

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

22	04	24
----	----	----

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

I. OBJETIVO DEL MANUAL

II. MARCO JURÍDICO

III. PROCEDIMIENTOS:

1. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO
2. ASEO GENITOURINARIO
3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL
4. BAÑO DE LA PACIENTE
5. COLOCACIÓN DE MEDIDAS ANTIEMBÓLICAS
6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)
7. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL
8. ENLACE DE TURNO
9. HIGIENE BUCAL
10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS
11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL
12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
13. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO-CONDUCCIÓN
14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA
15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA
16. INTERVENCIONES DE HERIDA QUIRÚRGICA
17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS
18. MANIOBRAS DE LEOPOLD
19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
20. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES
22. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA
23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO
24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS
25. TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN
26. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)
27. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES
28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES
29. VENDAJE MAMARIO

IV. HOJA DE FIRMAS

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir la técnica de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el área de alojamiento conjunto 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".

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

III. PROCEDIMIENTOS

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

1. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

1. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

1. 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.

1. 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.

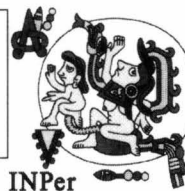
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

1. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

- Verificar las condiciones físicas de la piel.
- Alternar las zonas de aplicación.
- Verificar temperatura corporal cada 30 minutos en caso de hipertermia.
- 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.

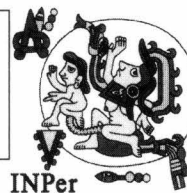
3. Del Equipo de Salud:

- 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.



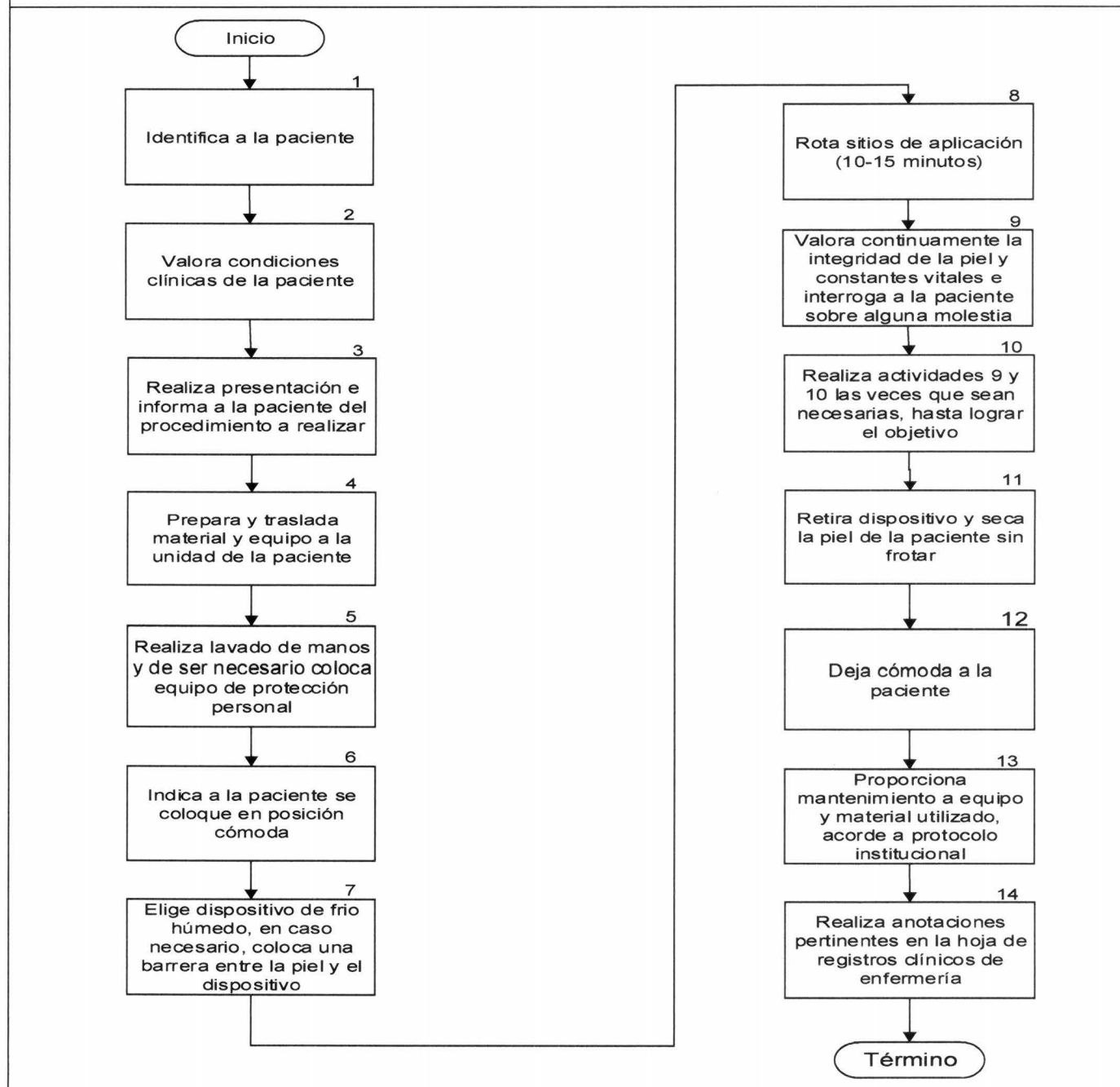
1. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

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



1. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

Enfermera Asistencial



2. ASEO GENITOURINARIO

2. ASEO GENITOURINARIO

2. 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
22	04	24

2. 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
- 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, registró 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.

2. ASEO GENITOURINARIO

- 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 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.

2. ASEO GENITOURINARIO

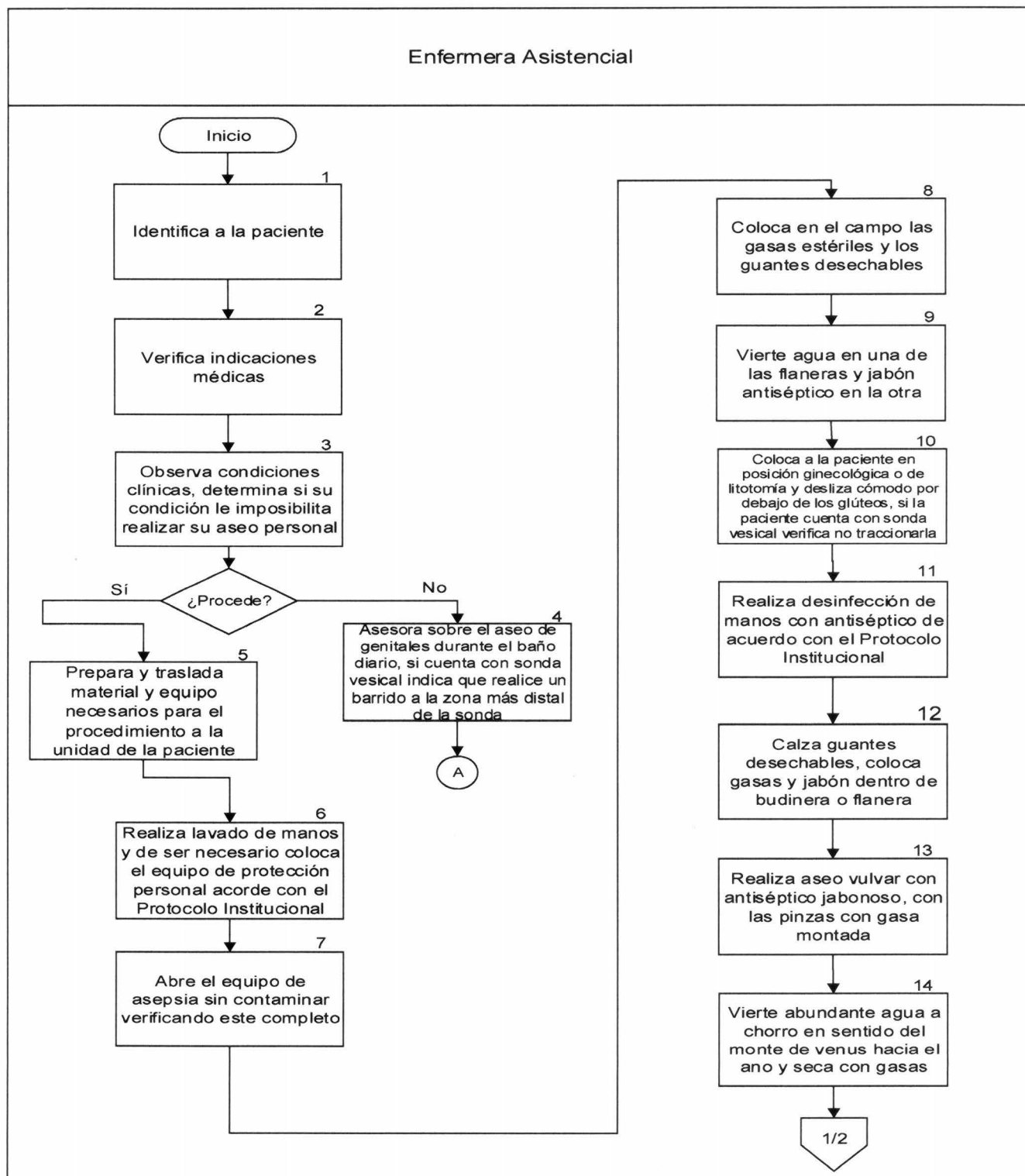
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Observa condiciones clínicas de la paciente, determina si su condición le imposibilita realizar su aseo personal. ¿Procede?
	4	No: Observa que la paciente deambula y se 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.

2. 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

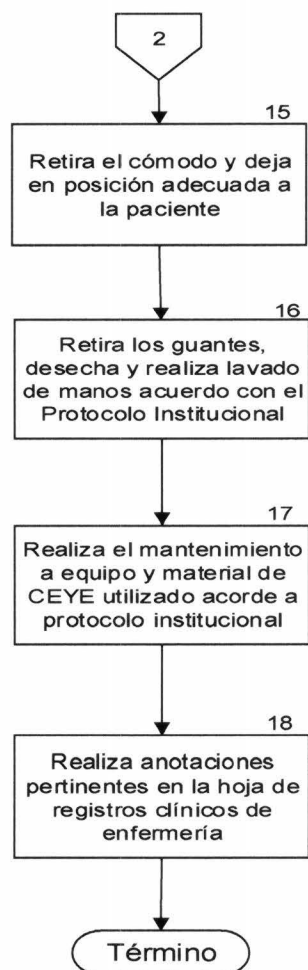
2. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial



2. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial





Días	Mes	Año
22	04	24

3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL



3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

OBJETIVO

Determinar la vitalidad fetal a través de la medición de la frecuencia y ritmo del latido cardiaco, con fines diagnósticos.



Días	Mes	Año
22	04	24

3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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-024-SSA3-2012**. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 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-007-SSA2-2016**. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a normativa.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- 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 el procedimiento:
 - ✓ Doppler fetal
 - ✓ Gel conductor

2. De la enfermera asistencial:

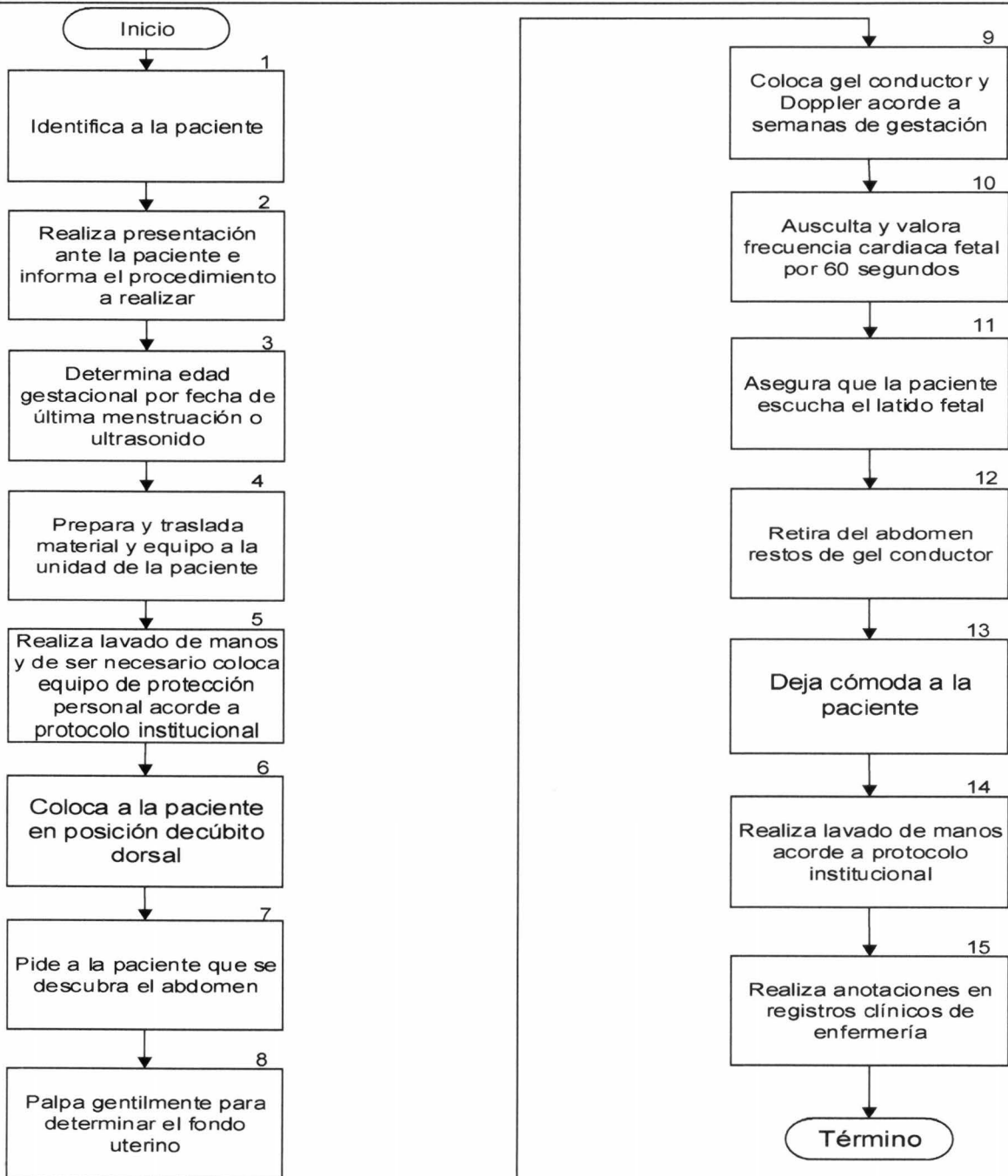
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplica las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando 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.
- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal a partir de la semana 12 de gestación.
- Conocer la cifra normal de frecuencia cardiaca fetal acorde a semanas de gestación.
- Notificar a médico tratante sobre los hallazgos encontrados.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde a protocolo institucional.

3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza presentación ante la paciente e informa el procedimiento a realizar.
	3	Determina edad gestacional por fecha de última menstruación o ultrasonido.
	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 a la paciente en posición decúbito dorsal.
	7	Pide a la paciente que se descubra el abdomen.
	8	Palpa gentilmente para determinar el fondo uterino.
	9	Coloca gel conductor y Doppler acorde a semanas de gestación (ANEXO) A partir de 28 semanas, realiza maniobras de Leopold, coloca Doppler a nivel del hombro anterior.
	10	Ausulta y valora frecuencia cardiaca fetal por 60 segundos.
	11	Asegura que la paciente escucha el latido fetal.
	12	Retira del abdomen restos de gel conductor.
	13	Deja cómoda a la paciente.
	14	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	15	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

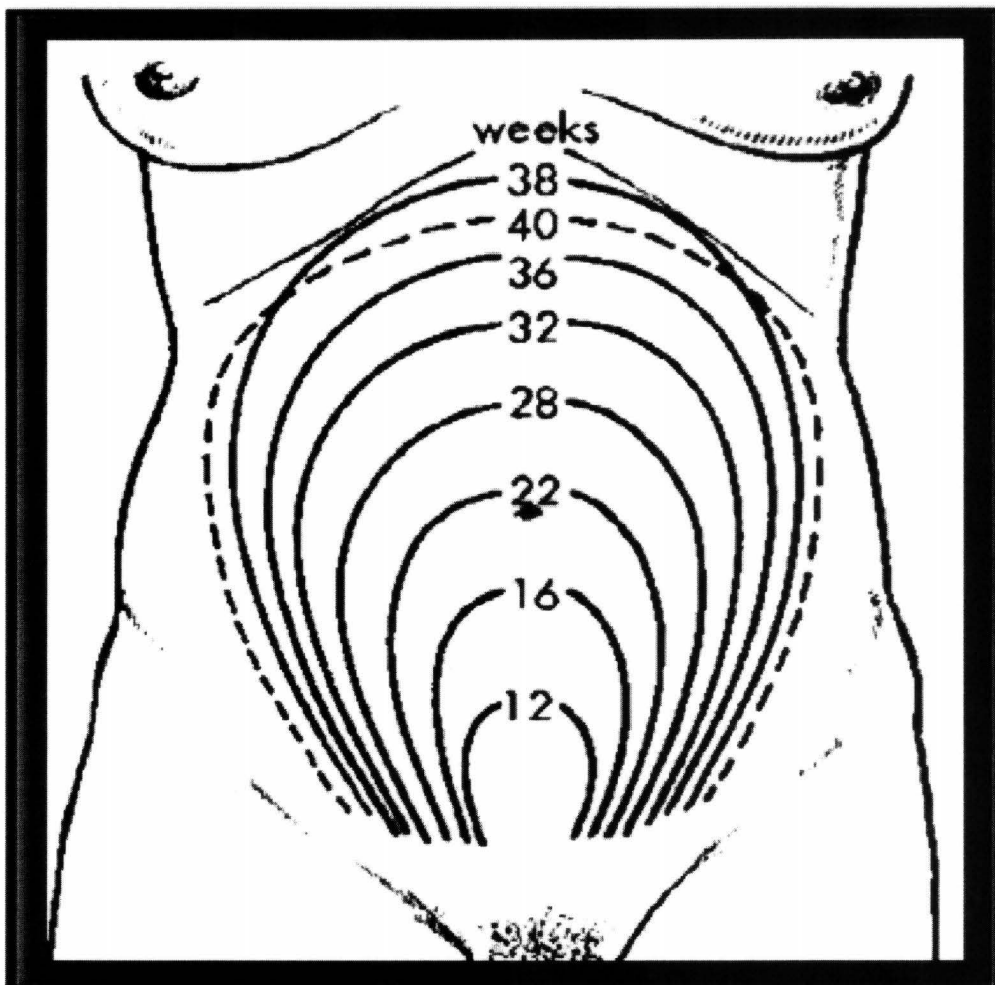
Enfermera Asistencial



3. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

ANEXO

Altura de fondo uterino acorde a edad gestacional



REFERENCIAS

- Carvajal JA, Ralph C. Manual de obstetricia y ginecología [Internet] 2017 [consultado 30 junio 2021] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

4. BAÑO DE LA PACIENTE

4. BAÑO DE LA PACIENTE



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

4. 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
22	04	24

4. 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

4. BAÑO DE LA PACIENTE

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.

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.

4. 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.

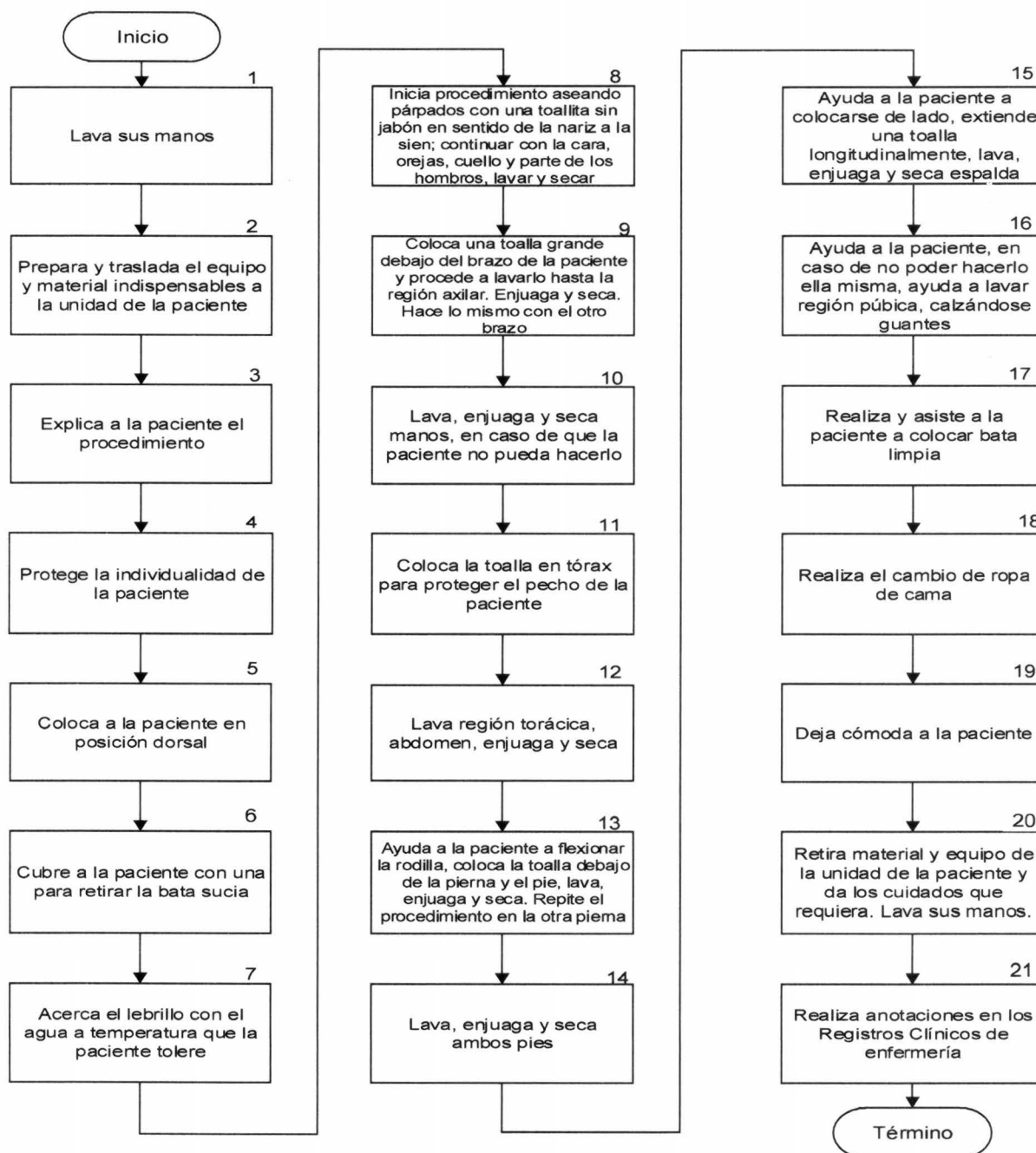
4. BAÑO DE LA PACIENTE

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



4. BAÑO DE LA PACIENTE

Baño de esponja Profesional de enfermería

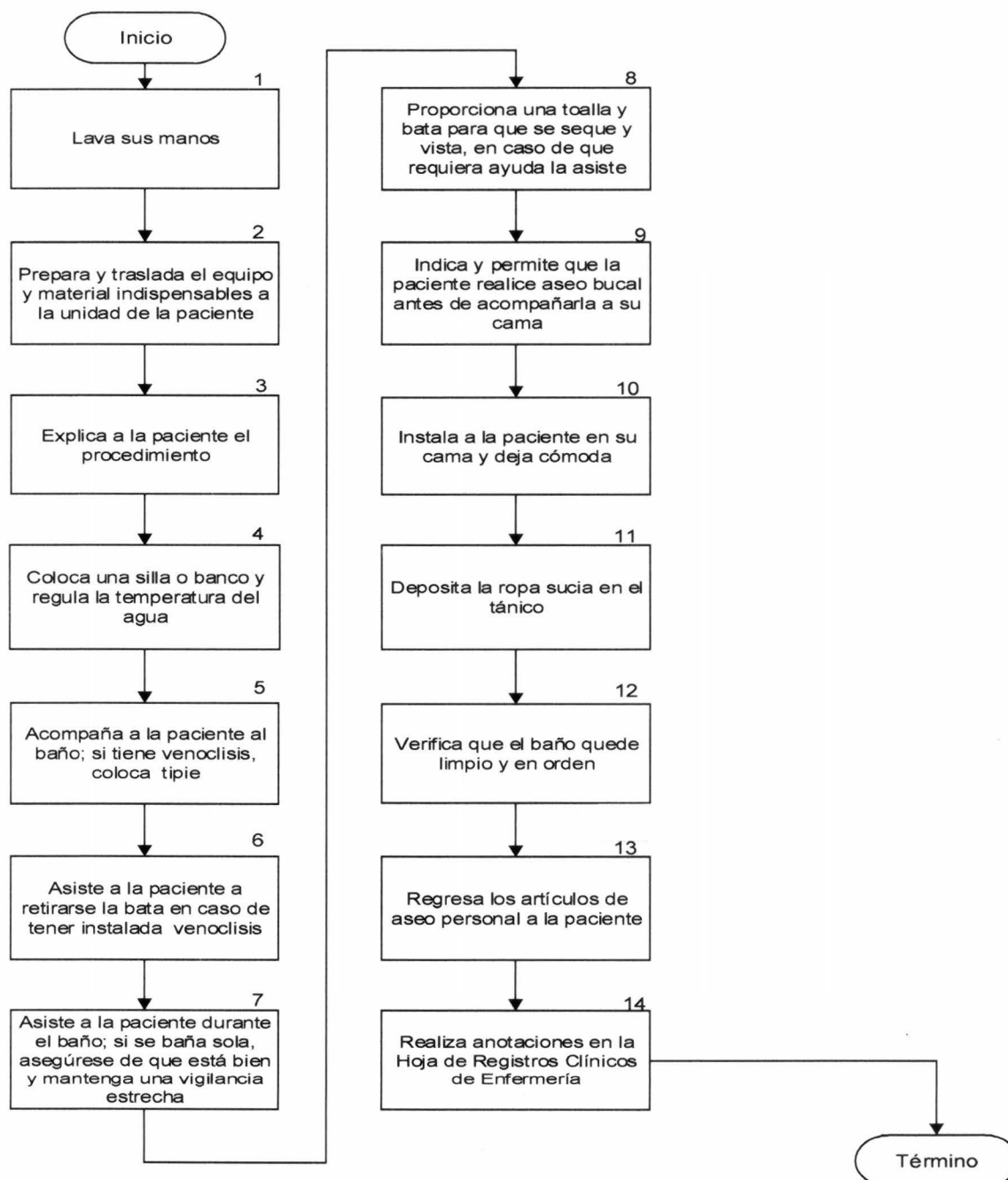


4. BAÑO DE LA PACIENTE

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

4. BAÑO DE LA PACIENTE

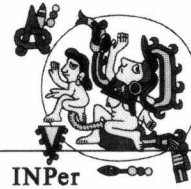
Baño en regadera Profesional de enfermería





5. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

5. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

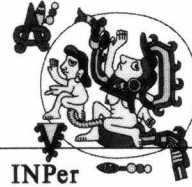


DÍA	MES	AÑO
22	04	24

5. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

OBJETIVO

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



5. 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.



5. 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)

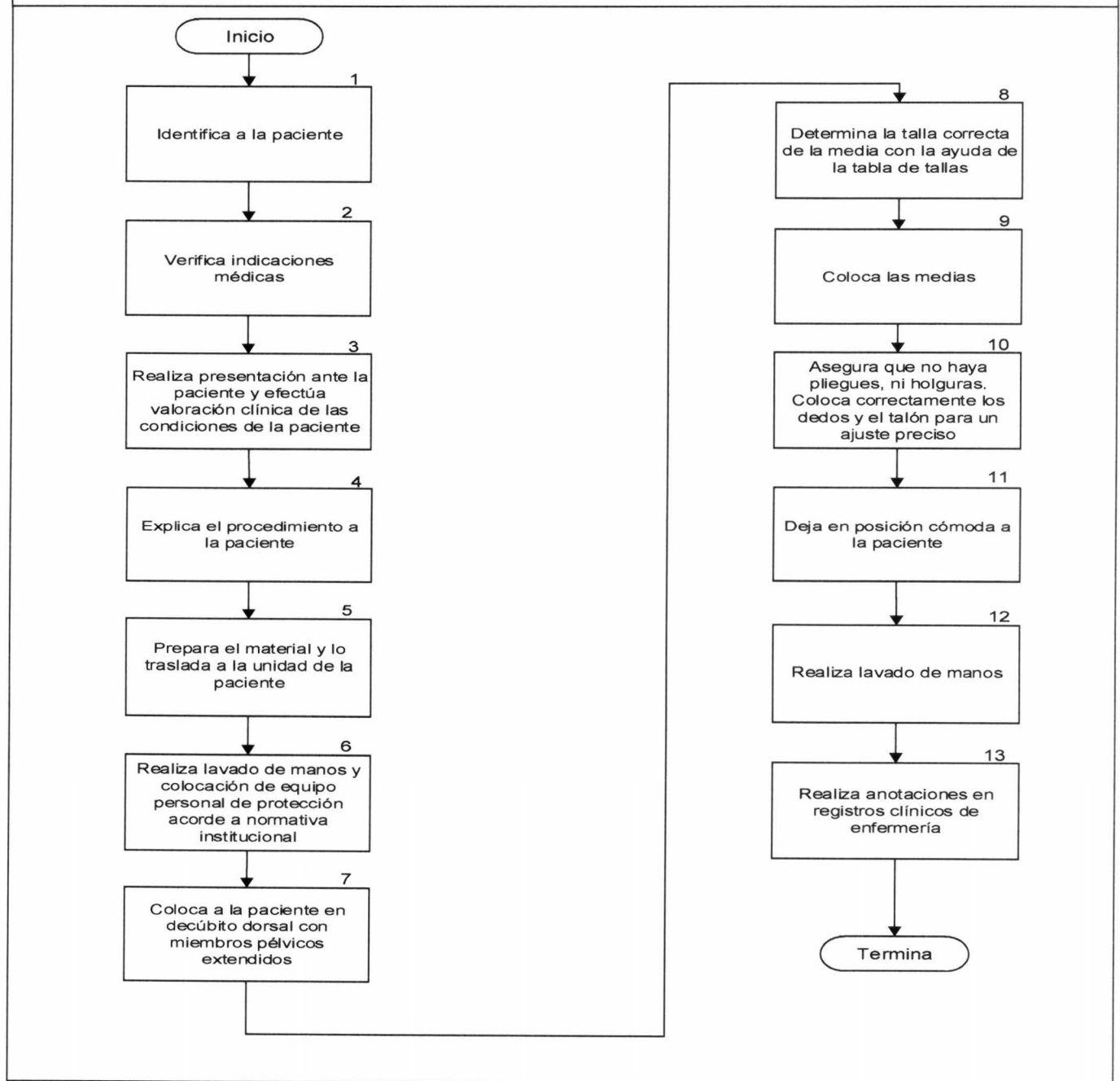


5. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	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. (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

5. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

Enfermera Asistencial





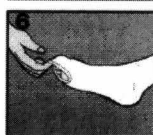
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

5. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

ANEXO 1



ANEXO 2





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

6. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

6. CUIDADOS 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.

6. CUIDADOS 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.

6. CUIDADOS 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.

6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

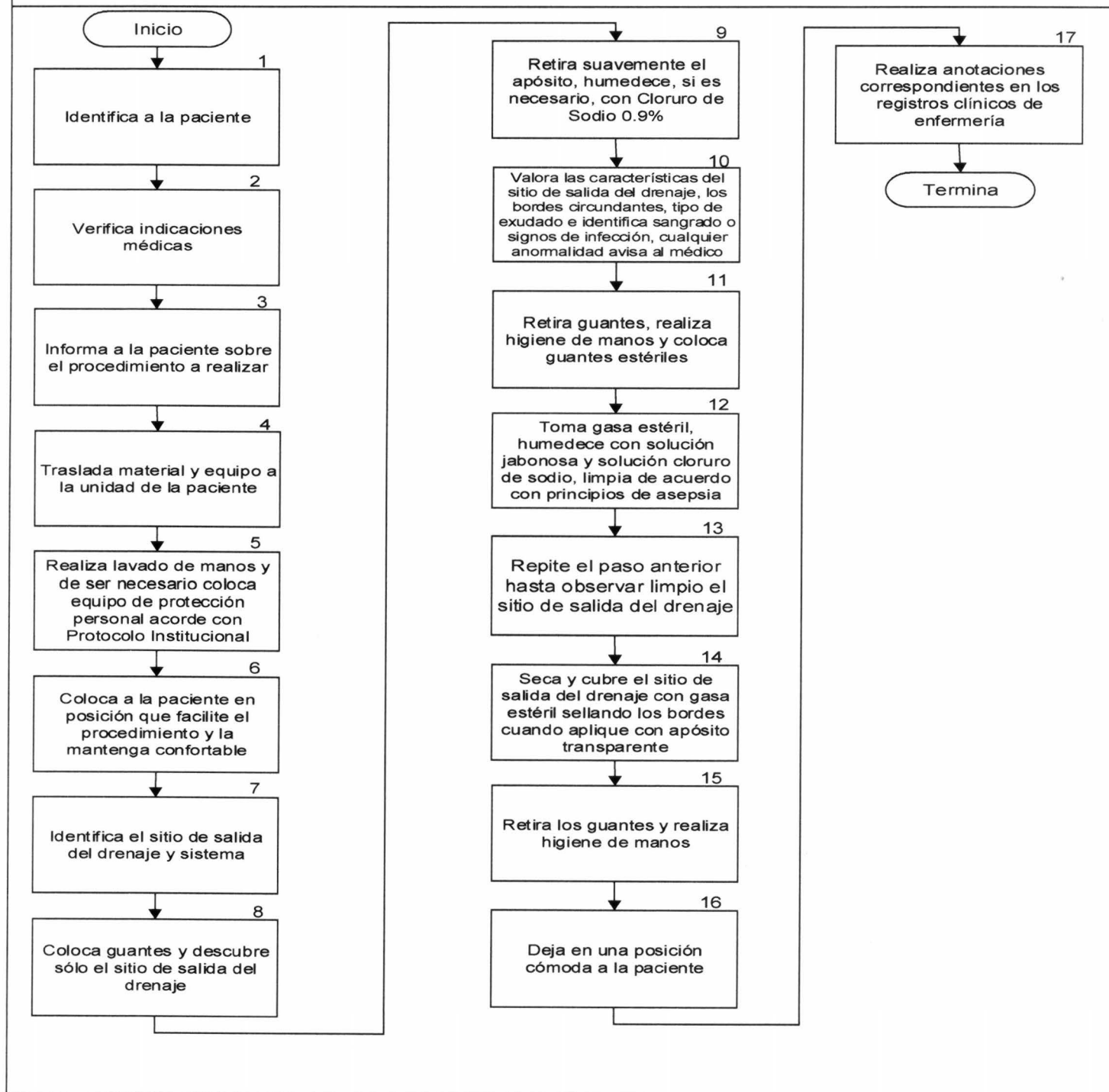
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de 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.

