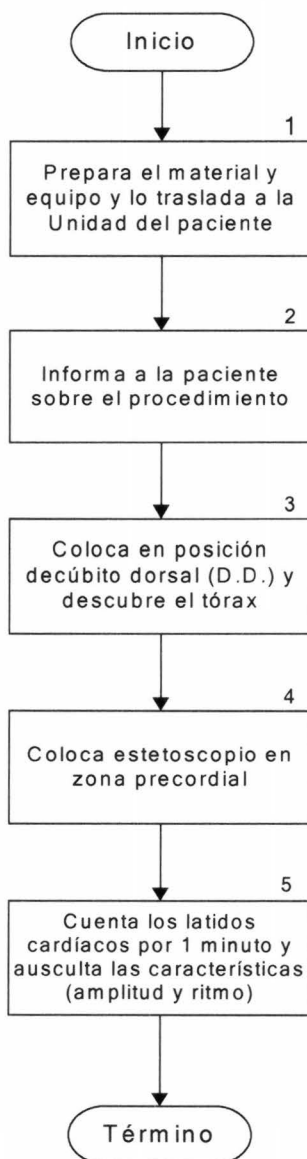


27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (FRECUENCIA CARDIACA)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca en posición decúbito dorsal (D.D.) y descubre el tórax.
	4	Coloca estetoscopio en zona precordial.
	5	Cuenta los latidos cardíacos por 1 minuto y ausculta las características (amplitud y ritmo).
		Termina Procedimiento

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

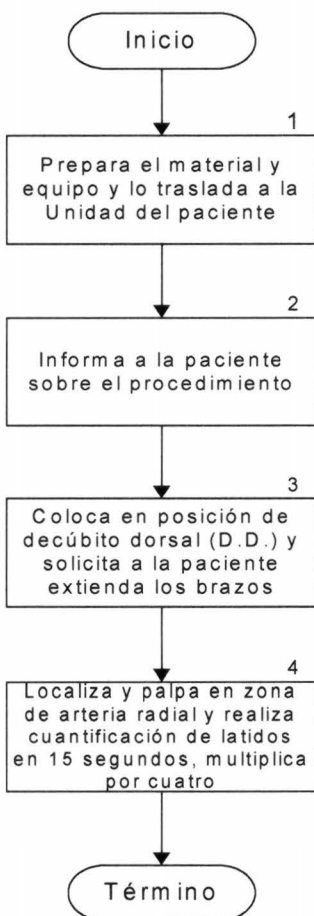


27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PULSO)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca en posición de decúbito dorsal (D.D.) y solicita a la paciente extienda los brazos.
	4	Localiza y palpa en zona de arteria radial y realiza cuantificación de latidos en 15 segundos, multiplica por cuatro.
		Termina Procedimiento

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

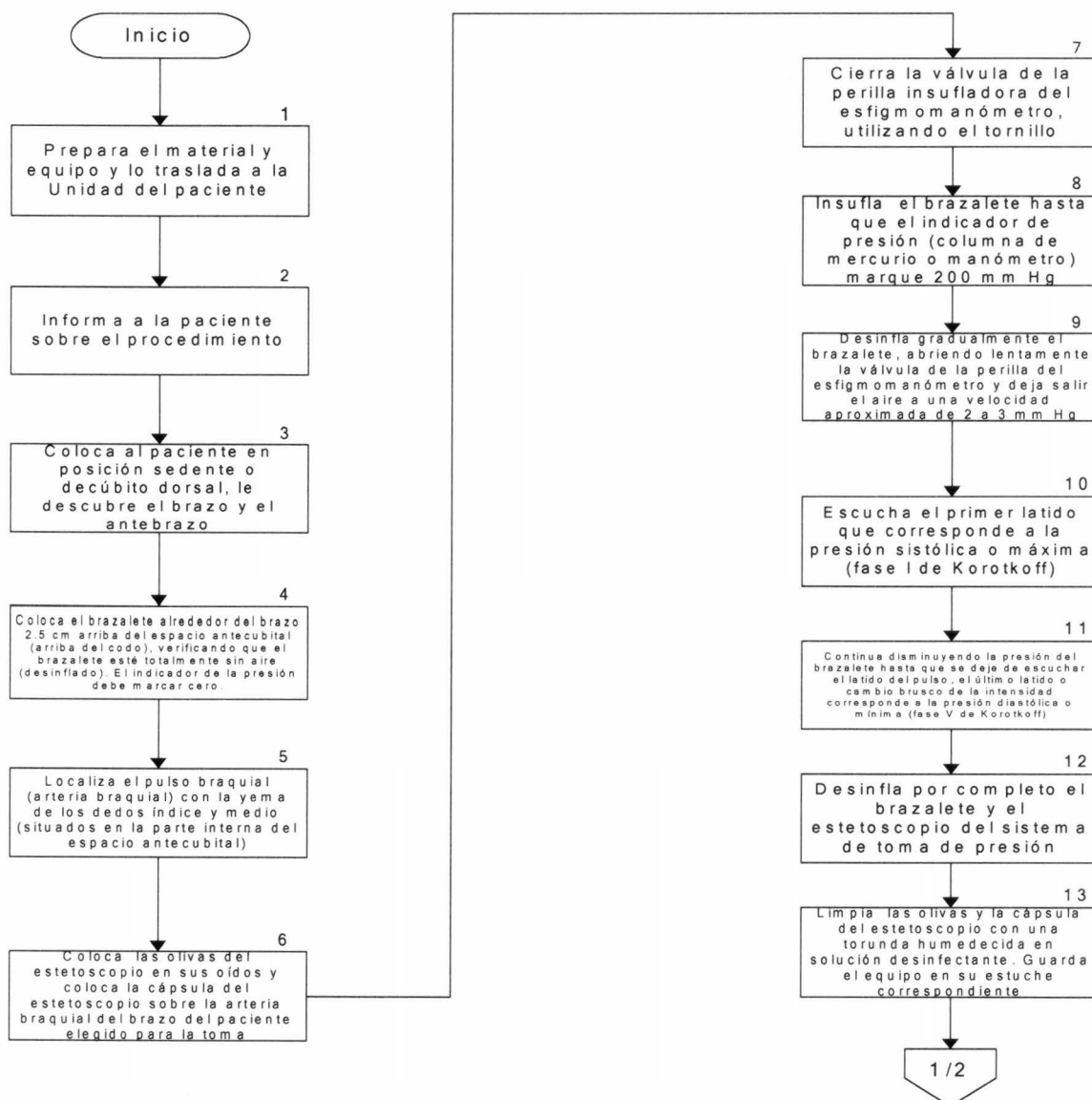
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PRESION ARTERIAL)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición sedente o decúbito dorsal, le descubre el brazo y el antebrazo.
	4	Coloca el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio antecubital (arriba del codo), verificando que el brazalete esté totalmente sin aire (desinflado). El indicador de la presión debe marcar cero.
	5	Localiza el pulso braquial (arteria braquial) con la yema de los dedos índice y medio (situados en la parte interna del espacio antecubital).
	6	Coloca las olivas del estetoscopio en sus oídos y coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial del brazo del paciente elegido para la toma.
	7	Cierra la válvula de la perilla insufladora del esfigmomanómetro, utilizando el tornillo.
	8	Insufla el brazalete hasta que el indicador de presión (columna de mercurio o manómetro) marque 200 mm Hg.
	9	Desinfla gradualmente el brazalete, abriendo lentamente la válvula de la perilla del esfigmomanómetro y deja salir el aire a una velocidad aproximada de 2 a 3 mm Hg.
	10	Escucha el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff).
	11	Continúa disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, el último latido o cambio brusco. Intensidad corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff).
	12	Desinfla por completo el brazalete y el estetoscopio del sistema de toma de presión.