6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

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

6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

**SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Enfermera Asistencial**



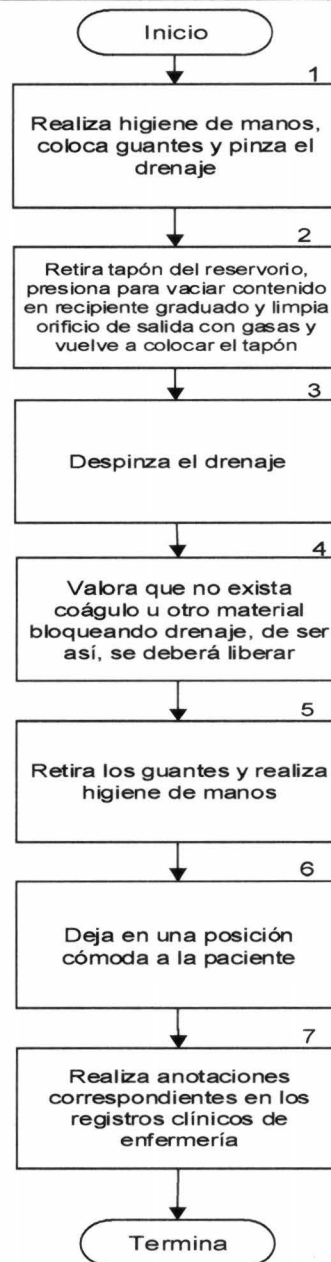
6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO
Enfermera asistencial	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		

6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO

Enfermera Asistencial



6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

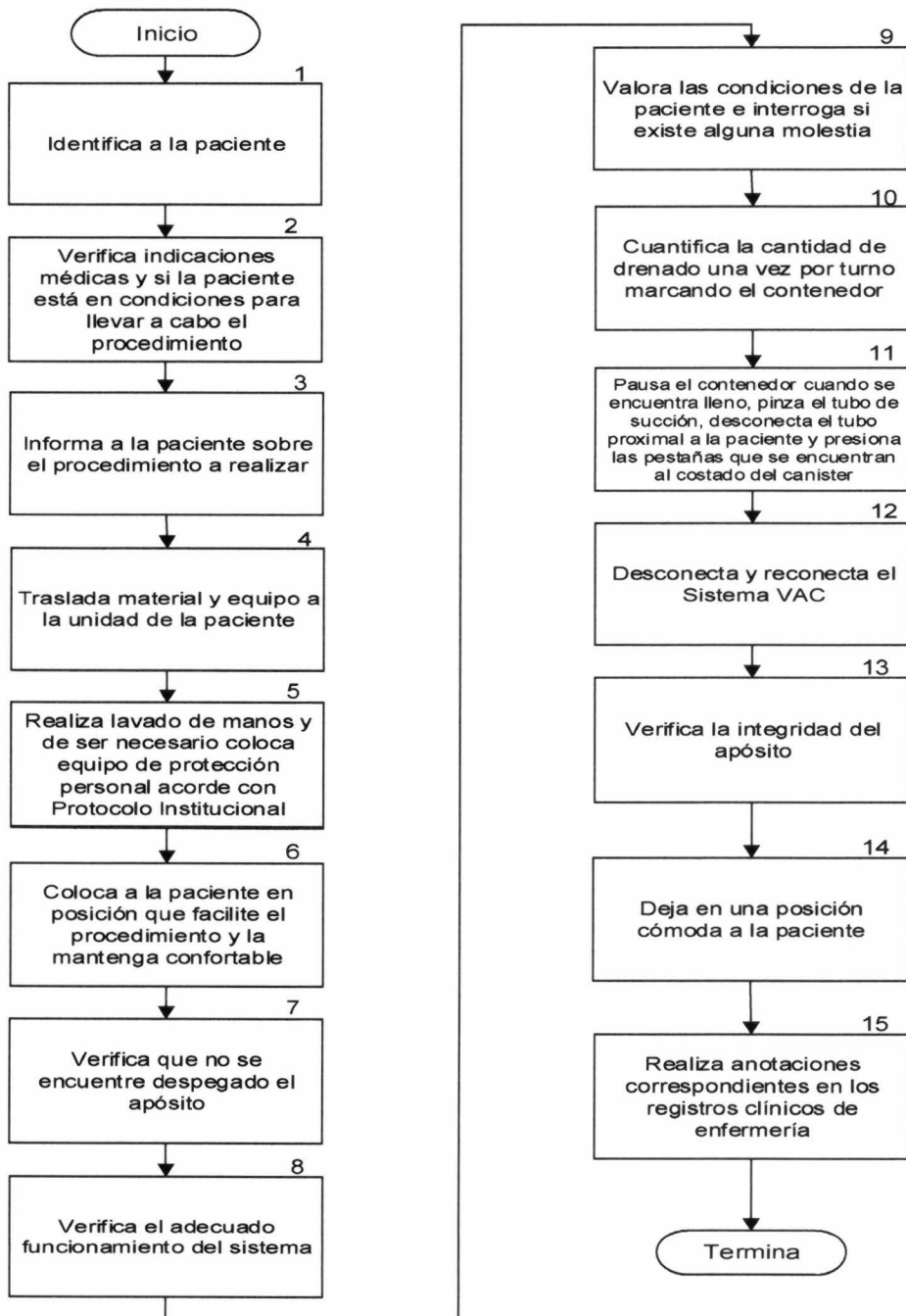
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.NO	DESCRIPCIÓN SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicación médica y si la paciente está en condiciones para llevar a cabo el procedimiento.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada material 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.

6. CUIDADOS 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		

6. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial



7. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

7. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

7. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

OBJETIVO

Remover materia orgánica con un agente químico.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

7. 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.

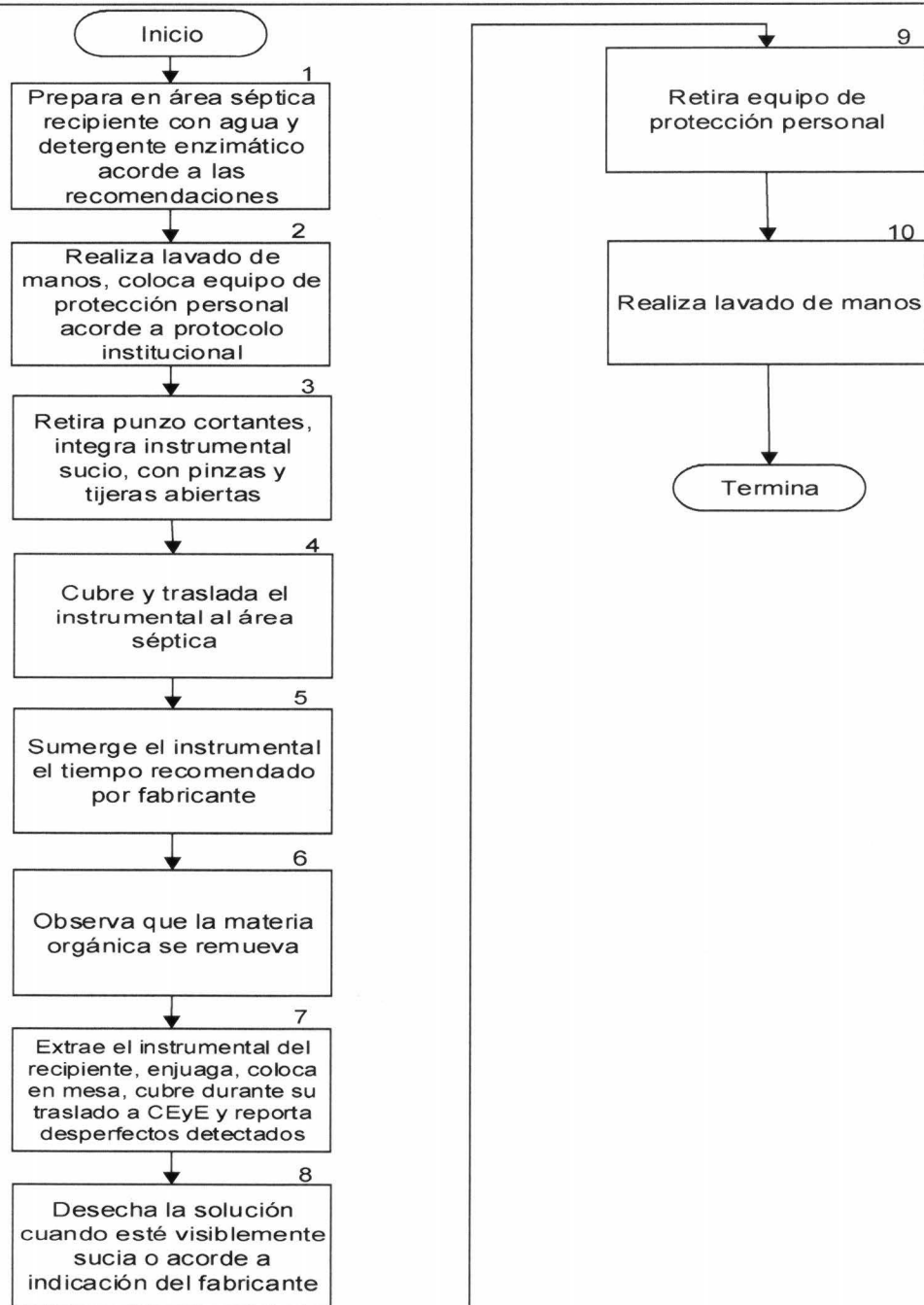
7. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

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



7. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

Enfermera Asistencial, circulante o instrumentista





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. ENLACE DE TURNO

8. ENLACE DE TURNO

8. 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.

8. 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.

8. ENLACE DE TURNO

- 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 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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. ENLACE DE TURNO

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

- 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:



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. ENLACE DE TURNO

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 trabajo, censo diario, registro de ingresos/egresos, recetarios).
 - Insumos de control estricto.



8. ENLACE DE TURNO

- 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-SSA3-2012. 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.

8. 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.

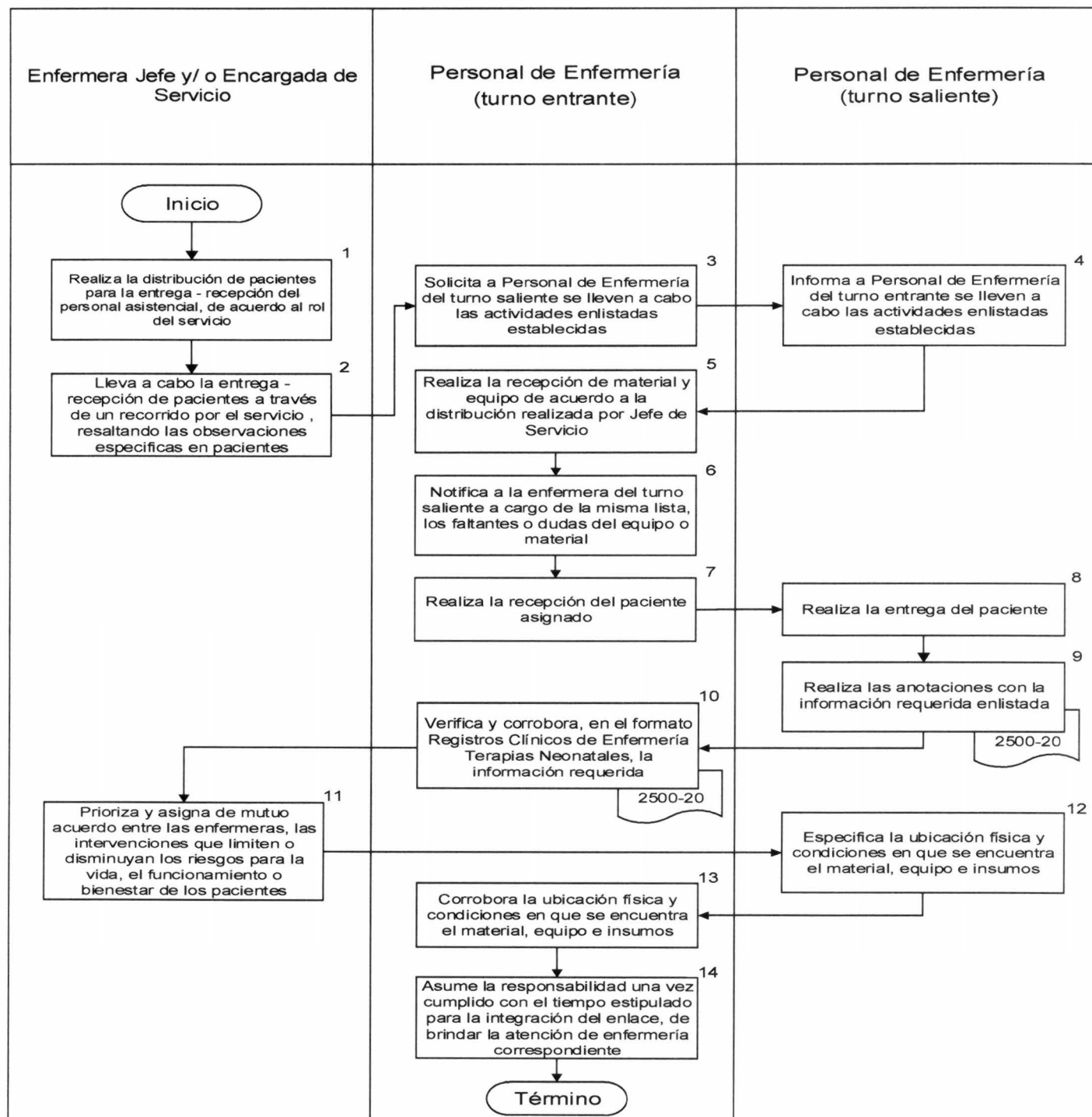
8. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Enfermería (turno saliente)		- 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.
	6	Notifica a la enfermera del turno saliente a cargo de la misma lista, 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 el 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.

8. ENLACE DE TURNO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Enfermería (turno entrante)		• 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.
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		

8. ENLACE DE TURNO





9. HIGIENE BUCAL

9. HIGIENE BUCAL



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

9. 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.



9. 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, revención 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

9. 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.



9. HIGIENE BUCAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	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.



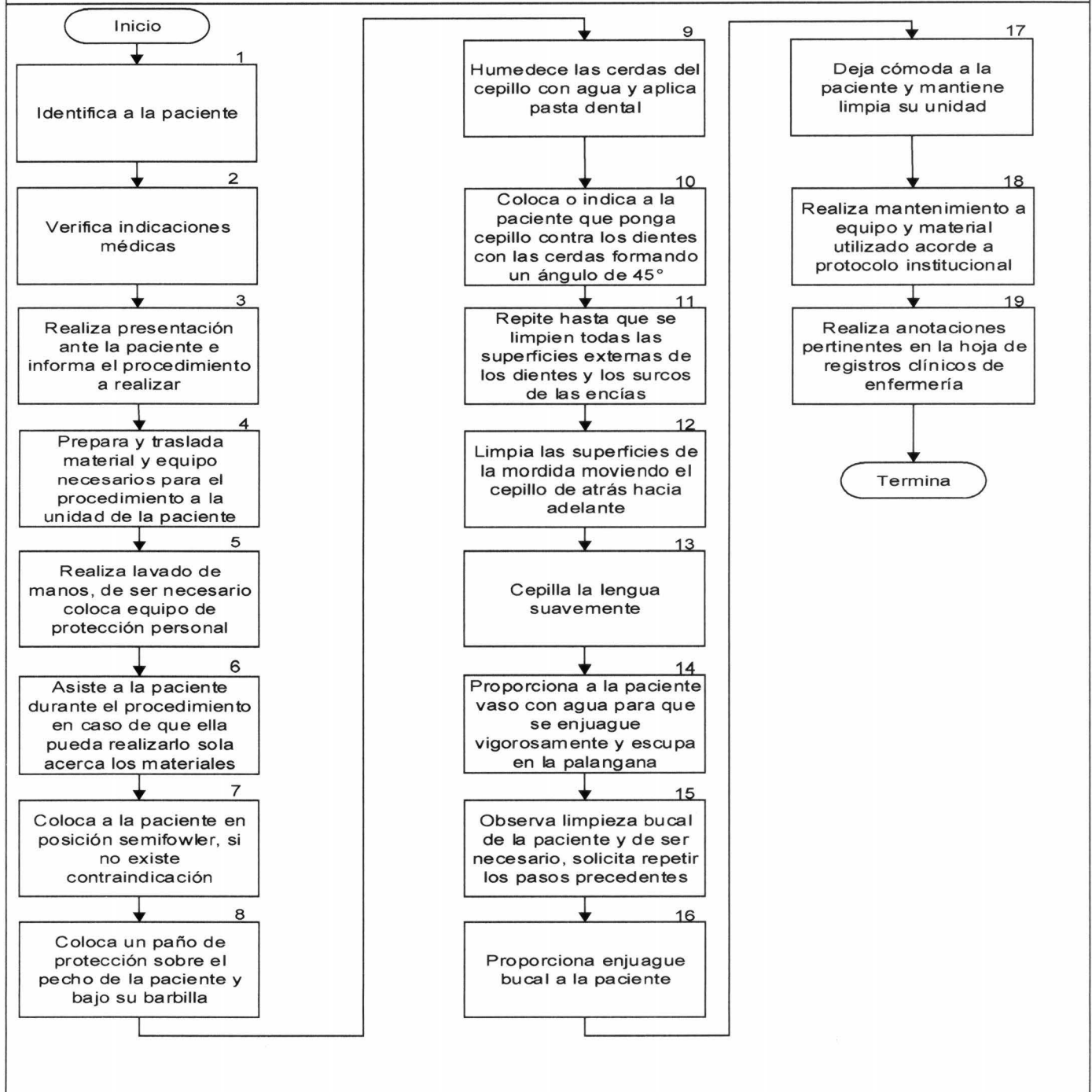
9. HIGIENE BUCAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE HIGIENE ORAL (Paciente consciente)
Enfermera asistencial	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.
	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		

9. HIGIENE BUCAL

(Paciente consciente)

Enfermera Asistencial





9. 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.



9. HIGIENE BUCAL

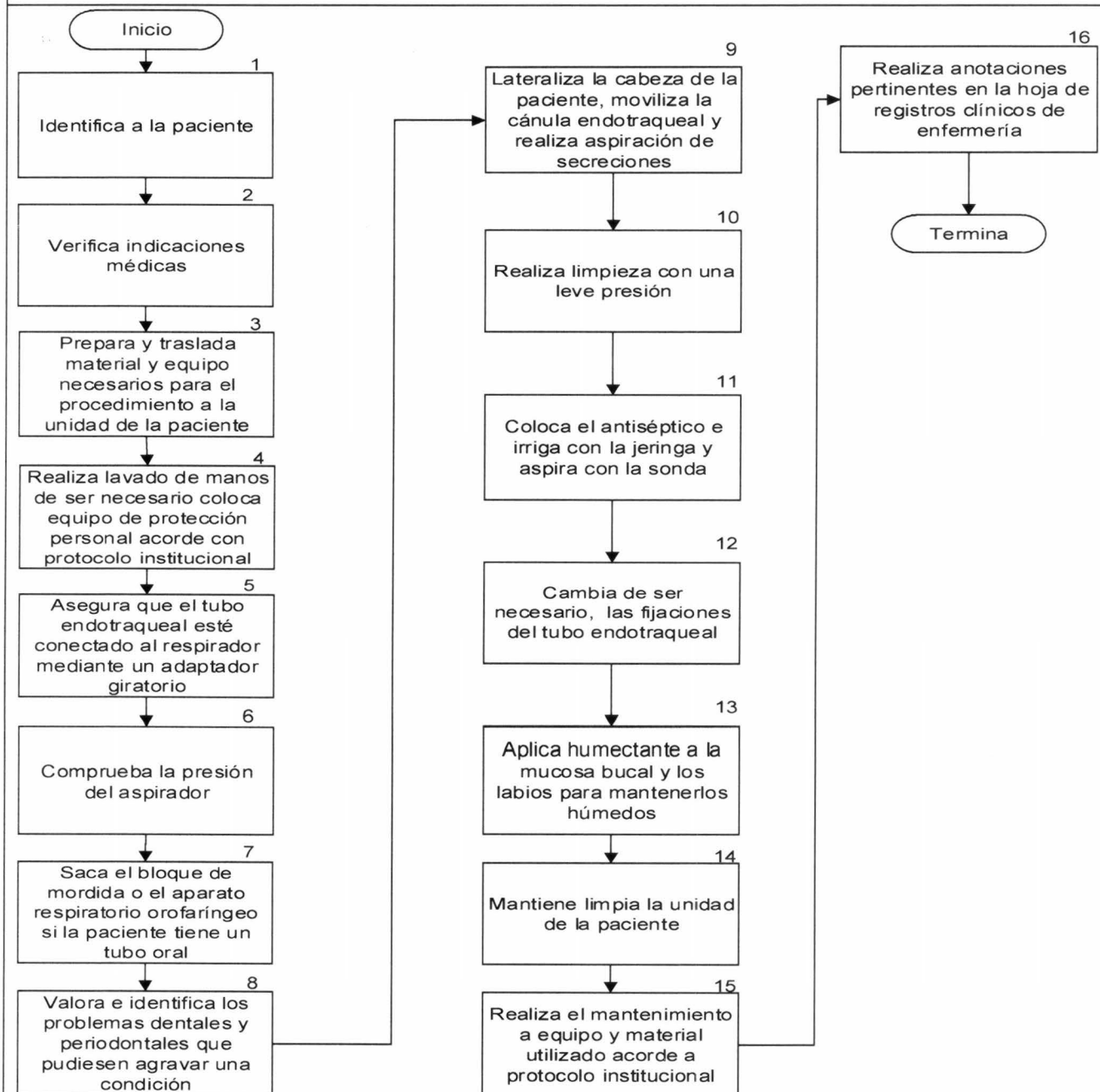
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Paciente Intubada)
Enfermera asistencial	11	Coloca el antiséptico e irriga con la jeringa y aspira con la sonda.
	12	Cambia de ser necesario, las fijaciones del tubo endotraqueal.
	13	Aplica humectante a la mucosa bucal y los labios para mantenerlos húmedos.
	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



9. HIGIENE BUCAL

(Paciente Intubada)

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

22	04	24
----	----	----

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

OBJETIVO

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
22	04	24

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

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.
- 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 (a) enfermera (o) 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.
- 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.
- No usar uñas postizas cuando esté en contacto directo con los pacientes.
- Mantener las uñas cortas.

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Agua y Jabón 40- 60 segundos)
Enfermera 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.

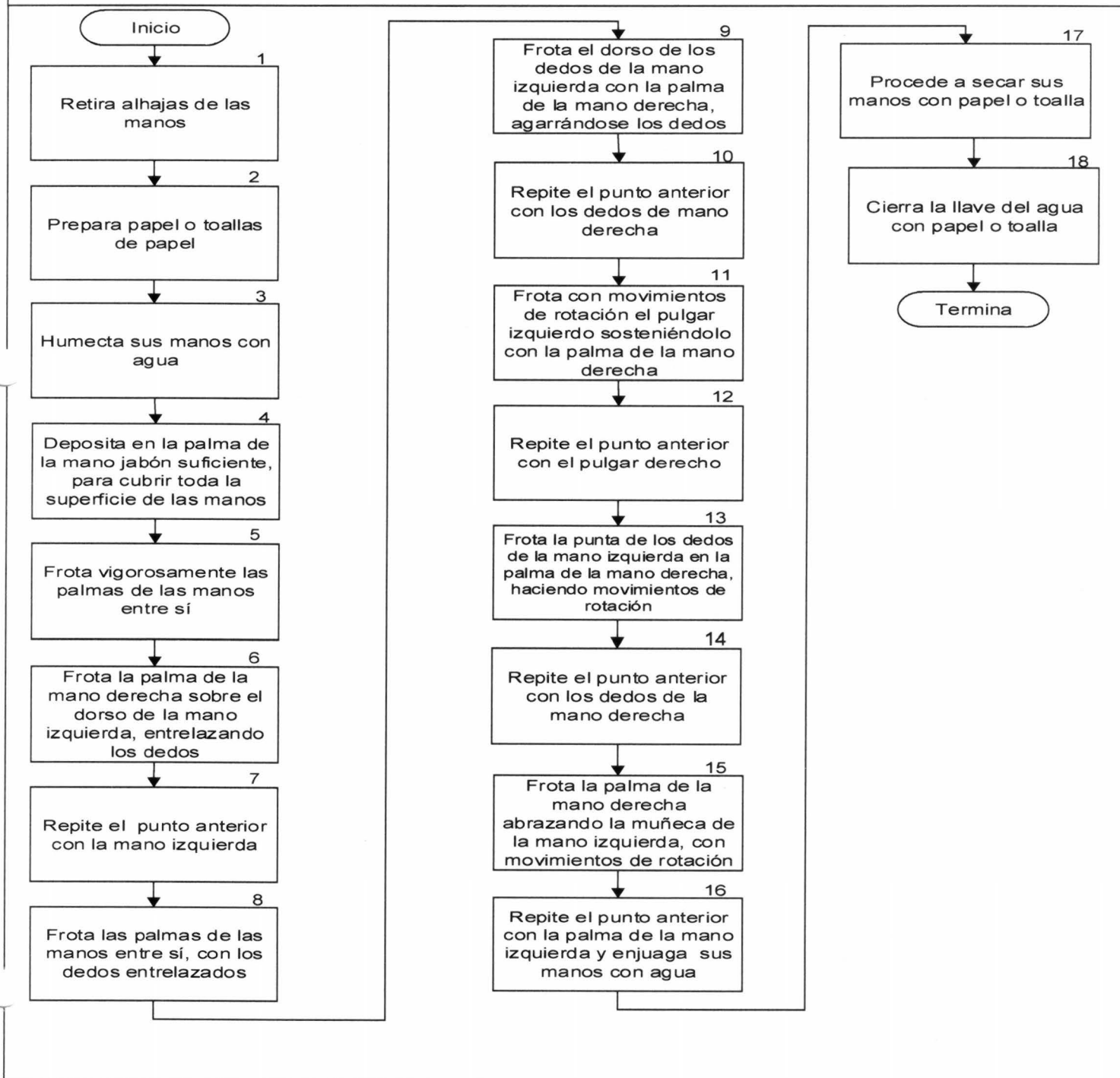
10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

22	04	24
----	----	----

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	Procede a secar sus manos con papel o toalla.
	18	Cierra la llave del agua con papel o toalla.
		Termina Procedimiento

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial

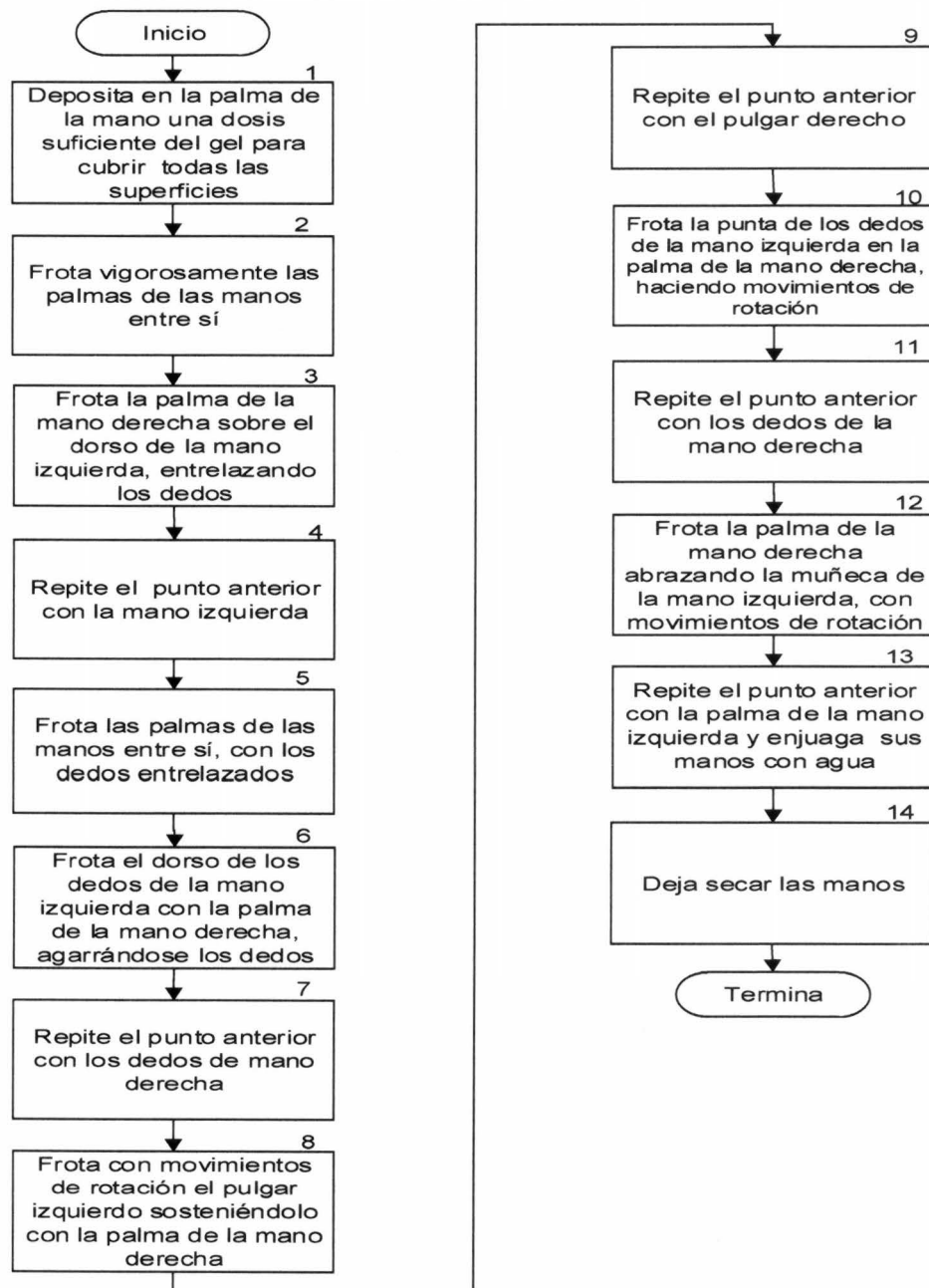


10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

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 sus manos con agua.
	14	Deja secar las manos.
		Termina Procedimiento

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Desinfección Enfermera Asistencial