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PRESION ARTERIAL)
Enfermera Asistencial	13	Limpia las olivas y la cápsula del estetoscopio con una torunda humedecida en solución desinfectante. Guarda el equipo en su estuche correspondiente.
	14	Registra datos, en la Hoja de Enfermería y/o en la Hoja de Control de Signos Vitales.
	15	Deja cómodo al paciente.
	16	Retira equipo y material. Da cuidados posteriores a su uso.
Termina Procedimiento		

27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

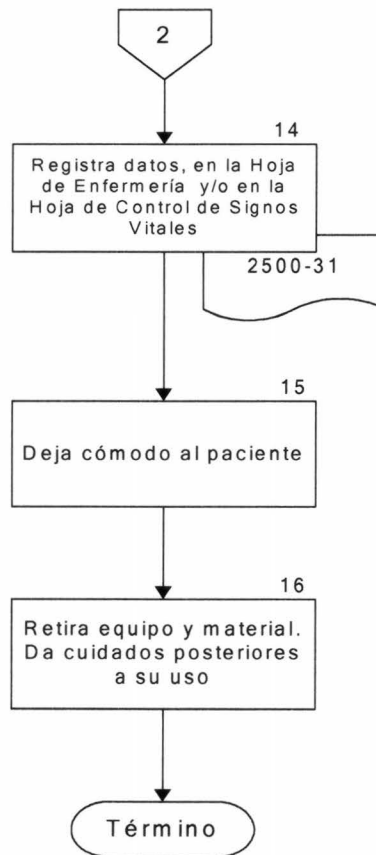
Enfermera Asistencial





27. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

OBJETIVO

Obtener muestras de sangre venosa para fines diagnósticos o control de las condiciones de salud.

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

POLITICAS DE OPERACIÓN

Sera obligación:

1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio

- Conocer la normatividad oficial mexicana:
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Lineamientos para la toma, manejo y envío de muestras para diagnóstico a la red nacional de laboratorios de salud pública 2020.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer el procedimiento.
- Verificar que se realice acorde a normativa.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Verificar que se cuente con el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - Toma de muestras por punción
 - Guantes no estériles.
 - Antiséptico según disponibilidad de la institución.
 - Algodón.
 - Jeringa (según cantidad de muestra) o sistema de vacío.
 - Membrete de identificación.
 - Ligadura.
 - Tubos de recolección de muestras.
 - Requisición de laboratorio.
 - Membrete de identificación.

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

- Toma de muestras por catéter:
 - Guantes estériles.
 - Antiséptico según disponibilidad de la institución.
 - Jeringa 3 cc y 10 cc.
 - Cloruro de sodio 0.9%.
 - Tubos de recolección de muestras.
 - Requisición de laboratorio.
 - Heparina 1 UI/1 ml cloruro de sodio 0.9%.

2. De la enfermera asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Llevar a cabo la toma de muestras sanguíneas correspondiente.
- No utilizar el torniquete de forma continua durante más de 1 minuto.
- Conocer y aplicar los principios de asepsia y principios universales.
- Conocer la anatomía del sistema venoso.
- Conocer el orden del llenado de los tubos de recolección de muestras: Bioquímica (amarillo-rojo), Perfil trombotico (azul), Hematología (morado-lila).
- Realizar el llenado de cada tubo hasta su capacidad indicada.
- Preparar el material y equipo necesario.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde a protocolo institucional.

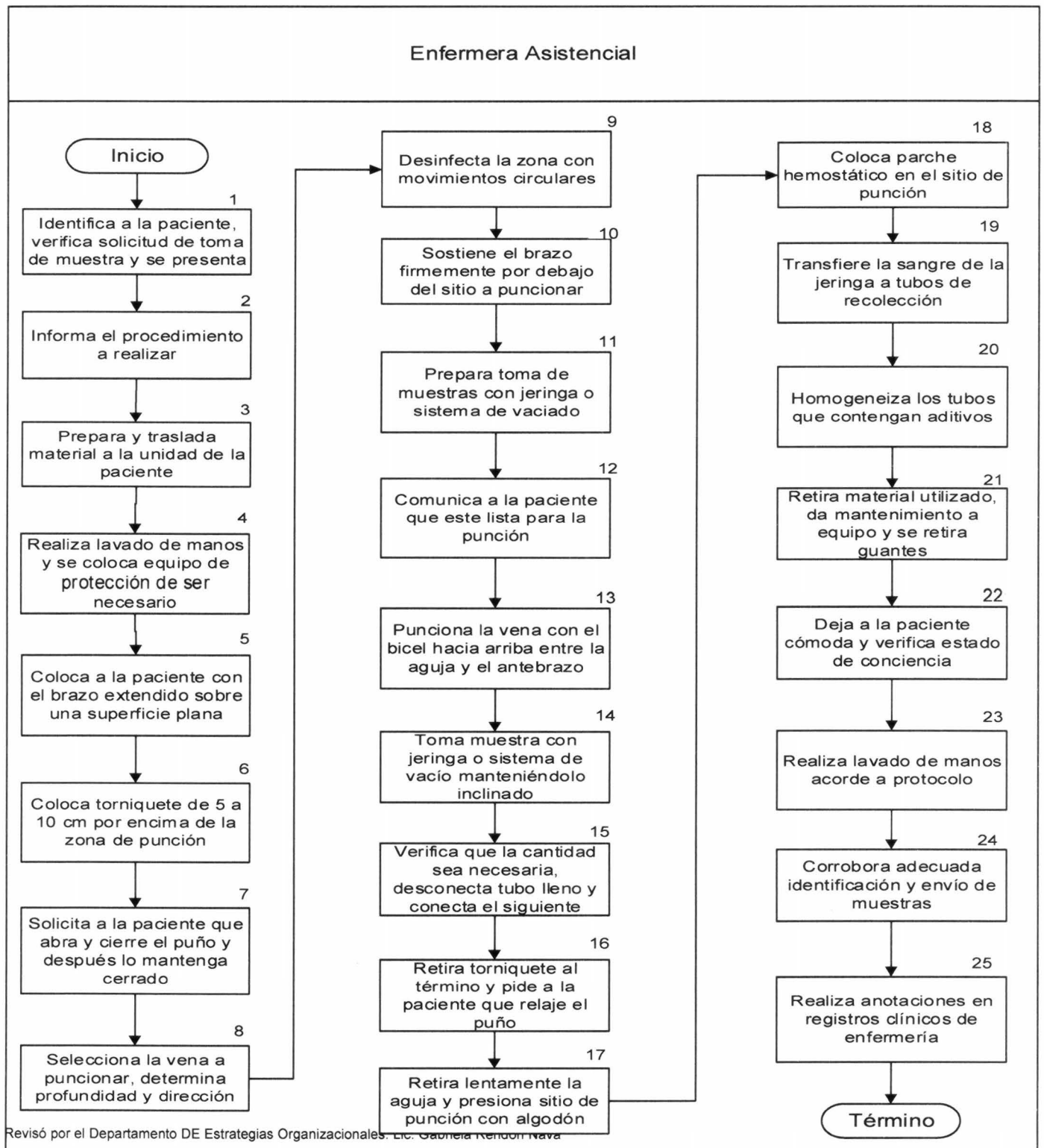
28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PUNCIÓN)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica la solicitud de toma de muestras y se presenta
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente (cuenta con tubos de repuesto).
	4	Realiza lavado de manos (de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional) y se coloca guantes no estériles.
	5	Coloca cómodamente a la paciente con el brazo extendido sobre una superficie plana, de manera que la mano esté más baja que el codo.
	6	Coloca el torniquete de 5 a 10 cm por encima de la zona de la punción.
	7	Solicita a la paciente que abra y cierre el puño varias veces y después lo mantenga cerrado.
	8	Selecciona la vena a puncionar, palpando la vena para determinar la profundidad, calibre y dirección.
	9	Desinfecta la zona con movimientos circulares del centro a la periferia, evitando tocar la zona una vez que se ha realizado la antisepsia.
	10	Sostiene el brazo firmemente por debajo de la ubicación elegida para la punción.
	11	Prepara toma de muestras con jeringa (asegura que la aguja esté correctamente conectada a la jeringa) o con sistema de vacío (enrosca la aguja al adaptador, acorde con las instrucciones del fabricante).
	12	Comunica a la paciente que está lista para realizar la punción. Presta atención a cualquier movimiento involuntario y/o pérdida de conciencia.
	13	Punciona la vena con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 a 30° entre la aguja y el antebrazo de la paciente.

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Toma muestras con jeringa (mantiene la aguja lo más estable posible, aspirando lentamente la cantidad de sangre necesaria) o con sistema de vacío (una vez que la sangre comience a fluir dentro del tubo, pide a la paciente que abra la mano); permitiendo que el tubo se llene completamente, manteniéndolo inclinado para que la sangre fluya hacia el fondo
	15	Verifica que la cantidad sea la necesaria (muestras con jeringa) y cuando la sangre deje de fluir (sistema de vacío), desconecta el tubo lleno e inserta el siguiente tubo. Los tubos que contienen aditivos deben homogeneizarse inmediatamente después de la recolección. (VER ANEXO)
	16	Retira el torniquete al término de la toma de muestras y pide a la paciente que relaje el puño.
	17	Retira lentamente la aguja, realiza una presión gentil con algodón sobre el sitio de punción.
	18	Coloca un parche hemostático en el sitio de punción.
	19	Transfiere la sangre de la jeringa a los tubos de recolección, puncionando el tapón del tubo.
	20	Homogeneiza los tubos que contengan aditivos.
	21	Retira el material utilizado, proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional y se retira los guantes.
	22	Deja a la paciente en posición cómoda y verifica su estado de consciencia si se va a incorporar.
	23	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	24	Corroborar la adecuada identificación y envío de muestras.
	25	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN



28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

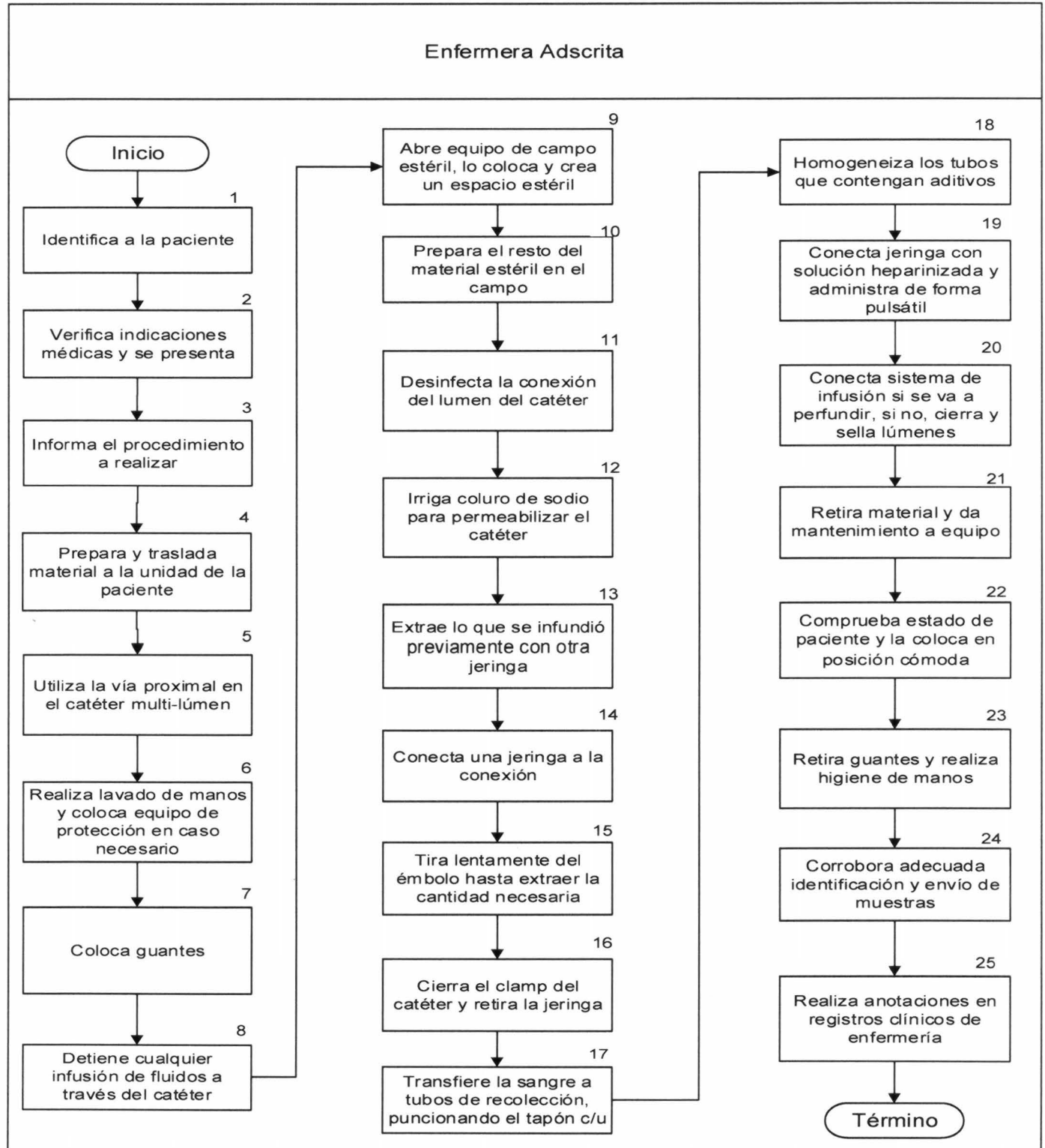
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION (POR CATÉTER)
Enfermera adscrita	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica las indicaciones médicas y se presenta.
	3	Informa a la paciente del procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración
	4	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente (cuenta con tubos de repuesto).
	5	Utiliza la vía proximal en el catéter multi-lumen.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	7	Coloca guantes.
	8	Detiene cualquier infusión de fluidos a través del catéter.
	9	Abre un equipo de campo estéril, lo coloca alrededor y debajo del catéter, creando un espacio estéril
	10	Prepara el resto del material estéril en el campo.
	11	Desinfecta la conexión del lumen del catéter.
	12	Irriga de 2 a 3cc de solución de cloruro de sodio al 0.9% para permeabilizar el catéter.
	13	Extrae lo que se infundió previamente con otra jeringa de 3cc,
	14	Conecta una jeringa de 10 o 20cc según la cantidad requerida de muestra a la conexión.
	15	Tira lentamente del émbolo 1-2 cc, hasta extraer la cantidad necesaria.