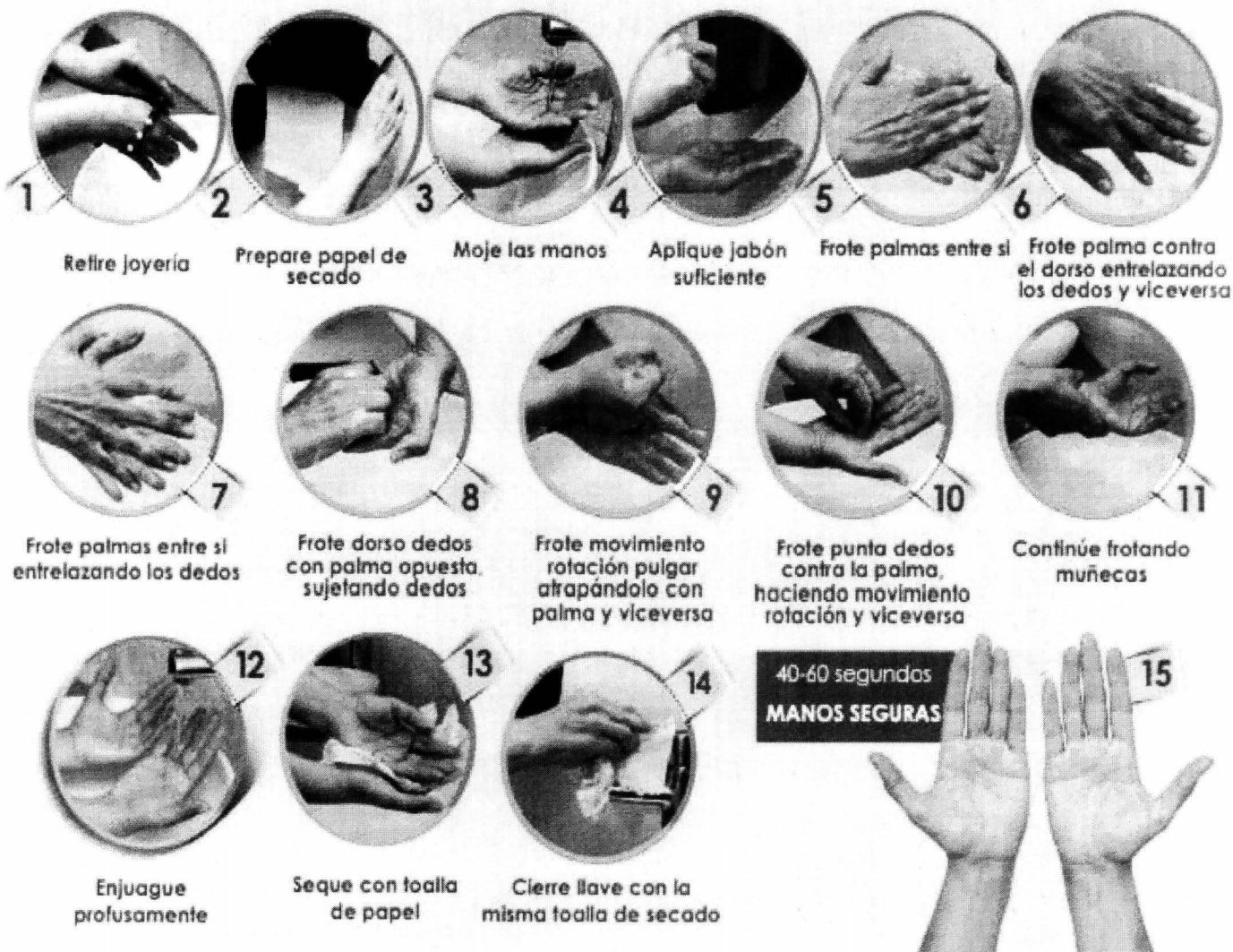


10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

ANEXOS

Área Hospitalaria | Agua y jabón | 40 a 60 seg

HIGIENE DE MANOS





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
10

FECHA

DÍA MES AÑO

22

04

24

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Alcohol - Gel | 20 a 30 seg

HIGIENE DE MANOS



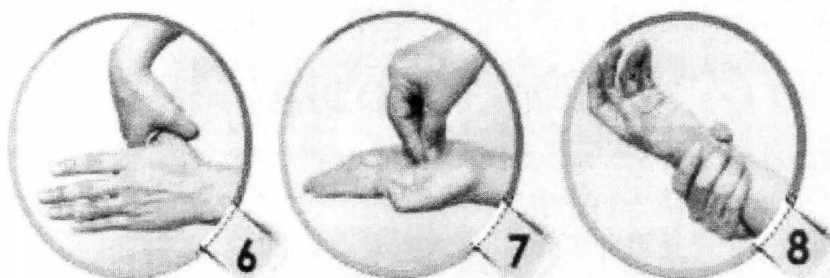
Retire joyería

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

Frote palmas entre sí con dedos entrelazados

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

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

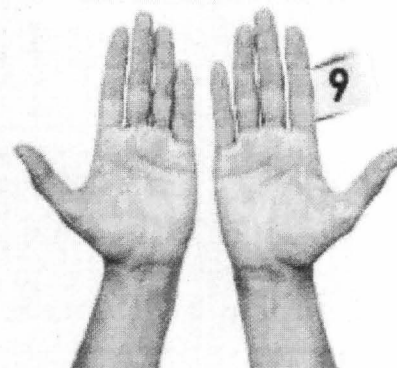


Frote punta de dedos contra palma en movimiento de rotación y viceversa

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

Continúe frotando hasta la muñeca

20-30 segundos
MANOS SEGURAS



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



World Health
Organization

CODECIN

Comité de Detección y Control
de Infecciones Nosocomiales

"SALVE VIDAS: Lávese las manos"

Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

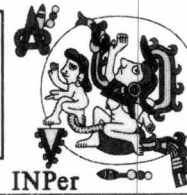
11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
2

FECHA

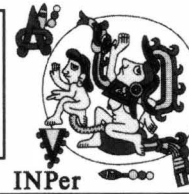
DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

22	04	24
----	----	----

11. 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
22	04	24

11. 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
- 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.



11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

2. De la enfermera asistencial:

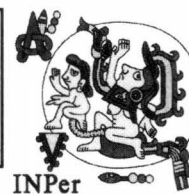
- Conocer la normativa antes mencionada.
- Realizar la acción esencial 1 "Identificación del paciente", de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Conocer y aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario 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.

11. 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.

11. 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. ¿Procede?
	22	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.



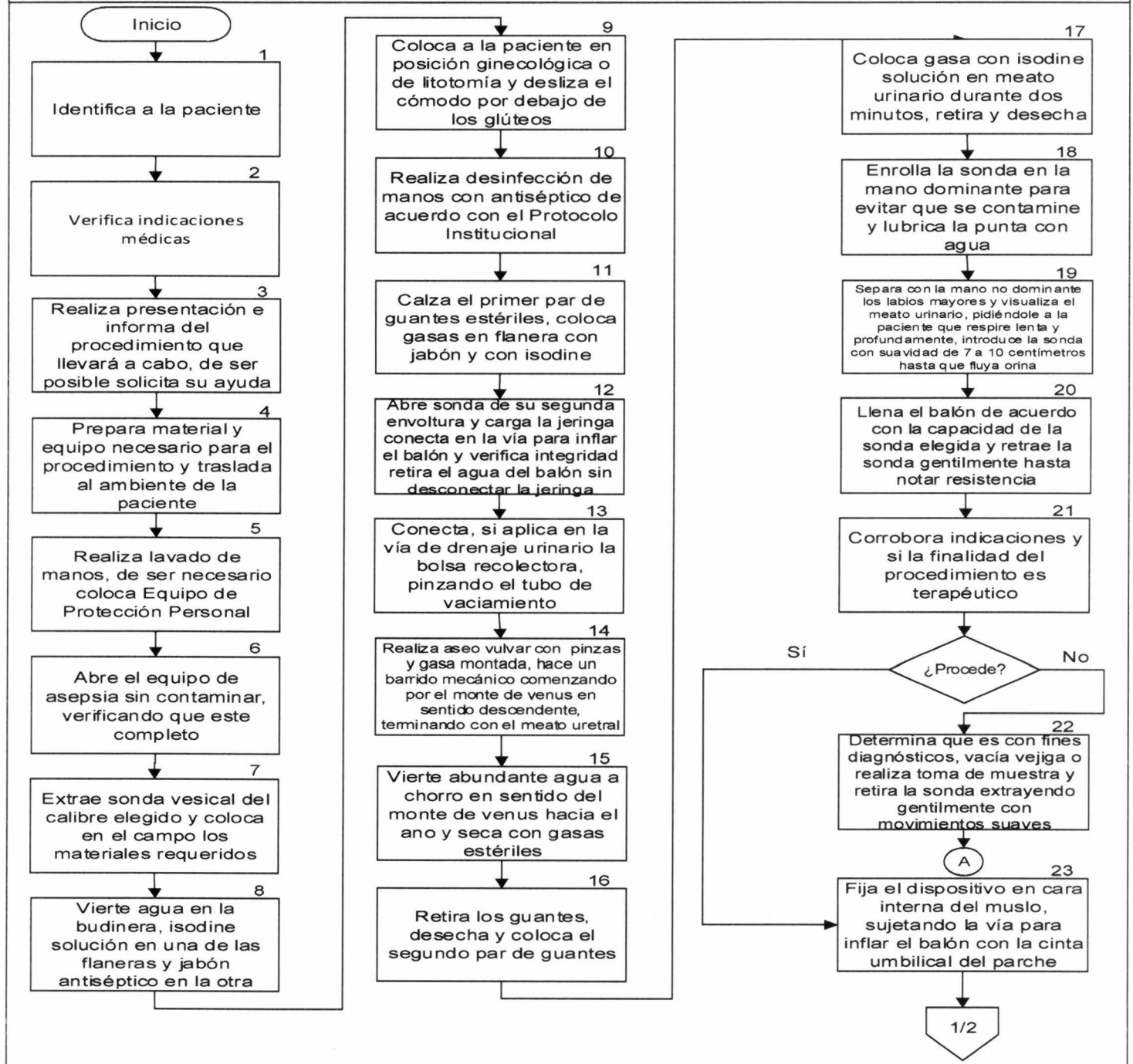
HOJA 7		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

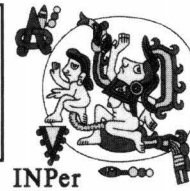
11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	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	Membreta 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.

11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial

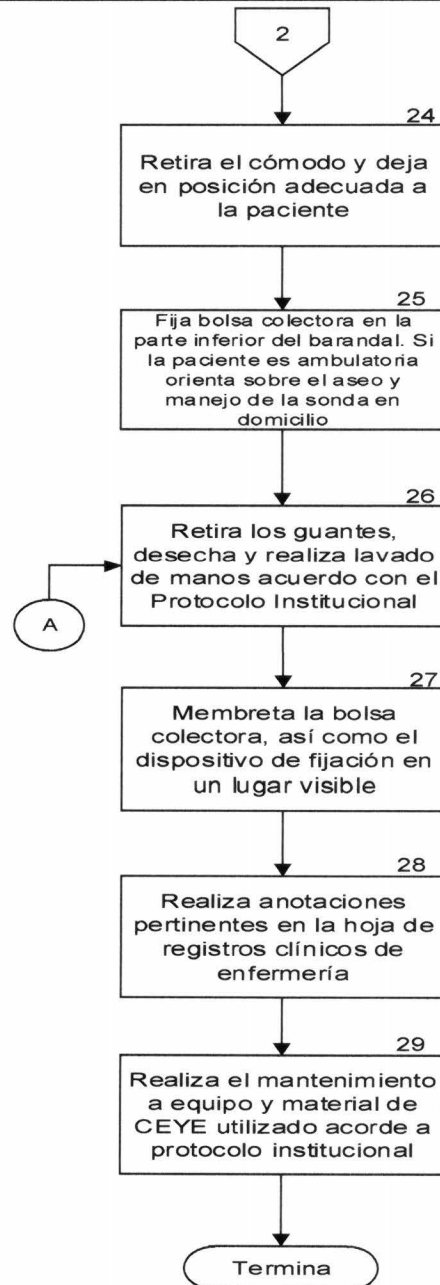




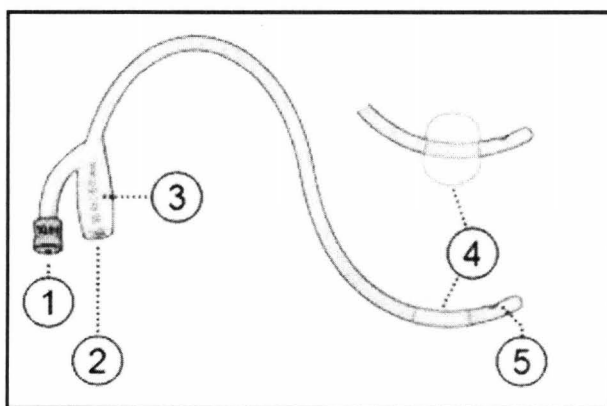
INPer

11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



11. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

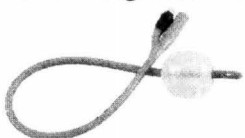
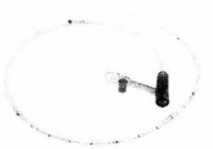


A

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

ANEXOS

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

**12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

**12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a 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-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-SEMARNAT-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.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

1. Del Profesional de Enfermería 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.

**12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

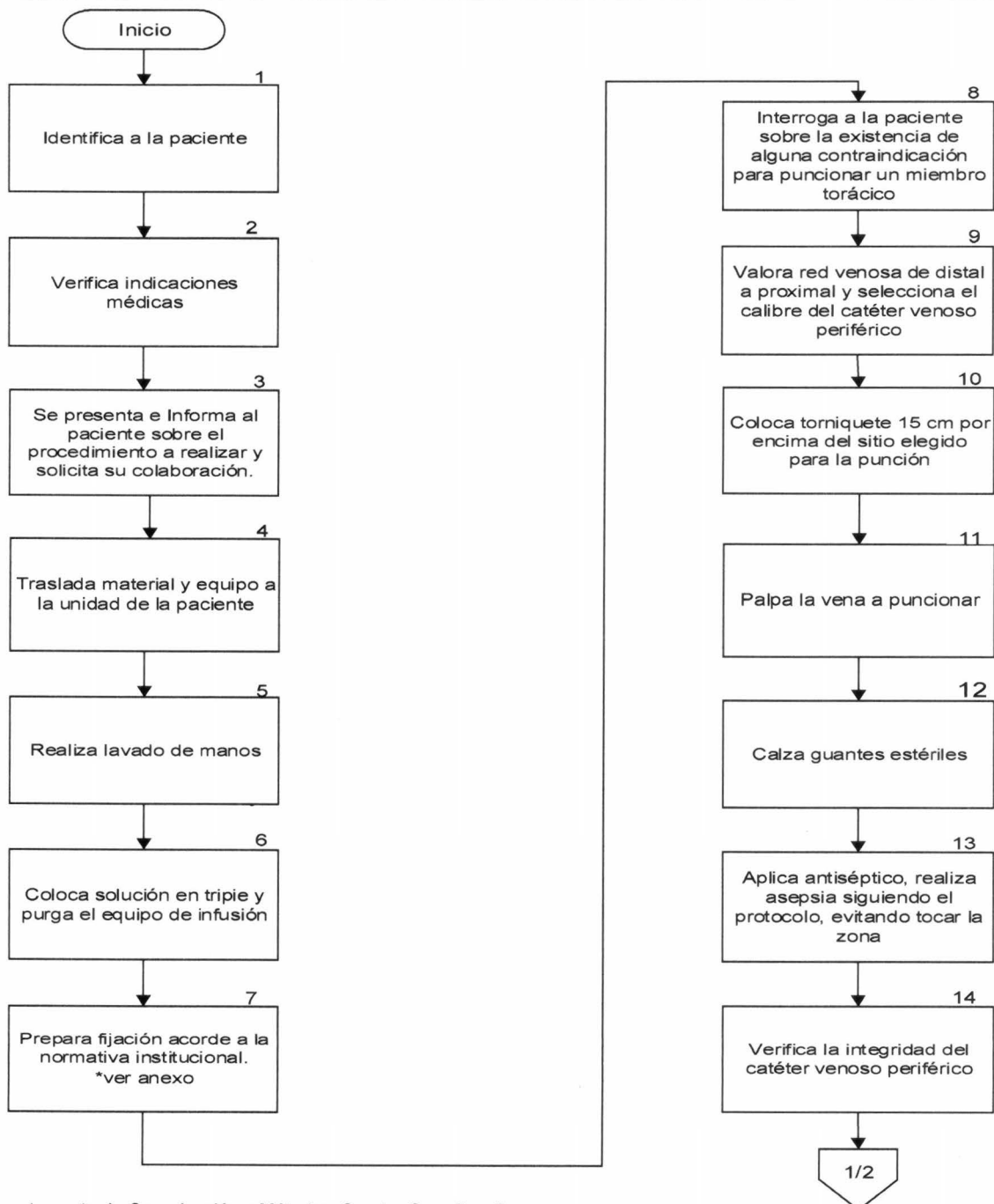
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Se presenta e Informa al paciente sobre el procedimiento a realizar, si su estado lo permite solicita su colaboración.
	4	Traslada material y equipo a la 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 del paciente, inserta 2/3 del catéter.
		*Para venas bifurcadas insertar el catéter 1 cm por debajo de la bifurcación o dentro de la vena en V invertida.
	16	Verifica el retorno venoso en la cámara del catéter.
	17	Desliza el catéter hacia la dirección anatómica de la vena

**12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera Asistencial	18	Retira el torniquete y realiza presión en la parte superior de la vena que se canalizo mientras se termina de extraer la guía metálica para evitar salida de sangre.
	19	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 del 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.

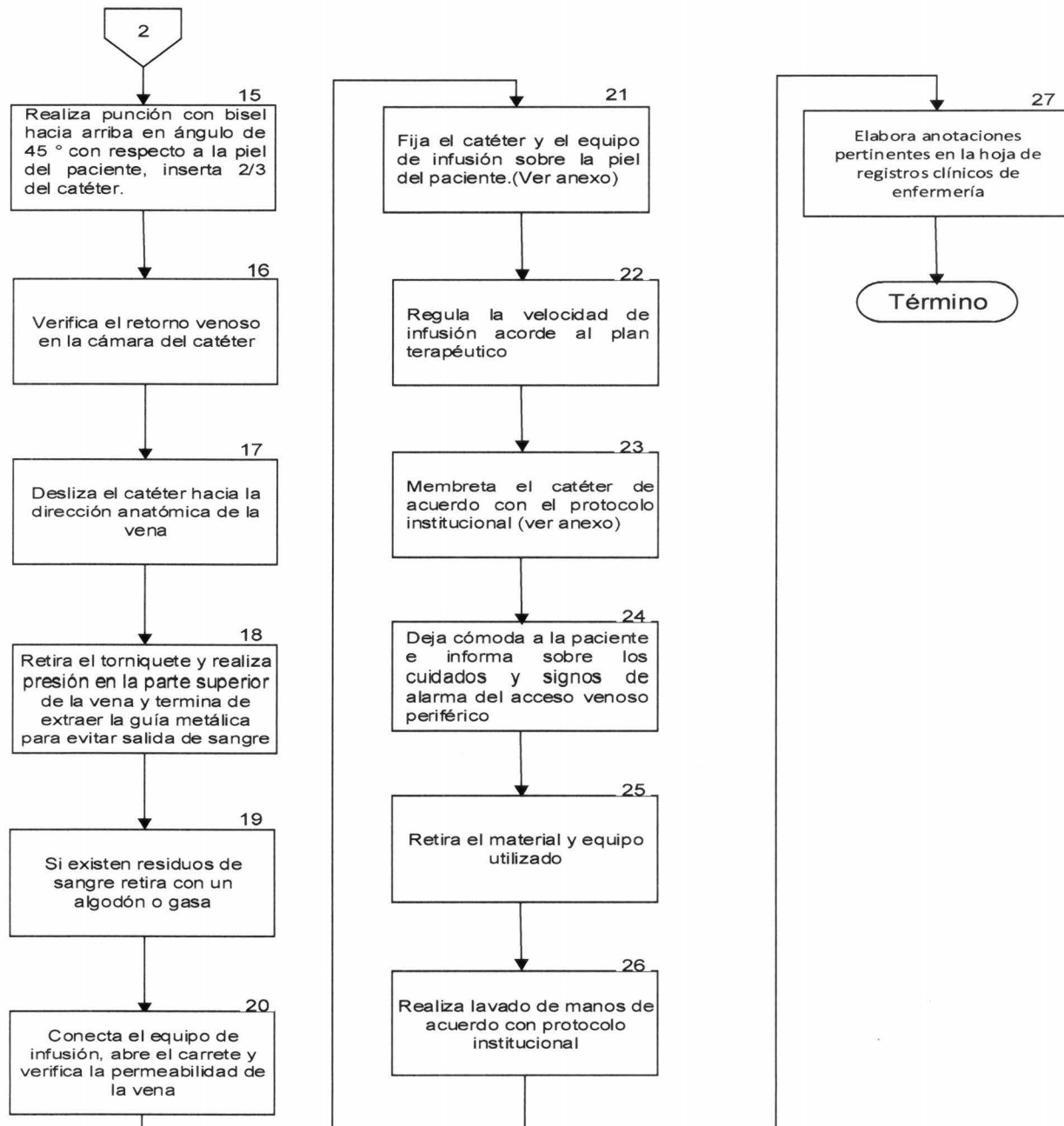
12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

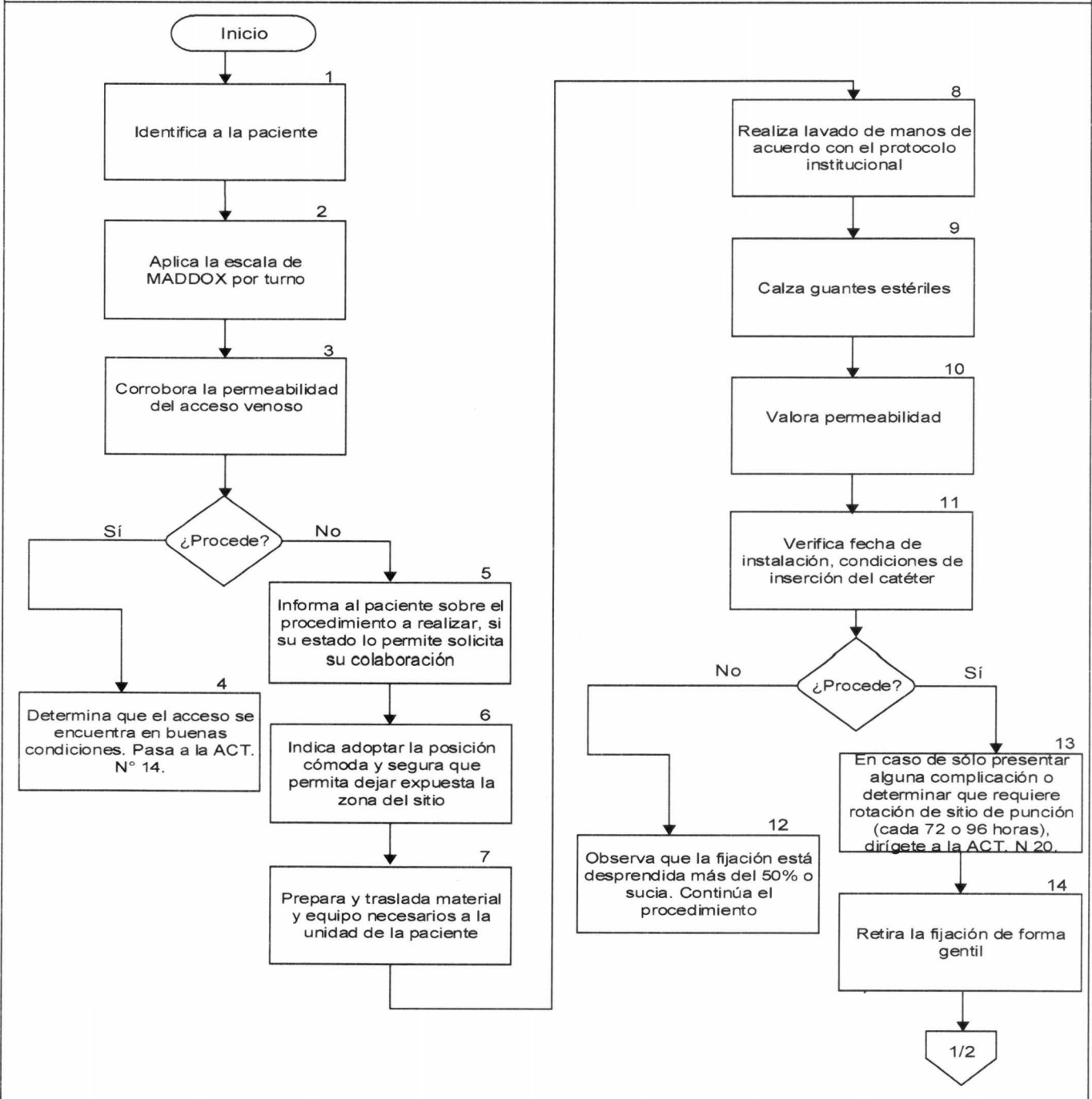
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Profesional de Enfermera Asistencial	1	Identifica al paciente.
	2	Aplica la escala de MADDOX por turno.
	3	Corroborar la permeabilidad del acceso venoso.
		¿Procede?
	4	Sí: Determina que el acceso se encuentra en buenas condiciones. Pasa a la ACT. N° 14.
	5	No: Informa al paciente sobre el procedimiento a realizar, si su estado lo permite solicita su colaboración.
	6	Indica adoptar la posición más cómoda y segura que permita dejar expuesta la zona del sitio donde fue instalado el catéter venoso periférico.
	7	Prepara y traslada material y equipo necesarios a la unidad de la paciente.
	8	Realiza lavado de manos de acuerdo con el protocolo institucional.
	9	Calza guantes estériles.
	10	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.
	11	Verifica fecha de instalación, condiciones de inserción del catéter
	12	No: Observa que se encuentra en buenas condiciones. Pasa a la ACT. N° 14.
	13	Sí: Observa que la fijación está desprendida más del 50% o sucia. Continúa el procedimiento. Nota: En caso de sólo presentar alguna complicación o determinar que requiere rotación de sitio de punción (cada 72 o 96 horas), dirígete a la ACT. N 20.

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Profesional de Enfermera Asistencial	14	Retira la fijación de forma gentil.
	15	Fija el catéter y el equipo de infusión sobre a piel del paciente (ver anexo).
	16	Confirma en todo momento el circuito cerrado durante la terapia de infusión y que esté libre de agujas. - 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 administrar medicamentos.
	17	Cambia equipos de infusión de acuerdo al tiempo y tipo de solución ministrada.
	18	Deja cómoda a la paciente e informa sobre los cuidados y signos de alarma con el acceso venoso periférico.
	19	Retira el material y equipo utilizados.
	20	Realiza lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional.
	21	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros, clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento.

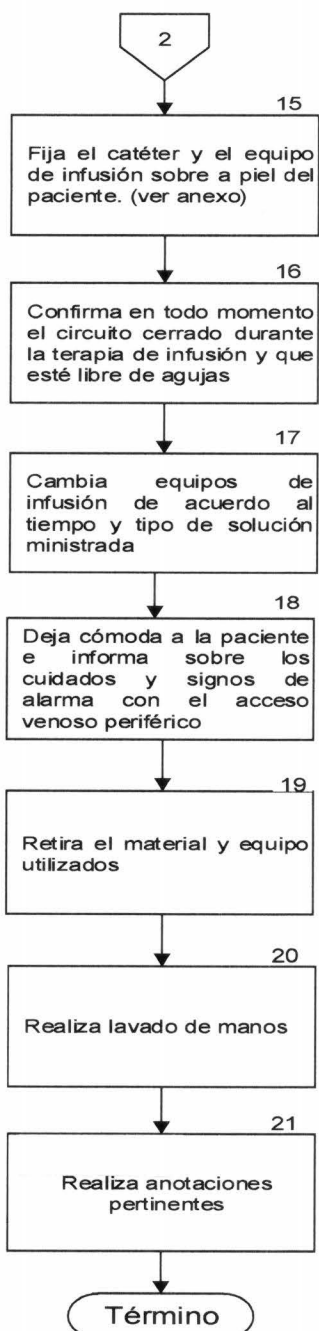
12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial Mantenimiento de Acceso Venoso Periférico



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial

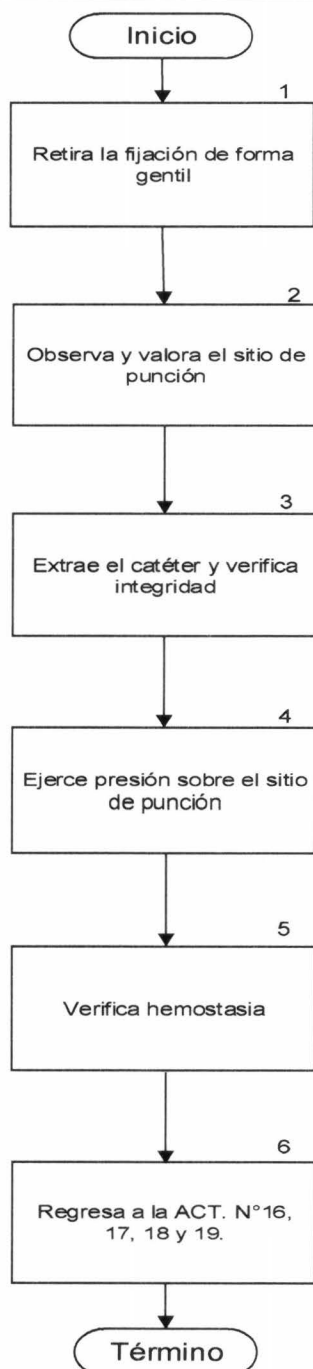


**12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN RETIRO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO
Profesional de 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	Regresa a la ACT. N°16, 17, 18 y 19.
		Termina procedimiento

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

ENFERMERÍA ASISTENCIAL RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO



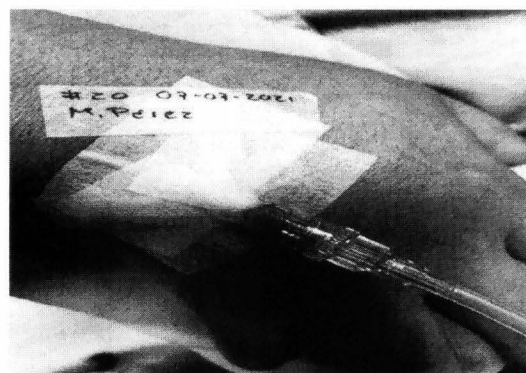
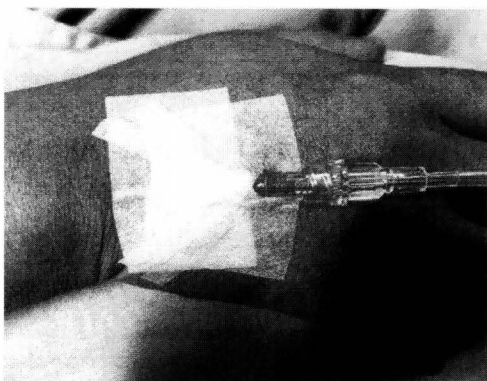
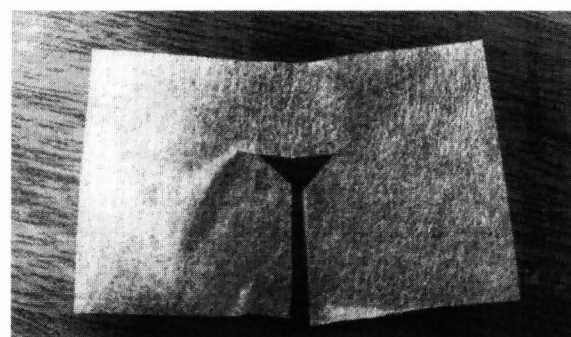
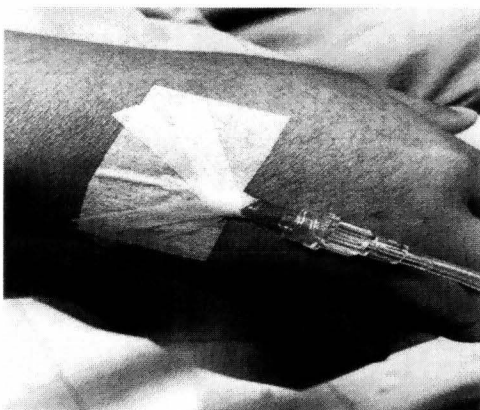
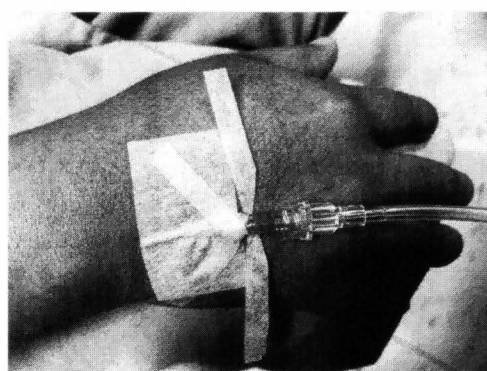
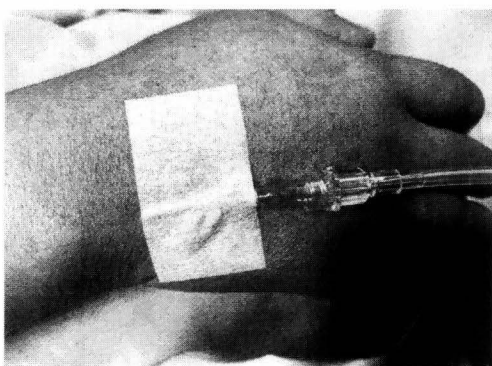
**12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

FIJACION DEL ACCESO VENOSO PERIFERICO

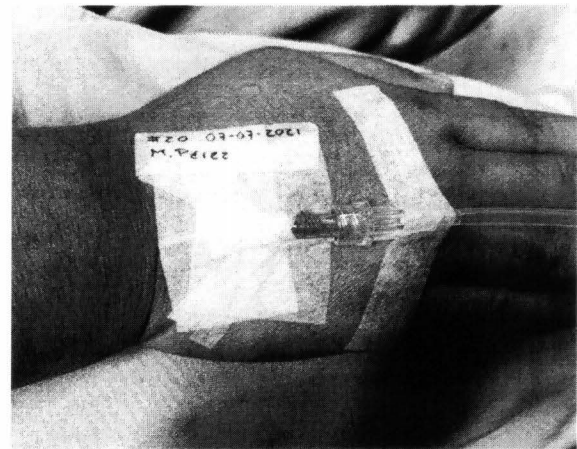
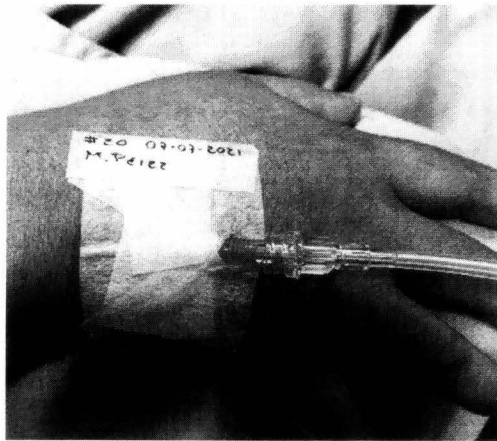
Micropore o tela adhesiva	Apósito transparente 7X8.5cm	Apósito transparente chico 4.4X4.4cm
Fijar el catéter con un cuadro de micropore o tela adhesiva aproximadamente 5X3cm cubriendo 2/3 partes del cono del catéter y el sitio de inserción.	Fijar el catéter con el apósito transparente estéril cubriendo 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 ½" 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.		