28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION (POR CATÉTER)
Enfermera adscrita	16	Cierra el clamp del catéter y retira la jeringa.
	17	Transfiere la sangre a los tubos de recolección, puncionando el tapón de cada tubo.
	18	Homogeneiza los tubos que contengan aditivos.
	19	Conecta la jeringa precargada con solución heparinizada o cloruro de sodio al 0.9%, suelta el clamp y administra 3-5cc de solución de forma pulsátil.
	20	Conecta el sistema de infusión y continúa la terapia si se va a continuar perfundiendo; si no se va a perfundir, cierra y sella los lúmenes que no se estén utilizando.
	21	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	22	Comprueba el estado de la paciente y la coloca en posición cómoda.
	23	Retira los guantes y realiza la higiene de manos acorde a protocolo institucional.
	24	Corroborar la adecuada identificación y envío de muestras.
	25	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN



28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

ANEXO

Orden de Toma			
Tapón	Contenido de tubo	Área de uso	Inversiones
	Hemocultivo	Microbiología	5 veces
	Citrato de sodio	Coagulación (Tiempos de coagulación, fibrinógeno, agregación plaquetaria)	3 a 4 veces
	Gel separador	Química clínica	5 veces
	Sin anticoagulante, con activador de coagulación, con sílice	Química clínica, banco de sangre, serología	8 a 10 veces
	Gel separador y trombina	Obtención de suero rápido	5 a 6 veces
	Gel separador y heparina de litio	Química clínica en plasma	5 veces
	Heparina de sodio/litio	Química clínica (urgencias), hematología (fragilidad osmótica)	8 a 10 veces
	EDTA K ₂	Hematología, banco de sangre	8 a 10 veces
	Gel separador y EDTA K ₂	Determinaciones de carga viral	8 a 10 veces
	Oxalato de Potasio/Naf	Química clínica, pruebas de lactato y glucosa	8 veces

Información con base a extractos de los insertos técnicos e información de los productos BD Vacutainer®
Referencia en CLSI (H3-A6, Vol. 27 N°26, 2007 y H04-A6, Vol. 28 N°25, 2008)



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

28. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

Referencias

- Kneip Fleury M. Manual de Toma de Muestras en Laboratorio Clínico: Brasil, 2019 [consultado 26 junio 2021]. Disponible en: <http://pncq.org.br/uploads/2019/Manual%20de%20toma%20-%202019.pdf>
- Infantes VF. Toma de muestra de sangre mediante punción venosa. Junta de Andalucía [Internet] 2018 [consultado 26 junio 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Toma%20de%20muestra%20de%20sangre%20mediante%20puncion%20venosa%20Servicio%20Andaluz%20de%20Salud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Toma%20de%20muestra%20de%20sangre%20mediante%20puncion%20venosa%20Servicio%20Andaluz%20de%20Salud%20(1).pdf)
- Taller de extracción sanguínea. Universidad Autónoma de Campeche [Internet] 2015 [consultado 26 junio 2021]. Disponible en: https://fm.uacam.mx/view/download?file=174/adjuntos/taller_de_extraccion_sanguinea.pdf&tipo=paginas
- <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711092.pdf>
- <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/4479>

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aplicar las medidas de seguridad para proteger a la paciente adulta hospitalizada para evitar caídas, que pongan en riesgo su vida y estancia hospitalaria.

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

SERÁ RESPONSABILIDAD:

1. De la Jefe de Servicio:

- Conocer las condiciones físicas del servicio, para solicitar la intervención del departamento de mantenimiento, para que se realicen las correcciones pertinentes.
- Verificar que el personal a su cargo conozca y lleve a cabo las medidas para prevenir caídas en el paciente.

2. Del Personal Asistencial:

- Conocer el procedimiento y aplicarlo de acuerdo a la normativa internacional.
- Valorar el riesgo de caída al ingreso y a lo largo de su estancia.
- Realizar y registrar los resultados de dichas valoraciones.
- Planificar los cuidados de prevención de acuerdo a los factores de riesgo presente.
- Registrar la respuesta de la paciente a los cuidados en el formato de registros Clínicos de enfermería.
- Educar a la paciente y familiares sobre prevención de caídas en el ambiente hospitalario.

En caso de caídas:

- Valorar las consecuencias de la caída y avisar al médico de guardia si fuera necesario.
- Registrar en la hoja de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente-antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.
- Cubrir el Informe de caídas y entregar a la supervisora de la unidad.
- Vigilar el estado de la paciente en horas sucesivas.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Concepto de caída

La OMS define caídas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

La causa de las caídas es multifactorial y por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones constituye un importante problema en el área hospitalaria.

Se ha observado que en los hospitales cerca del 14% de las caídas, se presentan por un factor del medio ambiente o del personal que otorga la atención o por ambos. Los factores asociados a los pacientes están vinculados con la edad avanzada, condiciones crónicas, hospitalizaciones prolongadas, antecedentes de caídas, problemas de incontinencia urinaria, alteración cognitiva y uso de medicamentos psicoactivos, entre otros.

Al profesional de enfermería, se le considera parte fundamental del grupo multidisciplinario, que tiene la responsabilidad de brindar atención integral al paciente identificando oportunamente el riesgo para prevenir daños, y de esta manera, contribuir a la disminución de la morbilidad y bajar los costos hospitalarios; sin embargo, existen factores intrínsecos y extrínsecos que debe considerar para la evaluación de dicho riesgo.

Valoración del Riesgo de Caídas

La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas adecuadas a cada persona. En la planificación de actividades de prevención se debe considerar la valoración global de la paciente contemplando cada uno de los factores de riesgo predisponentes.

Se considerará que toda paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todas las pacientes que ingresen en cualquiera de las unidades de hospitalización.

Además se valorará siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos y extrínsecos previamente definidos. Se realizará una nueva valoración siempre que se modifique el estado de la paciente a lo largo de su estancia.

Factores Intrínsecos

Son aquellos que están relacionados con el propio paciente y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

EDAD	Niños menores de 6 años, el lactante puede caer de la cama o cuna cuando se le deja solo y los barandales no son instalados y/o no funciona el sistema de seguridad, con frecuencia tienen caídas cuando empiezan a caminar. El niño en edad preescolar no mide el peligro al intentar trepar, subir o bajar cualquier superficie. El adulto mayor de 65 años presenta riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.
------	--

FACTORES EXTRÍNSECOS

Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien elementos de uso personal. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.

Arquitectónicas de la unidad hospitalaria	• Ausencia del timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de la luz descompuesto. • Escalones a la entrada o salida del baño. • Ausencia de barras de sujeción en baños y áreas de regaderas. • Área de regaderas con piso deslizante y sin tapetes antiderrapante. • Escaleras o rampas sin antiderrapante. • Escaleras con escalones irregulares. • Lavabos y retretes muy bajos. • Pisos dispares.
Equipo y mobiliario	- Sistema no audible ni visible de timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz descompuesto, focos fundidos dentro o fuera de la habitación o del control de enfermeras. - Mobiliario fuera de su lugar (buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas entre otros). - Silla de baño mojada, resbaladiza o ausencia de ésta (silla desplegable). - Presencia de cables, cordones y obstáculos en general. - Ausencia de dispositivos específicos para la deambulación, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo. Utilización de tripies, sillas de ruedas, bombas de infusión o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulación. Llantas de tripies en malas condiciones. Camas y camillas sin cinturones de seguridad, barandales laterales, piecera o cabecera. Camas, camillas o sillas de ruedas con frenos en mal estado o no funcionales. ▪ Iluminación deficiente.

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

De Proceso

- Fuera del alcance del paciente: timbre de llamado, intercomunicador o interruptor de luz, artículos personales, banco de altura.
- Omitir subir los barandales de cama o camilla.
- No verificar el funcionamiento de los sistemas de seguridad: como barandales de las camas, camillas y sillas de ruedas.
- Cambios bruscos de postura, incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en cama.
- Movilización del paciente sin ayuda de otro miembro del equipo o familiar.
- Faltas de normas de seguridad en la unidad hospitalaria.
- Falta de orientación al paciente y familiar de las medidas de seguridad, para deambular con los equipos de venoclisis, tubo de drenaje urinario, entre otros.
- Falta de orientación en el uso de sillas de ruedas, freno y descansa pies.
- No delimitación de áreas con piso mojado al realizar la limpieza.
- Alta de establecimiento de un sistema de reporte y mantenimiento preventivo

FÁRMACOS Y SUS EFECTOS

Diurético	Deshidratación, incontinencia, urgencia de micción, hipopotasemia, hiponatremia, Hiperglucemia, hiperuricemia, desequilibrio hidroelectrolítico.
Laxantes y enemas	Urgencia de evacuar, evacuaciones frecuentes, diarrea, pueden alterar el equilibrio hidroelectrolítico.
Antihipertensivos, calcio antagonista, betas bloqueadores.	Cifras de presión arterial inferiores a las normales, descenso nocturno de la presión arterial, hipotensión ortostática y postprandial, síncope, depresión, adinamia, insuficiencia cardíaca, arritmias.
Inotrópicos	Alteraciones gastrointestinales, síndrome confusional, alteraciones en el gasto cardíaco, arritmias ventriculares.
Digitalicos	Arritmias cardíacas, mareo, desmayo, confusión depresión cansancio, debilidad, Alteraciones visuales, pérdida de apetito, diarrea, vómito, cefalea.
Antiarrítmicos	Alteraciones en el sistema de conducción, alteración en el gasto

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Antidepresivos	cardíaco, alteraciones visuales, ataxia, tremor, cefalea, parestesias.
Sedantes	Confusión, sedación, somnolencia, temblor, bradicardia, anorexia, vómitos, diarrea.
Hipnóticos	Alteraciones de la atención y de la memoria, estados contusionales, trastornos de la coordinación motora y de la estabilidad postural, cefaleas, mareos e irritabilidad
Antiinflamatorios no esteroideo (AINE)	Sensación de torpeza y cansancio diurno, marcada reducción de funciones cognitivas como la memoria o la concentración, trastornos de la estabilidad postural. Hemorragia del tubo digestivo alto, vértigo, hipotensión.
Broncodilatadores	Efectos secundarios debidos a estimulación adrenérgico. Temblor fino de extremidades a dosis altas puede ocasionar hipotensión, taquicardia, cefalea ocasional.
Antiácidos	En utilización prolongada alcalosis sistémica (posible afectación renal).
Antihistamínicos	Somnolencia, confusión, ansiedad, angustia, depresión, falta de coordinación
Hipoglucemiantes	Cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales, debilidad, cefalea, vértigo, pérdida del equilibrio, adinamia, alteraciones visuales, coma.
Neurolépticos	Hipotensión ortostática, agitación, cefalea, vértigo, náuseas, taquicardia.

El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado de la paciente, además de desarrollar competencias específicas que garantizan un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad de la paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.

Medidas de seguridad.

Información a la paciente:

- Orientar a la paciente sobre "el orden" físico de la habitación.
- Informar a los familiares de la importancia de comunicar al equipo de enfermería la situación de acompañamiento o no de la paciente.
- Informar y/o recordar a la paciente que no debe levantarse de la cama ni deambular por la habitación o en los pasillos, cuando el suelo esté mojado.
- Indicar a la paciente que utilice las barras de apoyo en el baño o ducha y que avise siempre que necesite

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

ayuda.

- Informar a la paciente y familiares de los riesgos derivados de la toma de determinadas medicaciones (diuréticos, hipnóticos, sedantes entre otros).

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario

- **Barandales de cama.** Proporcionan a los pacientes un punto de apoyo seguro para moverse de un lado a otro, deben funcionar perfectamente, y han de estar situados en ambos lados de la cama, estar firmes y rebasar la altura del colchón, de tal forma que proporcionen soporte al paciente.
- **Timbre e intercomunicador.** Dispositivos para solicitar ayuda, deben estar instalados en la cabecera de la cama con una extensión que llegue al miembro superior dominante.
- **Lámpara de cabecera.** Proporciona luz tenue suficiente para iluminar el área de la unidad del paciente, debe tener un interruptor accesible y seguro.
- **Banco de altura.** Sirve de apoyo y sostén para subir y bajar de la cama, debe ser seguro y firme con gomas antiderrapantes en las patas, y permanecer bajo la cama cuando no esté en uso.