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

FIJACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO CON MICROPORE O TELA ADHESIVA



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

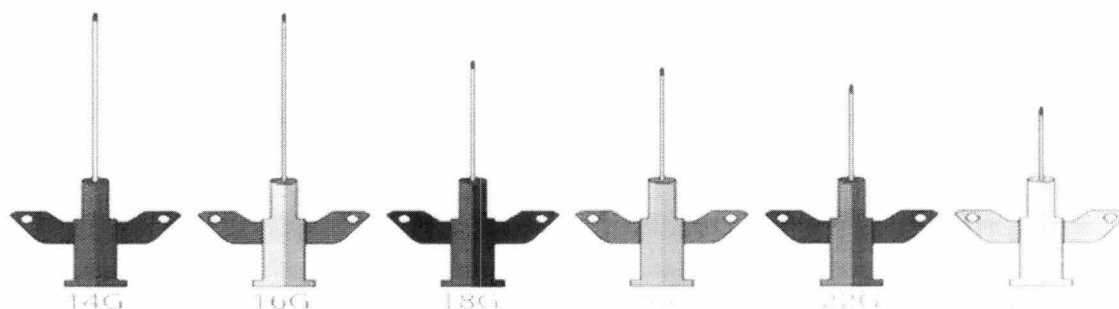


CAMBIO DE EQUIPOS DE ACUERDO AL TIPO DE SOLUCIÓN.

CADA 12 HORAS	CADA 24 HORAS	CADA 72 HORAS	INMEDIATO
Administración de Propofol	Glucosada 10% o 50%	Soluciones hipotónicas o isotónicas	Precipitación o contaminación
Lípidos			Daño del equipo

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

ESCALA DE MADDOX.

Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable.

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

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

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

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

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

0

NO signos de flebitis. OBSERVE punto de inserción.

1

Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción.

2

Inicio de flebitis. RETIRE el catéter.

3

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

5

Avanzado estado de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento.

6

Tromboflebitis. RETIRE catéter e inicie tratamiento

**12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

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

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCCIÓN – CONDUCCIÓN

OBJETIVO

Favorecer las condiciones óptimas para una adecuada evolución del trabajo de parto por medio de un plan de atención basado en evidencia científica.

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN
POLÍTICAS DE OPERACIÓN
Será obligación:
1. De la enfermera 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-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, Para la vigilancia epidemiológica.
 - 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-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.
 - 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.
 - Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (2015).
 - Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2019).
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Corroborar las indicaciones médicas.
- Garantizar que el servicio cuente con el equipo y material necesario.
 - Guantes
 - Cubre bocas
 - Termómetro
 - Baumanómetro
 - Estetoscopio
 - Oxímetro
 - Agujas de diferentes calibres.
 - Jeringas.
 - Soluciones (Agua inyectable, Glucosada, Hartmann, Cloruro de sodio 0.9%)
 - Equipo de infusión venosa.
 - Apósito transparente.
 - Micropore y/o tela adhesiva
 - Llaves de 3 vías.

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

- Borboteador de oxígeno con flujómetro
- Doppler fetal
- Difusor y esencias para aromaterapia
- Equipo de sonido para musicoterapia
- Pelota de pilates
- Cojín de equilibrio de pilates
- Mascarilla reservorio o puntas nasales para adulto
- Jalea lubricante aséptica
- Aceite esencial para masaje
- Cojín térmico y/o de semillas.
- Corroborar que el personal cuente con la capacitación para el cuidado del binomio durante la inducción del trabajo de parto.
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento acorde a protocolo institucional.

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 al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento a realizar con la paciente.
- Explicar y verificar que la paciente comprenda: las razones por la cual se ingresó con el plan de inducto-conducción, procedimientos a realizar, modalidades de apoyo, métodos para alivio de dolor, alternativas u opciones en caso de fracaso de inducto-conducción, así como riesgos y beneficios de este.
- Verificar que los procedimientos se realicen acorde a protocolo institucional.
- Notificar al médico de las alteraciones materno fetales identificadas.
- Respetar privacidad e intimidad durante el proceso.
- Realizar anotaciones en los registros clínicos de enfermería.

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

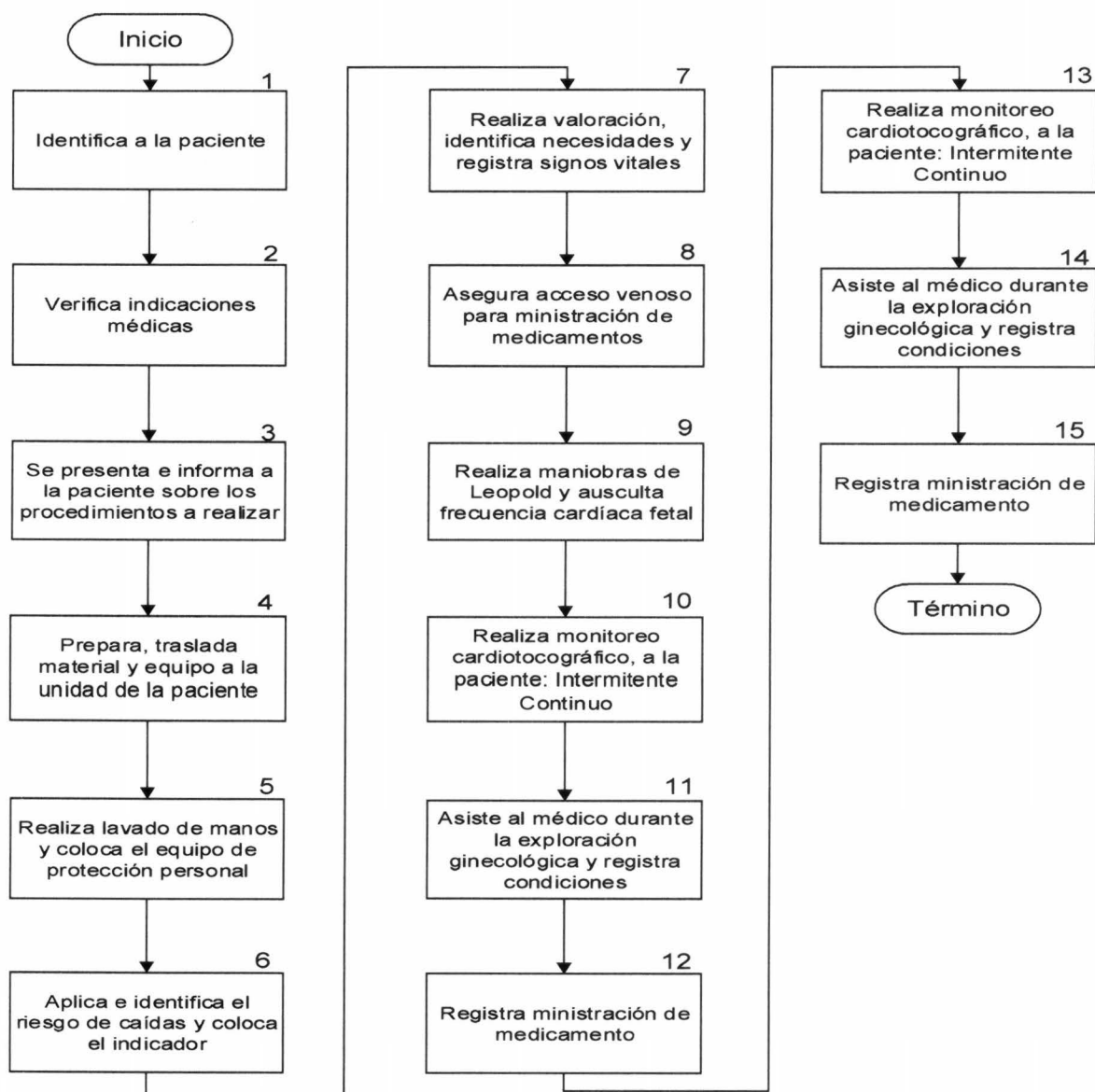
PERSONAL QUE INTERVIENE	N° ACT.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Se presenta e informa a la paciente sobre los procedimientos a realizar.
	4	Prepara, traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	6	Aplica e identifica el riesgo de caídas acorde a protocolo institucional, coloca el indicador correspondiente.
	7	Realiza valoración integral, identifica necesidades y registra signos vitales acorde a condiciones clínicas de la paciente.
	8	Asegura acceso venoso permeable para ministración de medicamentos intravenosos y soluciones.
	9	Realiza maniobras de Leopold y ausculta frecuencia cardíaca fetal.
	10	Realiza monitoreo cardiotocográfico, acorde a condiciones clínicas de la paciente: • Intermitente. • Continuo.
	11	Asiste al médico durante la exploración ginecológica, registra condiciones cervicales y características de pérdidas transvaginales.
	12	Registra ministración de medicamento (si aplica): • Hora • Dosis • Vía • Nombre del médico que lo ministra
	13	Asiste a la paciente para adoptar una libre posición posterior a 30 minutos después de la colocación de medicamento por vía vaginal

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	N° ACT.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Vigila la aparición de efectos secundarios
	15	Identifica las etapas clínicas del trabajo de parto Termina procedimiento

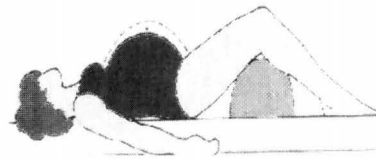
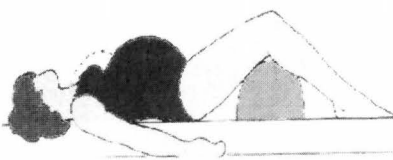
13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Enfermera (o) Asistencial



13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

ANEXO

Técnicas de respiración		
Tipo de respiración	Descripción	Imagen
Respiración abdominal o de bajo vientre de espiración prolongada	Ya sea que la paciente este recostada o sentada, debe de estar cómoda y sin tenciones se le pedirá que siga las siguientes indicaciones: 1. Realizar una espiración activa y prolongada por boca, contrayendo el bajo vientre 2. Realizar inspiración pasiva elevando el abdomen 3. Se hace una pausa para el intercambio de gases y la relajación 4. Nuevamente se realiza una espiración activa y prolongada	
1. Respiración torácica de espiración prolongada	Ya sea que la paciente este recostada o sentada, debe de estar cómoda y sin tenciones se le pedirá que siga las siguientes indicaciones: 1. Se realiza una espiración activa y prolongada bajando el pecho, cerrando las costillas. 2. Enseguida la inspiración pasiva se realiza hinchando el pecho, abriendo las costillas. 3. Realizar una pausa para favorecer el intercambio de gases y la relajación del cuerpo.	

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Termoterapia

2. Respiración durante contracciones

Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la fase activa del trabajo de parto impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto y así sirve para controlar el deseo de pujar cuando todavía no es el momento. En esta etapa se respira de forma jadeante pero para no hiperventilarse, han de ser combinadas con respiraciones abdominales o torácicas profundas.

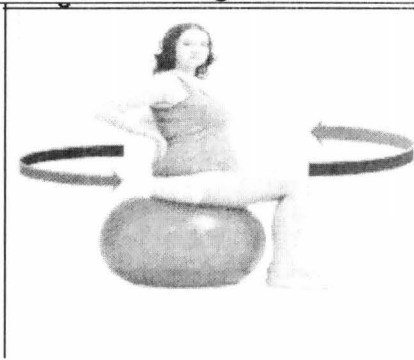
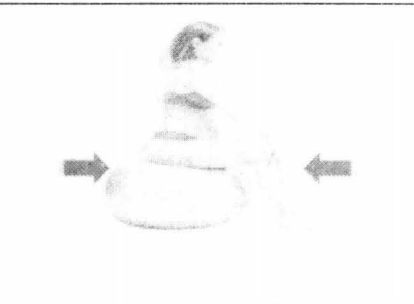
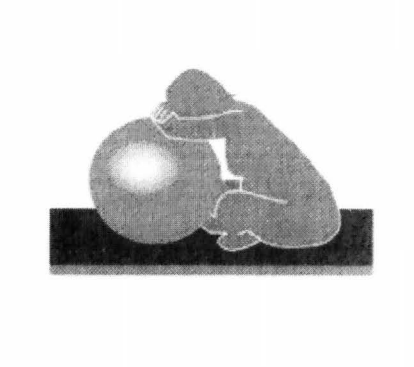
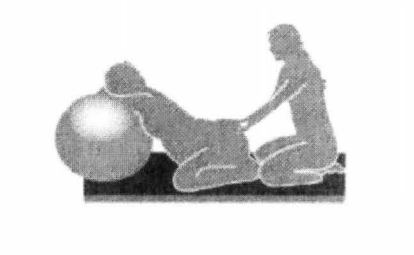
1. En el momento que inicia la contracción se debe realizar 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones.
2. En el momento en que la contracción se encuentra en su máxima intensidad se deberán realizar 5 respiraciones jadeantes:
 - a. Inspirar de forma profunda por la nariz y espirar por boca de manera rápida y realizando un tipo sonido de jadeo (como un corredor en una carrera).
3. Cuando la contracción este desapareciendo y se sienta con menos intensidad se realizarán 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones



13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

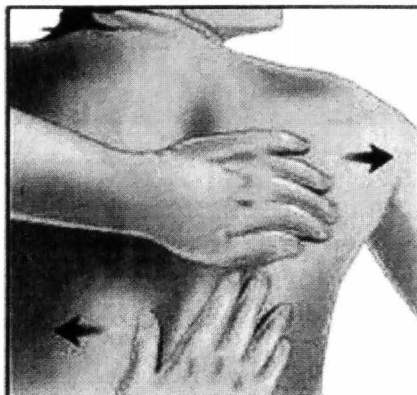
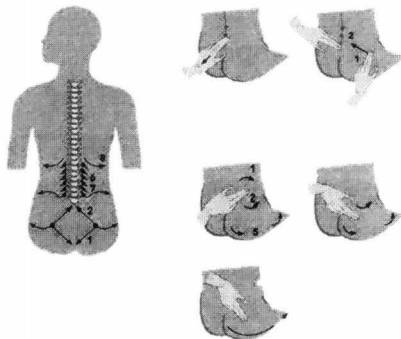
Área	Efectos	Efectos
Uso de compresas húmedas, cojines de semillas o bolsas de gel térmico	Lumbar	- Técnica útil para disminuir el dolor del parto inmediatamente después de la compresión tibial entre madres nulíparas en la primera etapa del parto. La compresión cálida no causa efectos nocivos sobre el trabajo de parto y los resultados fetales, por lo que conduce a una mayor satisfacción entre las madres nulíparas. - No presenta reducción en la duración del trabajo de parto. No causa efectos nocivos sobre el trabajo de parto y los resultados fetales

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Esferodinamia		
Técnica	Descripción	Imagen
Círculos con región lumbopélvica	En posición de sedestación sobre el balón, con las piernas separadas, las manos sobre los muslos con la columna elongada se realiza círculos con la pelvis provocando deslizamiento del balón sobre el suelo pélvico para la relajación del mismo.	
Anteversión y retroversión pélvica	Movilizar la pelvis hacia adelante (anteversión) y hacia atrás (retroversión) en posición de bipedestación o sentada en el balón, provocando deslizamiento del balón sobre el suelo pélvico para la relajación del mismo.	
Posición "indio"	La gestante debe estar sentada en una colchoneta con los pies juntos y rodillas separadas, inclina el tronco hacia adelante y al mismo tiempo se apoya en la pelota, va a realizar balanceos de un lado al otro sintiendo el desplazamiento del peso sobre los isquiones.	
Posición "Mahoma"	En este ejercicio se ubica con las rodillas separadas y los pies juntos encima de una colchoneta, debe inclinar el tronco hacia adelante, con las manos envía el balón hacia la misma dirección hasta apoyar los antebrazos en el punto más lejano sobre el balón	

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

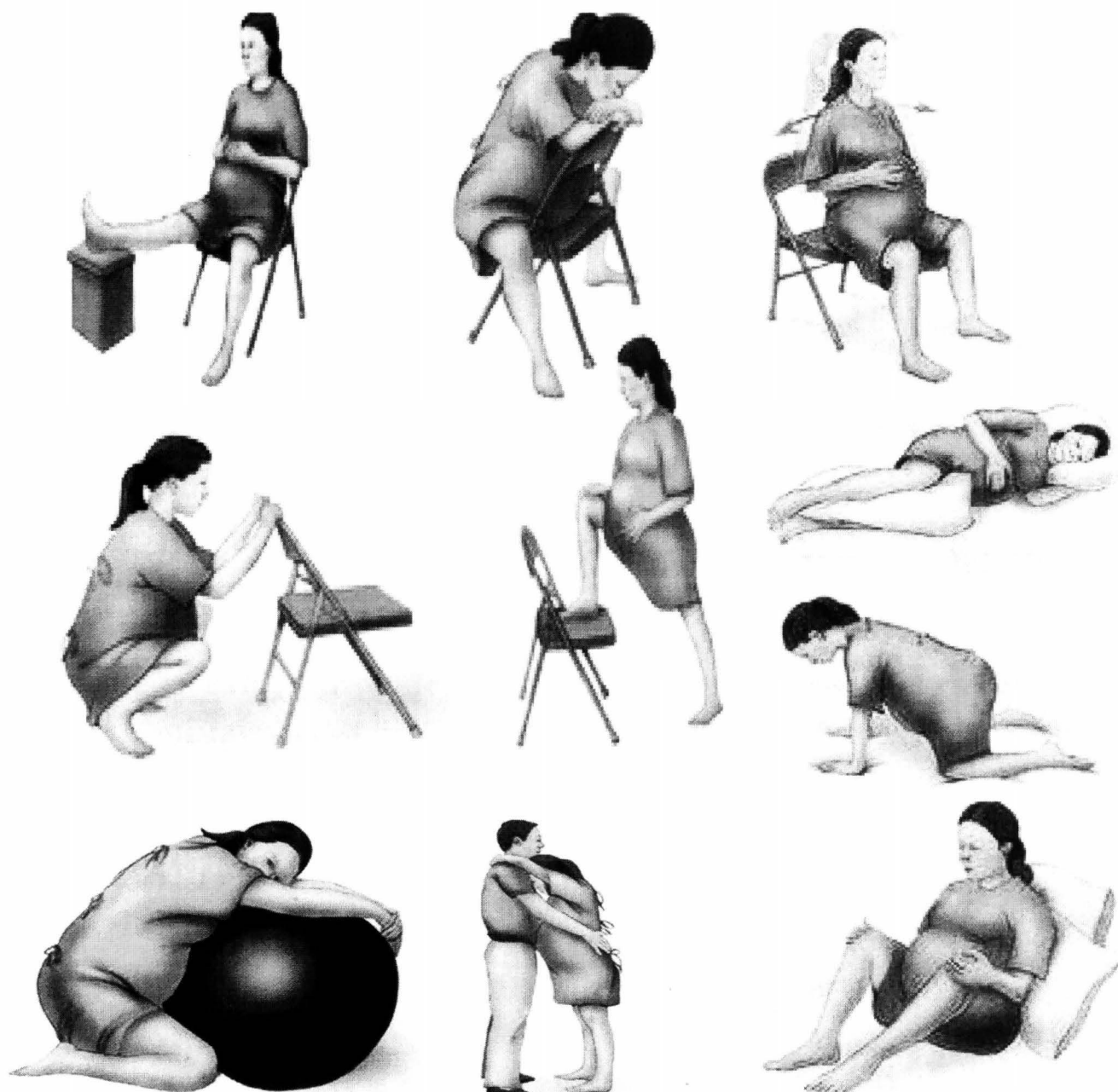
Masoterapia

Técnica	Descripción	Imagen
Amasamiento	Consiste en coger el musculo con toda la mano y amasar con movimientos alternativos de las dos manos. Se agarra y aprieta una pequeña zona soltando el musculo con una mano mientras la otra empieza a coger más. No separar demasiado las manos del cuerpo y pasar gradualmente de una mano a la otra como si estuviese amasando pasta Efecto: defatigantes y reducen los riesgos de contracción muscular	
Lumbar	El masaje consiste en una serie de maniobras llamadas trazos, que implican estiramientos del tejido superficial de una manera suave, larga y mantenida. La dosis debe ser evaluada y aceptada por la mujer en trabajo de parto. Se tendrá que adaptarse a la sensibilidad de cada mujer evitando reacciones indeseables. Trazos se realizan con los pulpejos de los dedos 3 y 4 colocados en la superficie de la piel. La maniobra es suave, lenta y uniforme y debe llegar hasta la región subcutánea. Se realizan en número de 3, salvo en la columna vertebral, donde se hacen 2. Efecto: reduce la molestia en la zona lumbosacra.	

13- INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica

Ejemplo de posiciones que la mujer puede adoptar durante su trabajo de parto





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

**14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA
PACIENTE ADULTA**

**14.- INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE
ADULTA**

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA

OBJETIVO

Coadyuvar en la continuidad de la atención con calidad y seguridad durante el traslado extrahospitalario de la paciente adulta



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será Obligación:

1. Del Jefe/a 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-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 salud (INDICAS).
- Realizar cambio de estatus en el expediente electrónico.
- Mantener comunicación efectiva con supervisión, enfermera asistencial, trabajo social e ingeniería biomédica durante el traslado.
- Corroborar material y equipo necesario para realizar el traslado.
- Verificar disponibilidad y presencia de camilleros.

2.- Del (a) Enfermera Asistencial:



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA

- 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 al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el traslado.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Proveer y disponer oportunamente de la caja de traslado y medicamentos adicionales.
- Dar continuidad de la atención durante el traslado.
- Mantener comunicación efectiva con el jefe de servicio, médico, camilleros y supervisión de enfermería durante el traslado e interconsulta.
- Realizar las anotaciones en los Registros Clínicos de Enfermería.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

**14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA
PACIENTE ADULTA**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Jefa de servicio	1	Recibe indicación de traslado.
	2	Coordina con otros profesionales (supervisión de enfermería, trabajadora social, ingeniería biomédica y camillero).
Enfermera asistencial	3	Identifica a la paciente.
	4	Verifica indicación médica.
	5	Informa a la paciente sobre su traslado.
	6	Valora condiciones clínicas, estado de higiene, drenajes, catéteres y dispositivos necesarios para el traslado.
	7	Verifica expediente clínico completo.
	8	Solicita caja de traslado y revisa que esté completa.
	9	Notifica al camillero del área para realizar traslado.
	10	Vigila condiciones y medidas de seguridad durante el traslado del servicio emisor a la ambulancia.
	11	Instala, monitoriza y proporciona seguridad a la paciente en la ambulancia; en colaboración con el médico, ingeniería biomédica y camillero.
	12	Valora, vigila y registra las condiciones clínicas y medidas de seguridad durante el trayecto.
	13	Comunica a la paciente la llegada al servicio receptor y retroalimenta medidas de seguridad para su descenso de la ambulancia.

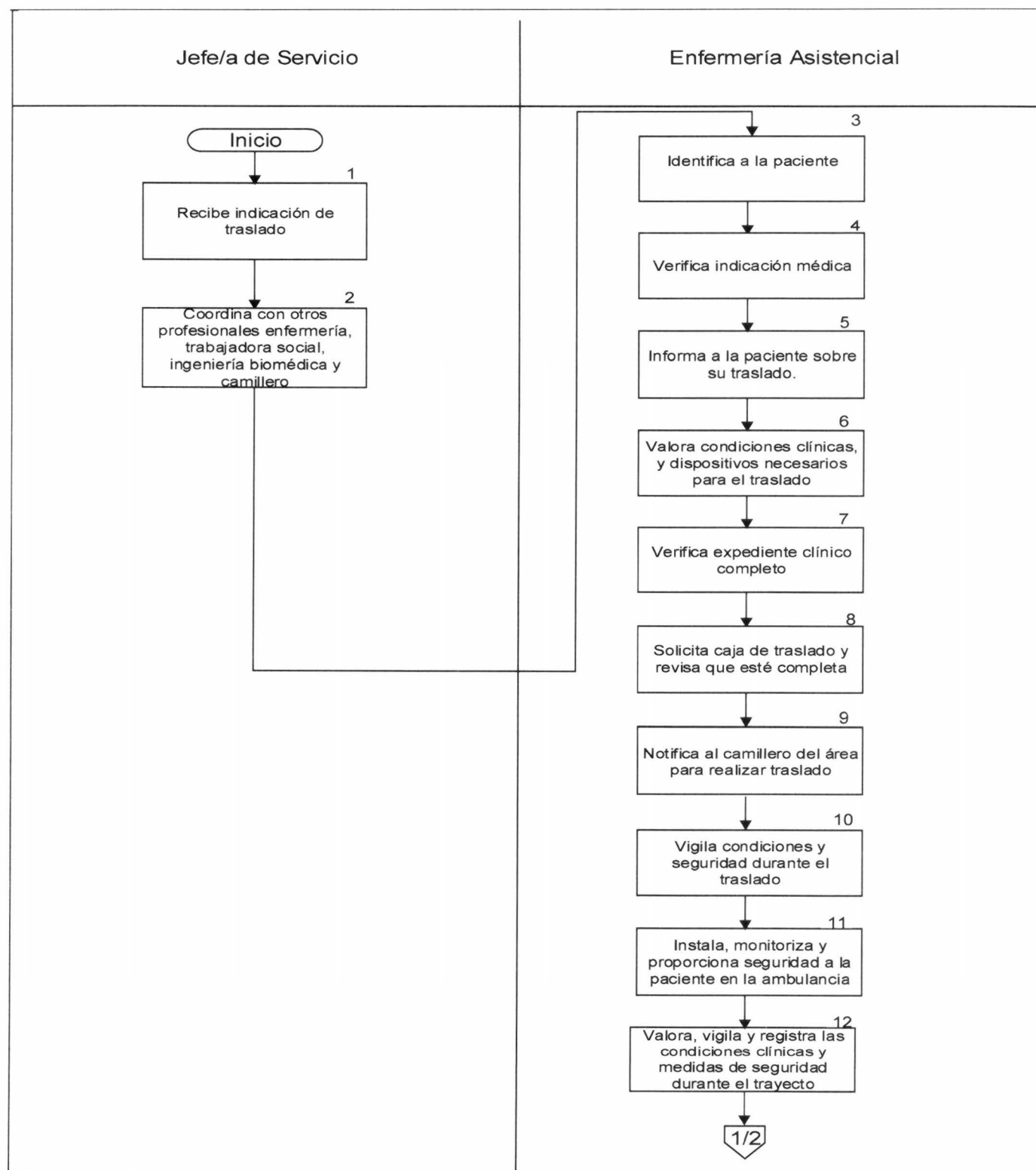


**14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA
PACIENTE ADULTA**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. Nº	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Acompaña a la paciente al servicio receptor y valora condiciones clínicas durante su estancia.
	15	En caso de: - Hospitalización: entrega paciente a enfermera de servicio receptor y realiza anotaciones en los registros clínicos de enfermería. (no deja expediente). - Interconsulta: entrega paciente y permanece en el servicio durante el procedimiento.
	16	Instala, monitoriza y proporciona seguridad a la paciente en la ambulancia; en colaboración con médico y camillero para su regreso al Instituto.
	17	Valora, vigila y registra las condiciones clínicas y medidas de seguridad de la paciente durante el traslado.
	18	Comunica a la paciente la llegada al Instituto y retroalimenta medidas de seguridad para su descenso de la ambulancia y traslado a su servicio.
	19	Informa a ingeniería biomédica para reinstalación de equipo biomédico.
	20	Colabora en la instalación de la paciente en su unidad.
	21	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
	22	Reporta a la jefa de servicio eventualidades durante el traslado.
	23	Entrega caja de traslado.
		Termina procedimiento.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

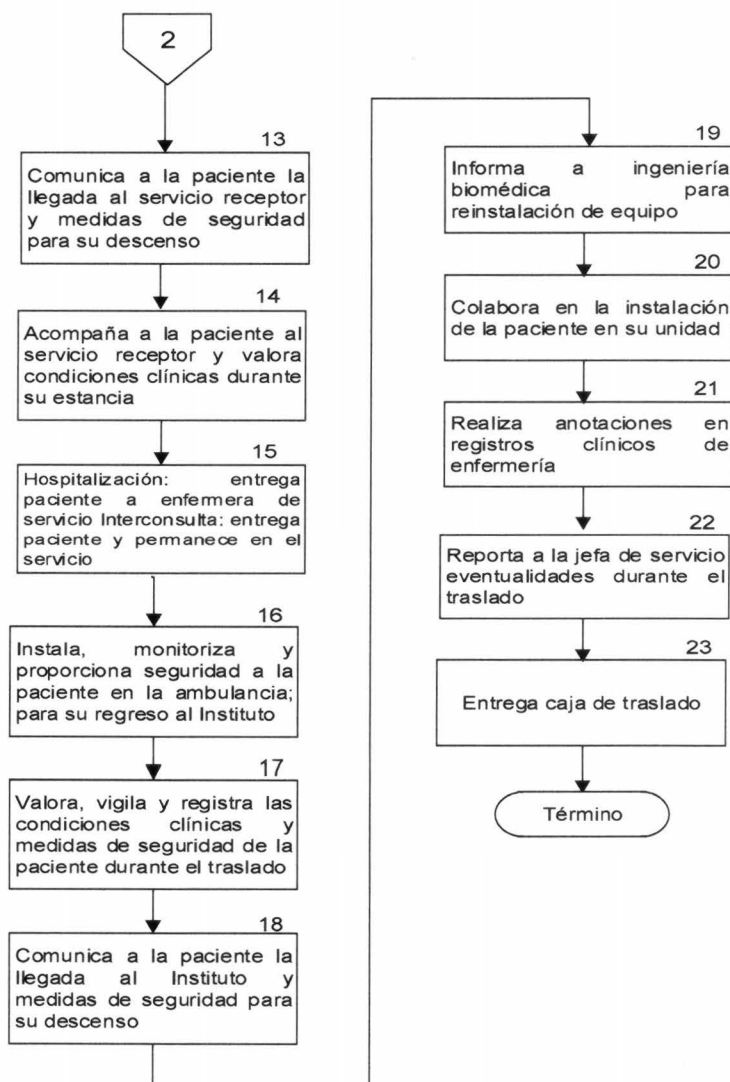
14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA

Enfermería Asistencial



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

OBJETIVO

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

15. 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.



15. 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 cardíacos (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.