Acciones encaminadas a mantener un entorno seguro:

- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo de la habitación (mobiliario en su sitio, carros, sacos de ropa, cableado, alargaderas, etc.)
- Retirar muebles bajos que supongan un riesgo de tropezones. Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesillas, etc.)
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche.
- Situar el timbre y lo que precise al alcance del/la paciente (artículos personales, lentes, etc.).
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, especialmente en los desplazamientos de pacientes. En el caso de camas articuladas en altura (con elevador), colocarlas en la posición más baja durante la noche.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Ayudar a levantar de la cama a la paciente
- Ayudar en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados, paseos.
- Informar sobre la forma adecuada de levantarse.
- Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible
- (Gafas, audífonos, etc.) O en caso contrario, asegurar que las tenga siempre a mano y proporcionar ayuda si precisa.
- Ayudar a levantarse y acostarse de la cama (y otras movilizaciones)
- Evitar objetos cerca del paciente que puedan producir algún tipo de lesión

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

- (Vasos de cristal, botellas, cuchillos, etc.)
- Aplicar procedimiento de sujeción mecánica, según se requiera e informar al familiar y paciente del porque la sujeción.
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

Escala de Valoración del Grado de Riesgos de Caídas en el Paciente Hospitalizado

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería Comisión Permanente de Enfermería

VALORACIÓN POR TURNO

CRITERIOS DE RIESGO

Criterios de riesgo

TM T T
V N

Limitación física

Estado mental alterado

Tratamiento farmacológico que implica riesgo

Problemas de idioma o socioculturales

Pacientes sin factores de riesgo evidentes

Total

PUNTOS Y CÓDIGOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO

Escala	Puntos	Tarjeta
Alto riesgo	4 a 10	ROJA
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLA
Bajo riesgo	0 a 1	AMARILLA

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Limitación física	2	Presenta cualquier factor riesgo señalado como limitante.
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados.
Problemas de comunicación	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que Dificulten la comunicación.
Sin factores de riesgo	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

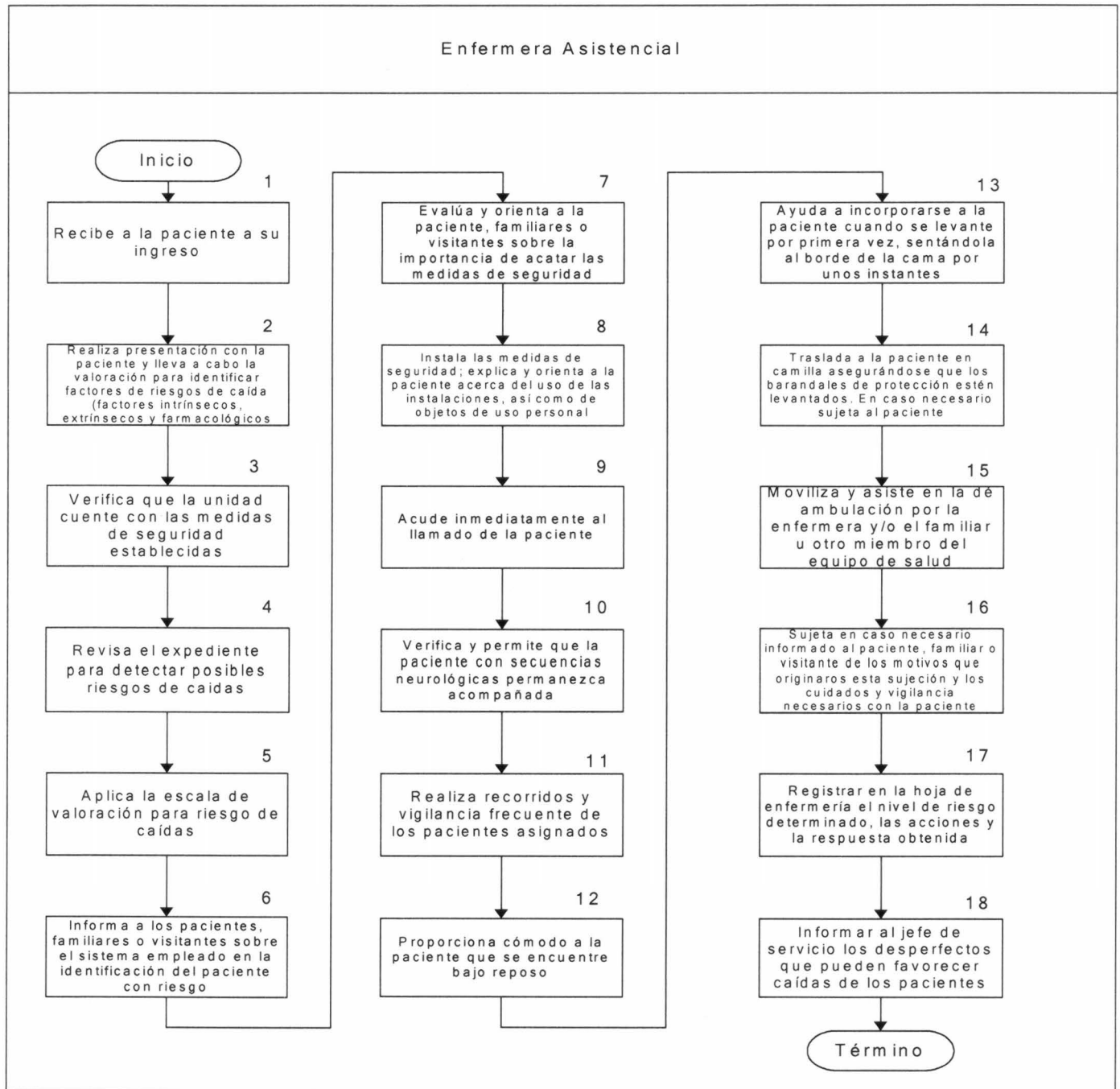
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Recibe a la paciente a su ingreso.
	2	Realiza presentación con la paciente y lleva a cabo la valoración para identificar factores de riesgos de caída (factores intrínsecos, extrínsecos y farmacológicos).
	3	Verifica que la unidad cuente con las medidas de seguridad establecidas.
	4	Revisa el expediente para detectar posibles riesgos de caídas.
	5	Aplica la escala de valoración para riesgo de caídas.
	6	Informa a los pacientes, familiares o visitantes sobre el sistema empleado en la identificación del paciente con riesgo.
	7	Evalúa y orienta a la paciente, familiares o visitantes sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad.
	8	Instala las medidas de seguridad; explica y orienta a la paciente acerca del uso del timbre, sube los barandales, coloca el banco de altura y coloca al alcance de la paciente los objetos de uso personal.
	9	Acude inmediatamente al llamado de la paciente.
	10	Verifica y permite que la paciente con secuelas neurológicas permanezca acompañada.
	11	Realiza recorridos y vigilancia frecuente de los pacientes asignados.
	12	Proporciona cómodo a la paciente que se encuentre bajo reposo.
	13	Ayuda a incorporarse a la paciente cuando se levante por primera vez, sentándola al borde de la cama por unos instantes, después de un procedimiento quirúrgico permanece con ella hasta que se levante.
	14	Traslada a la paciente en camilla asegurándose que los barandales de protección estén levantados. En caso necesario sujeta al paciente
	15	Moviliza y asiste en la deambulaci3n por la enfermera y/o el familiar u otro miembro del equipo de salud.