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

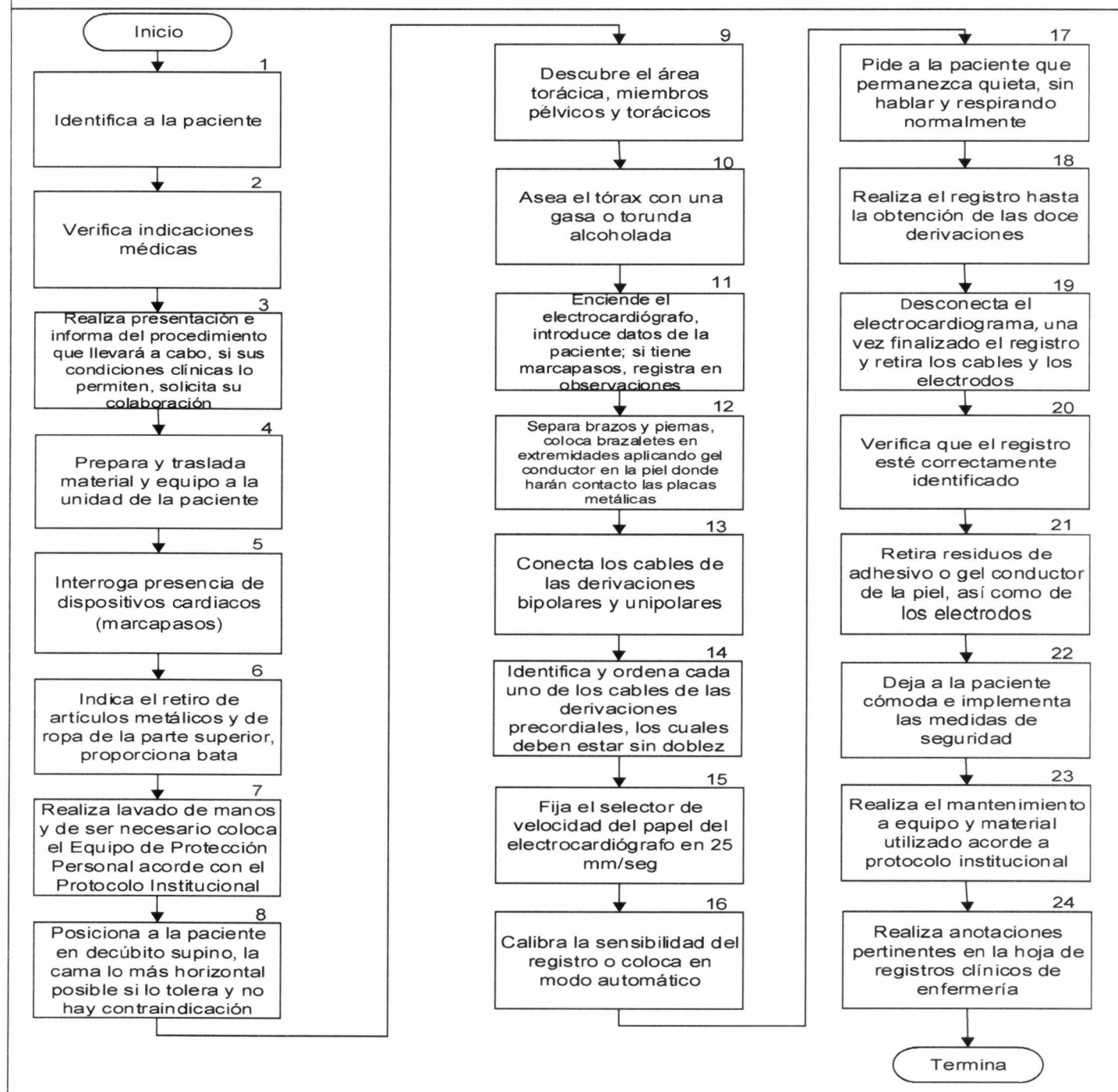
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. (Ver anexo 1). • Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha • Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda • Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo • Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho
	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.

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	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

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial





15. 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.



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

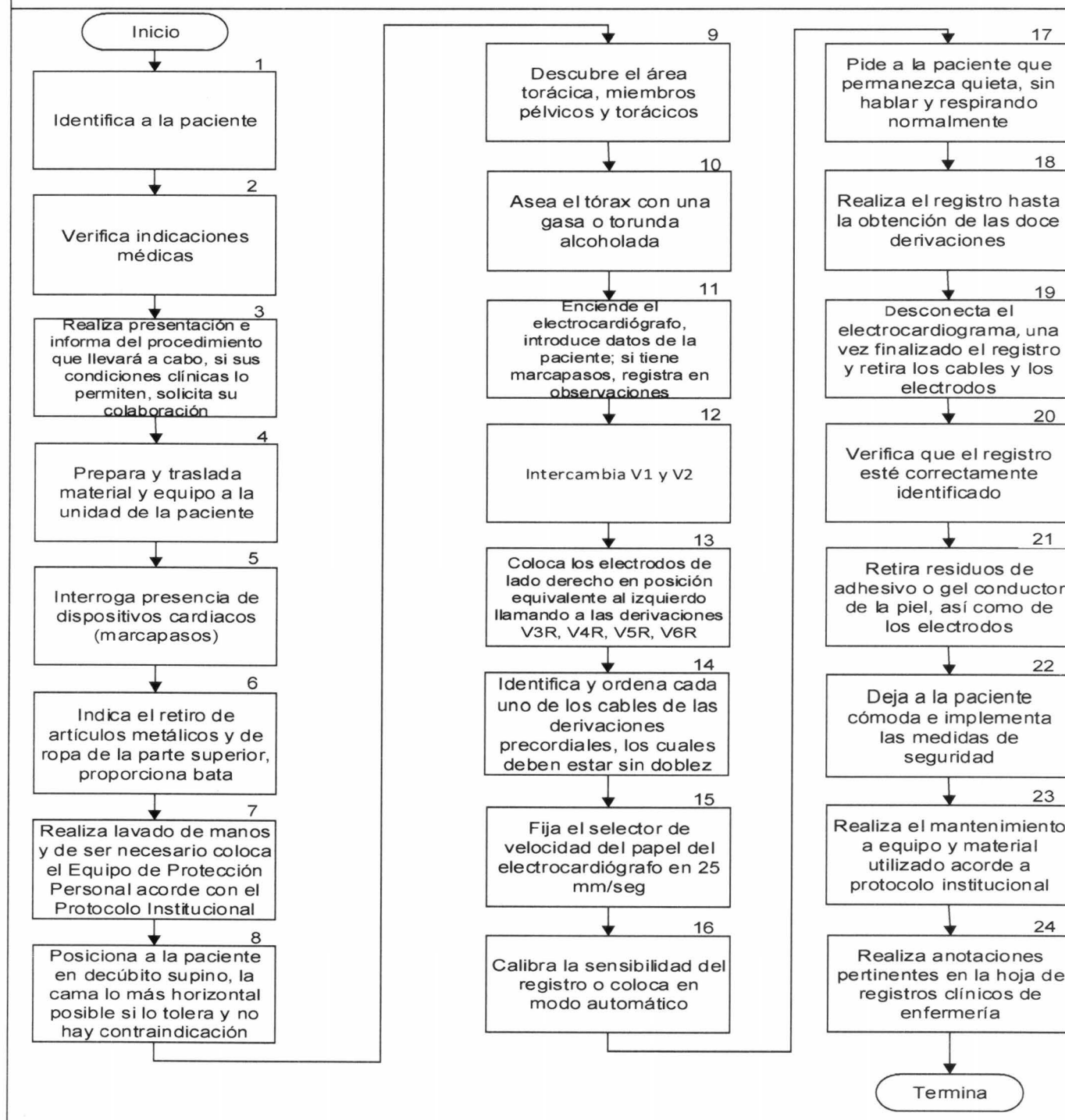
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	13	Coloca los electrodos de lado derecho en posición equivalente al izquierdo. Estas derivaciones se llamarán V3R, V4R, V5R, V6R. (Ver Anexo 3).
	14	Identifica y ordena 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.
	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.

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	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

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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



15. 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.

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	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
	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.



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	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 clavicolar. • 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.
	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.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
15

FECHA

DÍA MES AÑO

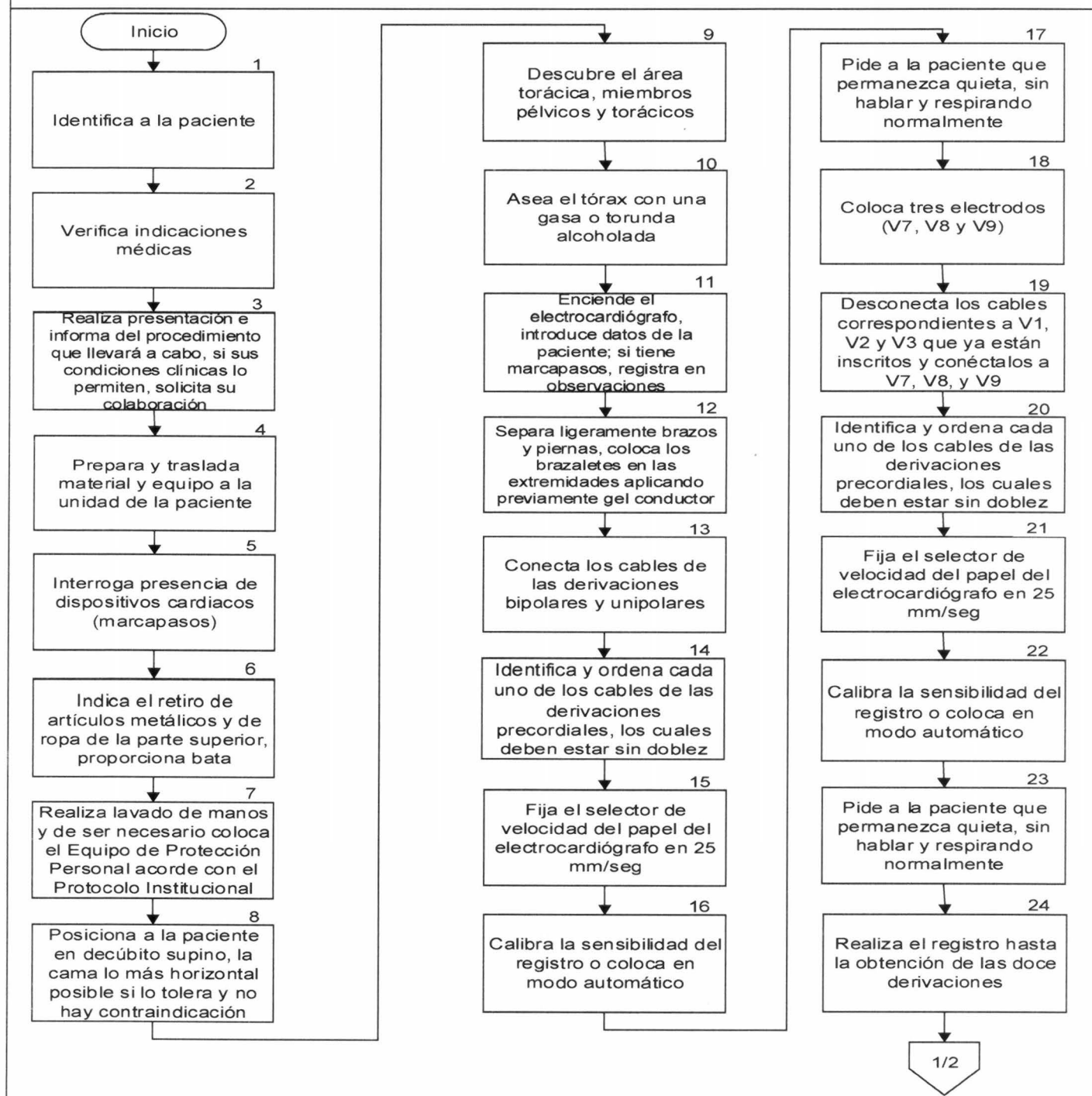
22 04 24

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	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

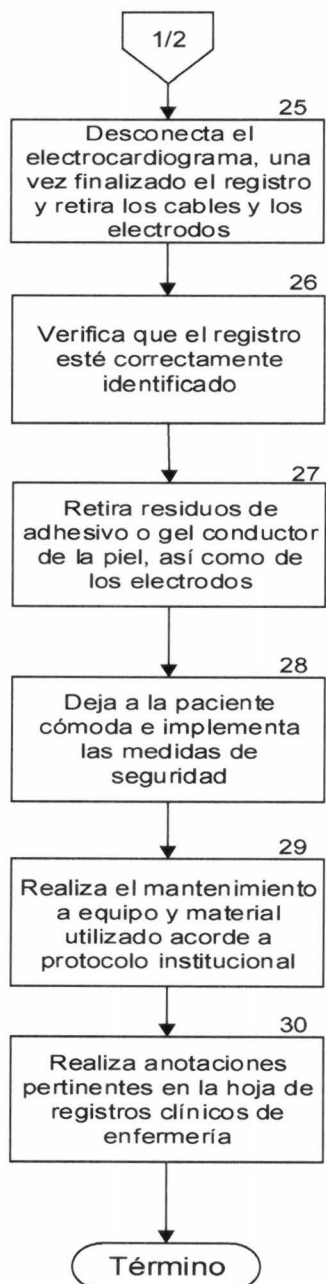
15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

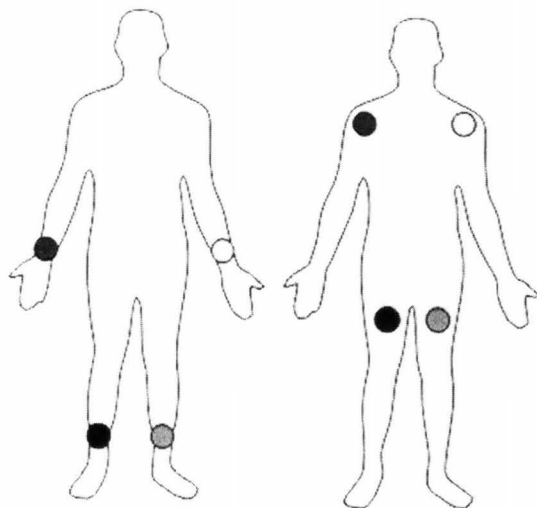
Enfermera Asistencial



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

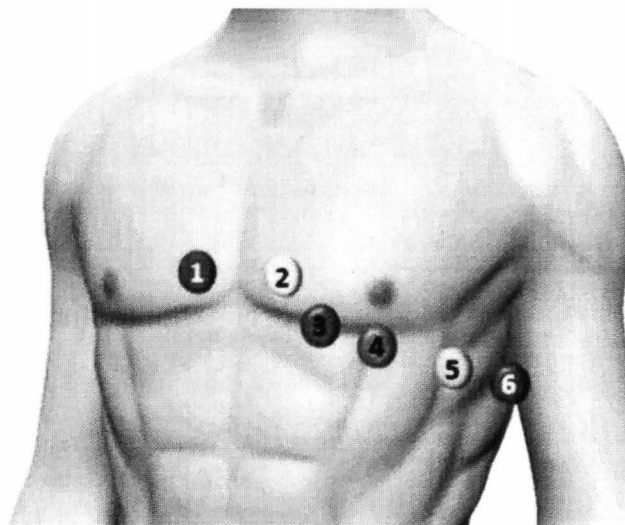
ANEXOS

ANEXO 1



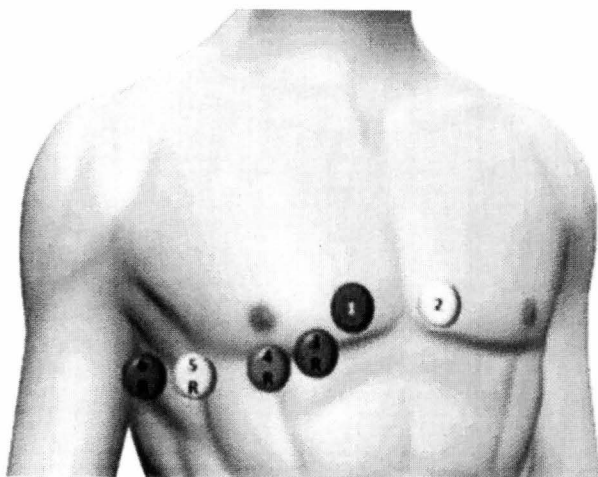
Derivaciones de Bipolares y Unipolares

ANEXO 2



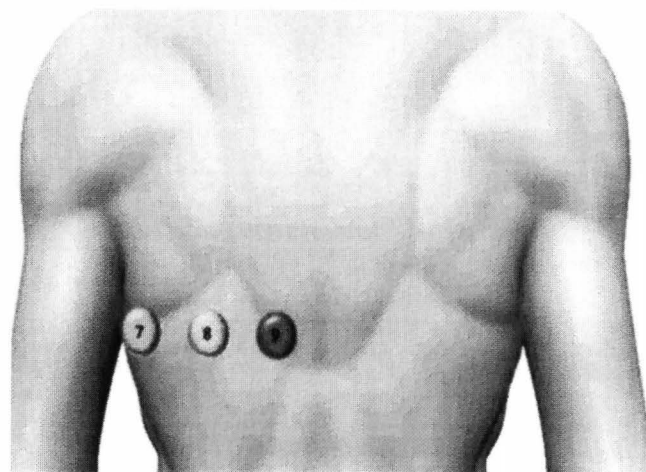
Derivaciones Precordiales

ANEXO 3



Derivaciones Derechas

ANEXO 4



Derivaciones Posteriores

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

16. 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
22	04	24

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

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-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.

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

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.

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

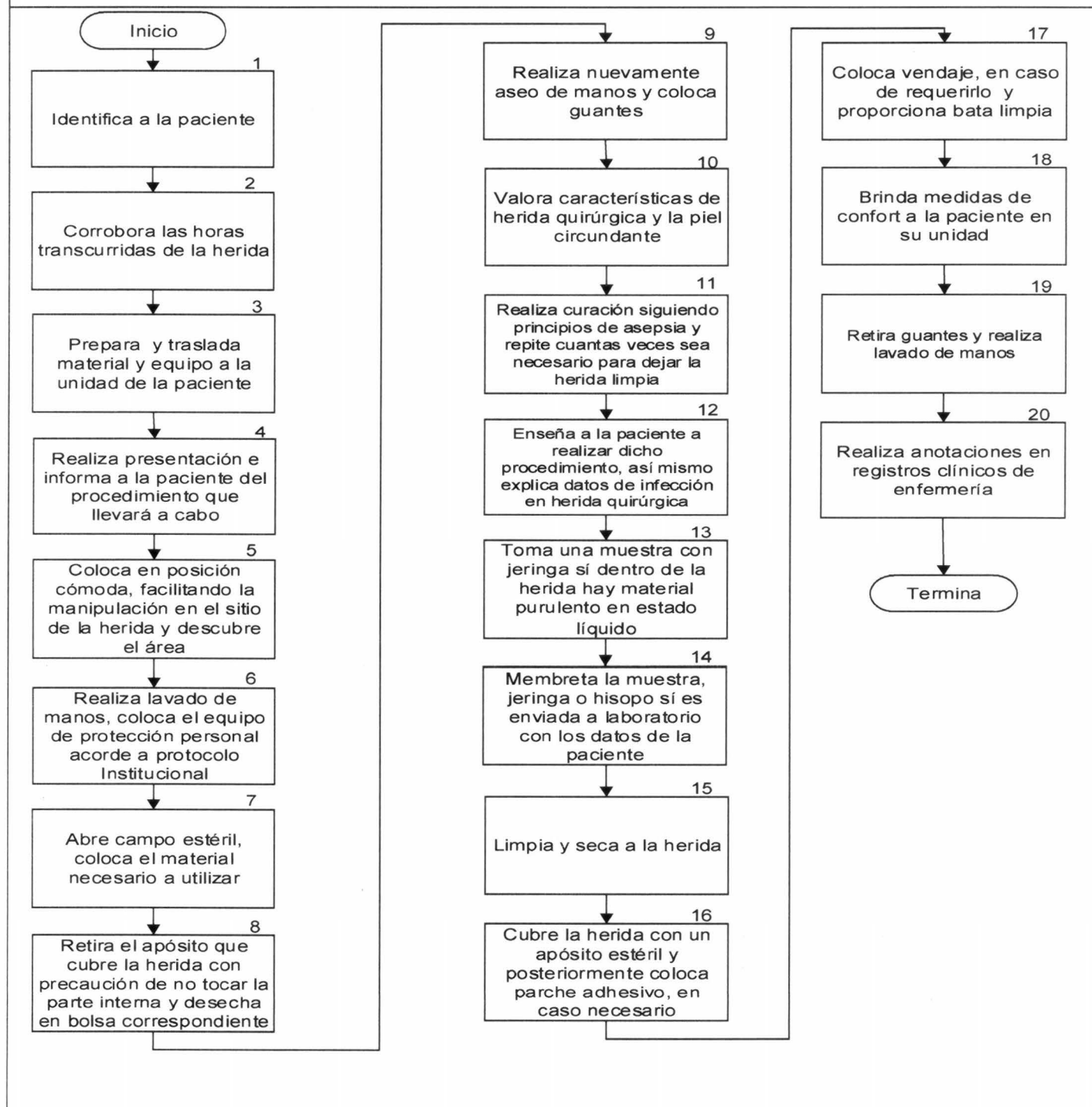
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Corroborar las horas transcurridas de la herida (realice el procedimiento si han transcurrido 24 horas posteriores del término de la cirugía).
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	4	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo.
	5	Coloca a la paciente en posición cómoda, facilitando la manipulación en el sitio de la herida y descubre el área.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo Institucional.
	7	Abre el campo estéril, coloca el material necesario a utilizar: gasas, apósitos, solución antiséptica y agua estéril en recipientes.
	8	Retira el apósito que cubre la herida con precaución de no tocar la parte interna, desecha dicho apósito en bolsa correspondiente.
	9	Realiza nuevamente aseo de manos y coloca guantes.
	10	Valora características de herida quirúrgica y la piel circundante (datos de infección o complicaciones).
	11	Realiza curación siguiendo principios de asepsia y repite cuantas veces sea necesario para dejar la herida limpia. Si la herida se encuentra dehiscente realiza únicamente la curación en la periferia de los bordes.
	12	Enseña a la paciente a realizar dicho procedimiento, así mismo explica los datos de infección en herida quirúrgica.
	13	Toma una muestra con jeringa, si dentro de la herida hay material purulento en estado líquido; 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.

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Membreta la muestra, jeringa o hisopo si es enviada a laboratorio con los datos de la paciente.
	15	Limpia y seca a la herida.
	16	Cubre la herida con un apósito estéril y posteriormente coloca parche adhesivo, en caso necesario.
	17	Coloca vendaje, en caso de requerirlo y proporciona bata limpia.
	18	Brinda medidas de confort a la paciente en su unidad.
	19	Retira guantes y realiza lavado de manos.
	20	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

16. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

Enfermera Asistencial





HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLOGICO INFECCIOSOS

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLOGICO INFECCIOSOS

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLOGICO INFECCIOSOS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Contar con información especializada y unificar criterios en el manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos para dar cumplimiento a la legislación en materia ambiental y minimizar los riesgos del personal involucrado en el manejo de residuos hospitalarios.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del/la Jefe de Servicio:

- Contar con el material y equipo necesarios para la realización del procedimiento.
- Conocer y verificar el cumplimiento a lo establecido en la **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial:

- Preparar el material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Lavar sus manos respetando la técnica y los momentos establecidos acorde a la Política Institucional 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).
- Conocer y dar cumplimiento a lo establecido en la **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
- Conocer e identificar los principales conceptos:

Agente biológico-infeccioso: Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

Agente enteropatógeno: Microorganismo que bajo ciertas circunstancias puede producir enfermedad en el ser humano a nivel del sistema digestivo, se transmite vía oral-fecal.

Manejo de RPBI : Conjunto de operaciones que incluyen la identificación, separación, envasado, almacenamiento, acopio, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

Muestra biológica: Parte anatómica o fracción de órganos o tejido, excreciones o secreciones obtenidas de un ser humano o animal vivo o muerto para su análisis.

Órgano: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de un trabajo fisiológico.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

Residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI): Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

Tejido: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función.

Cepa: Cultivo de microorganismos procedente de un aislamiento.

- Identificar, clasificar, separar y envasar los Residuos Biológico Infecciosos de acuerdo a la clasificación contenida en la Norma **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

Clasificación de los Residuos Biológico Infecciosos	
SANGRE	Sangre y sus componentes
CULTIVOS Y CEPAS	- Cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico e investigación, así como los generados en la producción y control de agentes biológico-infecciosos - Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infecciosos (cajas de Petri desechables que contengan medios de cultivo y agentes biológicos como vacunas)
PATOLÓGICOS	- Los tejidos, órganos y partes que se extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica, que no se encuentren en formol - Las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento - Los cadáveres y partes de animales que fueron inoculados con agentes enteropatógenos en centros de investigación y bioterios
NO ANATÓMICOS	- Recipientes desechables que contengan sangre líquida - Materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfal-Raquideo o líquido peritoneal - Materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico - Materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico. - Materiales absorbentes utilizados en las jaulas de animales que hayan sido expuestos a agentes enteropatógenos.
OBJETOS PUNZOCORTANTES	Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

- Separar y envasar todos los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, conforme a la Norma **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

TIPO DE RESIDUO	ESTADO FÍSICO	ENVASADO	COLOR
Sangre	Líquido	Recipientes herméticos	Rojo
Cultivos y cepas	Sólido	Bolsas de polietileno	Rojo
Patológicos	Sólido	Bolsas de polietileno	Amarillo
	Líquido	Recipientes herméticos	Amarillo
No anatómicos	Sólido	Bolsas de polietileno	Rojo
	Líquido	Recipientes herméticos	Rojo
Objetos punzocortantes	Sólido	Recipientes rígidos polipropileno	Rojo

- Verificar la integridad e impermeabilidad de las bolsas rojas y amarillas, así mismo que contengan el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos
- Verificar que el llenado de las bolsas no excede al 80% (ochenta por ciento) de su capacidad, y que éstas se cierran antes de ser transportadas al sitio de almacenamiento temporal, y no abrir ni vaciar.
- Verificar que el llenado de los recipientes para los residuos peligrosos punzocortantes y líquidos no excedan el 80% (ochenta por ciento) de su capacidad, asegurar los dispositivos de cierre, y no abrir ni vaciar.
- Clasificar y separar los Residuos NO peligrosos en:
 - Residuos no peligrosos aprovechables como puede ser vidrio, papel, cartón, metal.
 - Residuos no peligrosos y NO aprovechables como el papel higiénico, empaques metalizados, restos de alimentos.

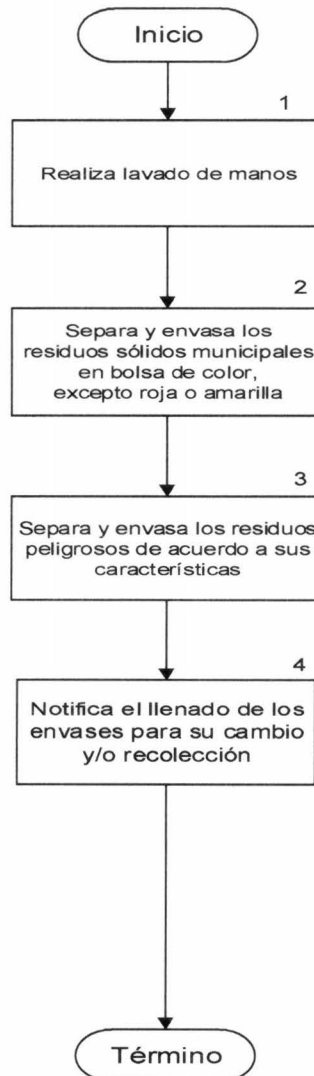
17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLOGICO-INFECCIOSOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Realiza lavado de manos acorde a la Política Institucional.
	2	Separa y envasa los Residuos de manejo Especial en bolsa plástica de cualquier color excepto rojo o amarillo.
	3	Separa y envasa todos los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas - Bolsa de polietileno color rojo. • Cultivos y cepas en estado sólido • Residuos no anatómicos en estado sólido - Recipiente hermético color rojo. • Sangre en estado líquido - Bolsa de polietileno color amarillo. • Residuos patológicos en estado sólido - Recipiente hermético color amarillo. • Residuos patológicos en estado líquido - Recipiente rígido de polipropileno color rojo • Objetos punzocortantes
	4	Notifica el llenado de los contenedores (80%) para su cambio y recolección.
		Termina Procedimiento

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLOGICO-INFECCIOSOS

Profesional de Enfermería Asistencial



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO

Identificar y valorar la estática fetal a través de la exploración sistemática abdominal.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

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-SSA3-2021. Del expediente clínico.
 - 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-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- 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).

2. De la enfermera asistencial

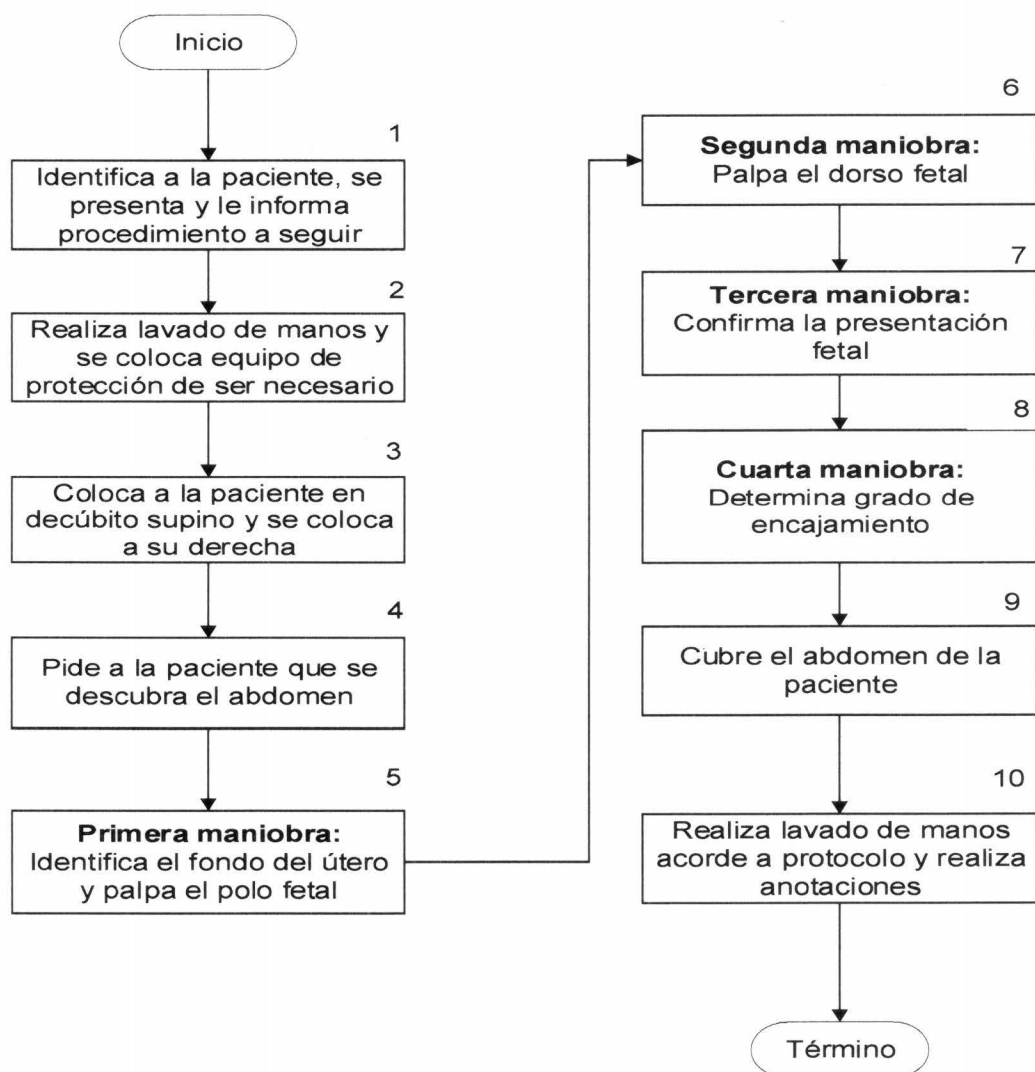
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos, respetando 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 y realizar las maniobras de Leopold.
- Tener el sustento teórico respecto a la estática fetal.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acorde a protocolo institucional.

18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

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	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	3	Coloca a la paciente en posición decúbito supino y se coloca en el lado derecho de la paciente mirando hacia su cabeza.
	4	Pide a la paciente que se descubra el abdomen.
	5	Primer maniobra: Utiliza la palma y el borde cubital de la mano, con los dedos apuntando hacia la cara de la paciente. Identifica el fondo del útero y palpa el polo fetal. Determina qué parte del feto ocupa el fondo uterino (el polo cefálico se palpa como una estructura redonda, rígida y regular, mientras que el polo podálico es una superficie irregular, blanda y no "pelotea". Si no se detecta ningún polo en el fondo uterino, se concluye que el feto está en situación transversa).
	6	Segunda maniobra: Desliza ambas manos desde el fondo del útero hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen, a la derecha e izquierda del útero (el dorso fetal se palpa como una superficie lisa, dura y convexa ubicada en uno de los costados, en el lado opuesto nódulos pequeños, irregulares y numerosos que pueden corresponder a las extremidades).
	7	Tercer maniobra: Coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de la mano derecha a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis del pubis; confirma la presentación fetal; la cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si está encajada y la región pélvica se percibe blanda e irregular.
	8	Cuarta maniobra: Mira hacia los pies de la paciente y coloca los cuatro dedos de cada mano en cada costado de la cavidad pélvica, palpa gentilmente y determina grado de encajamiento.
	9	Cubre el abdomen de la paciente.
	10	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional y hace anotaciones en los registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

Enfermera Asistencial



18. MANIOBRAS DE LEOPOLD

ANEXO

Maniobras de Leopold



1ra maniobra: Evalúa la altura del **fondo uterino**



2da maniobra: Evalúa la **posición fetal**



3ra maniobra: Evalúa la **presentación fetal**



4ta maniobra: Grado de **encajamiento**

Referencias:

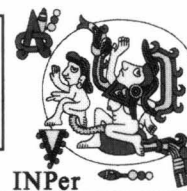
- Carvajal JA, Ralph C. Manual de obstetricia y ginecología [Internet] 2017 [consultado 30 junio 2021] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>



HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

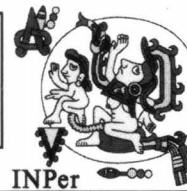


HOJA 2		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

Establecer las condiciones óptimas para el funcionamiento del catéter venoso central, garantizando la seguridad de las usuarias portadoras de dicho dispositivo.



HOJA 3		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

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-022-SSA3-2012** que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
 - 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-SEMARNAT-SSA1-2002**. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Manual para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión intravascular en México, 2020.
- 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.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- Garantizar la disponibilidad y abastecimiento del carro de paro.
- Contar con el consentimiento informado.
- Verificar disponibilidad y funcionalidad del equipo ultrasonográfico.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Mesa auxiliar para colocar el equipo y material estéril
 - Equipo de aseo de piel
 - Bulto de campos de 90x90
 - Bata estéril
 - Guantes de cirujano estériles
 - Gorro y Cubrebocas
 - Guantes desechables institucionales
 - Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de cloruro de sodio 0.9%)
 - Apósito transparente estéril.
 - Antiséptico según disponibilidad institucional.

HOJA 4		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

2. De la enfermera asistencial:

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Mantener monitorizada a la paciente durante 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).
- Conocer y aplicar los principios de asepsia y principios universales.
- Conocer el procedimiento.
- Realizar mantenimiento del catéter a las 24 horas de instalación y posteriormente cada 7 días.
- Conocer las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías asociadas a su uso.
- Conocer las recomendaciones para la prevención de las complicaciones asociadas al catéter venoso central.
- Manejar el catéter con técnica aséptica.
- Conocer los cuidados del catéter venoso central.
- Preparar el material y equipo.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.



19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

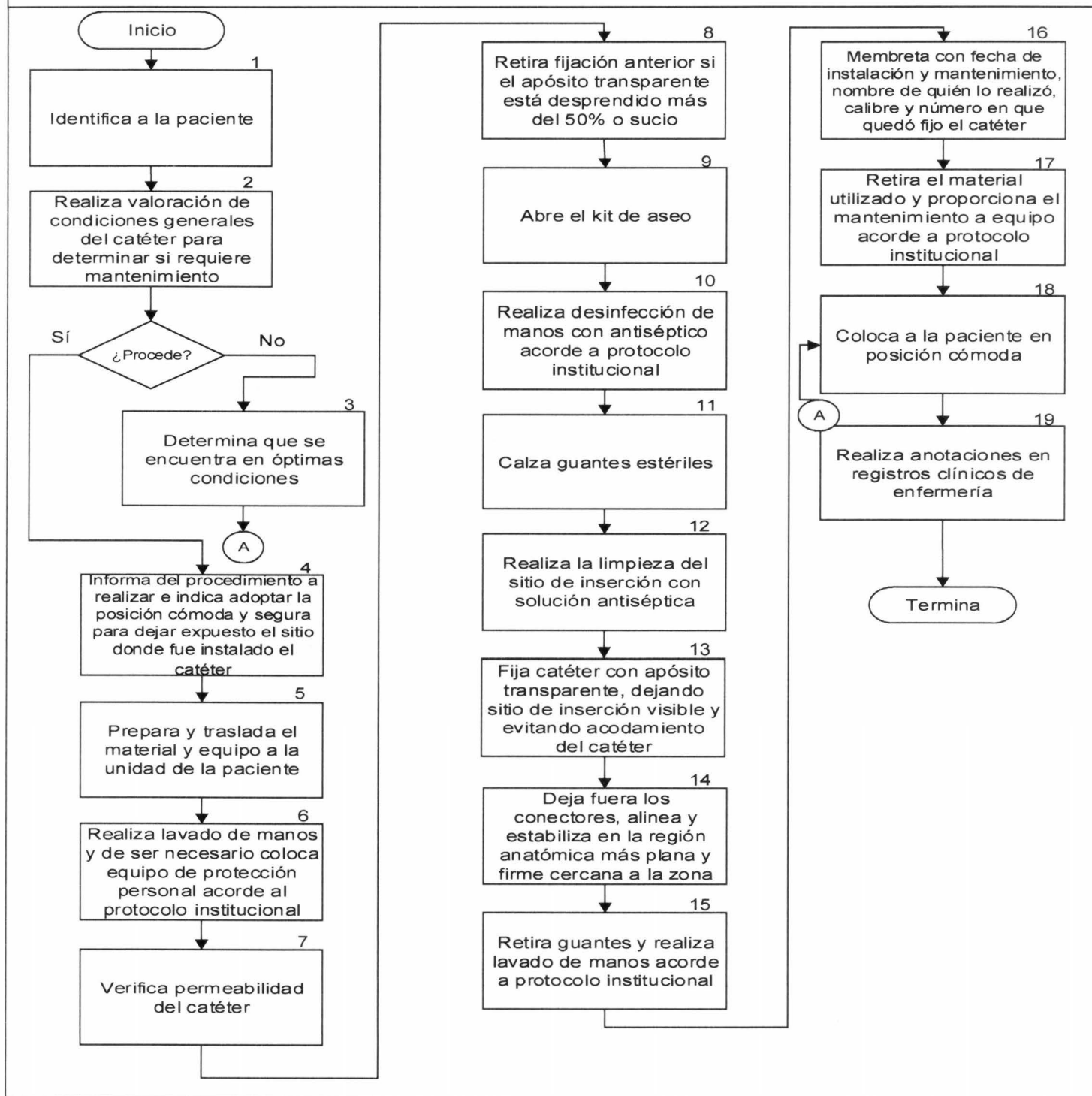
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.N o.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza valoración focalizada de las condiciones generales del catéter (funcionalidad, fijación, fecha) para determinar si requiere mantenimiento. ¿Procede?
	3	No: Determina que se encuentra en óptimas condiciones. Pasa a actividad número 18.
	4	Sí: Informa a la paciente del procedimiento a realizar e indica adoptar la posición cómoda y segura que permita dejar expuesta la zona del sitio donde fue instalado el catéter.
	5	Prepara y traslada el material y equipo a la unidad de la paciente.
	6	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde al protocolo institucional.
	7	Verifica permeabilidad del catéter : 1. Aspira el lumen elegido con una jeringa de 10cc hasta obtener retorno venoso y liberar la obstrucción. Desconecta la jeringa y desecha el material acorde a protocolo institucional. 2. En caso de no lograr liberar el lumen, llena jeringa de 10cc con solución heparinizada y enjuaga el lumen elegido con técnica pulsátil, al terminar de infundir los 10cc, desconecta la jeringa y desecha el material acorde a protocolo institucional. De no lograr permeabilidad, da aviso al médico.
	8	Retira fijación anterior si el apósito transparente está desprendido más del 50% o sucio: Despega gentilmente de la piel los bordes del apósito y continúa hacia atrás en 180°, con la técnica "bajo y lento" mientras estabiliza el catéter y la piel aledaña para evitar cualquier daño.
	9	Abre el kit de aseo.

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	10	Realiza desinfección de manos con antiséptico acorde a protocolo institucional.
	11	Calza guantes estériles.
	12	Realiza la limpieza del sitio de inserción con solución antiséptica, pudiendo ser: a) Alcohol isopropílico: 1. Toma la almohadilla alcoholada y limpia el sitio de inserción con movimiento circular. 2. Repite el paso anterior abarcando 5 cm a la periferia del sitio de inserción. 3. Deja evaporar. b) Clorhexidina al 2 %+ alcohol isopropílico al 70%. 1. Toma el aplicador y limpia el sitio de inserción, inicia del centro y abarca 5 cm a la periferia. Deja actuar el antiséptico de 2 a 3 minutos.
	13	Fija catéter con apósito transparente, dejando sitio de inserción visible y evitando acodamiento del catéter.
	14	Deja fuera los conectores, alinea y estabiliza en la región anatómica más plana y firme cercana a la zona.
	15	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	16	Membreta con fecha de instalación y mantenimiento, nombre de quién lo realizó, el calibre y número en que quedó fijo el catéter. (Ver anexo)
	17	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	18	Coloca a la paciente en posición cómoda.
	19	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Enfermera Asistencial

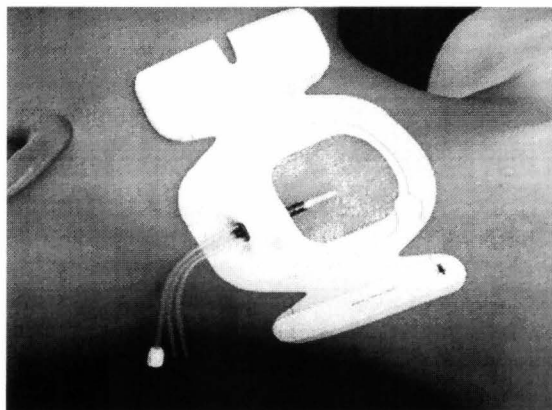


19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

ANEXO

Fijación de catéter venoso central

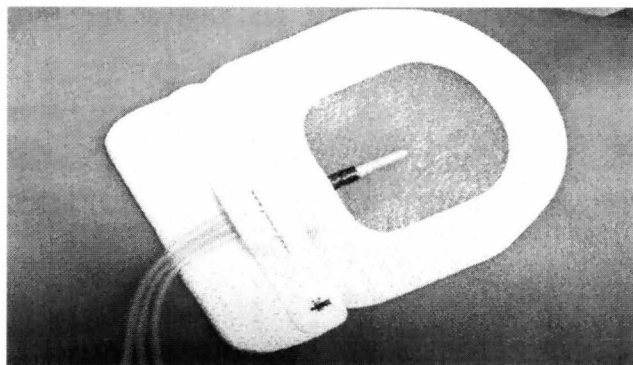
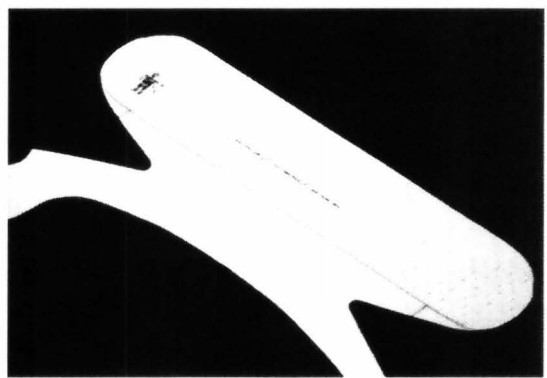
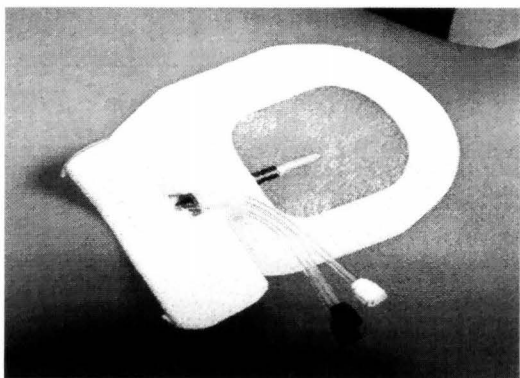
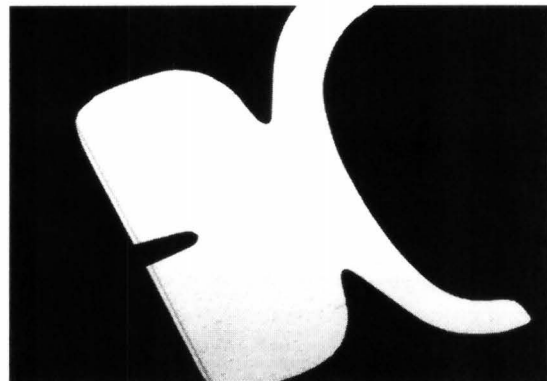
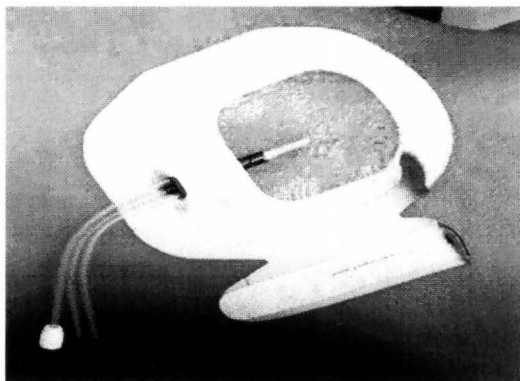
FIJACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL CON APÓSITO TRANSPARENTE (8.9cm X 11.5cm)
Durante la instalación del catéter verificar que los puntos de sutura queden alineados evitando acodamiento y/o torsión del catéter.
En caso de sangrado del sitio de inserción del catéter, colocar una gasa estéril para favorecer la hemostasia (se deberá retirar a las 24hr. de su colocación).
Cubrir con apósito transparente verificando que no exista acodamiento del catéter, cubrir en su totalidad la mariposa de fijación dejando libres los lúmenes del catéter.
Asegurar la adecuada adherencia del apósito realizando una ligera presión por toda la superficie del apósito.
Retirar el papel protector de las orillas del apósito.
Colocar por debajo de los lúmenes la cinta acanalada para proteger la piel del paciente.
Fijar los lúmenes del catéter con la cinta donde se escriben los datos del catéter.





HOJA 9		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL





20. MANTENIMIENTO DE Sonda Vesical

20. MANTENIMIENTO DE Sonda Vesical

20. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

OBJETIVO

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

20. MANTENIMIENTO DE SONDA 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 flaneras 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.

20. 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.



20. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

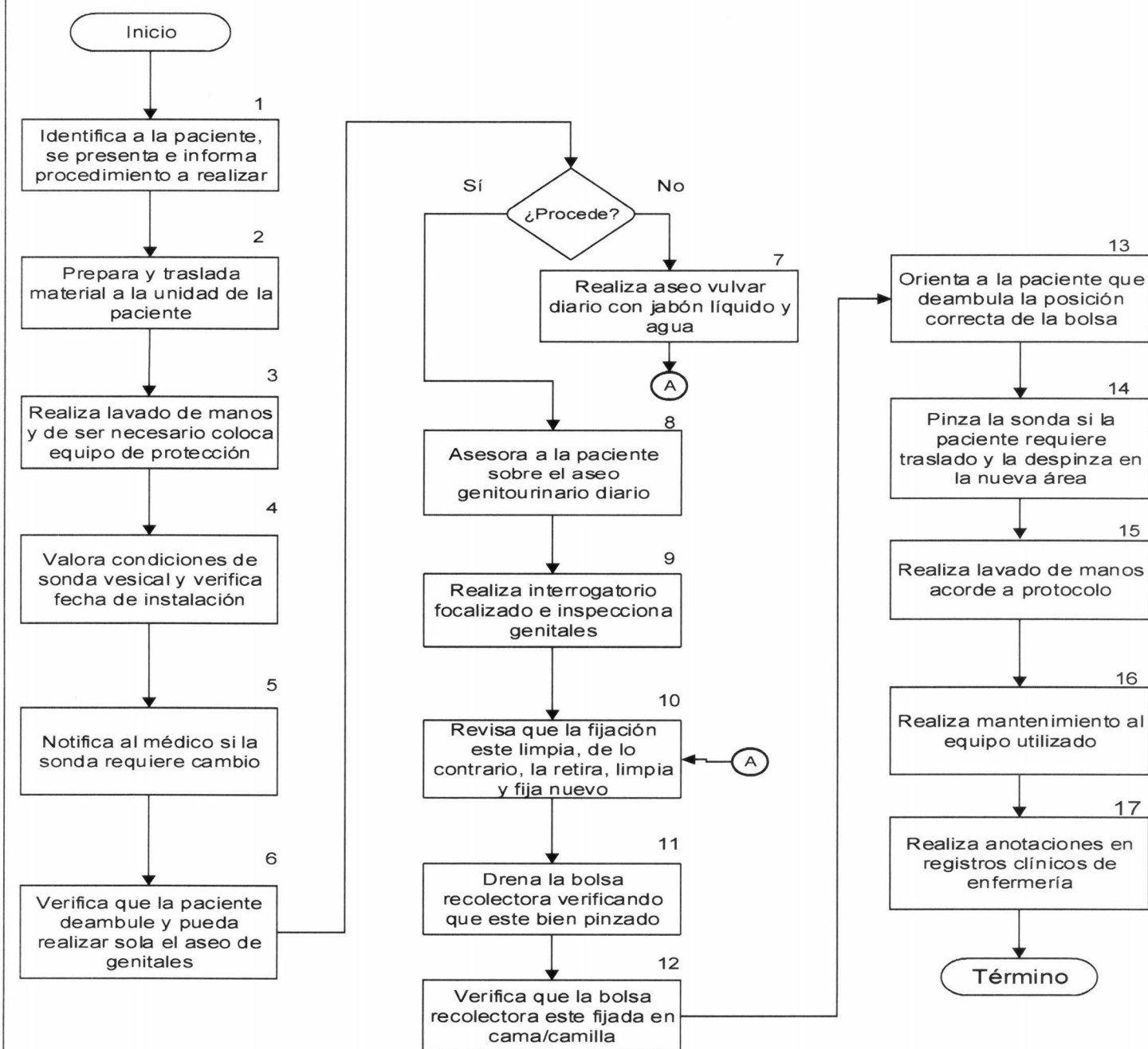
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta y le informa el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	2	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad 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.

20. 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		

20. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial





21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

**21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES****OBJETIVO**

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

21. 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 brazaletes 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.



21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

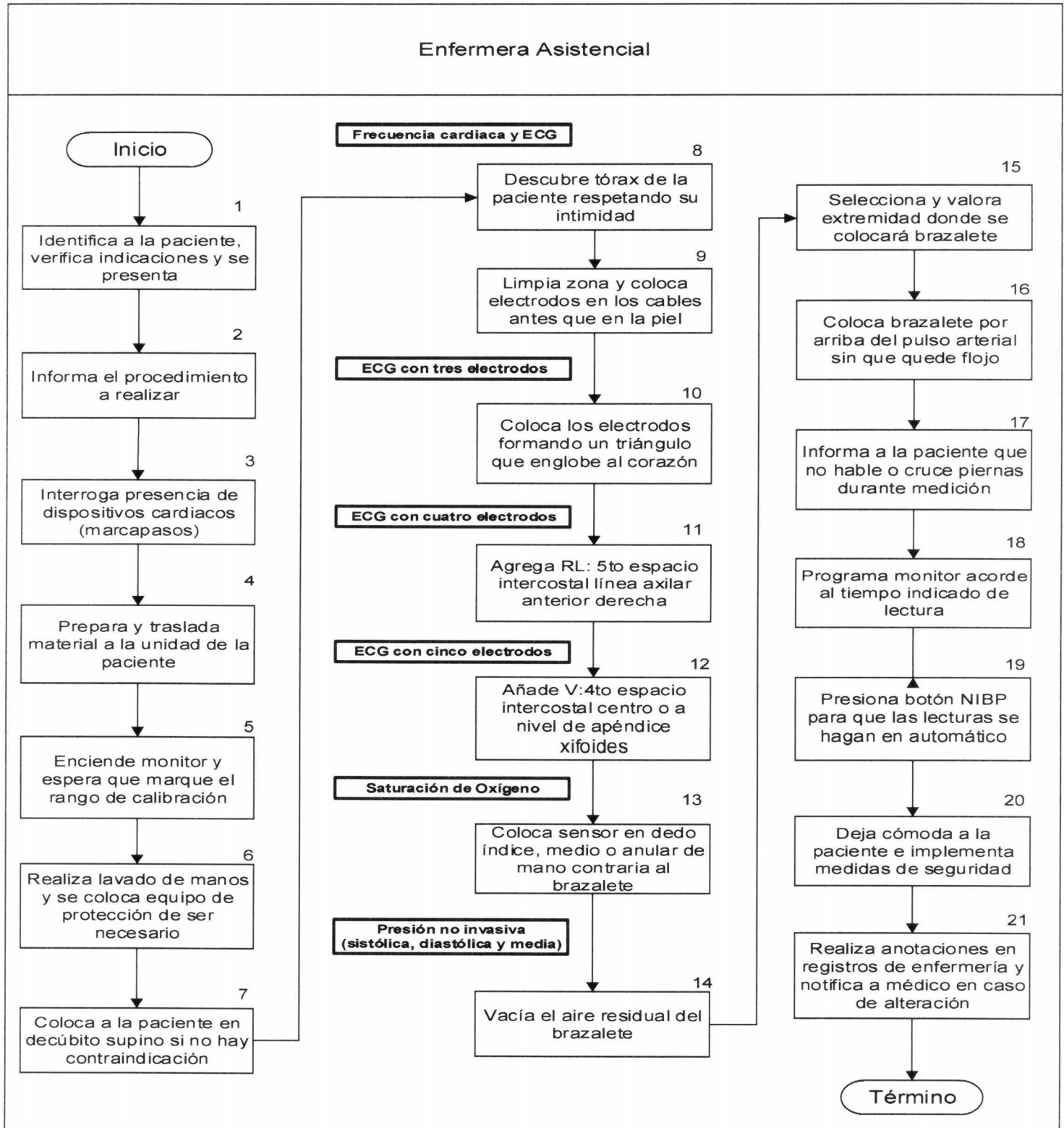
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas y se presenta
	2	Informa a la paciente el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Interroga presencia de dispositivos cardíacos (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)

21. 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

21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

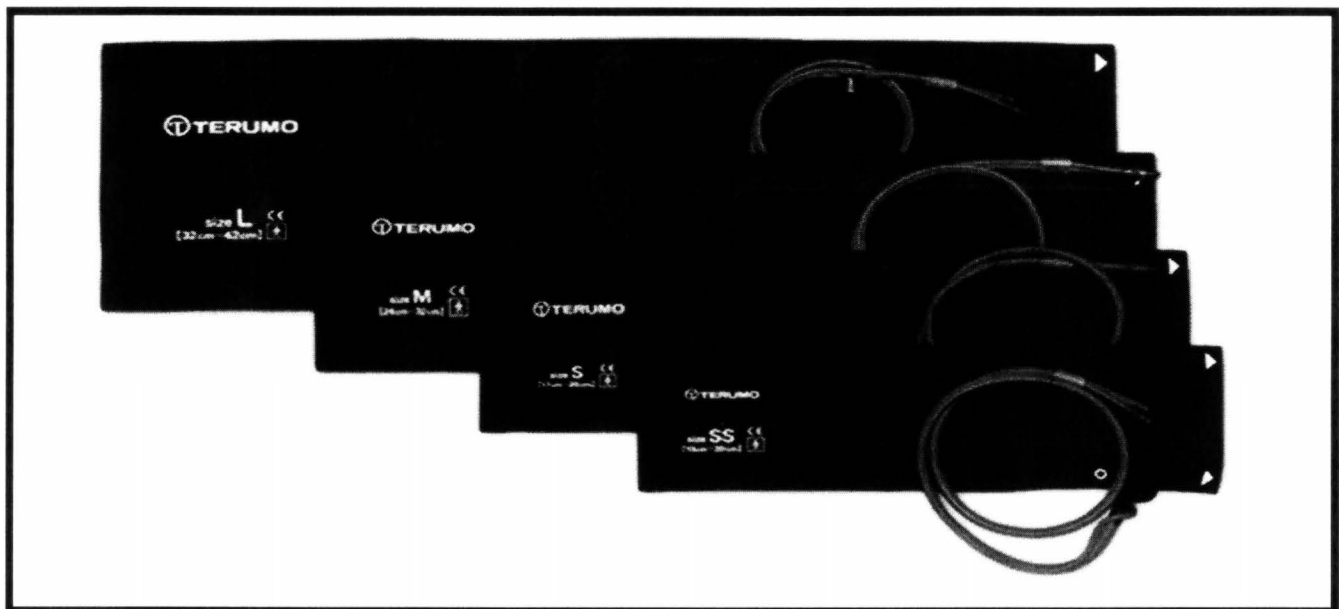
Enfermera Asistencial



21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

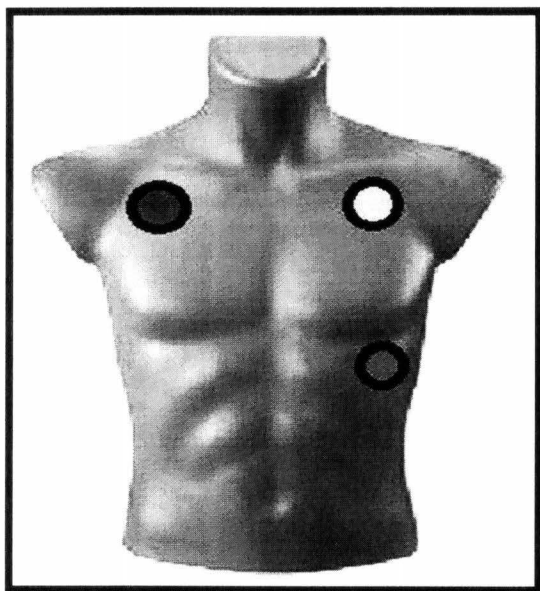
ANEXOS

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

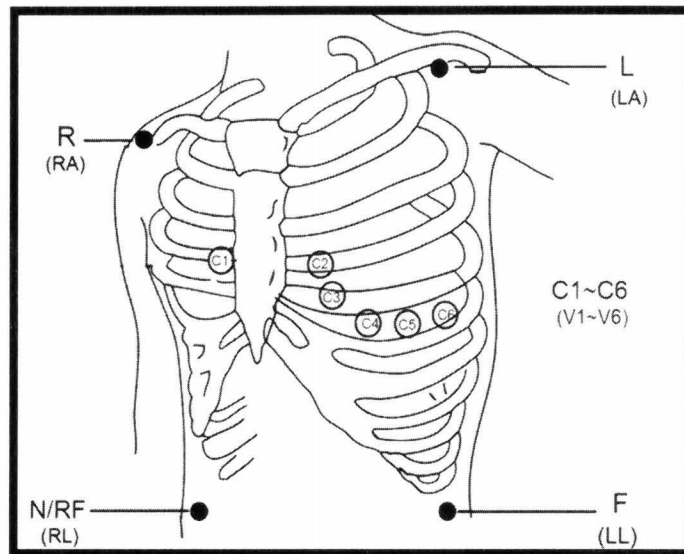


21. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

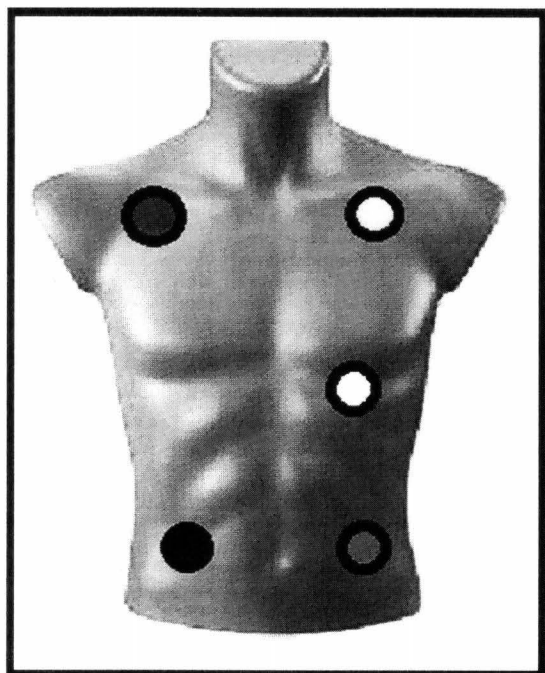
ANEXO 1



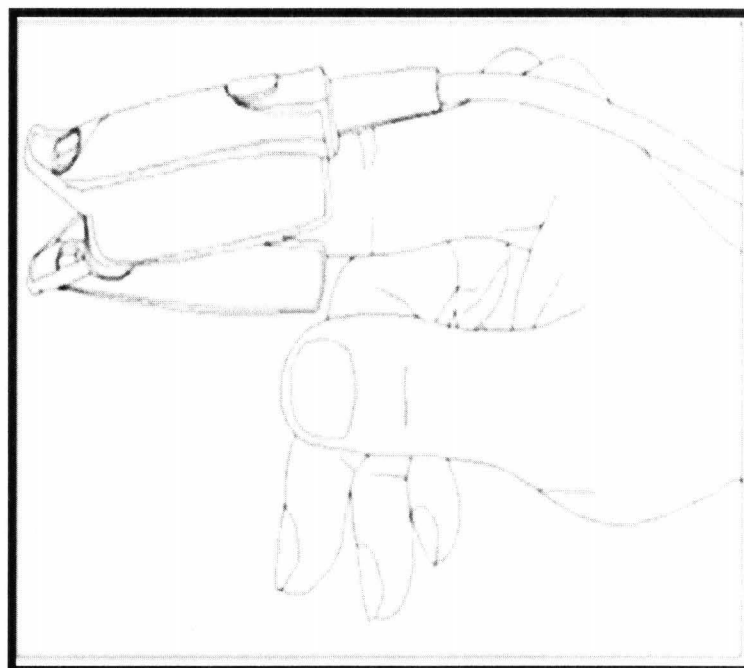
ANEXO 2



ANEXO 3



ANEXO 4



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

22. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

22. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

22. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

OBJETIVO

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

22. 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
22	04	24

22. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

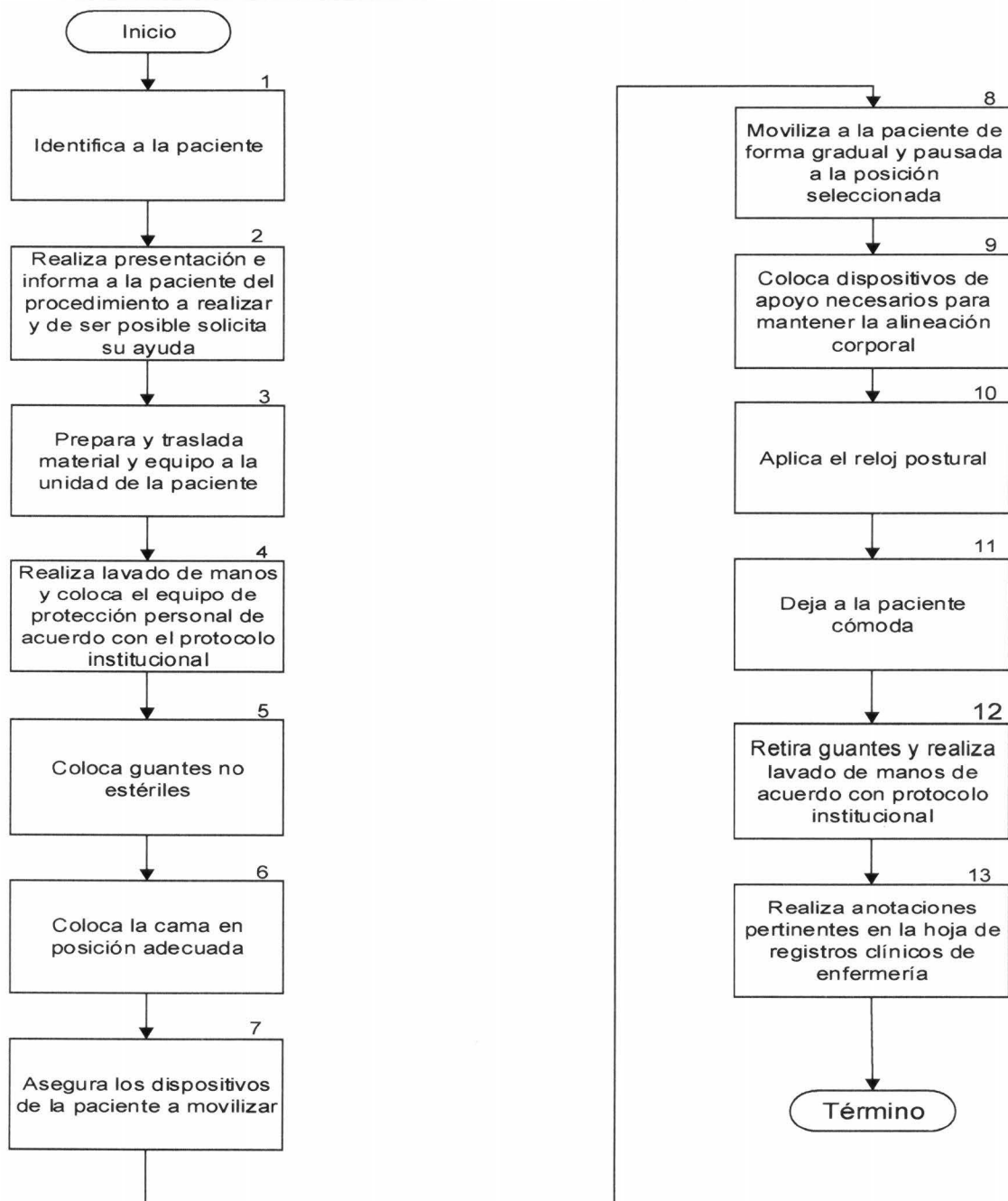
- Conocer anatomía y fisiología del sistema musculo esquelético.
- Conocer las posiciones anatómicas.
- Valorar talla, peso y condición clínica de la paciente.
- Valorar la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización.
- Conocer y aplicar adecuadamente la mecánica corporal.
- 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.

22.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

22.MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

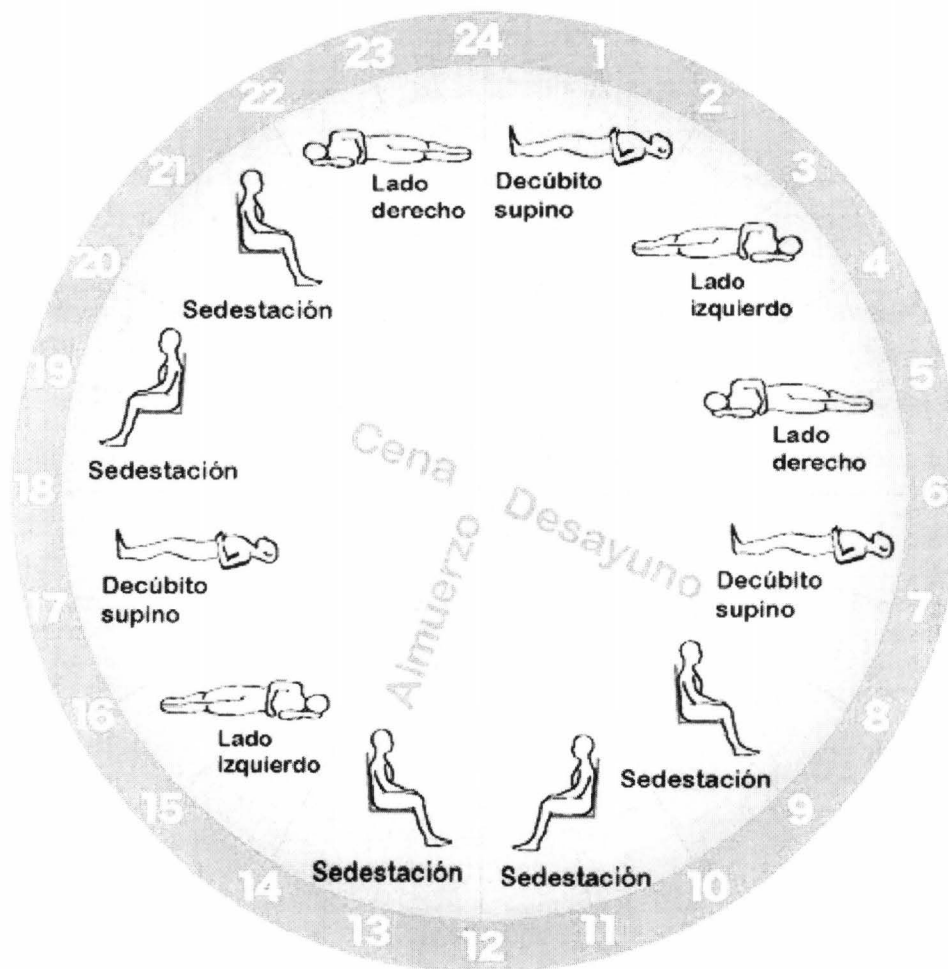
Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

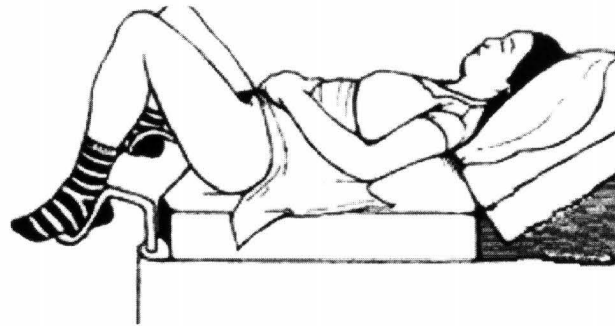
22.MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Reloj Postural

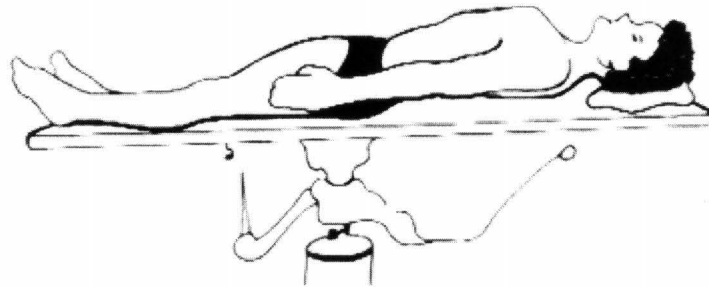


22.MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

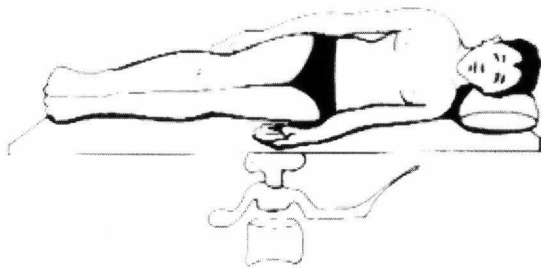
Posición Ginecológica o de Litotomía



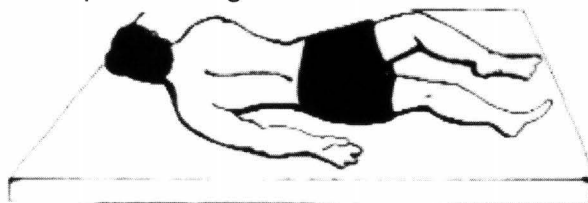
Posición Supina



Posición Decúbito lateral (Izquierdo o derecho)



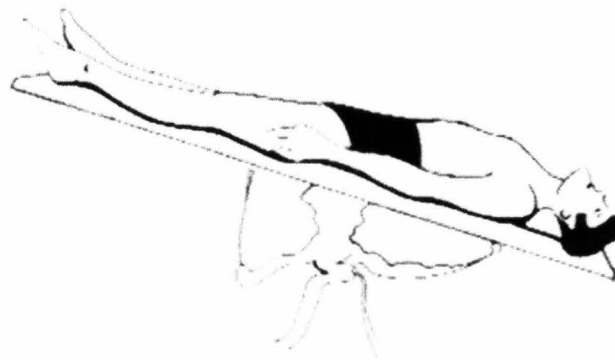
Posición de SIMS /
Semiprona o inglesa



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

22.MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Posición de Trendelenburg



**23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO****23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO**

23. 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.

23. 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.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

2. La(él) 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.
- **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.

3. 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.

23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

- Realiza el llenado del registro del mantenimiento del tanque de oxígeno en el formato 2500-40
- Solicitar firma en la orden de servicio por el cambio de tanque de oxígeno, como evidencia de control del trabajo realizado.

4. 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.

5. 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.

23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

6. Prestador del Servicio de Farmacia asignado:

- 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.

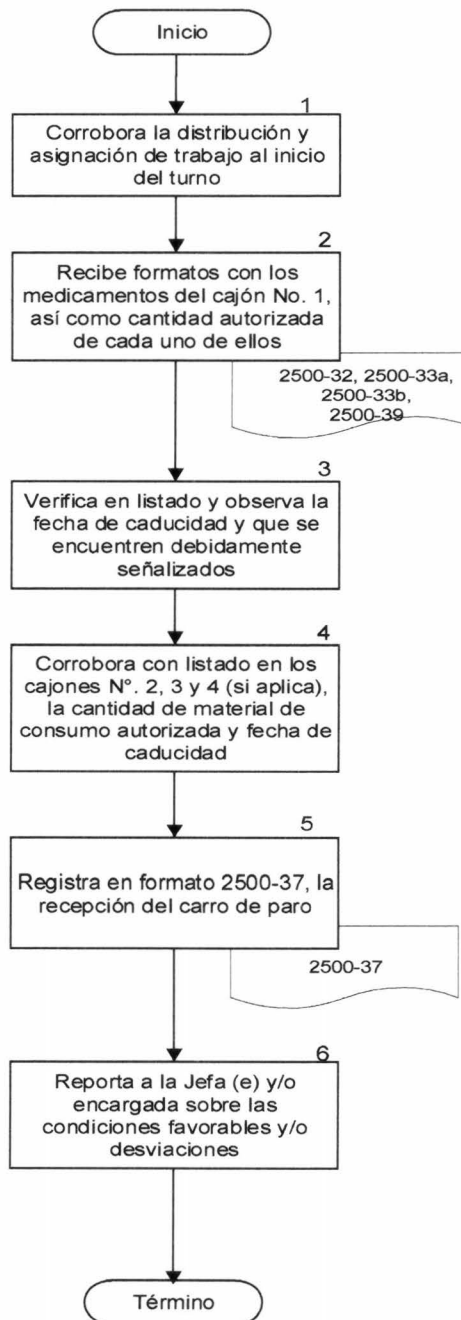


**23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN DE CARRO DE PARO
Personal de Enfermería asistencial	1	Corroborar 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	Corroborar 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		

23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN DE CARRO DE PARO Personal de Enfermería Asistencial

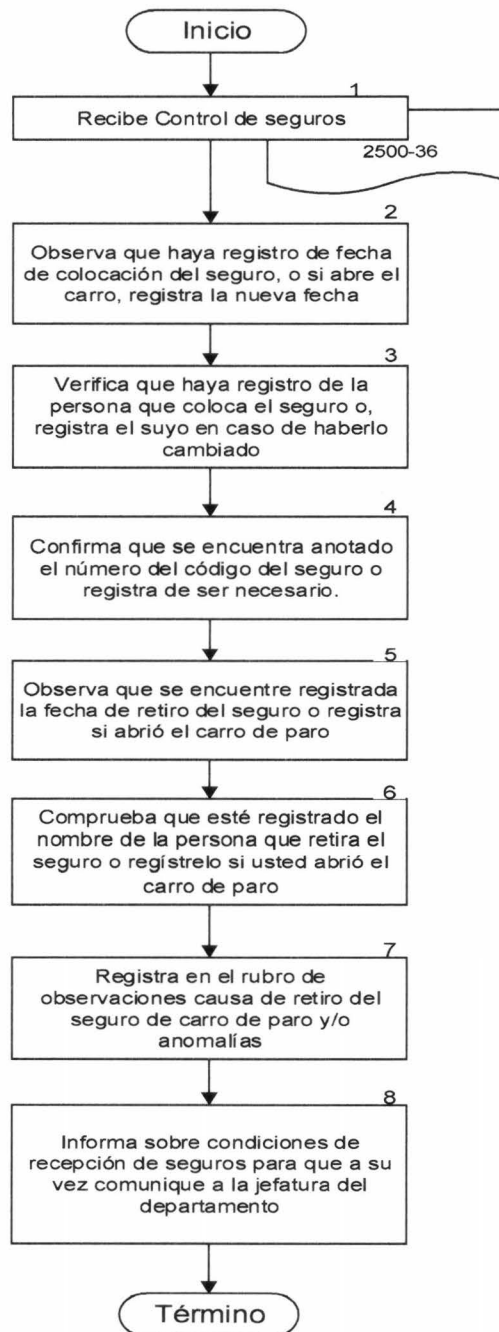


**23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

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		

23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

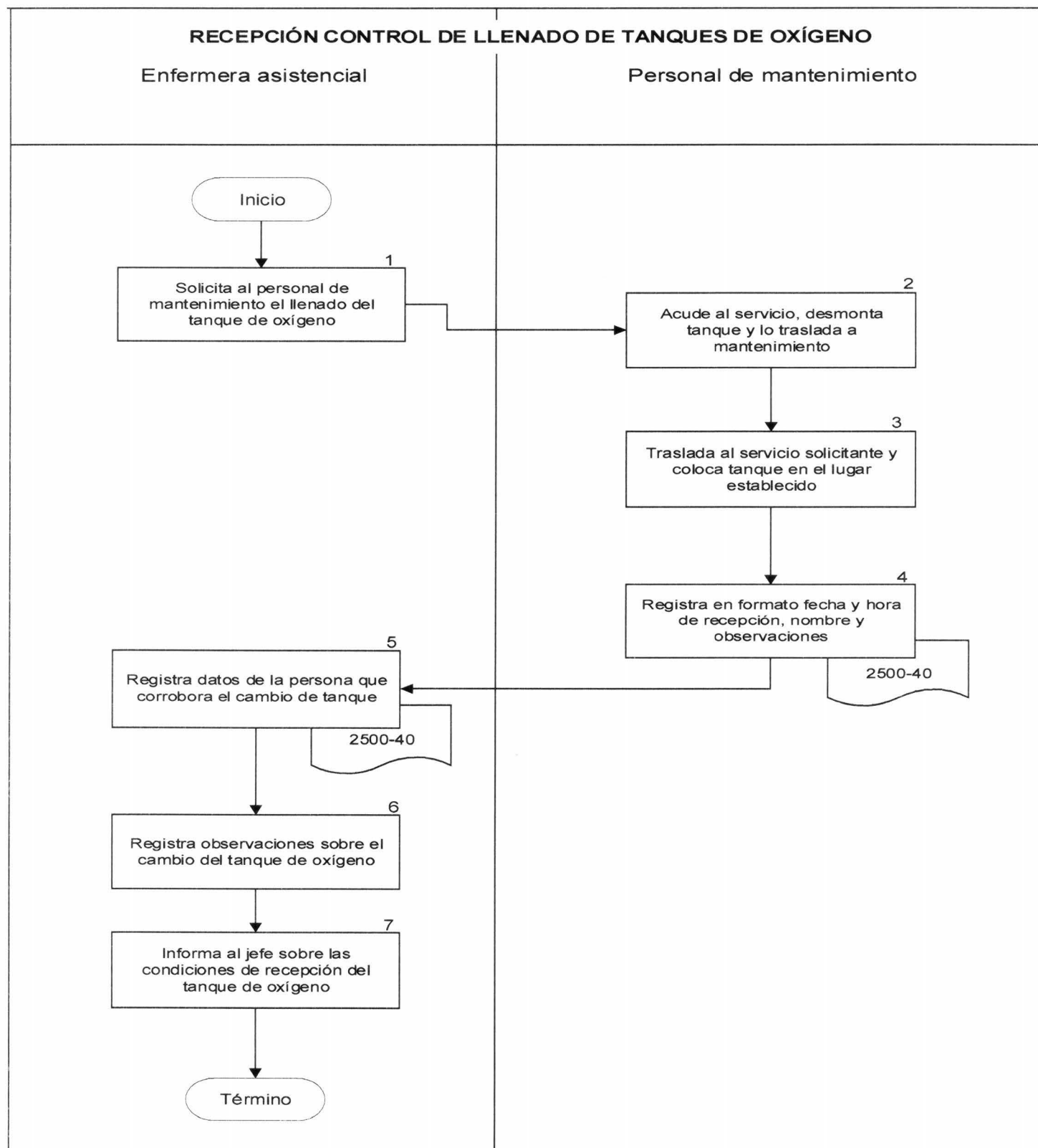
RECEPCIÓN CONTROL DE SEGUROS Personal de Enfermería Asistencial



**23. 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

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



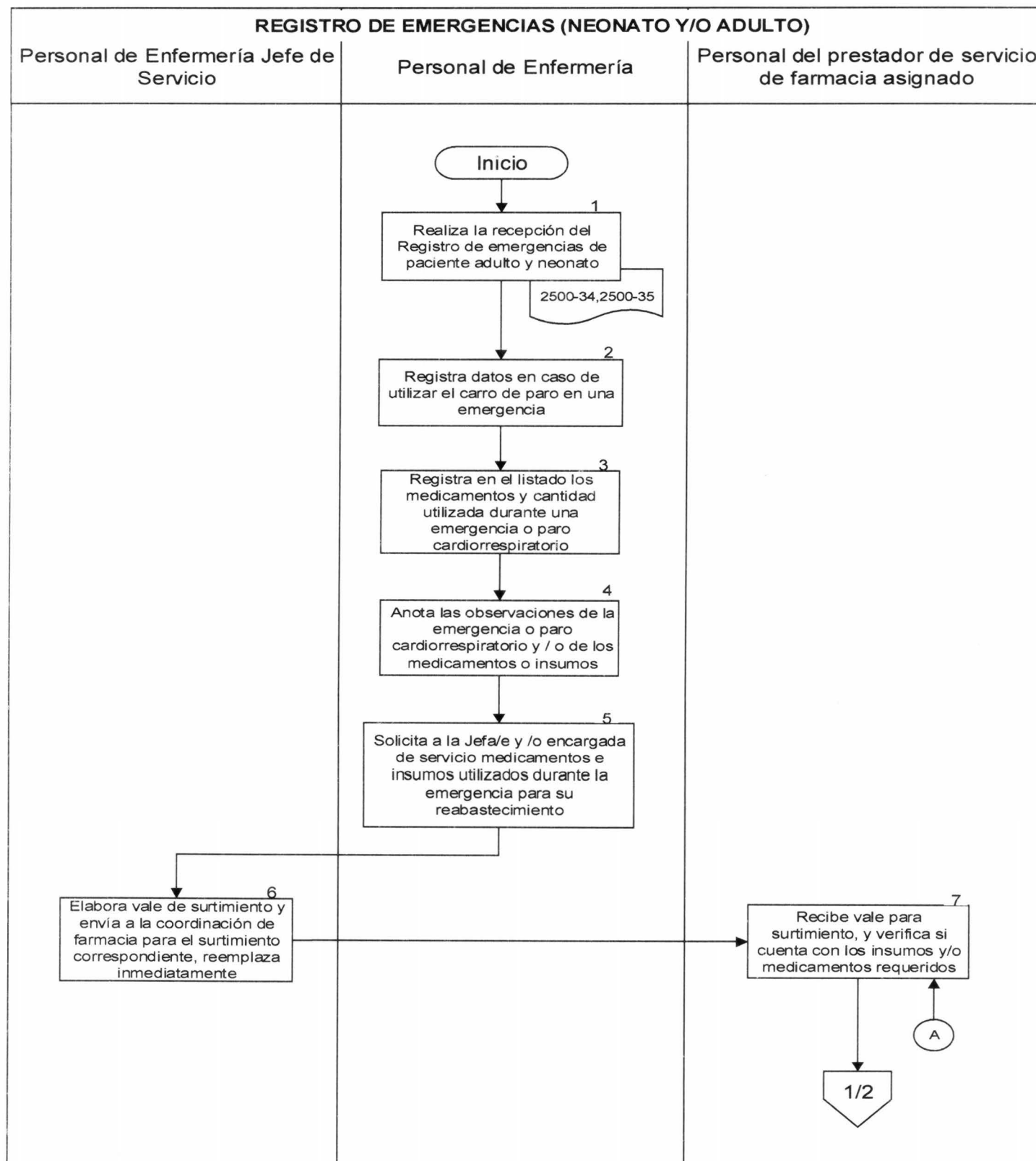
**23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

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.

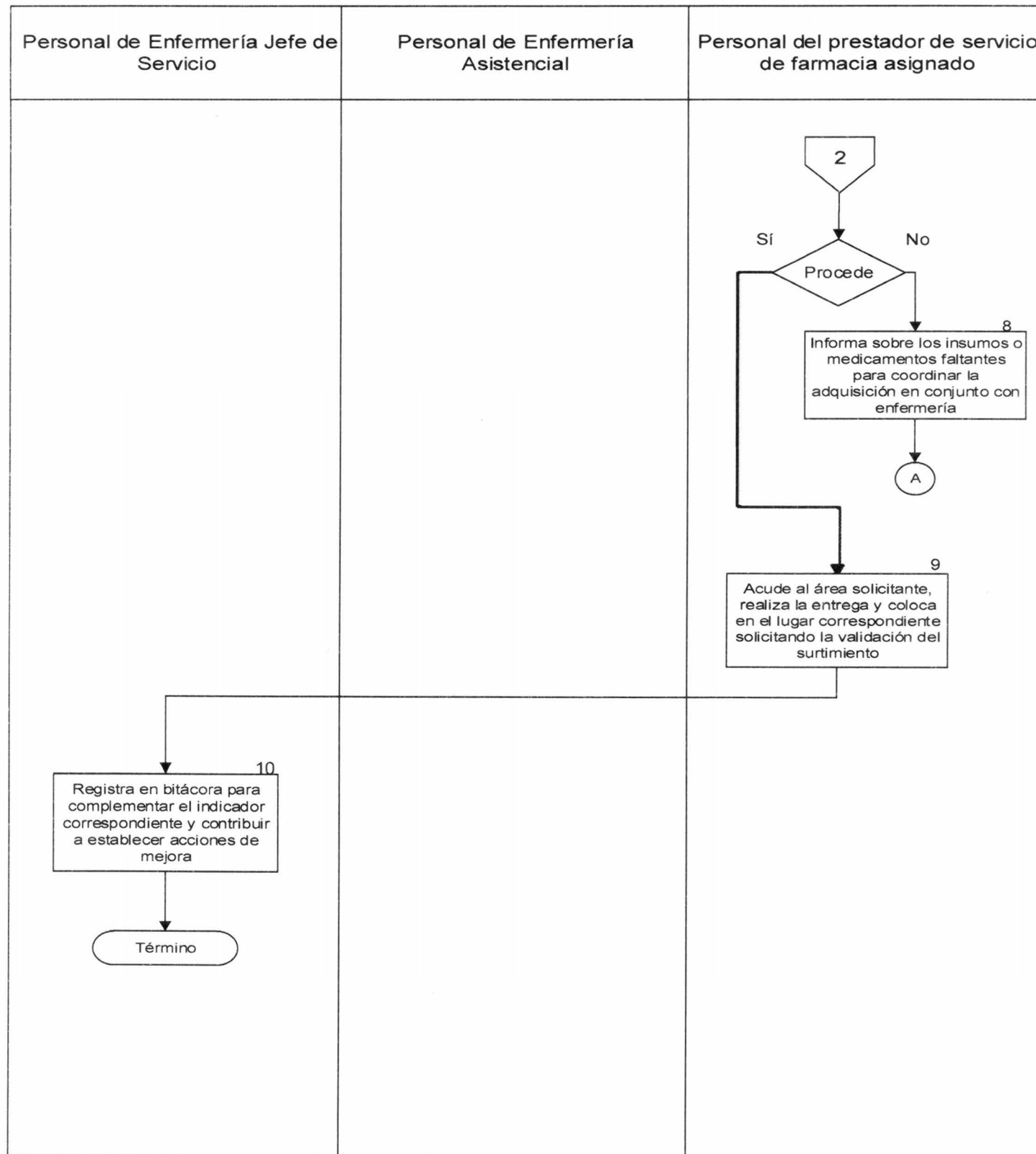
**23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

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

23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



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



23. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

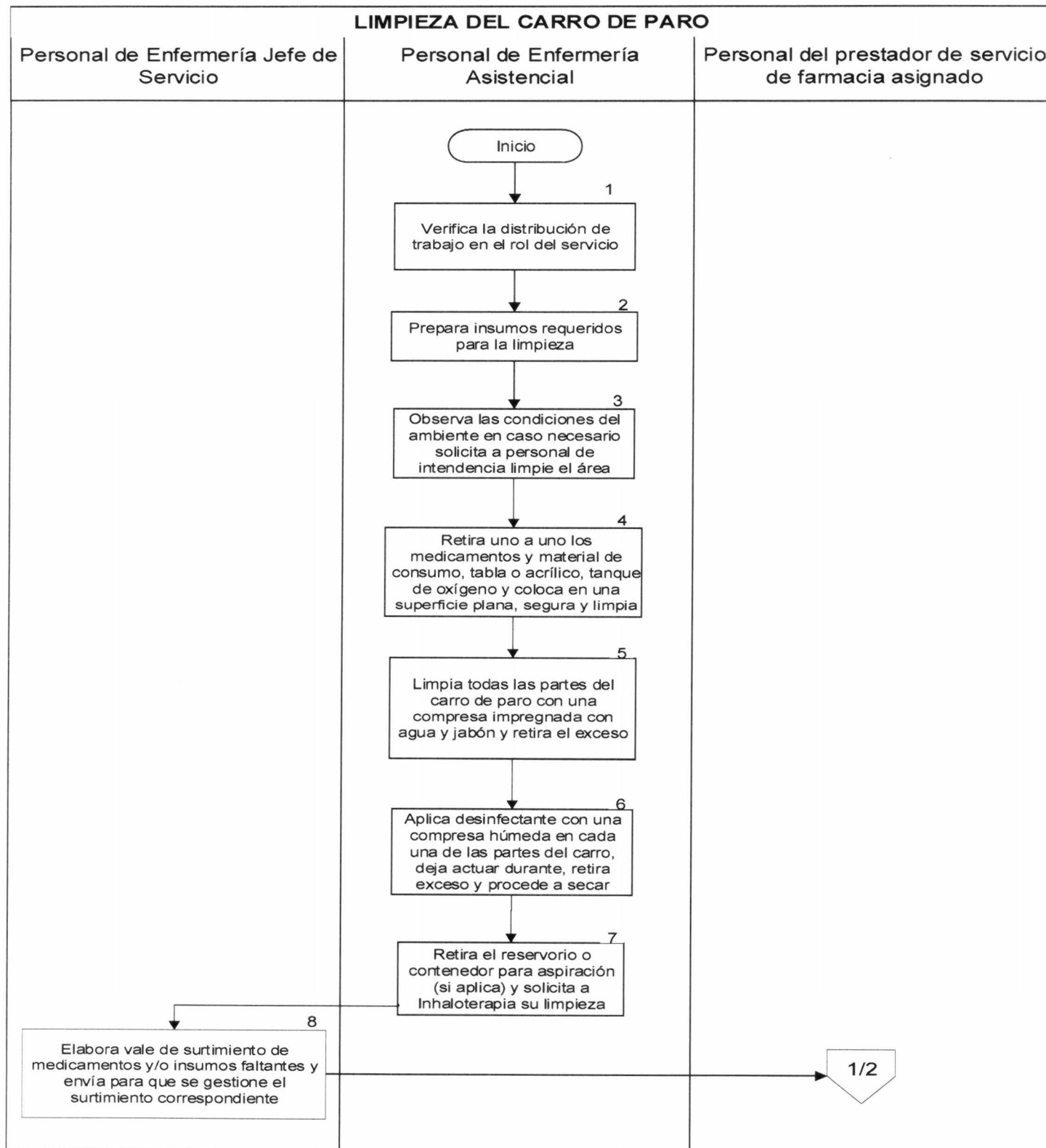
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO
Personal de Enfermería asistencial	1	Verifica la distribución de trabajo en el rol del servicio.
	2	Prepara insumos requeridos para la limpieza (compresas, solución desinfectante o jabón, guantes, mesa Pasteur)
	3	Observa las condiciones 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.

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

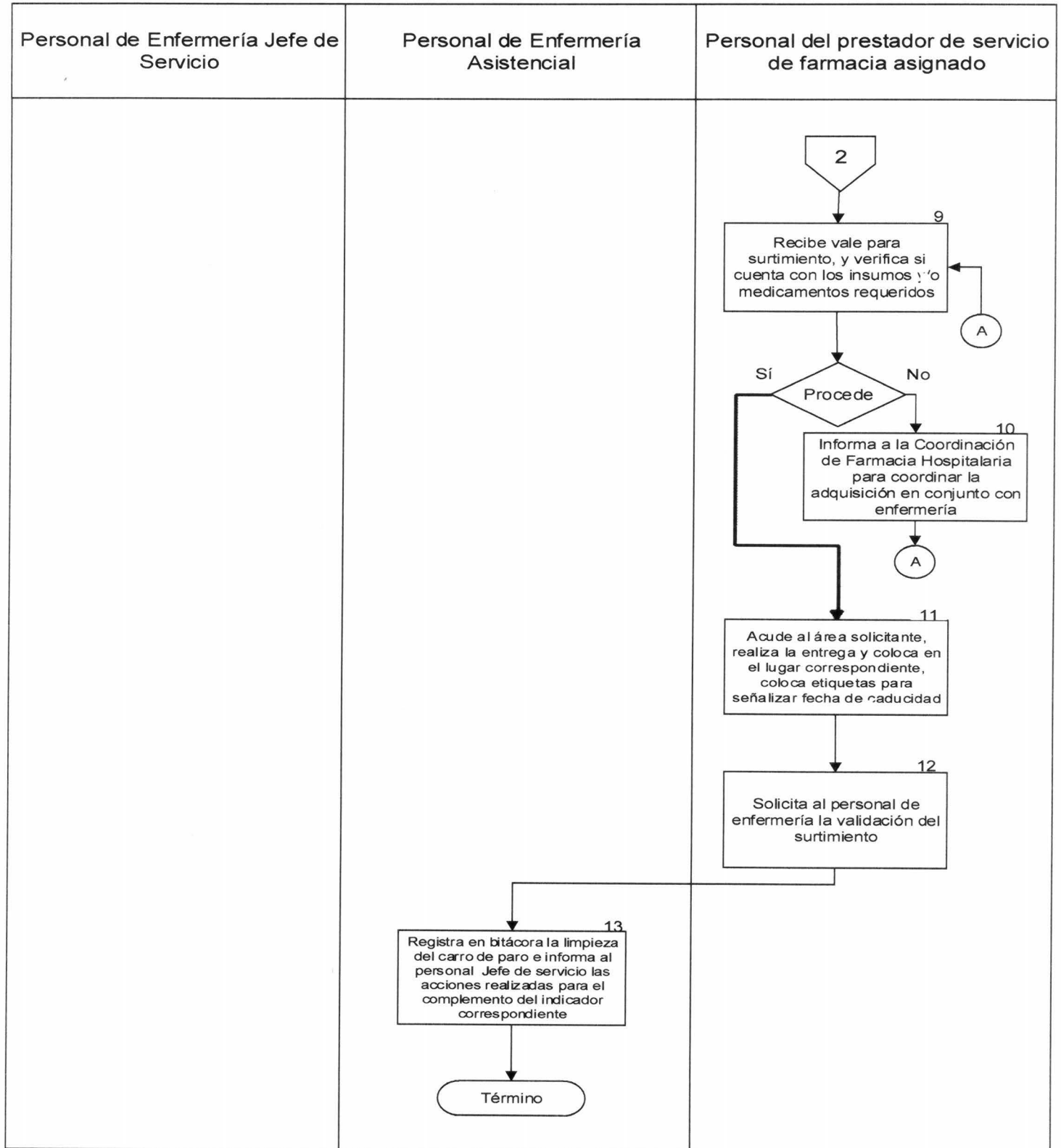
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO
Personal del prestador de servicio de farmacia asignado	12	Solicita al personal de enfermería la validación del surtimiento.
Personal de Enfermería asistencial	13	Registra en bitácora la limpieza del carro de paro e informa al personal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

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

LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO



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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

24. 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.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

24. 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.

24. 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.

24. 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 disperejos.
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 deambulaci3n, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo. Utilizaci3n de tripies, sillas de ruedas, bombas de infusi3n o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulaci3n. 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. ▪ Iluminaci3n deficiente.

24. 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 cardíaco, alteraciones visuales, ataxia, tremor, cefalea, parestesias.

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Antidepresivos	Confusión, sedación, somnolencia, temblor, bradicardia, anorexia, vómitos, diarrea.
Sedantes	Alteraciones de la atención y de la memoria, estados contusionales, trastornos de la coordinación motora y de la estabilidad postural, cefaleas, mareos e irritabilidad
Hipnóticos	Sensación de torpeza y cansancio diurno, marcada reducción de funciones cognitivas como la memoria o la concentración, trastornos de la estabilidad postural.
Antiinflamatorios no esteroideo (AINE)	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 garanticen 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 ayuda.

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

- 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
- (Vasos de cristal, botellas, cuchillos, etc.)

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

- 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

24. 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

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

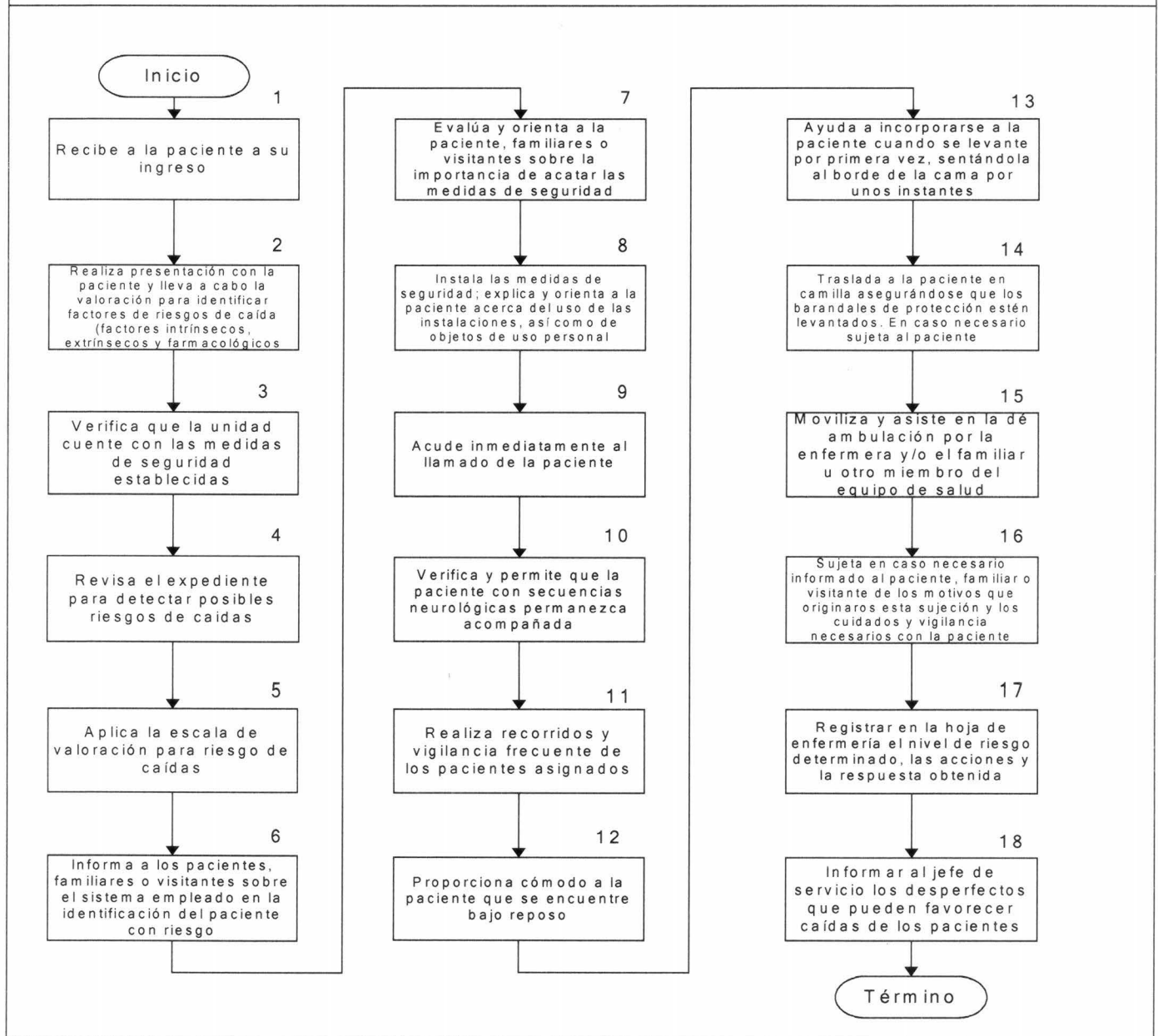
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Recibe a la paciente a su ingreso.
	2	Realiza presentación con la paciente y lleva a cabo la valoración para identificar factores de riesgos de caída (factores intrínsecos, extrínsecos y farmacológicos).
	3	Verifica que la unidad cuente 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.

24. 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		

24. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN**OBJETIVO**

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

25. 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-SSA3-2012**. 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.
 - 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.



25. 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

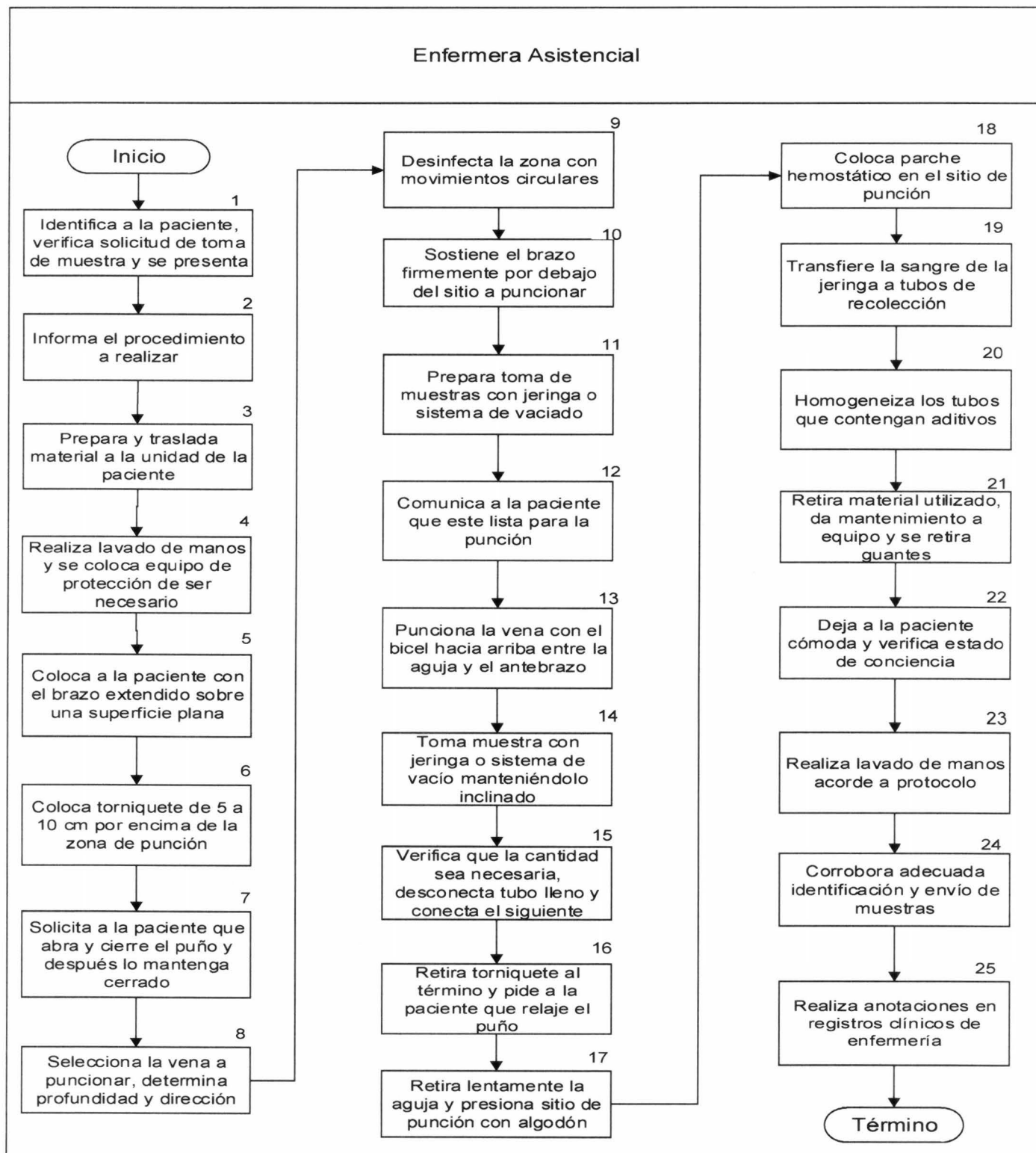
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PUNCIÓN)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica la solicitud de toma de muestras y se presenta
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Prepara y traslada 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.



25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	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	Corrobora la adecuada identificación y envío de muestras.
	25	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

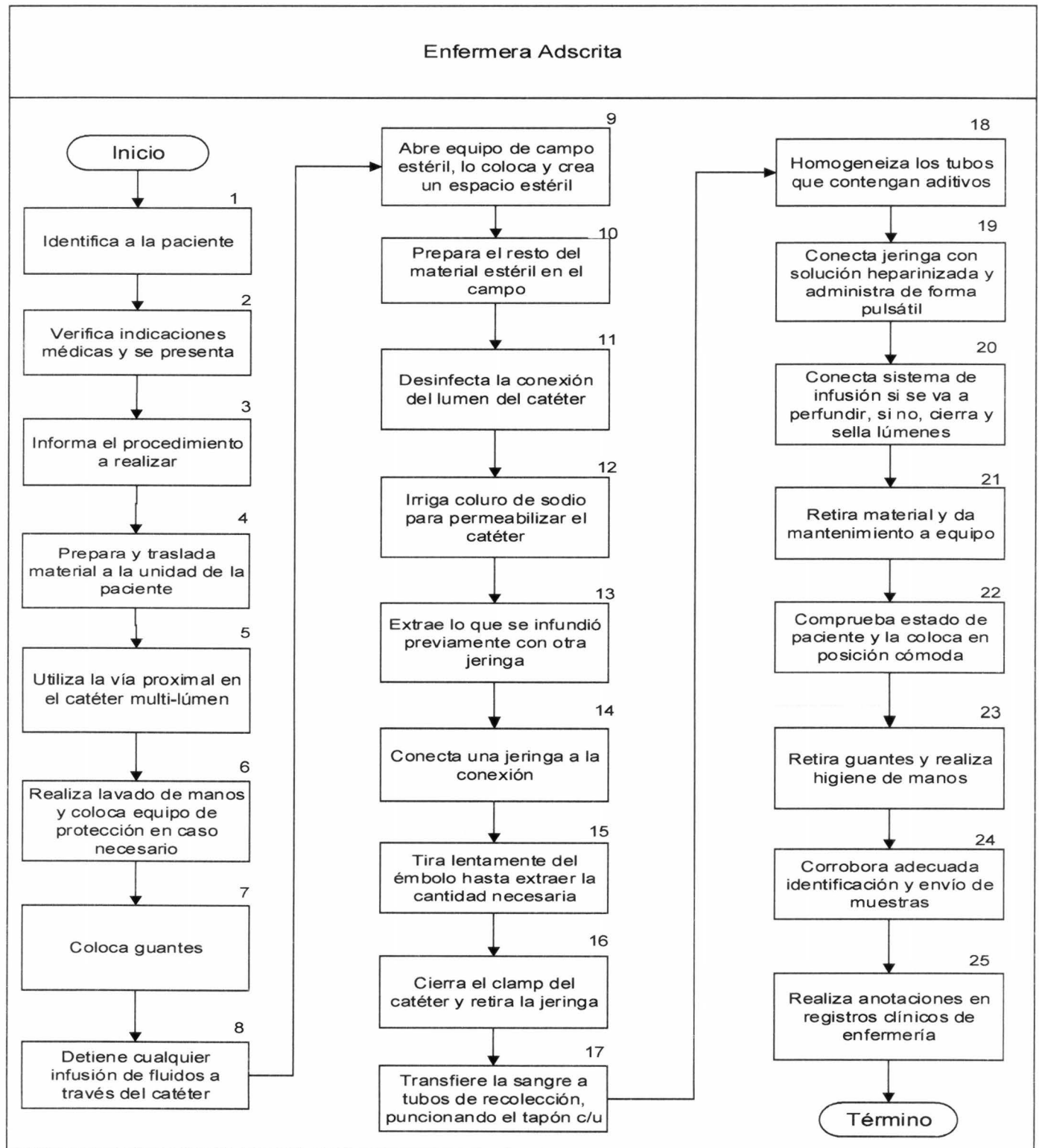
25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

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.

25. 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

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

25. 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 silicona	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 lito	Química clínica en plasma	5 veces
	Heparina de sodio/lito	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 (R1-A6, Vol. 27 N°26, 2007 y H04-A6, Vol. 28 N°25, 2008)



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

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



**26. 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
22	04	24

26. 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-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
- 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.

26. 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.

**26. 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 recolectora con jabón, enjuaga y seca con gasas.



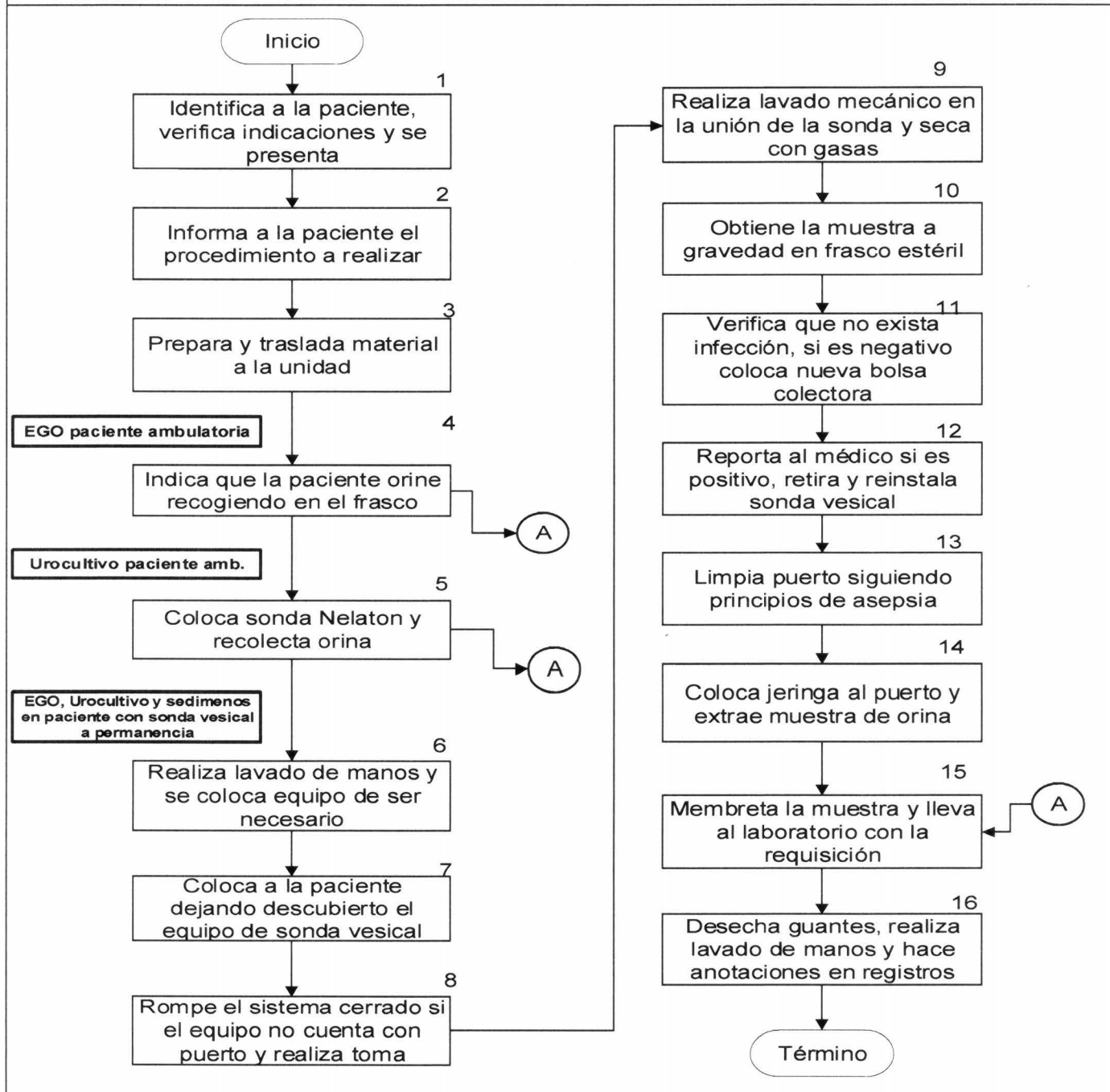
**26. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)**

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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

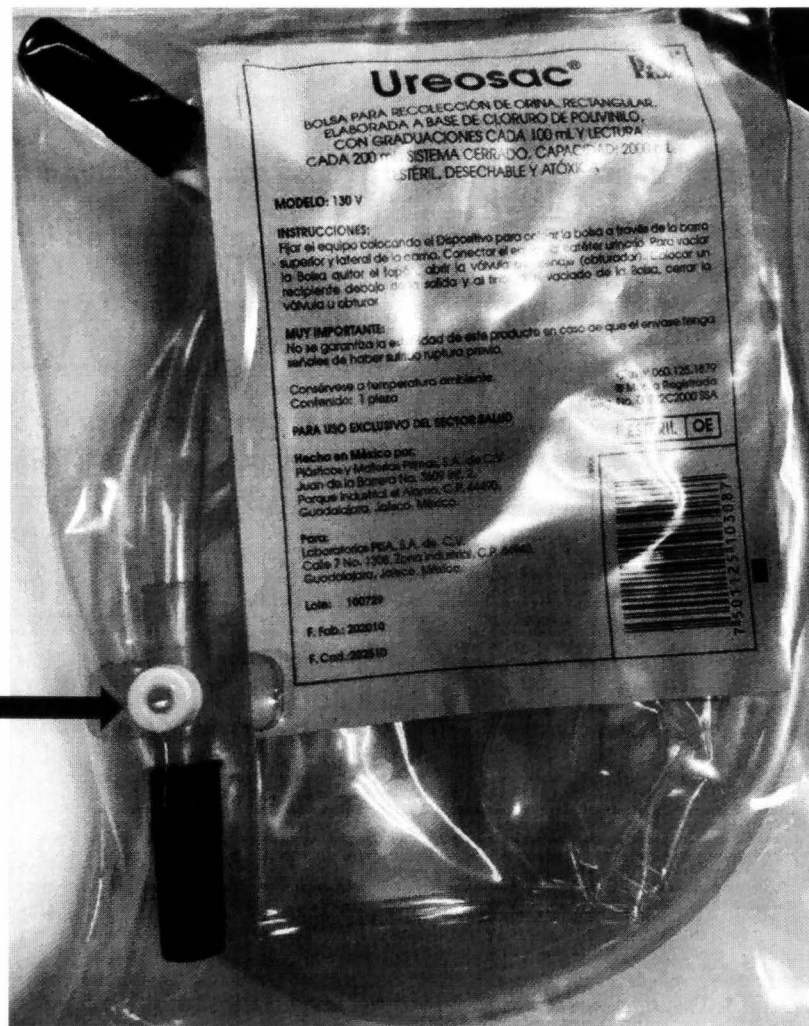
Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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

ANEXOS



Puerto para toma de
muestras

27. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

27. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

27. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

OBJETIVO

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



27. 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 vengán 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
22	04	24

27. 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 ministrar 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

27. 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.

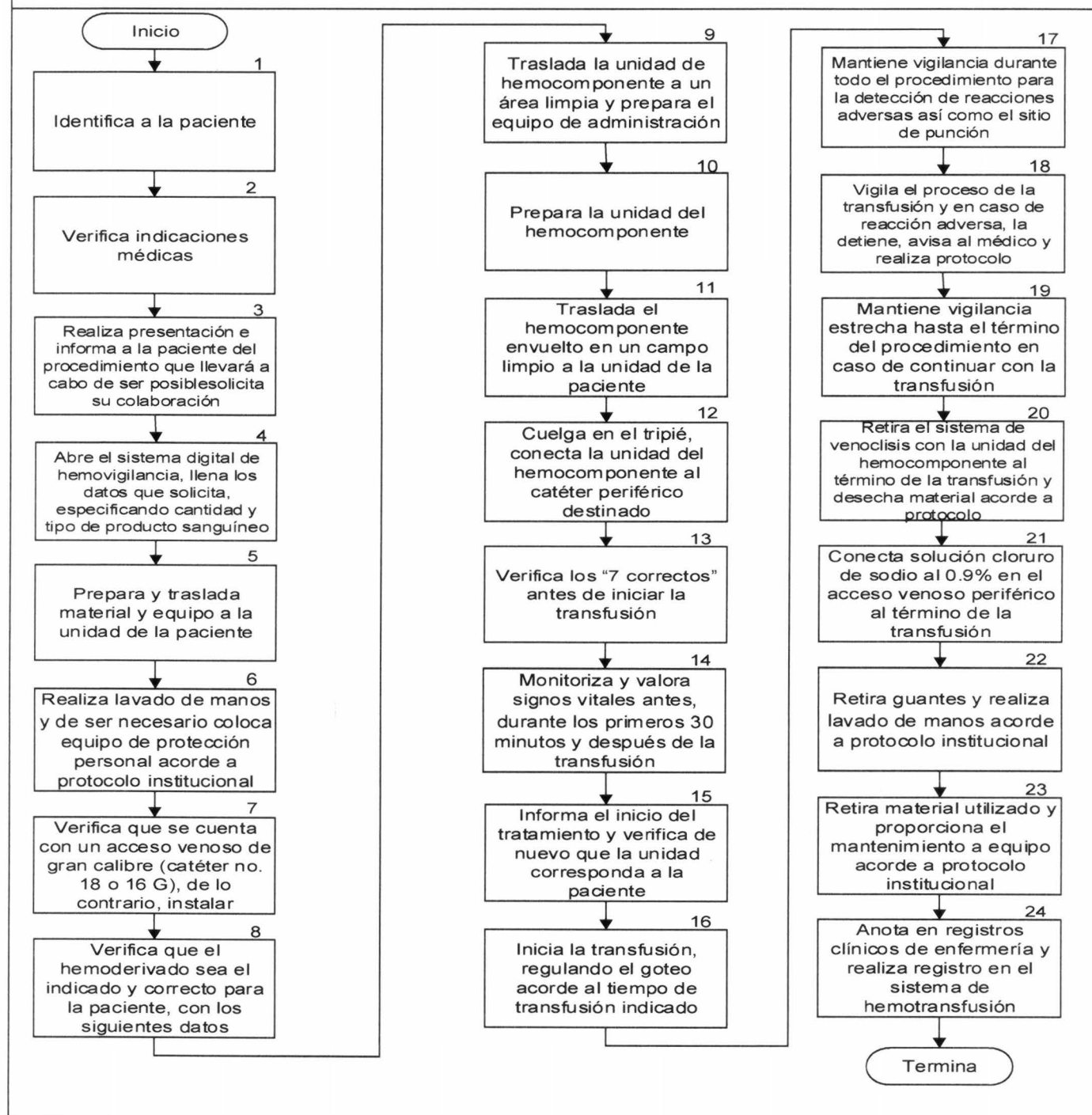


27. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

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

27. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Enfermera Asistencial



27. 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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

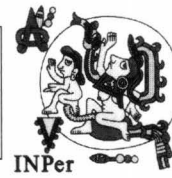
28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

OBJETIVO

Obtener parámetros objetivos de las condiciones clínicas con fines diagnósticos.



28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

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-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-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 indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Verificar que exista el equipo:
 - Termómetro
 - Baumanómetro
 - Estetoscopio
 - Satuómetro
- Verificar el funcionamiento adecuado del equipo.
- Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

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.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS
- Conocer el procedimiento a realizar.
- Conocer los parámetros normales de los signos vitales.
- Contar con reloj segundero.
- Utilizar el brazalete acorde al tamaño de la paciente (**VER ANEXO**).
- Colocar equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de cooperación.



28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

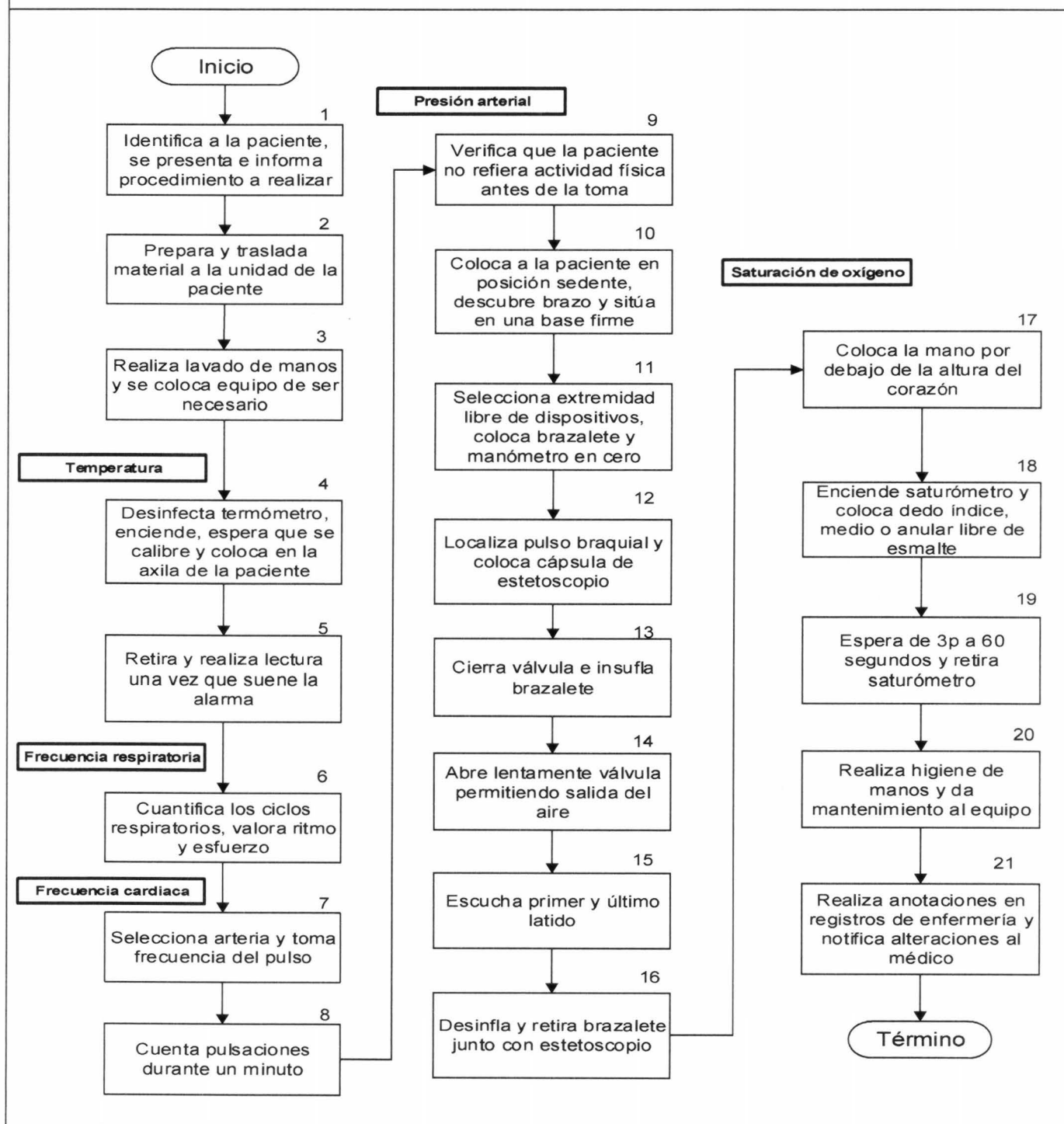
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta e informa procedimiento a realizar.
	2	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
		Temperatura
	4	Desinfecta termómetro, enciende, espera que marque el rango de calibración y coloca en zona axilar del paciente.
	5	Retira y realiza lectura una vez que suene la alarma
		Frecuencia respiratoria
	6	Cuantifica los ciclos respiratorios en el lapso de 1 minuto, valorando profundidad, ritmo, amplitud y esfuerzo.
		Frecuencia cardiaca
	7	Selecciona la arteria, toma la frecuencia del pulso: Por palpación: Coloca la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria. Presiona solamente lo necesario para percibir las pulsaciones teniendo en cuenta fuerza y ritmo. Por auscultación: Coloca la capsula del estetoscopio entre el 3ro y 4to espacio intercostal izquierdo del paciente.
	8	Cuenta las pulsaciones o latidos cardiacos durante un minuto.
		Presión arterial
	9	Verifica que la paciente no refiera actividad física cinco minutos antes de la toma
	10	Coloca a la paciente en posición sedente o decúbito dorsal, descubre el brazo, antebrazo y sitúa sobre una base firme.
	11	Selecciona la extremidad que esté libre de dispositivos y/o compromiso vascular y coloca el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio antecubital, verifica que se encuentre totalmente sin aire y el manómetro marque cero.
	12	Localiza el pulso braquial con la yema de los dedos índice y medio y coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial
	13	Cierra la válvula de la perilla insufladora del baumanómetro, utilizando el tornillo e insufla el brazalete hasta que el indicador de presión (columna de manómetro) marque más de 15 mmHg a la presión basal sistólica que la paciente maneja
	14	Abre lentamente la válvula de la perilla del baumanómetro permitiendo la salida de aire del brazalete

28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	15	Escucha el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff), y el último latido que corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff).
	16	Desinfla y retira el brazalete junto con el estetoscopio
		Saturación de Oxígeno
	17	Coloca la mano por debajo de la altura del corazón.
	18	Enciende el saturómetro y coloca en dedo índice, medio o anular, verifica que la uña esté libre de esmalte ya que puede transferir en la toma.
	19	Espera de 30 a 60 segundos para realizar la lectura y retira saturómetro
	20	Realiza higiene de manos y da mantenimiento al equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional
	21	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería y notifica a médico en caso de alteración.
		Termina procedimiento

28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

Enfermera Asistencial



28. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

ANEXO

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



REFERENCIAS

- https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_1.htm

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

29. VENDAJE MAMARIO

29. VENDAJE MAMARIO



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

29. VENDAJE MAMARIO

OBJETIVO

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

29. 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-SEMARNAT-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



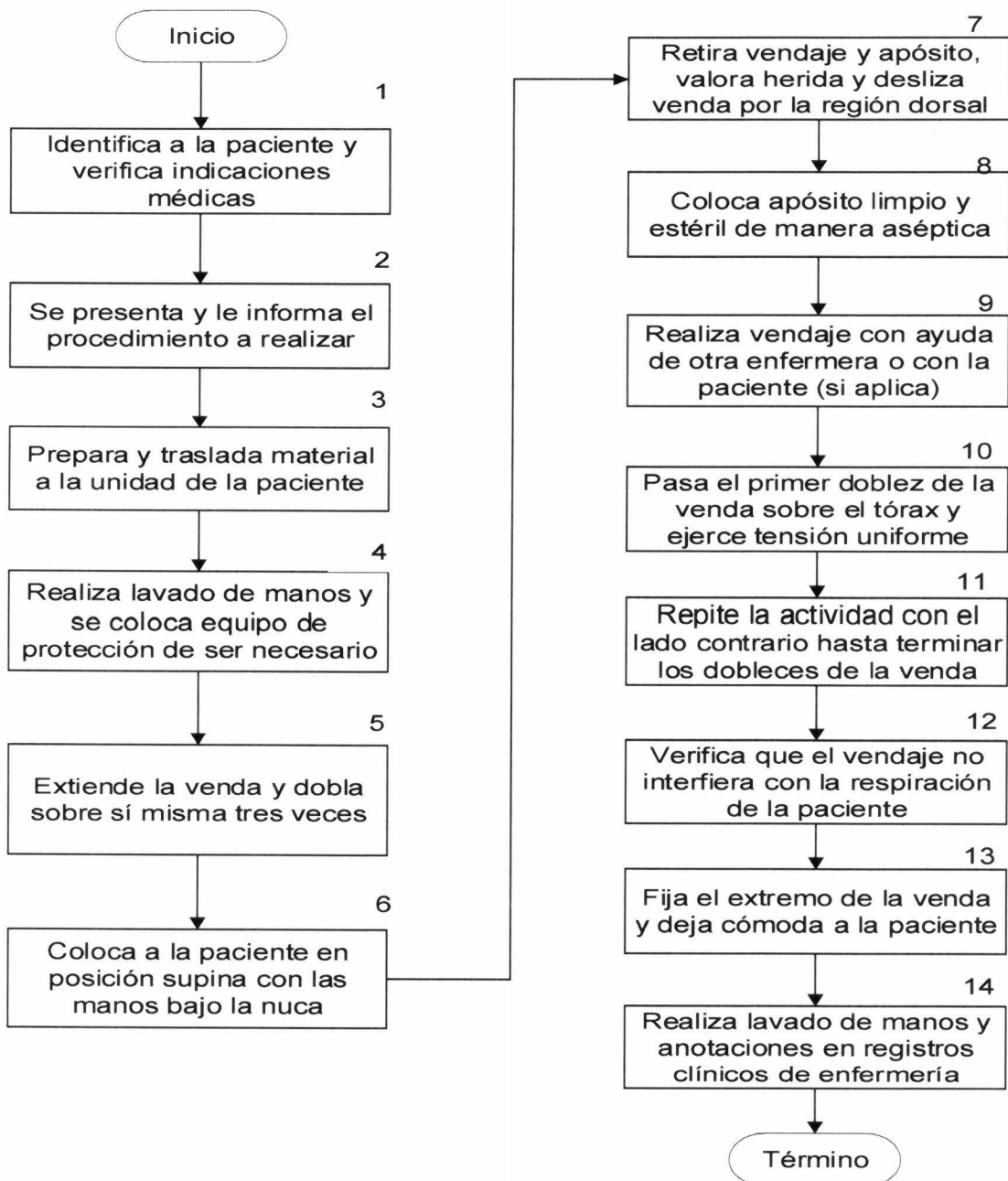
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

29. 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

29. VENDAJE MAMARIO

Enfermera Asistencial



**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

IV. HOJA DE FIRMAS

**Manual de Procedimientos Técnicos de
Enfermería
Alojamiento Conjunto**



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
22	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 LA DRA. MARTHA LUCÍA GRANADOS CEPEDA, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0345-2024.

REVISÓ

Mtra. Sofía Sánchez Ángeles
Encargada de los asuntos de la Subdirección de Enfermería