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	16	Sujeta en caso necesario informando suficientemente al paciente, familiar o visitante los motivos que determinaron esta sujeción y los cuidados y vigilancia que deben tener a fin de evitar complicaciones en las zonas comprometidas (solicita consentimiento informado del familiar).
	17	Valora a la paciente previo al baño en regadera Registra en la hoja de enfermería el nivel de riesgo determinado, las acciones y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado.
	18	Informa al jefe de servicio los desperfectos que pueden favorecer caídas de los pacientes
Termina Procedimiento		

29. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
01	04	24

30. VENDAJE MAMARIO

30. VENDAJE MAMARIO

30. VENDAJE MAMARIO

OBJETIVO

Lograr un efecto de sostén, protección e inmovilización sobre el tórax anterior con fines terapéuticos.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

30. VENDAJE MAMARIO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será Obligación:

1) Del jefe de servicio o encargada.

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Proporcionar al Personal Asistencial, el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - ✓ Venda elástica de 30 cm
 - ✓ Apósito estéril
 - ✓ Gasas
 - ✓ Guantes
 - ✓ Broches o tela adhesiva
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento mediante la técnica establecida.

2) De la enfermera asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Conocer la funcionalidad del vendaje mamario.
- Colocar el vendaje de manera comprensiva evitando ejercer demasiada presión.
- Cambiar el vendaje cada 24 horas cuando se encuentre sucio o previa valoración médica.
- Respetar la intimidad de la paciente
- Realizar las anotaciones correspondientes en los Registros Clínicos de Enfermería



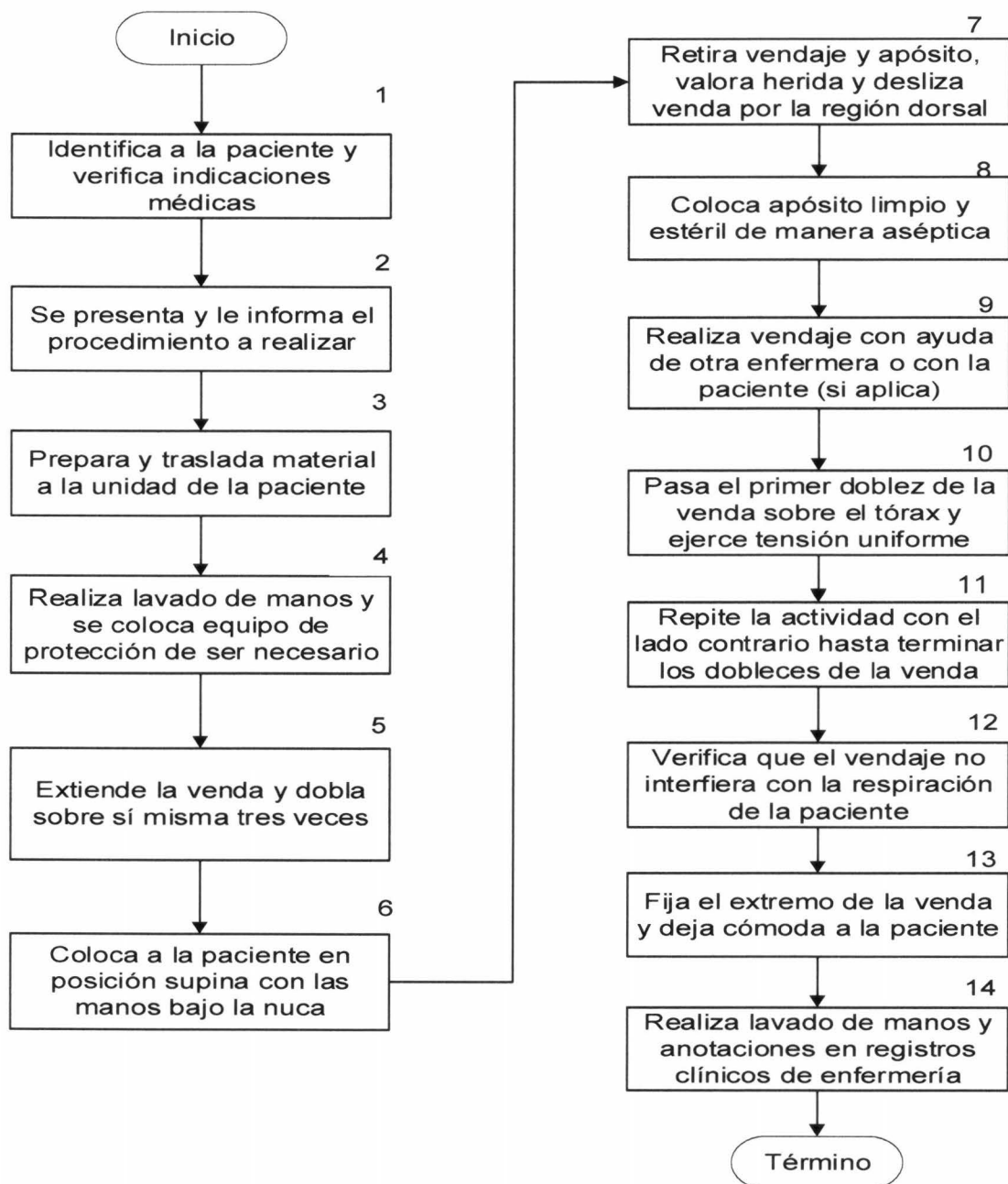
DÍA	MES	AÑO
01	04	24

30. VENDAJE MAMARIO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y verifica indicaciones médicas
	2	Se presenta e informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar (si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración).
	3	Prepara y traslada material a la unidad de la paciente
	4	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el protocolo institucional.
	5	Extiende la venda y dobla sobre si misma tres veces
	6	Coloca a la paciente en posición supina con las manos bajo la nuca.
	7	Retira vendaje y apósito anterior (si aplica), valora condiciones de la herida quirúrgica y drenajes y desliza la venda por la región dorsal.
	8	Coloca apósito limpio y estéril de manera aséptica.
	9	Realiza vendaje con ayuda de otra enfermera o inclusive con la colaboración de la paciente, si aplica.
	10	Pasa el primer doblez de la venda sobre el tórax anterior al lado contrario y ejerce tensión uniforme, sosteniendo los extremos de la venda.
	11	Repite la actividad con el lado contrario, hasta terminar los dobleces de la venda.
	12	Verifica que el vendaje no interfiera con la mecánica de la respiración y/o respuestas humanas.
	13	Fija el extremo de la venda y deja cómoda a la paciente.
	14	Realiza lavado de manos y anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

30. VENDAJE MAMARIO

Enfermera Asistencial



31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar vaciamiento y limpieza de la cavidad gástrica, con fines diagnósticos y terapéuticos.

31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio:

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer el procedimiento.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a normativa.
- Verificar que se cuente con el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - Guantes desechables
 - Sonda Levin de 14, 16 o 18 Fr
 - Lubricante hidrosoluble
 - Vaso con agua
 - Jeringa de 20 cc, 60 cc y/o jeringa asepto
 - Bolsa colectora
 - Estetoscopio
 - Cinta métrica
 - Cloruro de sodio 0.9%
 - Carbón activado, si está indicado.



DÍA	MES	AÑO
01	04	24

31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA**2. De la enfermera asistencial:**

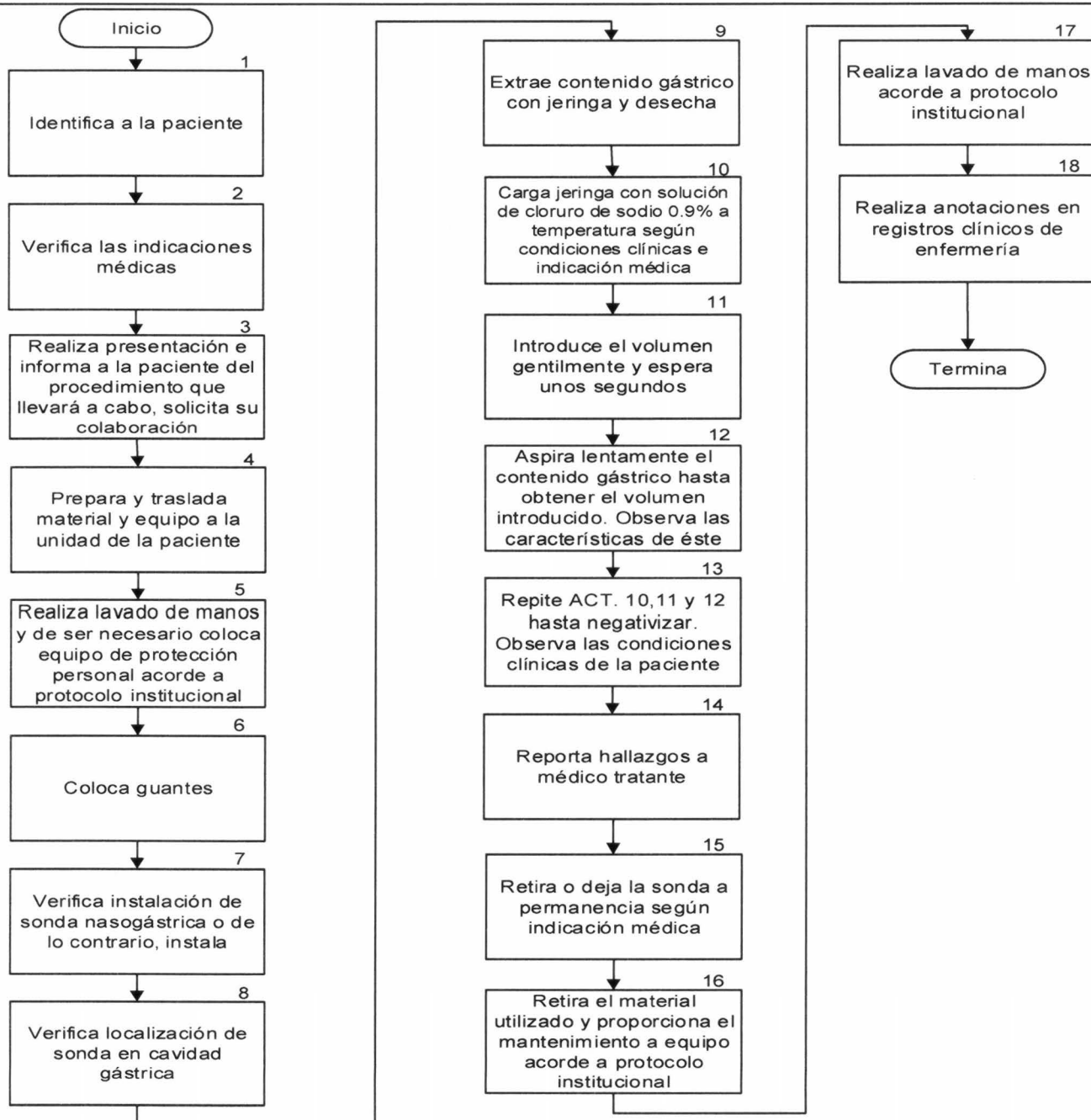
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Mantener monitorizada a la paciente durante el procedimiento.
- Conocer las indicaciones y contraindicaciones del lavado gástrico.
- Preparar el material y equipo necesario.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.

31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica las indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	6	Coloca guantes.
	7	Verifica instalación de sonda nasogástrica o de lo contrario, instala.
	8	Verifica localización de sonda en cavidad gástrica: • Aspira contenido gástrico con jeringa de 20 cc. • Insufla aire con la jeringa a través de la sonda y ausculta región epigástrica simultáneamente. • Introduce la parte distal de la sonda en el vaso con agua.
	9	Extrae contenido gástrico con jeringa y desecha.
	10	Carga jeringa con solución de cloruro de sodio 0.9% a temperatura según condiciones clínicas de la paciente e indicación médica.
	11	Introduce el volumen gentilmente y espera unos segundos.
	12	Aspira lentamente el contenido gástrico hasta obtener el volumen introducido. Observa las características de éste.
	13	Repite ACT. 10,11 y 12 hasta negativizar. Observa las condiciones clínicas de la paciente.
	14	Reporta hallazgos a médico tratante.
	15	Retira o deja la sonda a permanencia según indicación médica.
	16	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	17	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	18	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

Enfermera Asistencial



31. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

Referencias

- Vega PS, Herrera TI, Carreras SE. Atención de Enfermería en el lavado gástrico. Rev. Electrónica de portales médicos [Internet] 2017 [consultado 30 junio 2021] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-lavado-gastrico/>

DÍA	MES	AÑO
01	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

V. HOJA DE FIRMAS

**Manual de Procedimientos Técnicos
de Enfermería
Ginecología**



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

01	04	24
----	----	----

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORIZÓ

EN AUSENCIA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN MÉDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES Y CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA EL DR MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH, DESIGNADO MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0265-2024.

REVISÓ

**Mtra. Alejandra Antonio Rosales
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA**