



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

Dirección Médica
Subdirección de
Enfermería

Carátula de validación de vigencia

Ciudad de México, a 16 de mayo de 2024.

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

Por lo anterior, la Dirección Médica valida la vigencia de la norma interna sustantiva:

UR	Clasificación	Nombre	Homoclave	Fecha de publicación/ difusión	Fecha de revisión
Subdirección de Enfermería	MPT	Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermería Obstetricia	INPER-NIS-0190	16/05/2024	22/04/2024

Responsable del documento

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 MTRA. SOFÍA SÁNCHEZ ÁNGELES, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0373-2024.

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.



2024
Felipe Carrillo
PUERTO
BENEFICIO DEL PROLETARIADO,
REVOLUCIONARIO Y DEFENSOR
DEL PAÍS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
OBSTETRICIA

Abril, 2024

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
OBSTETRICIA**

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

- I. OBJETIVO DEL MANUAL
- II. MARCO JURÍDICO
- III. PROCEDIMIENTOS:
 1. ENLACE DE TURNO
 2. ASEO GENITOURINARIO
 3. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA
 4. APLICACIÓN FRÍO HUMEDO
 5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO - CONDUCCIÓN
 6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL
 7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS
 8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)
 9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL
 10. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA
 11. HIGIENE BUCAL
 12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS
 13. INSTALACIÓN DE Sonda VESICAL
 14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
 15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA
 16. MANEJO DE RPBI
 17. MANIOBRAS LEOPOLD
 18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
 19. MANTENIMIENTO Sonda VESICAL
 20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES
 21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA
 22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO
 23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS
 24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS
 25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN
 26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir la técnica de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el 2° Piso de Hospitalización (Obstetricia) 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

1. ENLACE DE TURNO

1. ENLACE DE TURNO

1. 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.

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

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

1. ENLACE DE TURNO

- 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

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.

DÍA	MES	AÑO
17	04	24

1. ENLACE DE TURNO

- 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:

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.



DÍA	MES	AÑO
17	04	24

1. ENLACE DE TURNO

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

DÍA	MES	AÑO
17	04	24

1. ENLACE DE TURNO

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

1. ENLACE DE TURNO

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

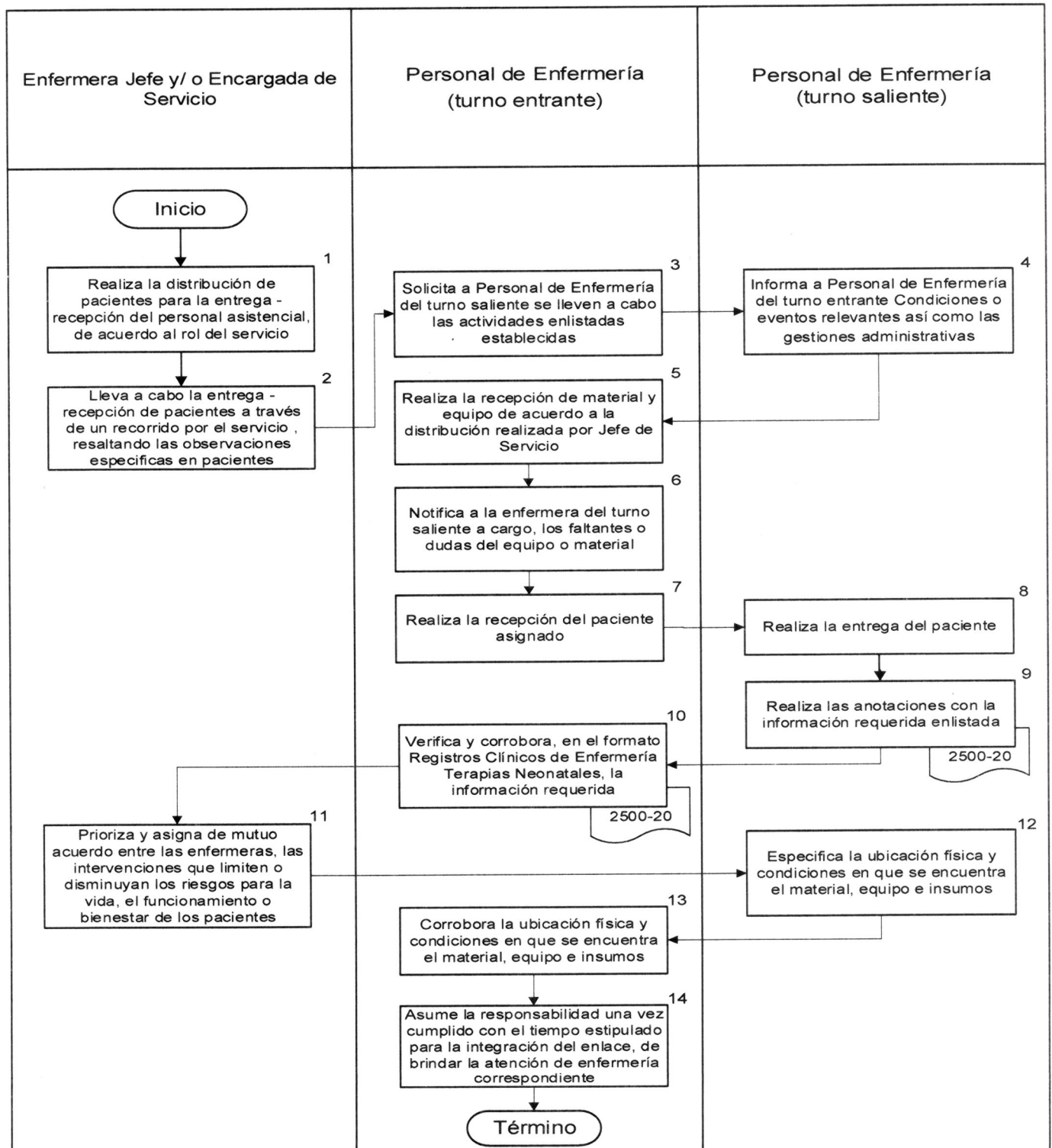
1. ENLACE DE TURNO

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



DÍA	MES	AÑO
17	04	24

1. ENLACE DE TURNO



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
 - PROYECTO de Norma Oficial Mexicana **PROY-NOM-223-SSA1-2002**, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley y sondas para drenaje urinario de silicón modelo Foley.
- Conocer las acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de asepsia (campo estéril, budinera, 2 flaneras y pinza Allis)
 - Guantes desechables
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Gasas
 - Jabón antiséptico
 - Jabón (propio de la paciente)
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Cómodo
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.

2. De la enfermera asistencial:

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

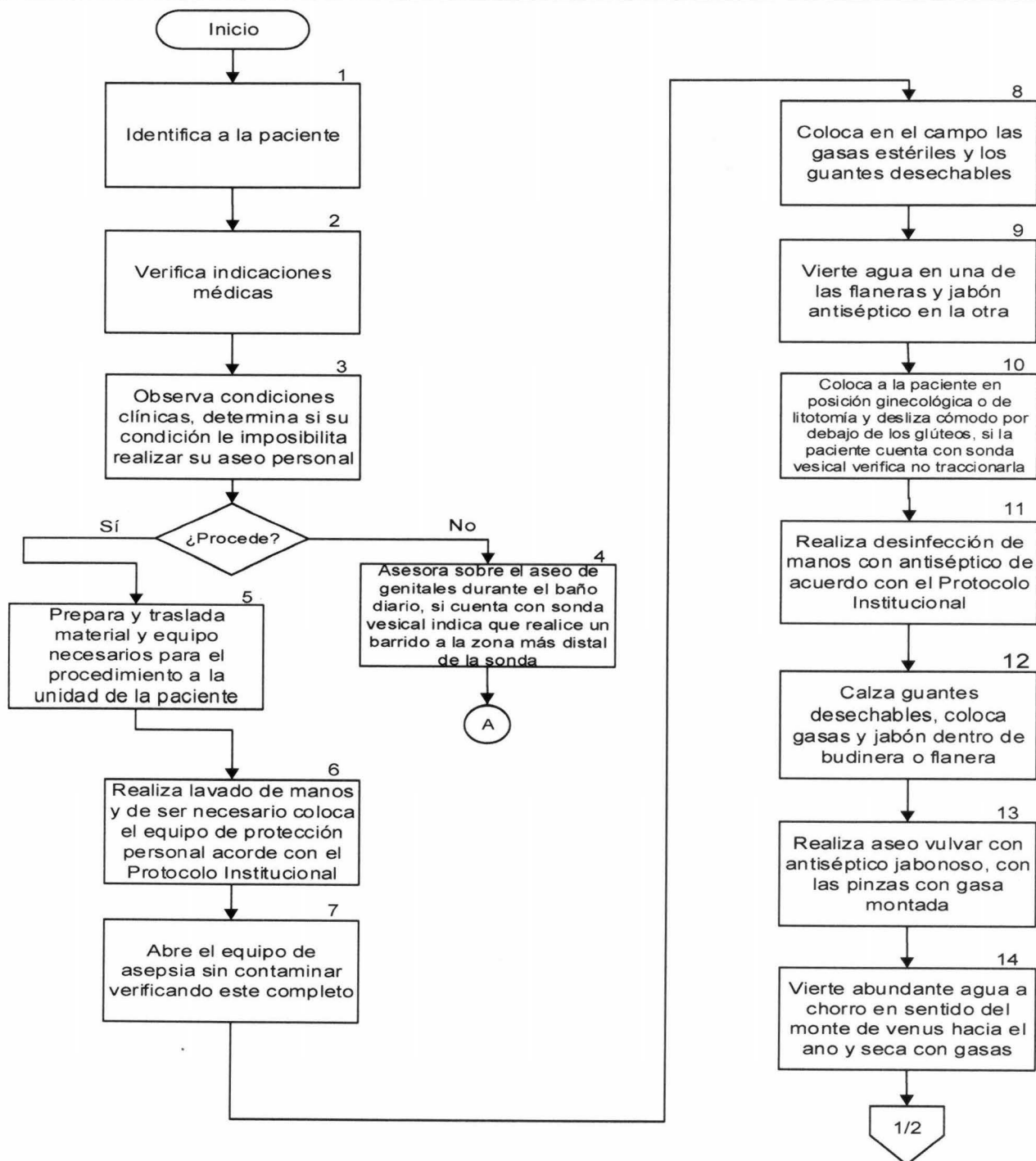
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Observa condiciones clínicas de la paciente, determina si su condición le imposibilita realizar su aseo personal. ¿Procede?
	4	No: Observa que la paciente deambula y se presenta 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 flanderas 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.
	12	Calza guantes desechables, coloca gasas y jabón dentro de budinera o flander.
	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.

2. ASEO GENITOURINARIO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial		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

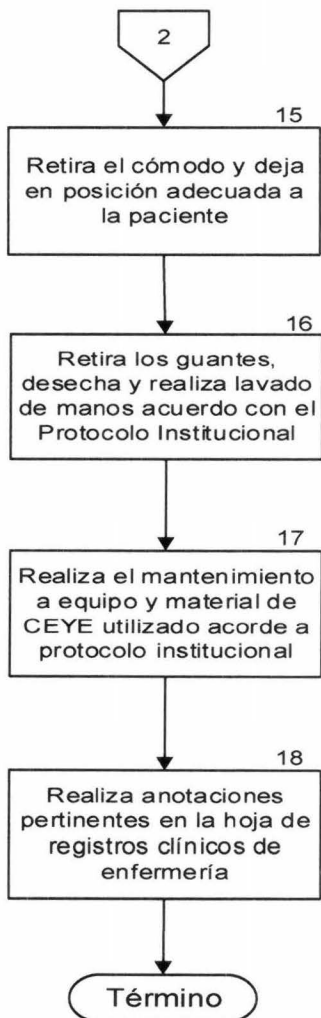
Enfermera Asistencial





2. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial



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

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

**3. 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

3. 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-020-SSA2-1994**, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.
 - 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.

- 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, medico, camilleros y supervisión de enfermería durante el traslado e interconsulta.
- Realizar las anotaciones en los Registros Clínicos de Enfermería.

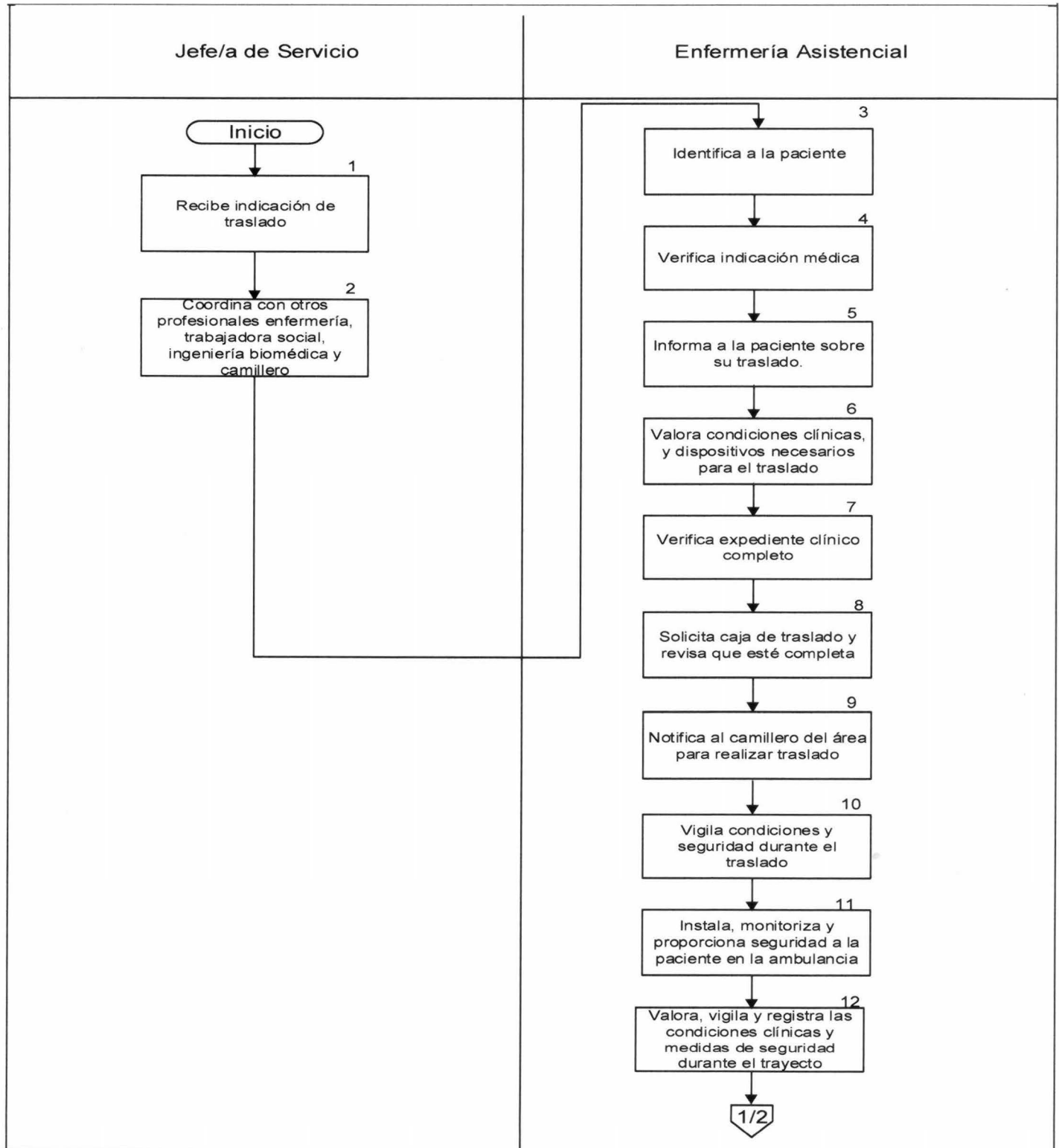
**3. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO
DE LA PACIENTE ADULTA**

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	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.

3. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA

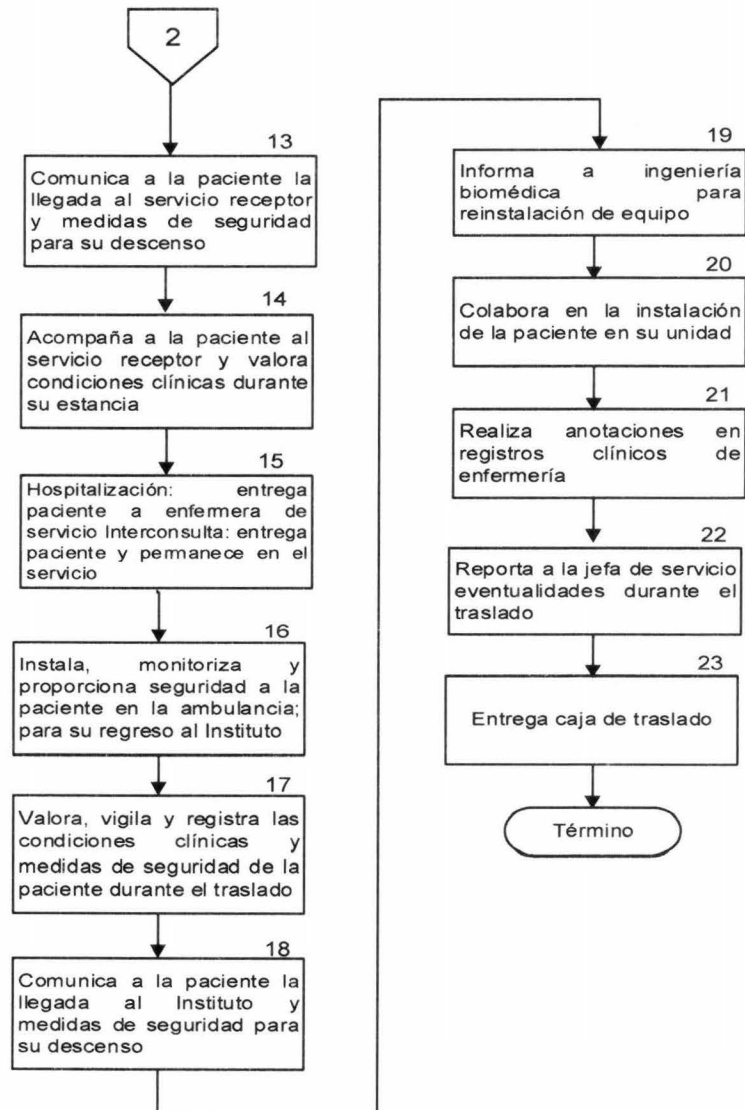
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	17	Valora, vigila y registra las condiciones clínicas y medidas de seguridad de la paciente durante el traslado.
	18	Comunica a la paciente la llegada al Instituto y retroalimenta medidas de seguridad para su descenso de la ambulancia 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

3. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA



3. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO HOSPITALARIO DE LA PACIENTE ADULTA

Enfermería Asistencial



4- APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

4. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO



4- APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

4- APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Que todo el material y equipo se encuentre disponible.

2. Del Profesional la Enfermería Asistencial.

- Verificar indicaciones médicas
- Verificar identificación correcta del paciente
- Explicar al paciente el procedimiento a realizar
- Realizar lavado de manos como lo marca la estrategia “esta en tus manos” de la OMS
- Tomar constantes vitales antes, durante y después del procedimiento
- Evitar la exposición directa de frío en la piel.
- Verificar las condiciones físicas de la piel.
- Alternar las zonas de aplicación.
- Verificar temperatura corporal cada 30 minutos en caso de hipertermia.
- 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.

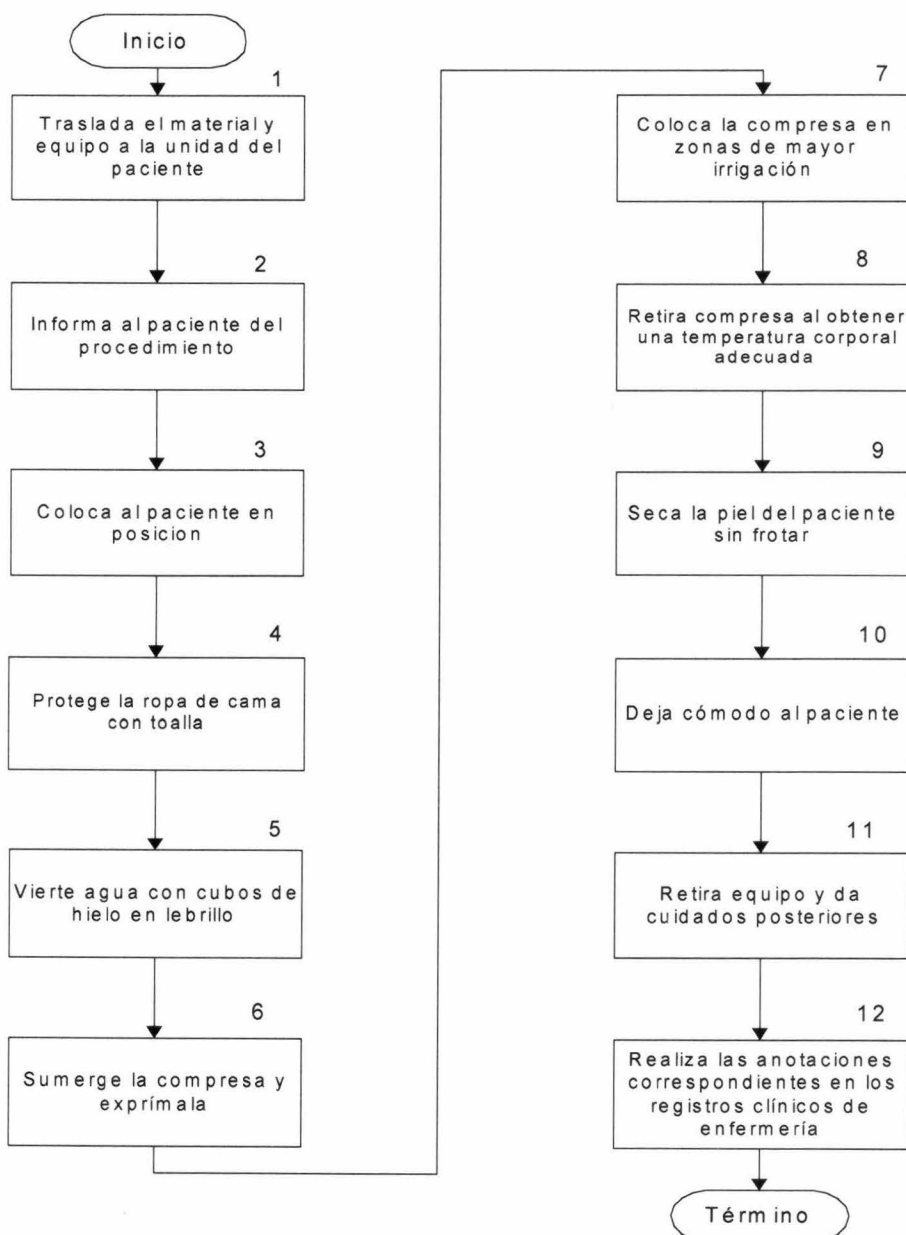
- Respetar la individualidad del paciente y proporcionar un trato digno.
- Efectuar el lavado de manos antes y después de la atención del paciente y de la realización del procedimiento según la estrategia “esta en tus manos” de la OMS.
- Desechar el material utilizado en el recipiente adecuado, según la Norma 087-RPBI (Manejo de Residuos Biológico infecciosos).

4- APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Jefe y /o Encargada de Servicio	1	Traslada el material y equipo a la unidad del paciente.
	2	Informa al paciente del procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición.
	4	Protege la ropa de cama con toalla.
	5	Vierte agua con cubos de hielo en lebrillo.
	6	Sumerge la compresa y exprímala
	7	Coloca la compresa en zonas de mayor irrigación.
	8	Retira compresa al obtener una temperatura corporal adecuada.
	9	Seca la piel del paciente sin frotar.
	10	Deja cómodo al paciente.
	11	Retira equipo y da los cuidados posteriores.
	12	Realiza las anotaciones correspondientes en los registros clínicos de Enfermería.
		Termina procedimiento.

4- APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

Enfermera (o) Asistencial





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN**5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN**

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – 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.

5. 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-ECOL-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.
 - Medias antitrombóticas.
 - Cardiotocógrafo completo.
 - Toma de pared de gases medicinales.
 - Borbotador de oxígeno con flujómetro
 - Doppler fetal
 - Difusor y esencias para aromaterapia
 - Equipo de sonido para musicoterapia
 - Pelota de pilates

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

- 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.



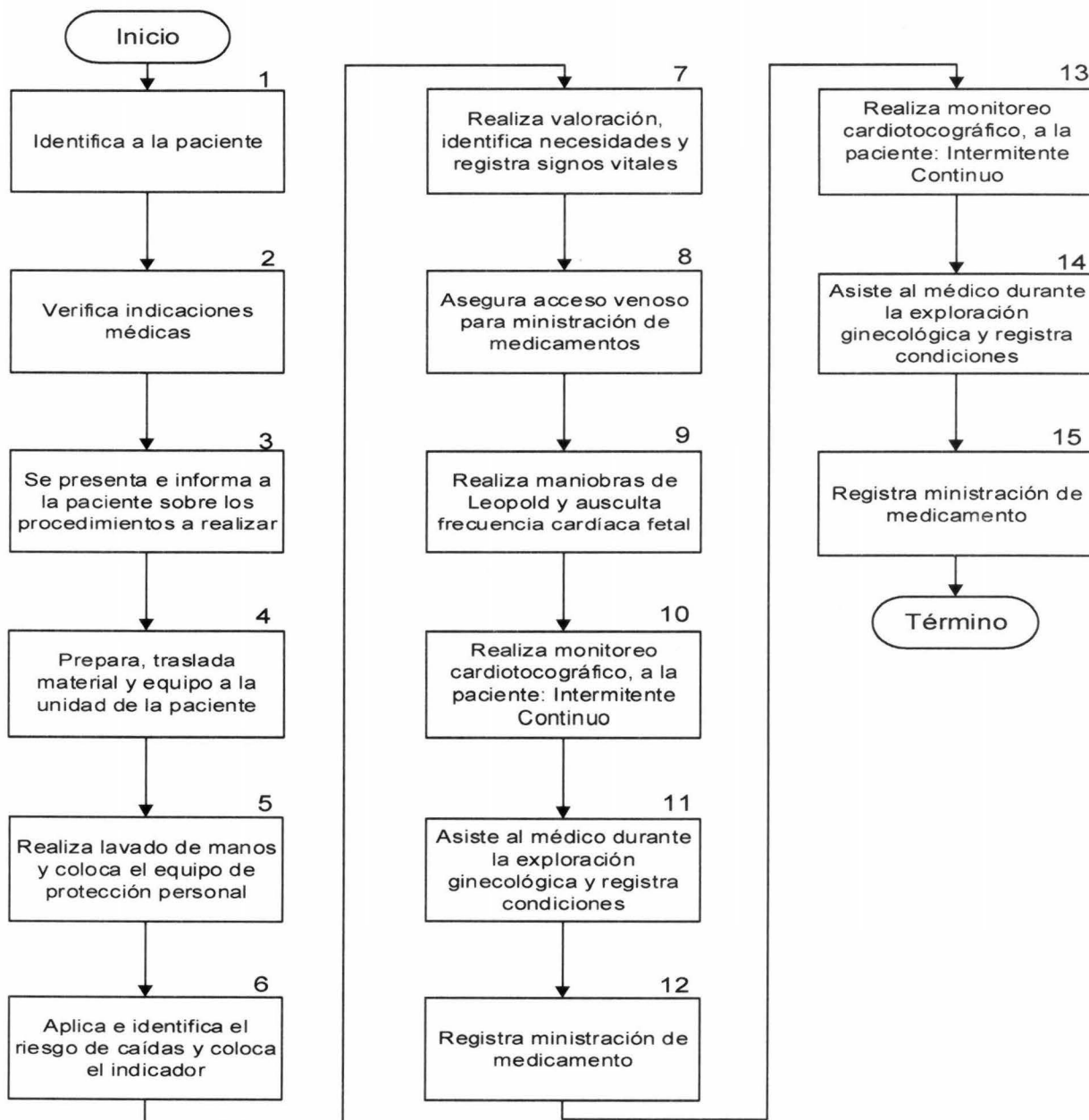
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. Nº	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
	14	Vigila la aparición de efectos secundarios
	15	Identifica las etapas clínicas del trabajo de parto
		Termina procedimiento

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

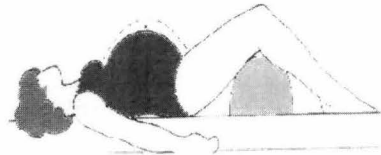
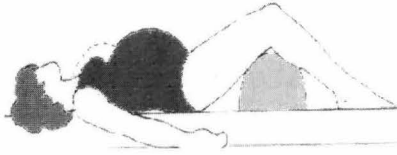
Enfermera (o) Asistencial



5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

ANEXO

Técnicas de Respiración

Tipo de respiración	Descripción	Imagen
1. 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	
2. 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.	

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Termoterapia

3. 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 dese de pujar cuando todavía no es el momento. En esta etapa se respirar 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

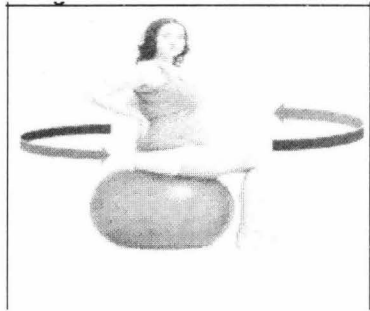
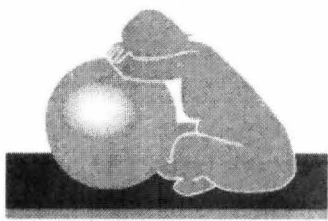
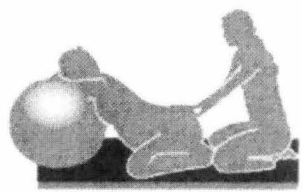




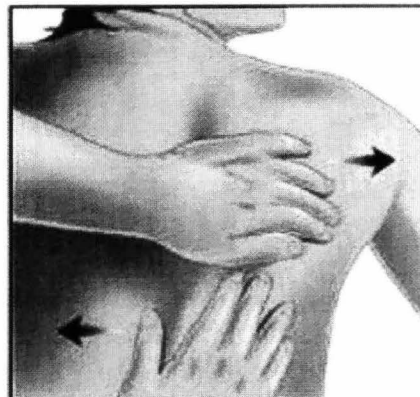
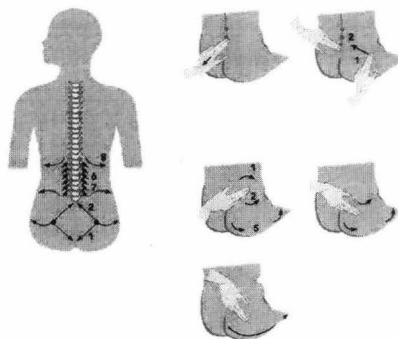
5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

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

5. 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 delante 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	

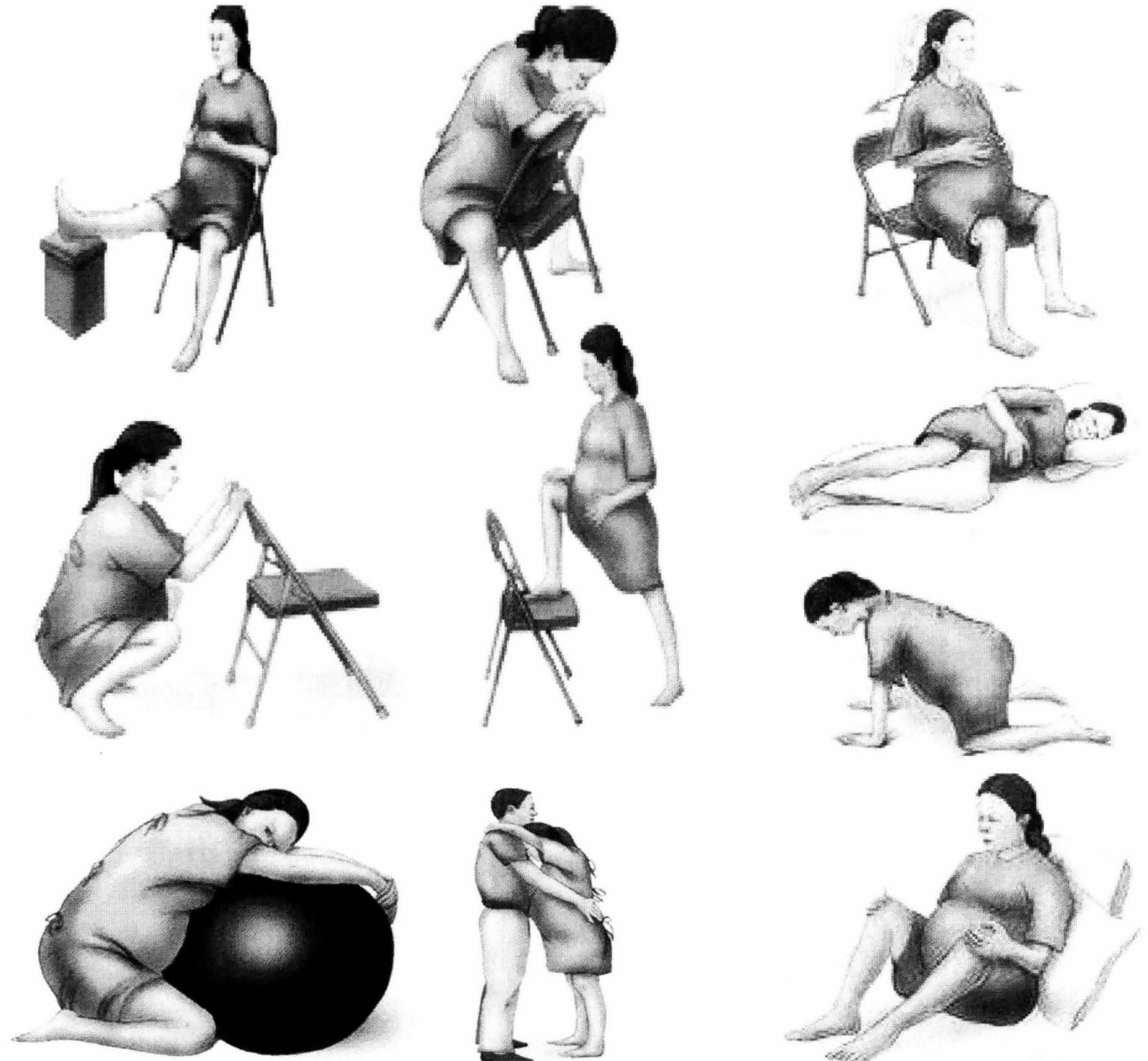
5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

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.	

5. 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

5. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <file:///C:/Users/invenfermeria.2/Downloads/NOM-019-SSA3-2013.pdf>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico. Disponible en: <file:///C:/Users/invenfermeria.2/Downloads/NOM-004-SSA3-2012.pdf>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2010**, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4151/salud/salud.htm>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, Para la vigilancia epidemiológica. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012**, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
- 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. Disponible en: 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 (www.gob.mx)
- Recomendaciones de la OMS Para la conducción del trabajo de parto. Disponible en: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- JR, H. (s.f.). *MINISTERIO DE SALUD*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

6. 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.

6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

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-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:

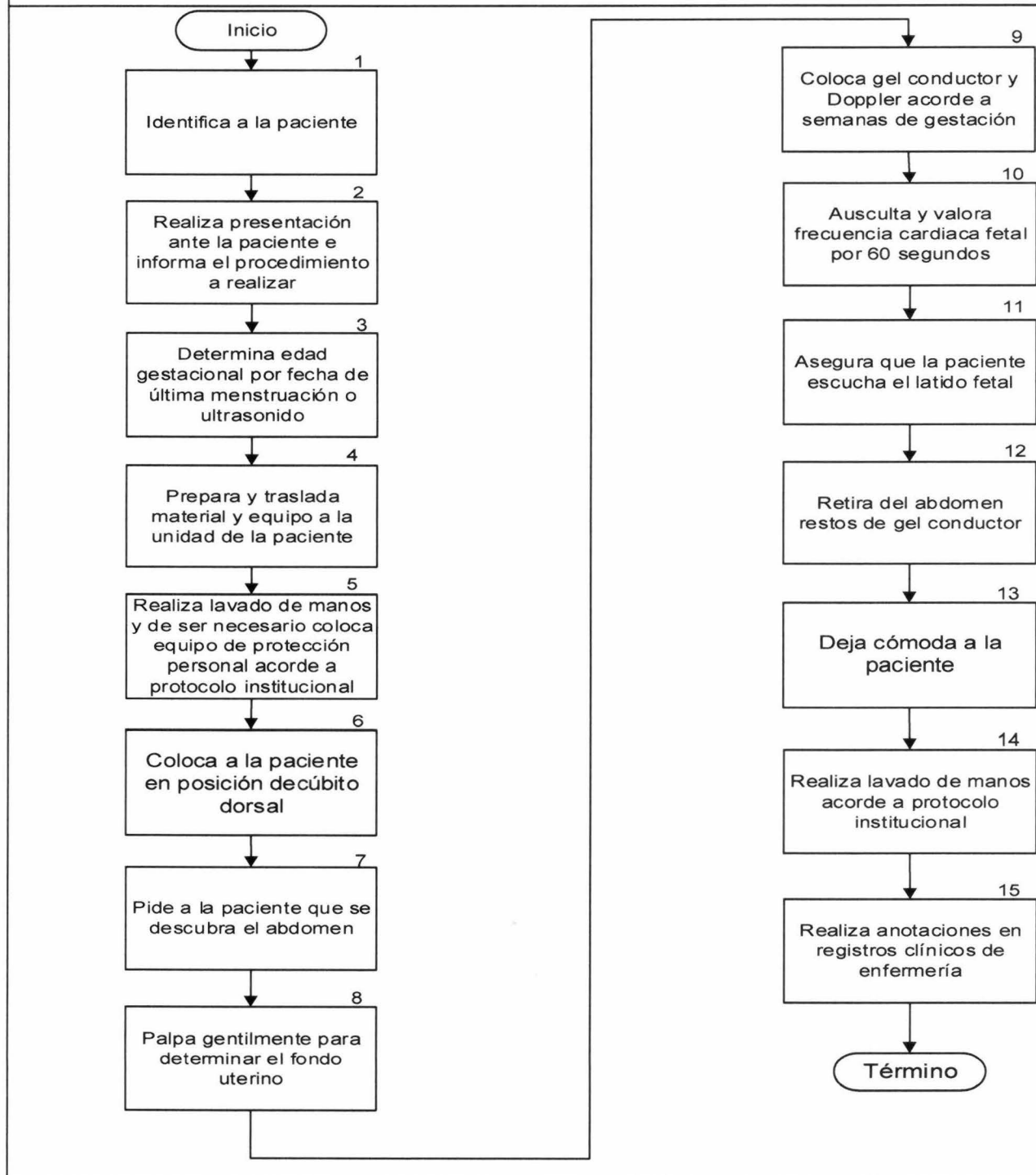
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplica las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando 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.

6. 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

6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

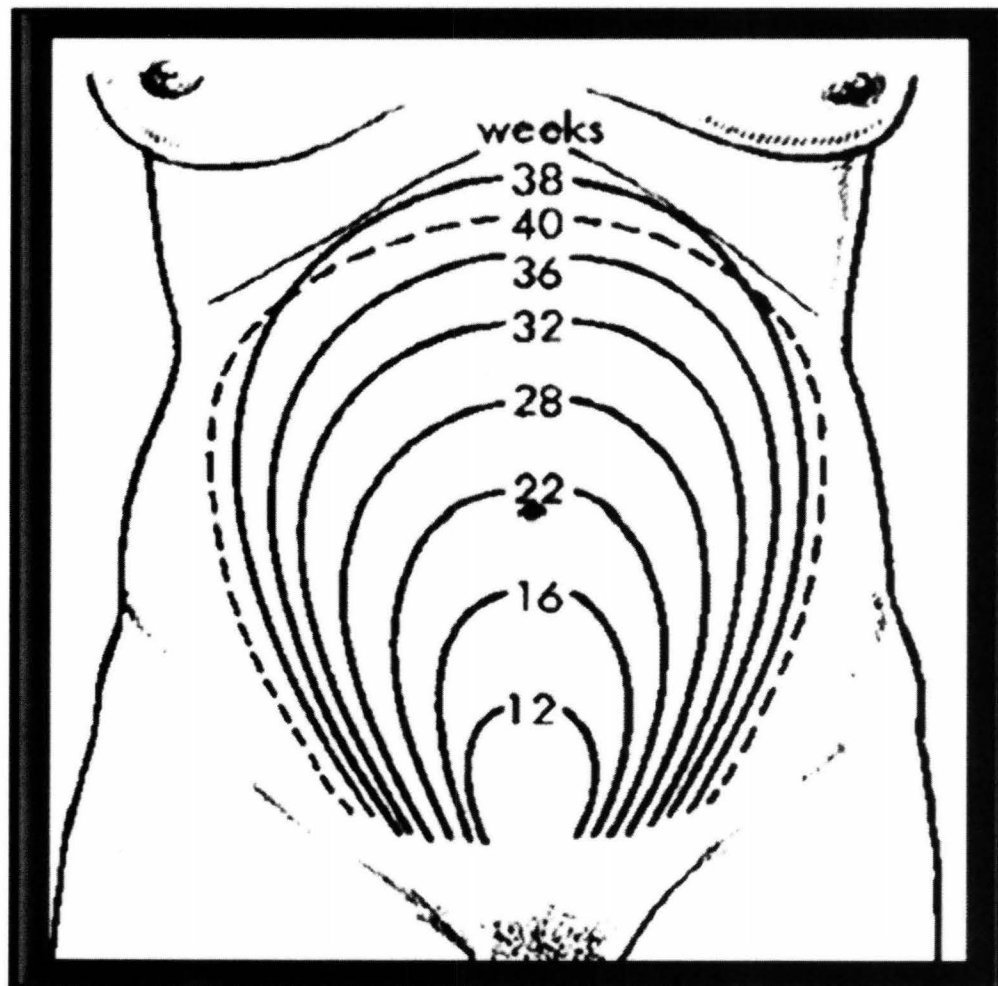
Enfermera Asistencial



6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

ANEXO

Altura de fondo uterino acorde a edad gestacional



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

6. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

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

7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS**OBJETIVO**

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

7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

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-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.

7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

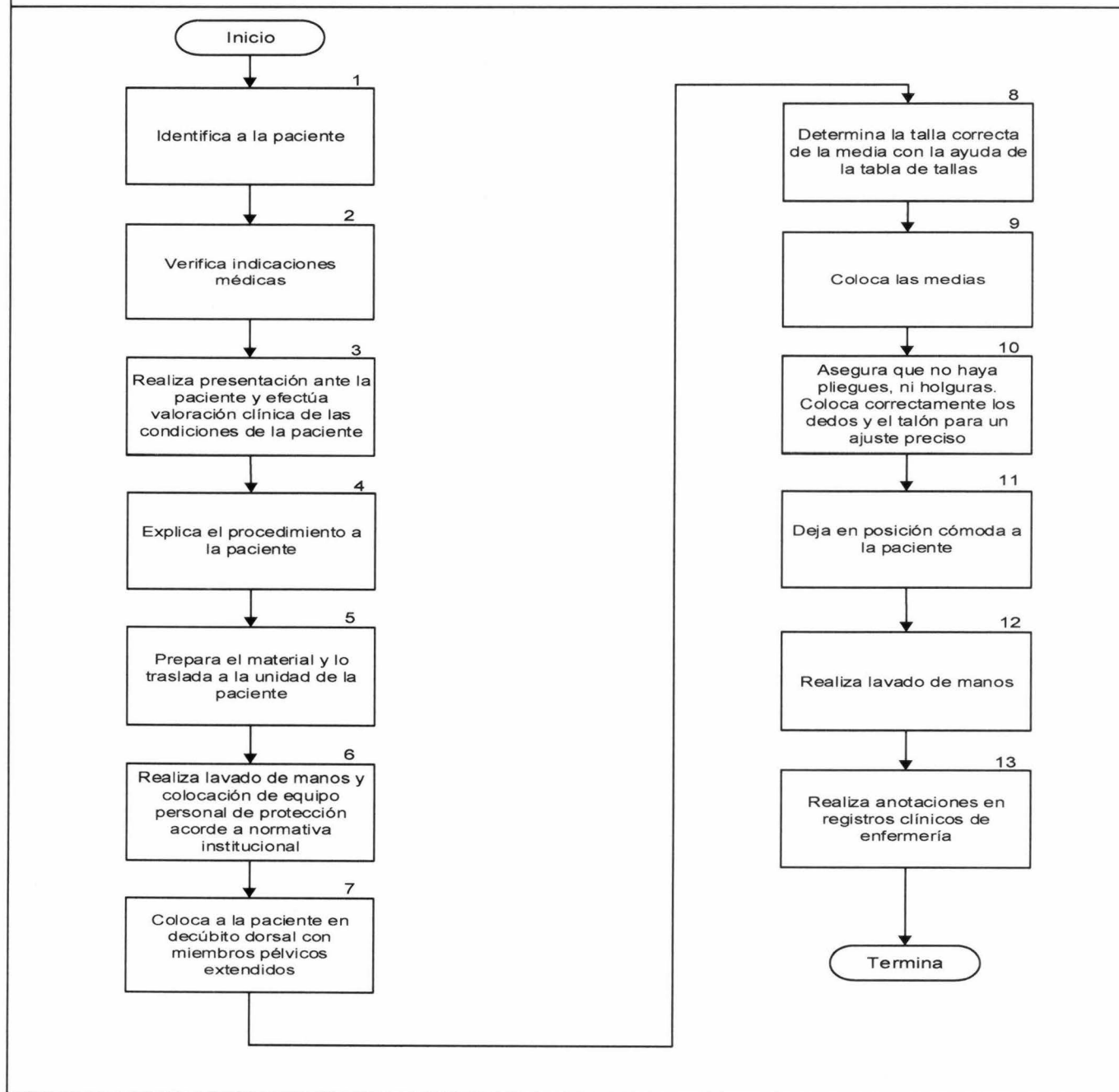
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente y efectúa valoración clínica de las condiciones de la paciente.
	4	Explica el procedimiento a la paciente.
	5	Prepara el material y 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)

7. 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

7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

Enfermera Asistencial



7. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

ANEXO 1



ANEXO 2



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será Obligación:

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

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

2. Del (a) Enfermera Asistencial:

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Respetar los principios de asepsia y antisepsia.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

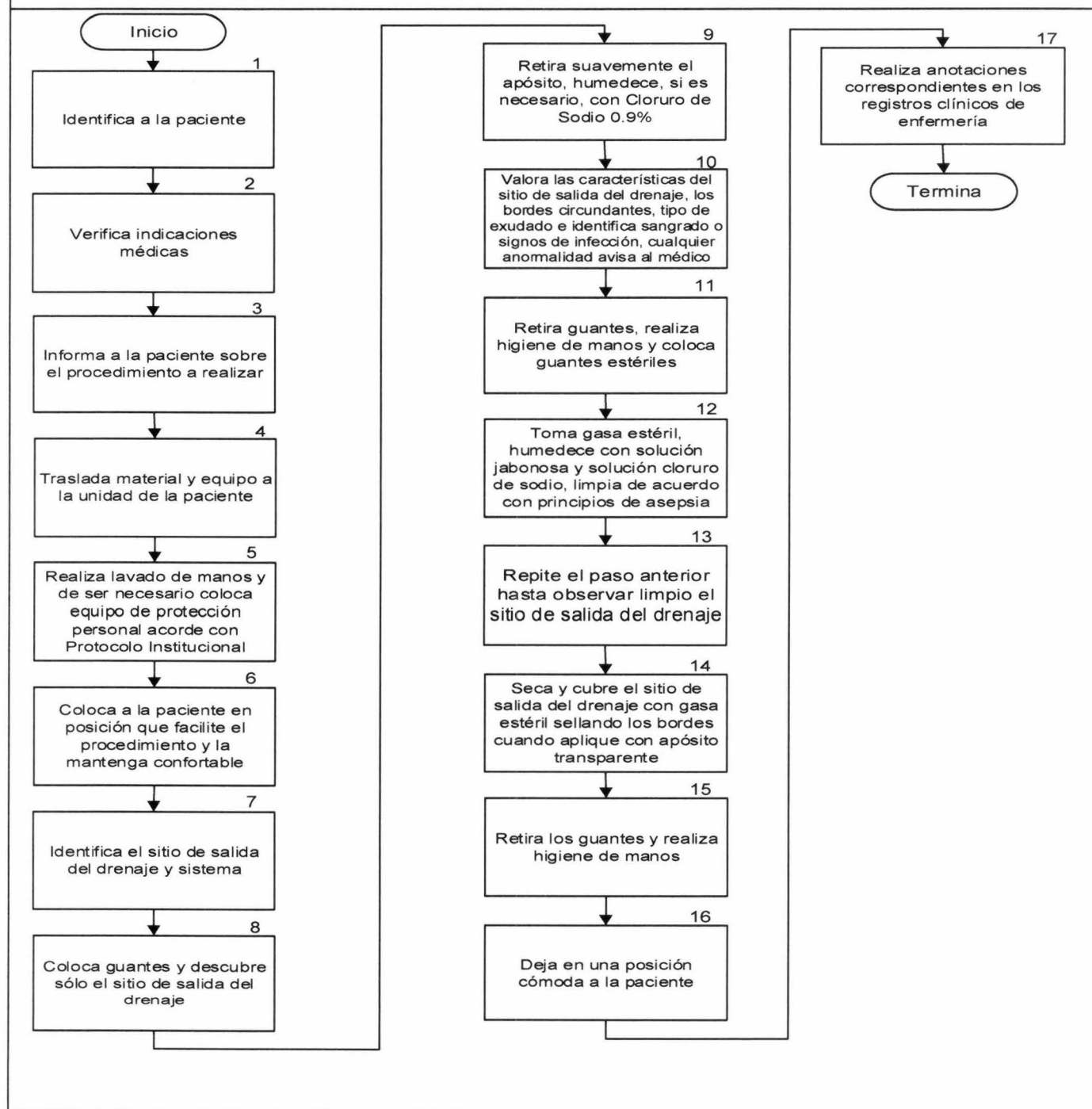
- Conocer los diferentes tipos de drenajes y comprobar permeabilidad e integridad de la piel.
- Valorar las condiciones de la paciente para realizar el procedimiento.
- Conocer los diferentes tipos de drenajes y comprobar permeabilidad e integridad de la piel.
- Valorar las condiciones de la paciente 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.

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

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

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC) Enfermera Asistencial



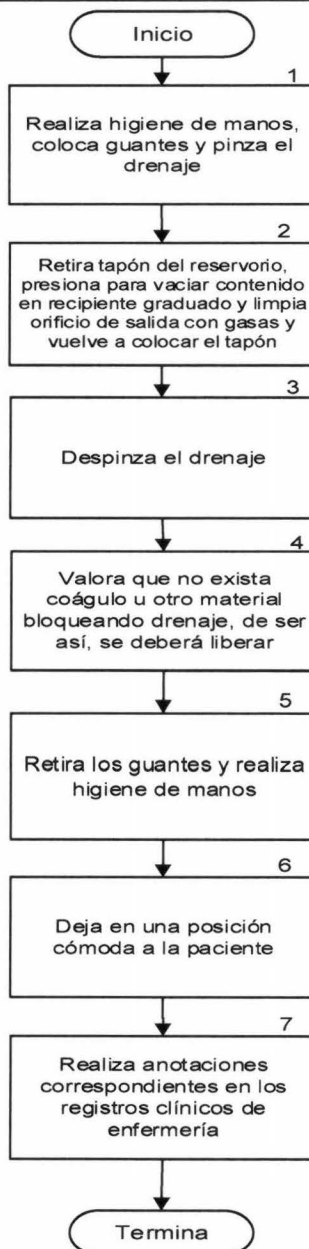
8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

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

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO

Enfermera Asistencial



8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

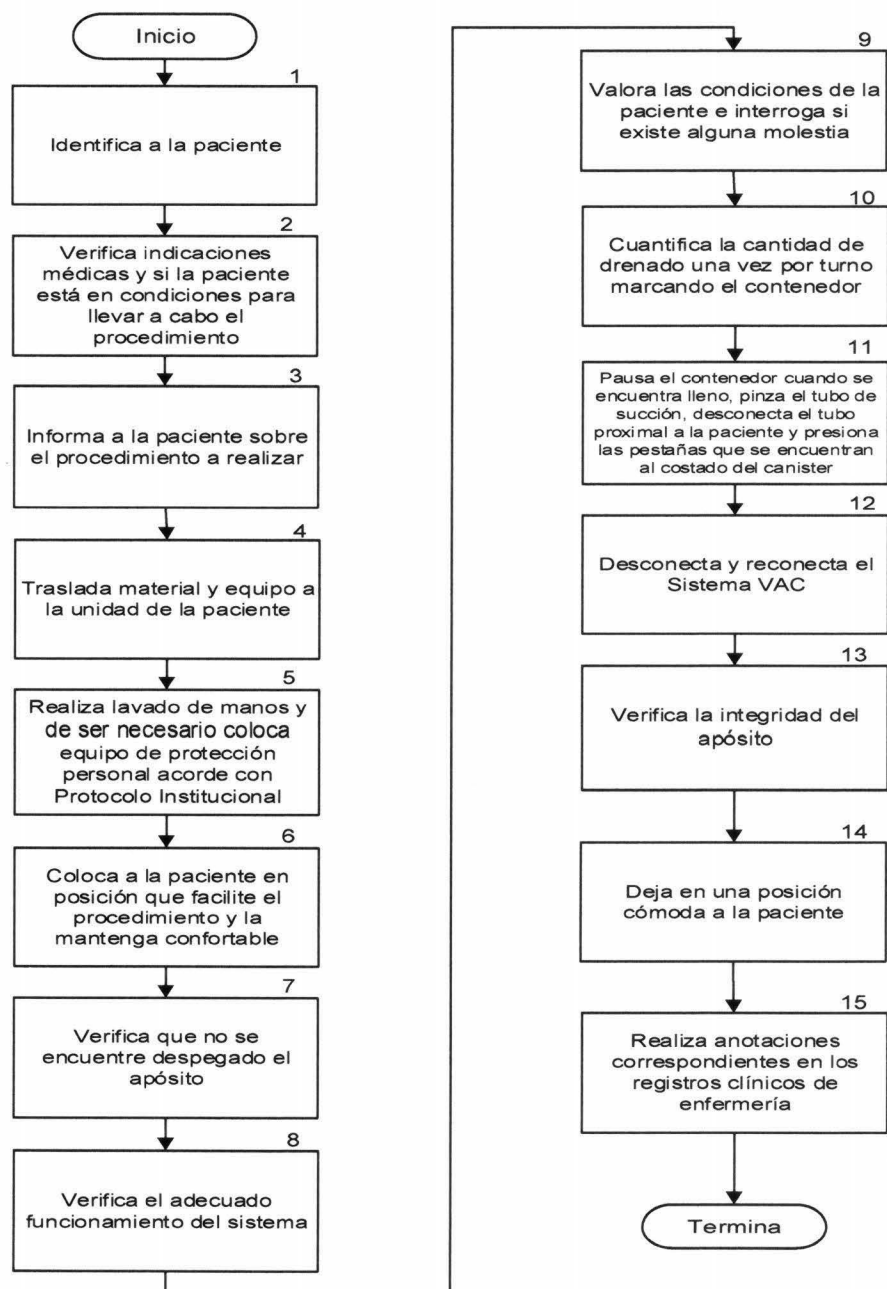
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO	DESCRIPCIÓN
		SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicación médica y si la paciente está en condiciones para llevar a cabo el procedimiento.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada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

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO	DESCRIPCIÓN SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
Enfermera Asistencial	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. 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

8. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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

- Alarcón, Francisca. (2012). Control y cuidado de drenajes quirúrgicos. 2021, de Manual y Protocolos de enfermería, Sitio web:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd9_control_cuidado_drenajes_quirurgicos.pdf

9 DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

9 DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

OBJETIVO

Remover materia orgánica con un agente químico.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

9 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.

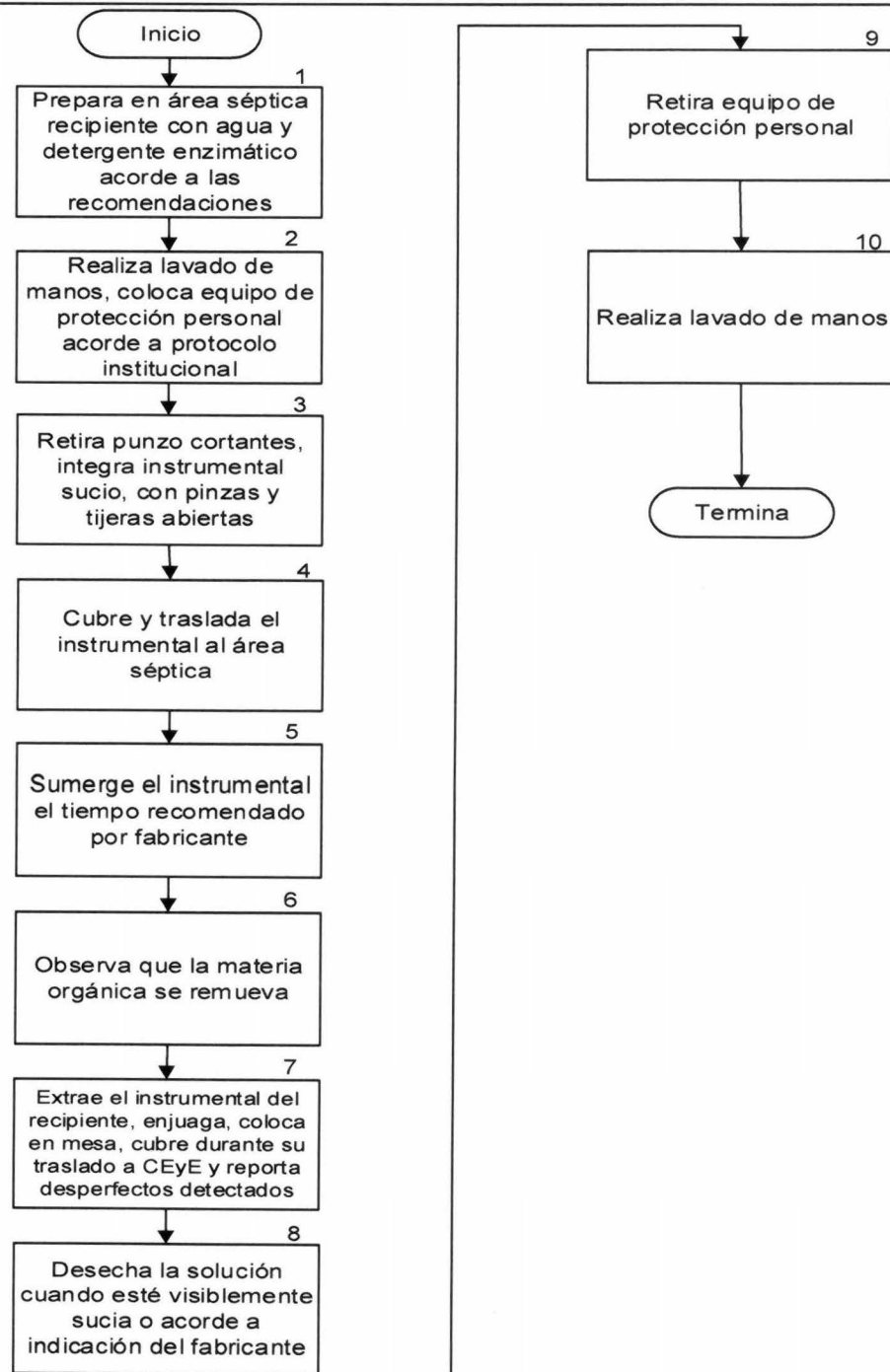
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar principio de la descontaminación.
- Conocer y aplicar las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar 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.

9 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

9 DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

9 DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

BIBLIOGRAFÍA

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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.

10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- 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.



10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Se presenta e informa a la paciente sobre los procedimientos a realizar.
	3	Corroborar las horas transcurridas de la herida (realice el procedimiento si han transcurrido 24 horas posteriores del término de la cirugía).
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	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	Abra 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	Enseña a la paciente a realizar dicho procedimiento, así mismo explica los datos de infección en herida quirúrgica.
	12	Si dentro de la herida hay material purulento en estado líquido toma una muestra con jeringa; si el material purulento es espeso, toma la muestra con un hisopo, teniendo precaución de no tocar los bordes de la herida y contaminar la muestra
	13	Realiza curación siguiendo principios de asepsia y repita 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
	14	Limpia y seca a la herida
	15	Cubre la herida con un apósito estéril y posteriormente coloca parche adhesivo, si procede
	16	Coloca vendaje, si procede y proporciona bata limpia



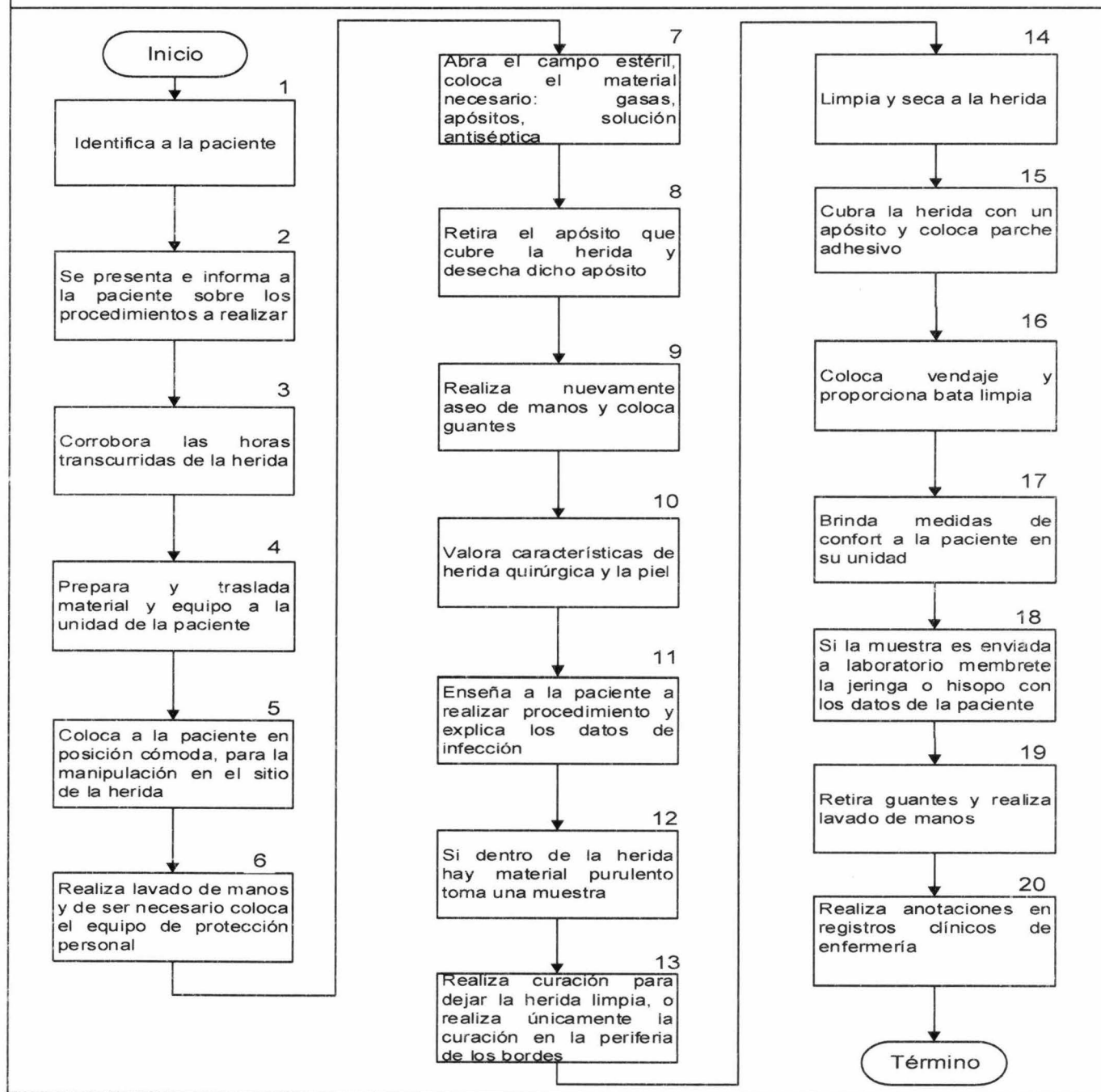
10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	17	Brinda medidas de confort a la paciente en su unidad
	18	Si la muestra es enviada a laboratorio membrete la jeringa o hisopo con los datos de la paciente
	19	Retira guantes y realiza lavado de manos
	20	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería
		Termina Procedimiento



10- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

Enfermera (o) Asistencial



11. HIGIENE BUCAL

11. HIGIENE BUCAL

11. 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.

11. HIGIENE BUCAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

11. 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.



11. HIGIENE BUCAL

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



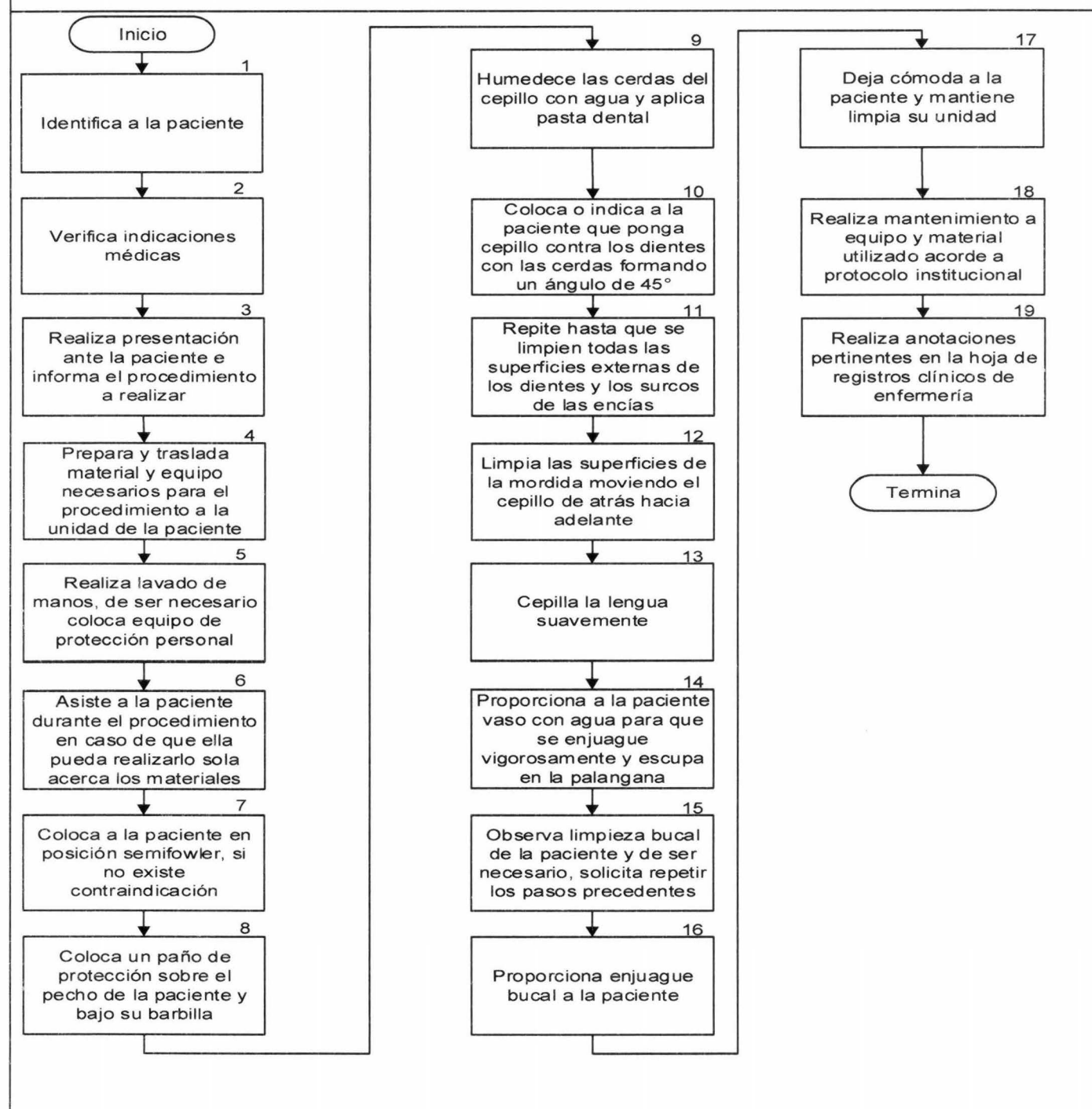
11. HIGIENE BUCAL

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

11. HIGIENE BUCAL

(Paciente consciente)

Enfermera Asistencial



11. 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

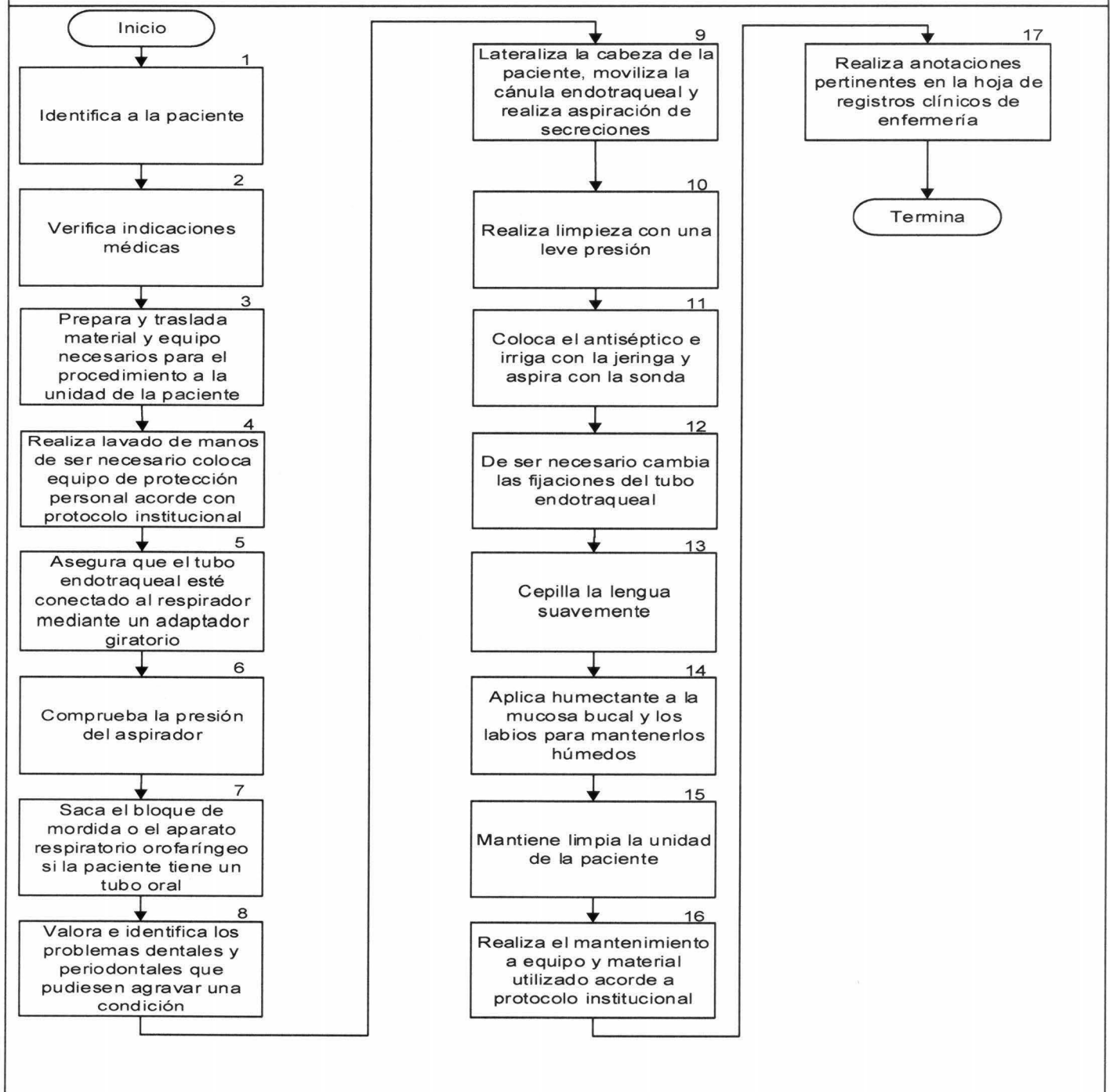
11. HIGIENE BUCAL

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

11. HIGIENE BUCAL

(Paciente Intubada)

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

11. HIGIENE BUCAL**REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS**OBJETIVO ESPECÍFICO**

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

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

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

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

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

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

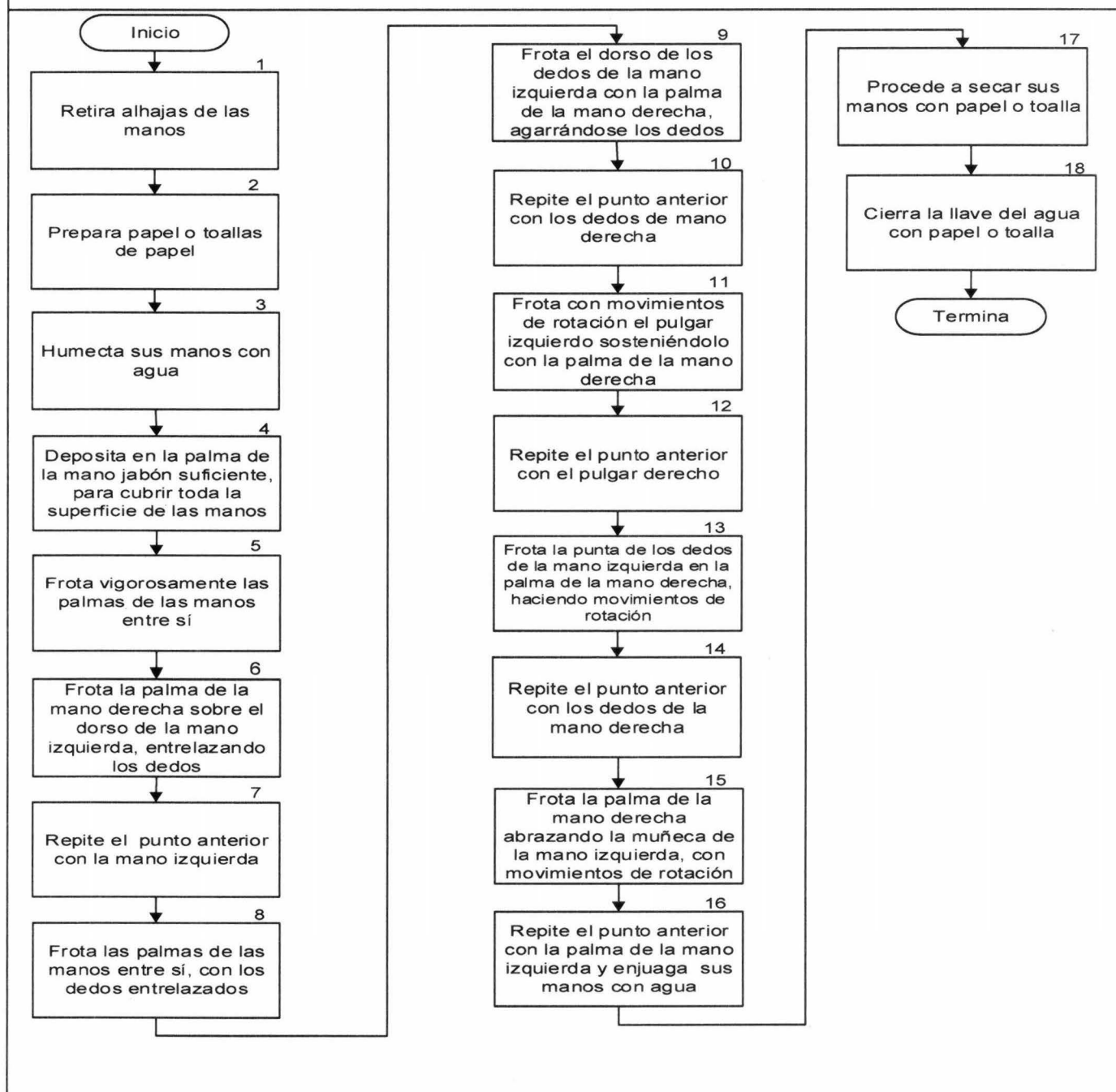
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Agua y Jabón 40- 60 segundos)
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Retira alhajas de las manos.
	2	Prepara papel o toallas de papel.
	3	Humecta sus manos con agua.
	4	Deposita en la palma de la mano jabón suficiente, para cubrir toda la superficie de las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

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

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

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial

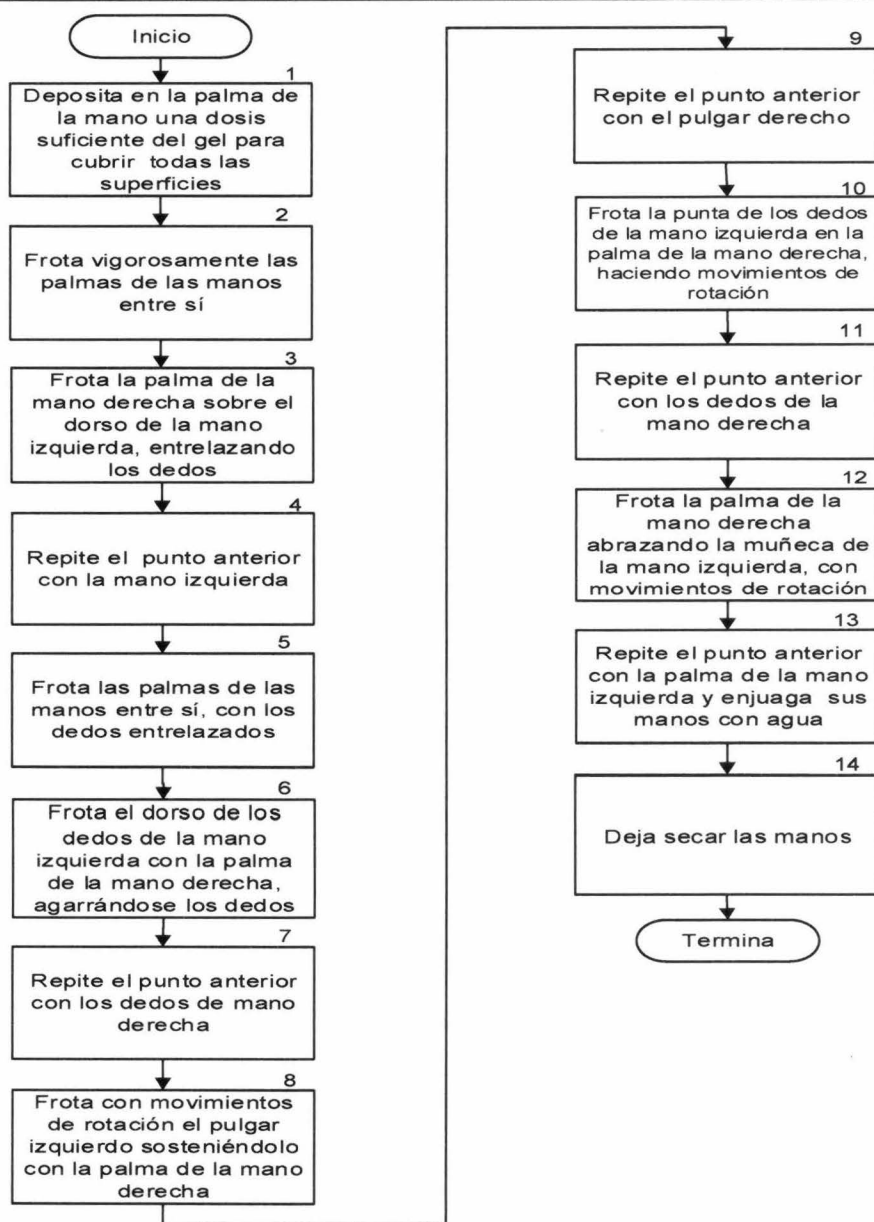


12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

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

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

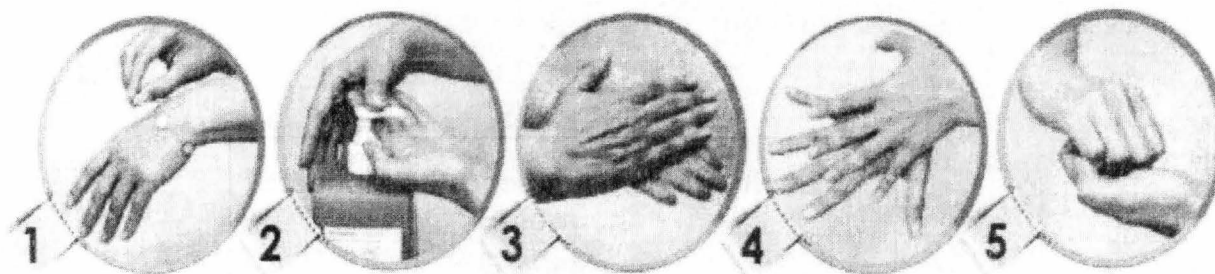
Enfermera Asistencial



12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Alcohol - Gel | 20 a 30 seg

HIGIENE DE MANOS



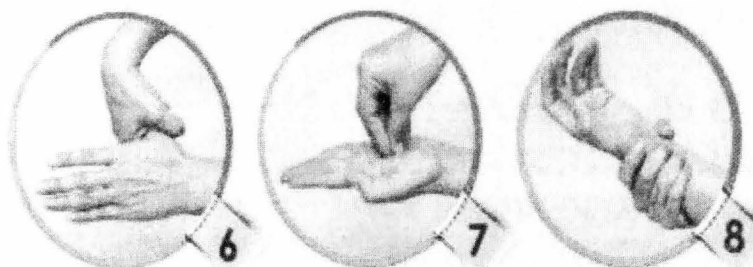
1 Retire joyería

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

3 Frote palmas entre sí con dedos entrelazados

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

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

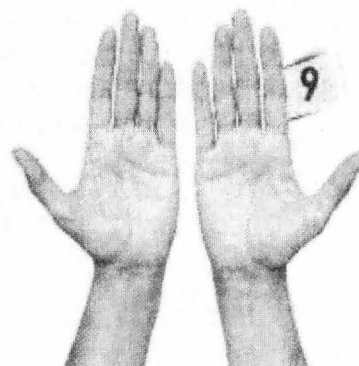


6 Frote punta de dedos contra palma en movimiento de rotación y viceversa

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

8 Continúe frotando hasta la muñeca

20-30 segundos
MANOS SEGURAS



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



World Health
Organization

CODECIN

Comité de Detección y Control
de Infecciones Nosocomiales

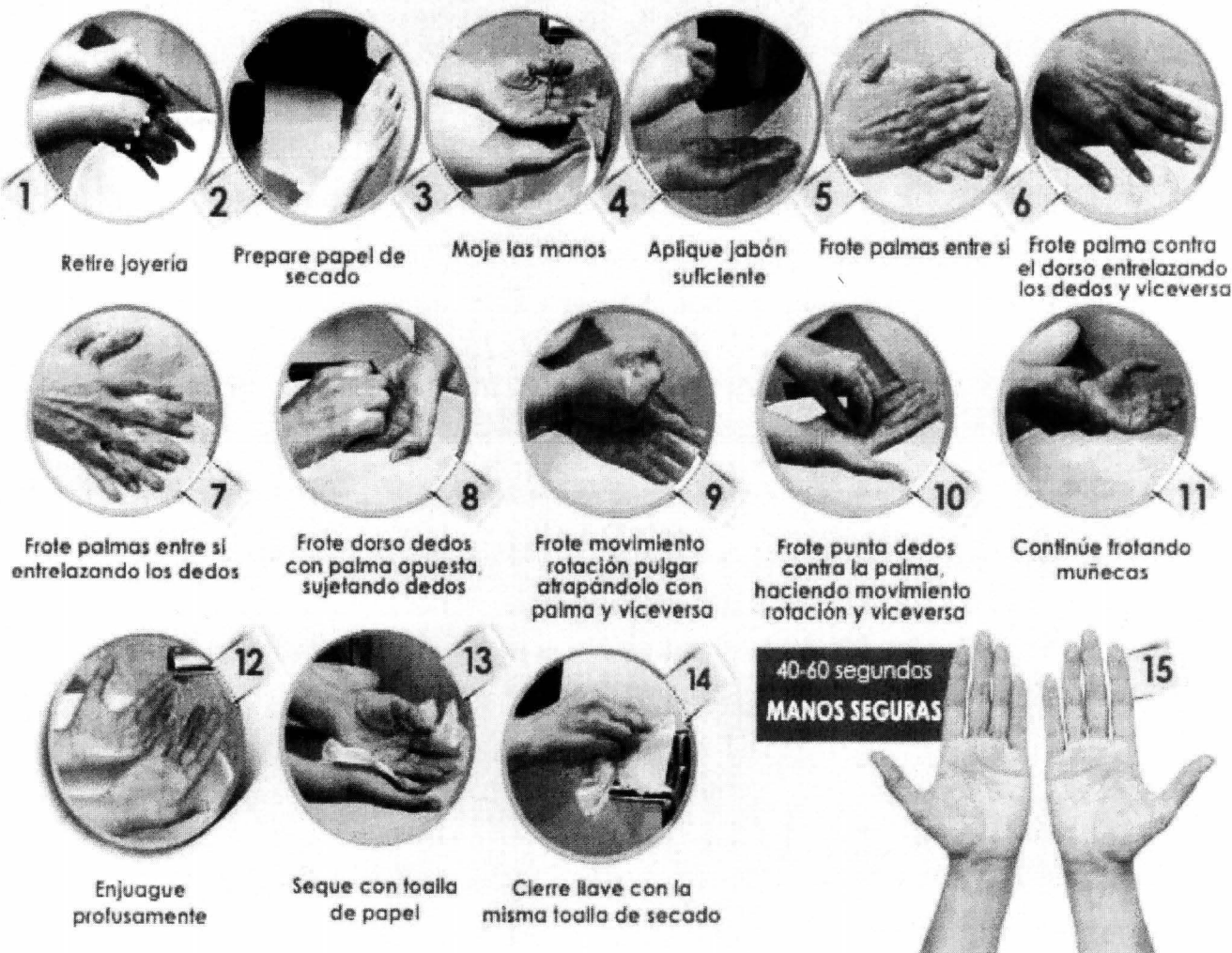
"SALVE VIDAS: Lávese las manos"

Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención

12. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Área Hospitalaria | Agua y jabón | 40 a 60 seg

HIGIENE DE MANOS



**INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA**
ISIDRO 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 Cuidado de la Atención



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

13. 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

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

13. 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

13. 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

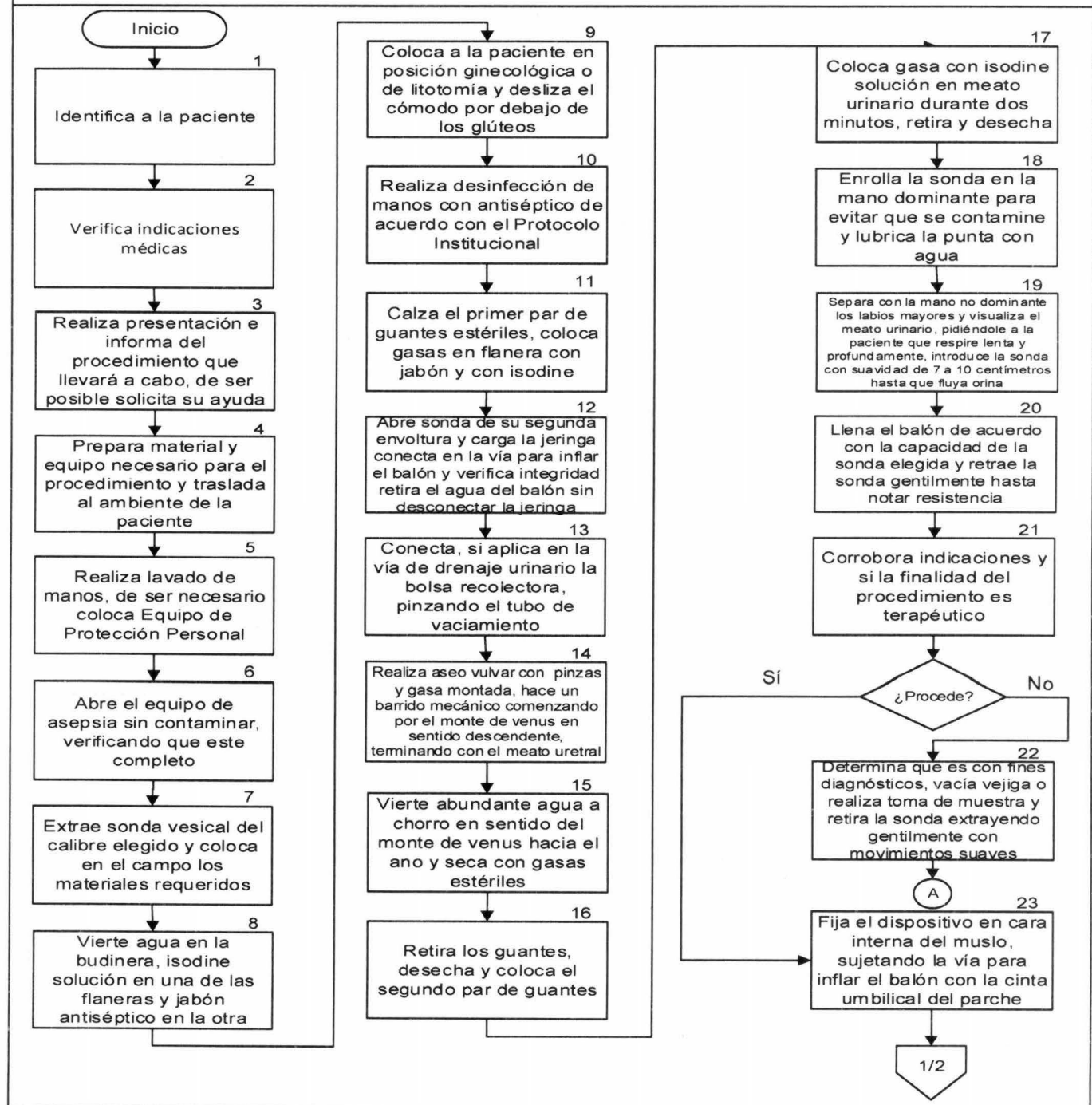
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Conecta, si aplica en la vía de drenaje urinario la bolsa recolectora, pinzando el tubo de vaciamiento. Realiza procedimiento con técnica cerrada.
	14	Realiza aseo vulvar con jabón, con las pinzas con gasa montada, hace un barrido mecánico 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.

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	23	Sí: Fija el dispositivo en cara interna del muslo, sujetando la vía para inflar el balón con la cinta umbilical del parche, evitando que la sonda quede a tensión.
	24	Retira el cómodo y deja en posición adecuada a la paciente.
	25	Fija la bolsa colectora en la parte inferior del barandal de la cama/camilla con el dispositivo destinado para ello (cuando el procedimiento es terapéutico). Si la paciente es ambulatoria orienta sobre el aseo y manejo de la sonda en domicilio.
	26	Retira los guantes, desecha y realiza lavado de manos acuerdo con el Protocolo Institucional.
	27	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.

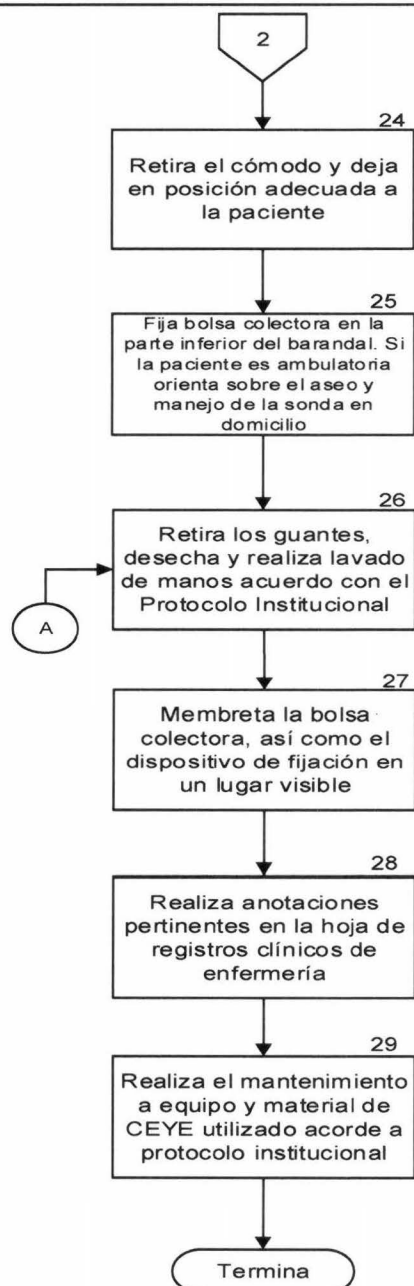
13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



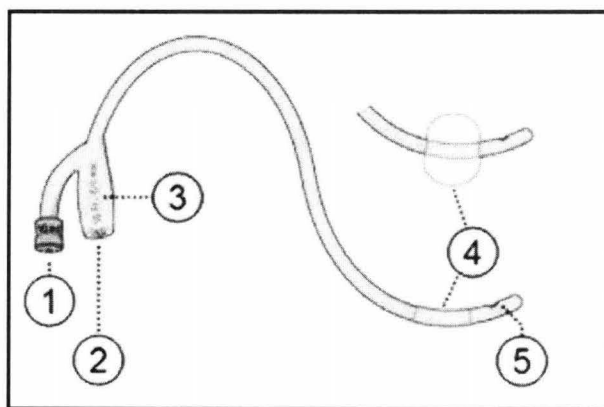
13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

ANEXOS

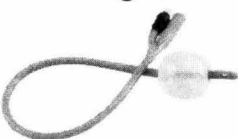
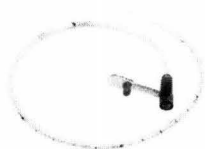


A

B

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

TIPOS DE SONDAS

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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

OBJETIVO

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

1. De la enfermera asistencial.

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

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

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

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

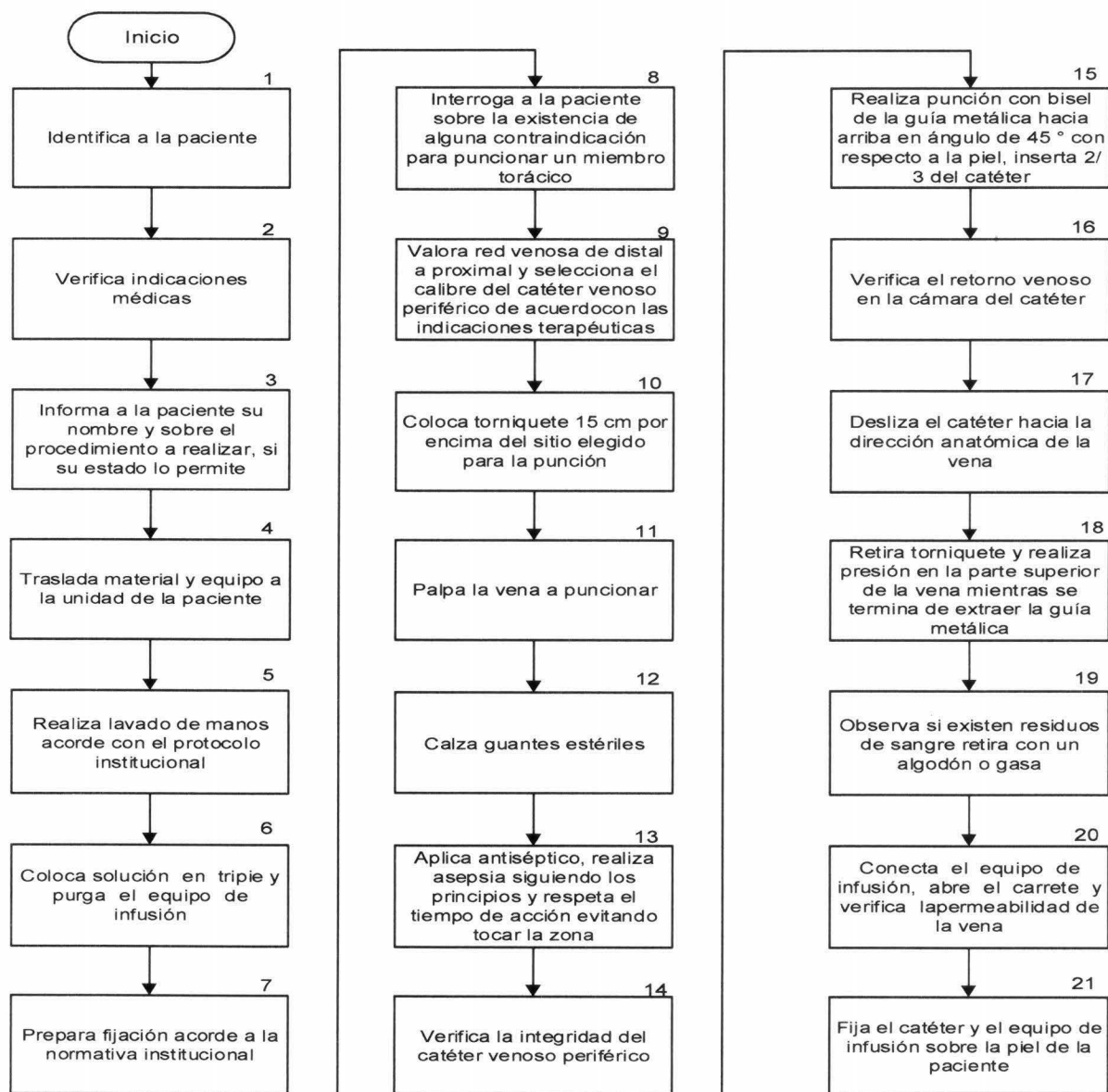
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	16	Verifica el retorno venoso en la cámara del catéter.
	17	Desliza el catéter hacia la dirección anatómica de la vena.
	18	Retira el torniquete y realiza presión en la parte superior de la vena que se canalizó mientras se termina de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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

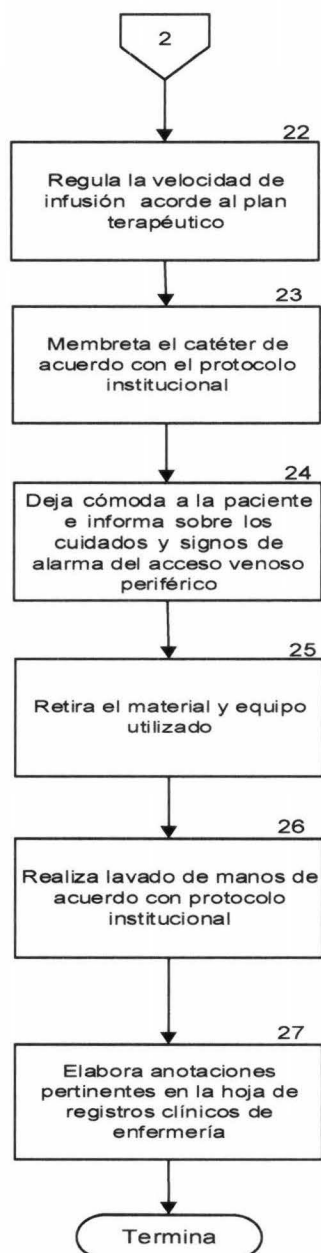
14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial



14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial





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

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

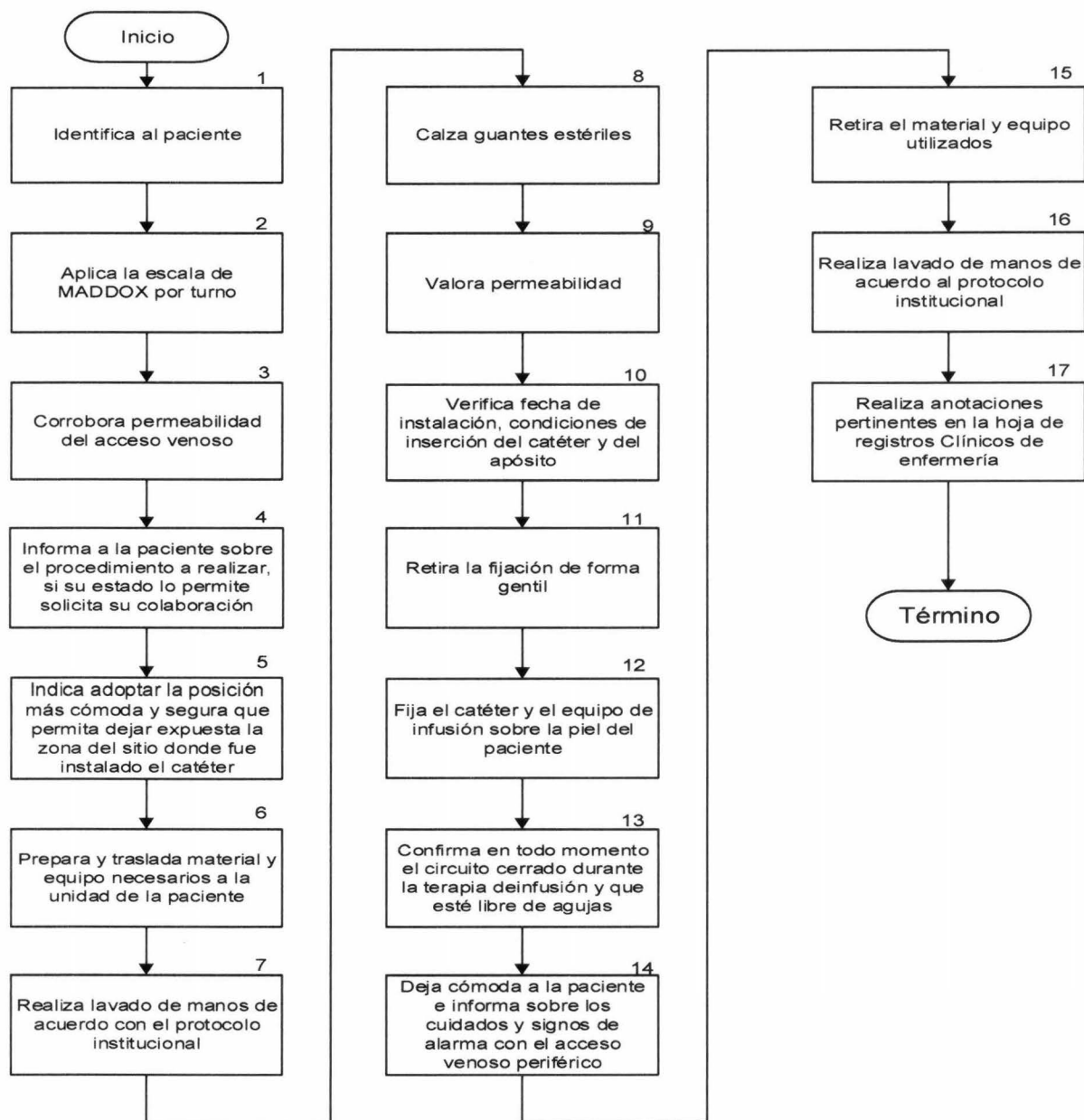


**14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Enfermera asistencial	11	Retira la fijación de forma gentil.
	12	Fija el catéter y el equipo de infusión sobre la piel del paciente. *ver anexo*
	13	Confirma en todo momento el circuito cerrado durante la terapia deinfusión 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 ministrar medicamentos.
		Cambia equipos de infusión de acuerdo al tiempo y tipo de solución ministrada.
	14	Deja cómoda a la paciente e informa sobre los cuidados y signos de alarma con el acceso venoso periférico.
	15	Retira el material y equipo utilizados.
	16	Realiza lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional.
	17	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros Clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermería Asistencial MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO





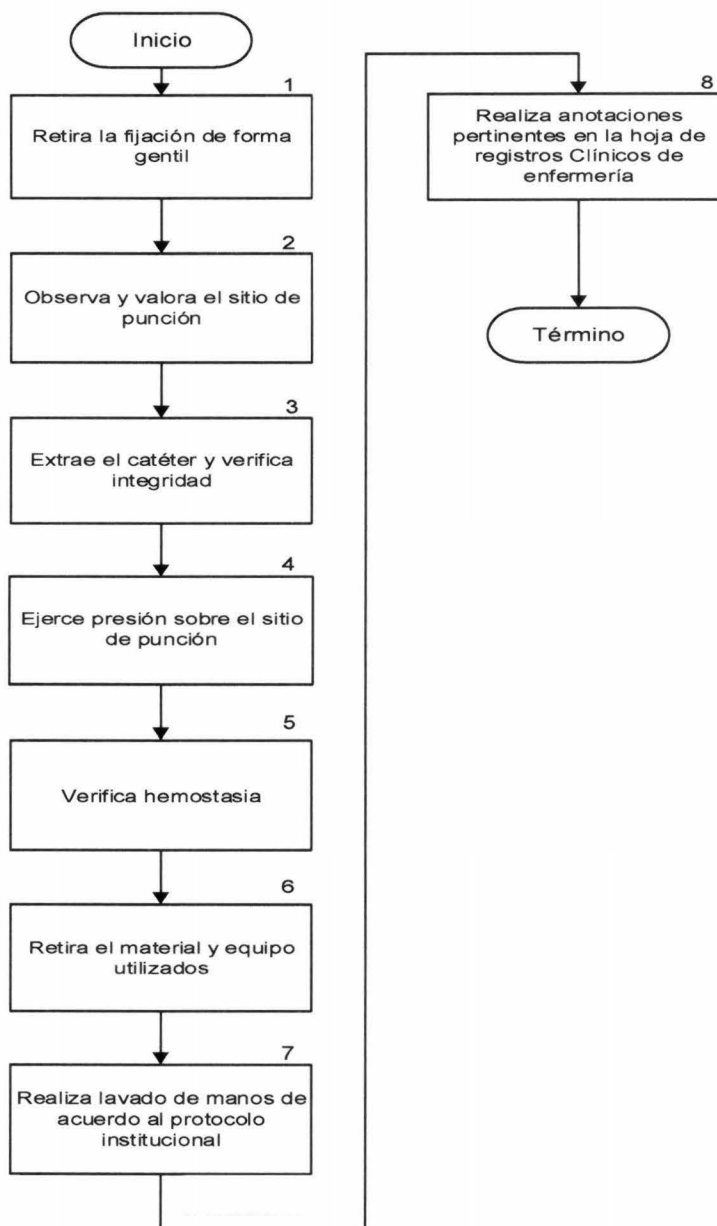
**14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO**

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

RETIRO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO Profesional de enfermería



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

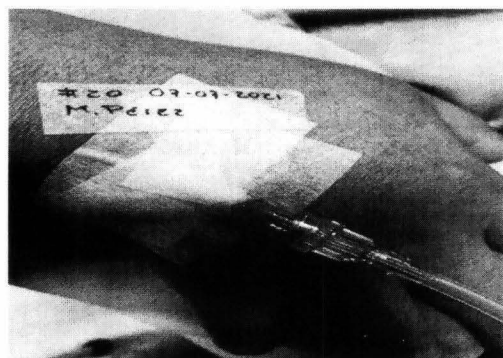
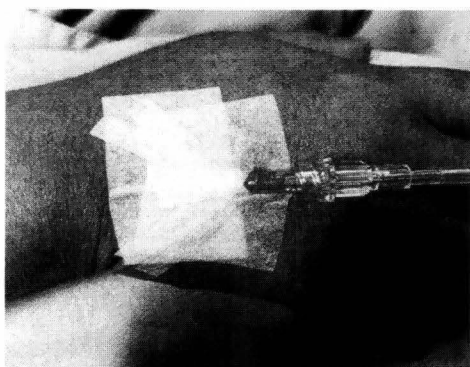
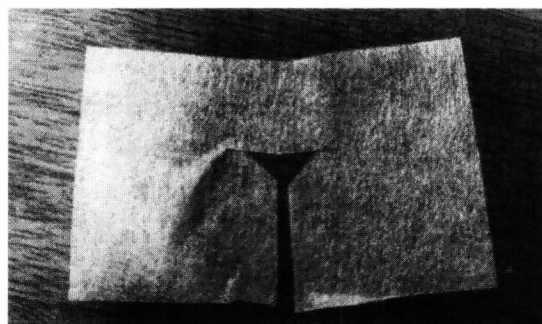
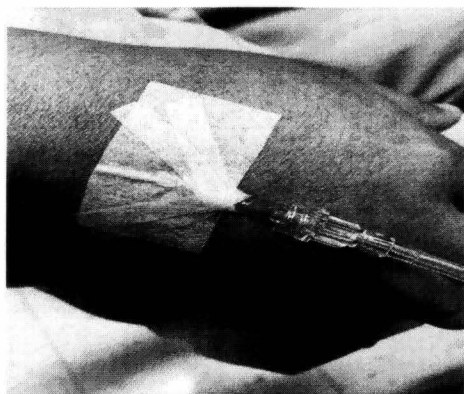
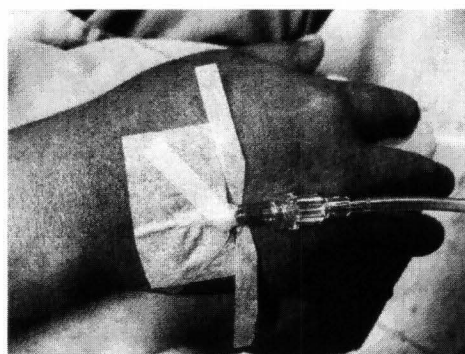
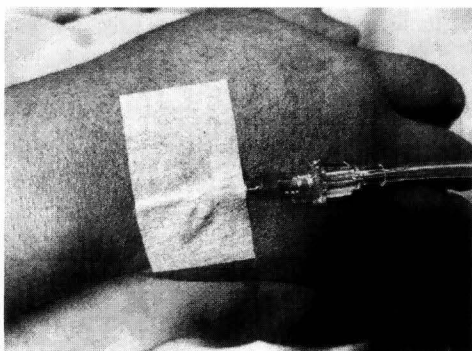
FIJACION DEL ACCESO VENOSO PERIFERICO

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 1/2" sobre el cono del catéter hasta la lengüeta
Poner este cuadro por debajo del cono de catéter tratando de cubrir las tiras colocadas con anterioridad	Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con la otra cinta aproximadamente 5cm de la unión con el catéter; no fijar sobre el apósito y conservar el sitio de inserción visible	Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior de la fijación de apósito transparente
Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior o lateral a la fijación		Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta micropore aproximadamente 5cm de la unión con el catéter; no fijar sobre el apósito y conservar el sitio de inserción visible
Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta micropore aproximadamente 5cm de la unión con el catéter.		

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

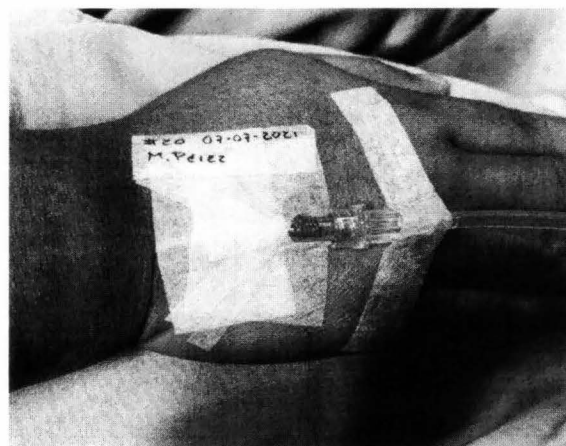
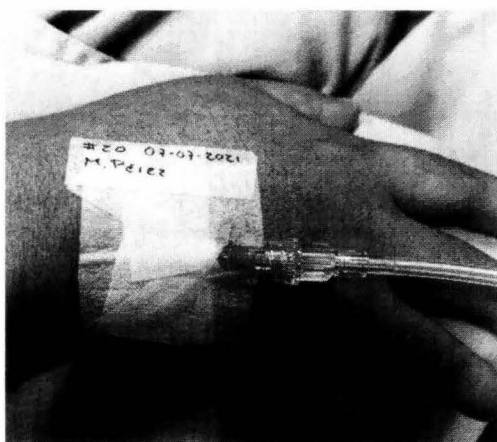
ANEXOS

**FIJACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO CON MICROPORE O TELA
ADHESIVA**



14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

ANEXOS



CAMBIO DE EQUIPOS DE ACUERDO AL TIPO DE SOLUCIÓN

CADA 12 HORAS

Administración
Propofol

Lípidos

CADA 24 HORAS

de Glucosada 10% o 50%

CADA 72 HORAS

Soluciones hipotónicas o
Isotónicas

INMEDIATO

Precipitación o
contaminación

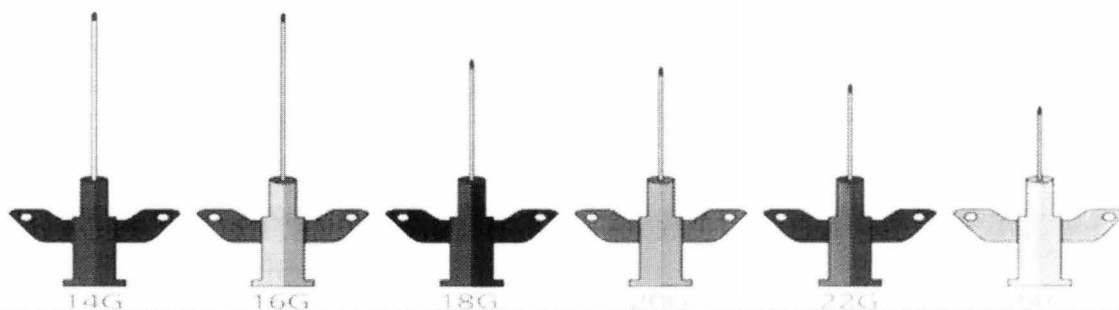
Daño del equipo

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

ANEXOS

CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.

utilizar
nosa



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



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

ANEXOS

ESCALA DE MADDOX.

Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable.

0

**NO signos de flebitis.
OBSERVE punto de
inserción.**

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

1

**Posible signo de flebitis.
OBSERVE punto de
inserción.**

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

2

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

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

3

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

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

5

**Avanzado estado de flebitis.
RETIRE catéter y valore
tratamiento.**

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

6

**Tromboflebitis. RETIRE
catéter e inicie tratamiento**



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

ANEXOS

SELECCIÓN DE VENA A PUNCIÓNAR.

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

**14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO****REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

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

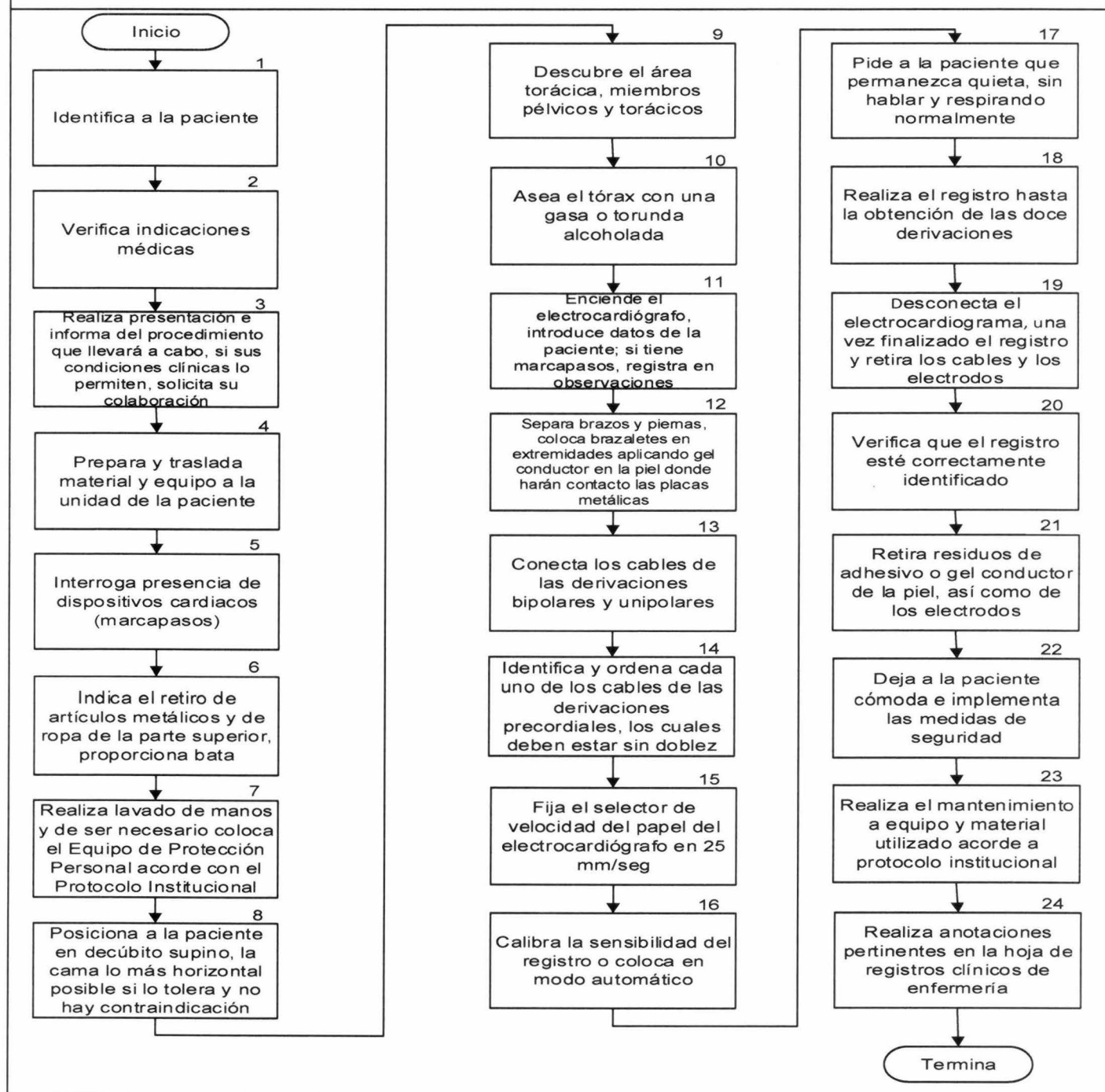
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada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

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

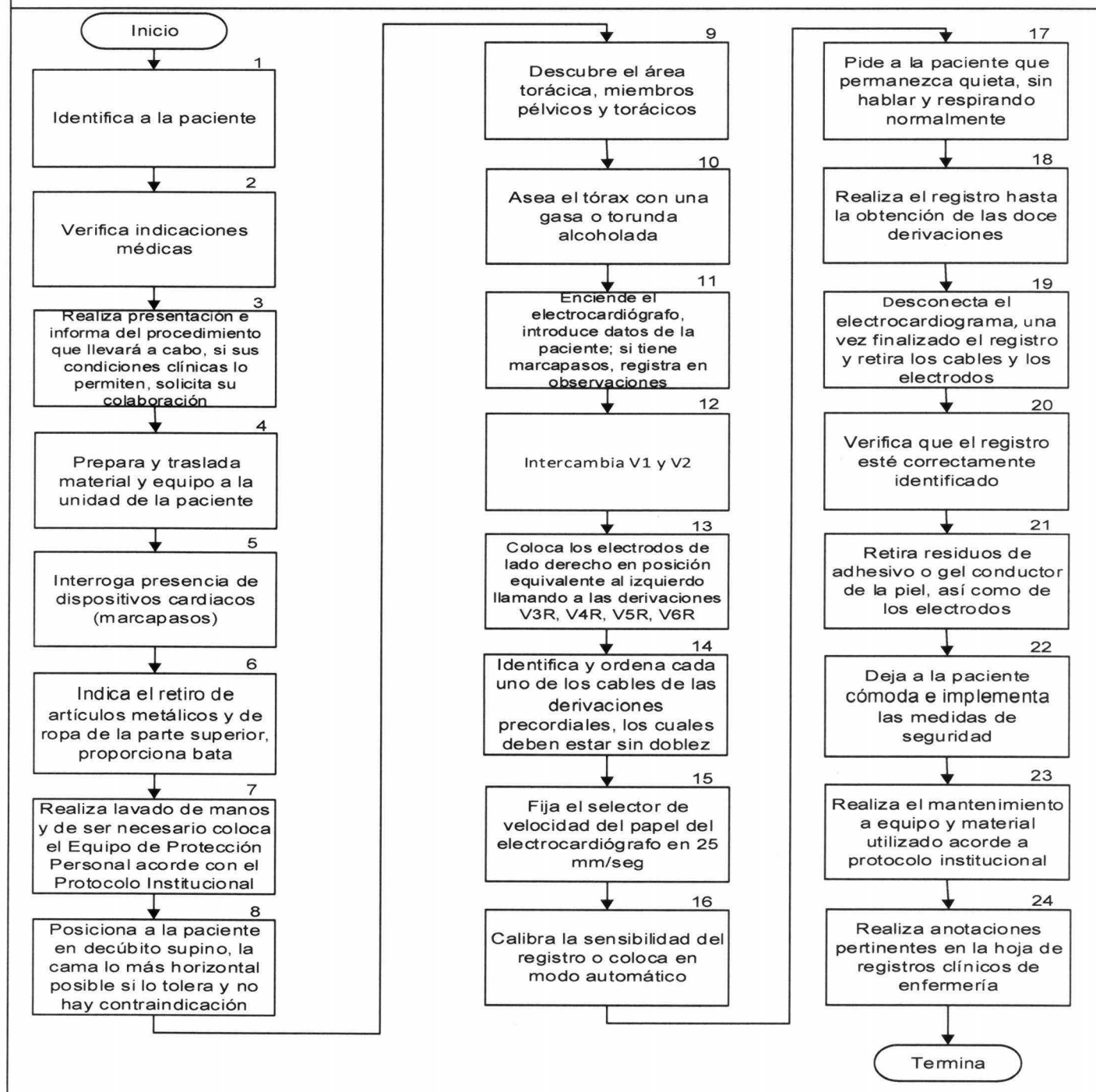
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas 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.
	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 claviclar. • 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. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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

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.
	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

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

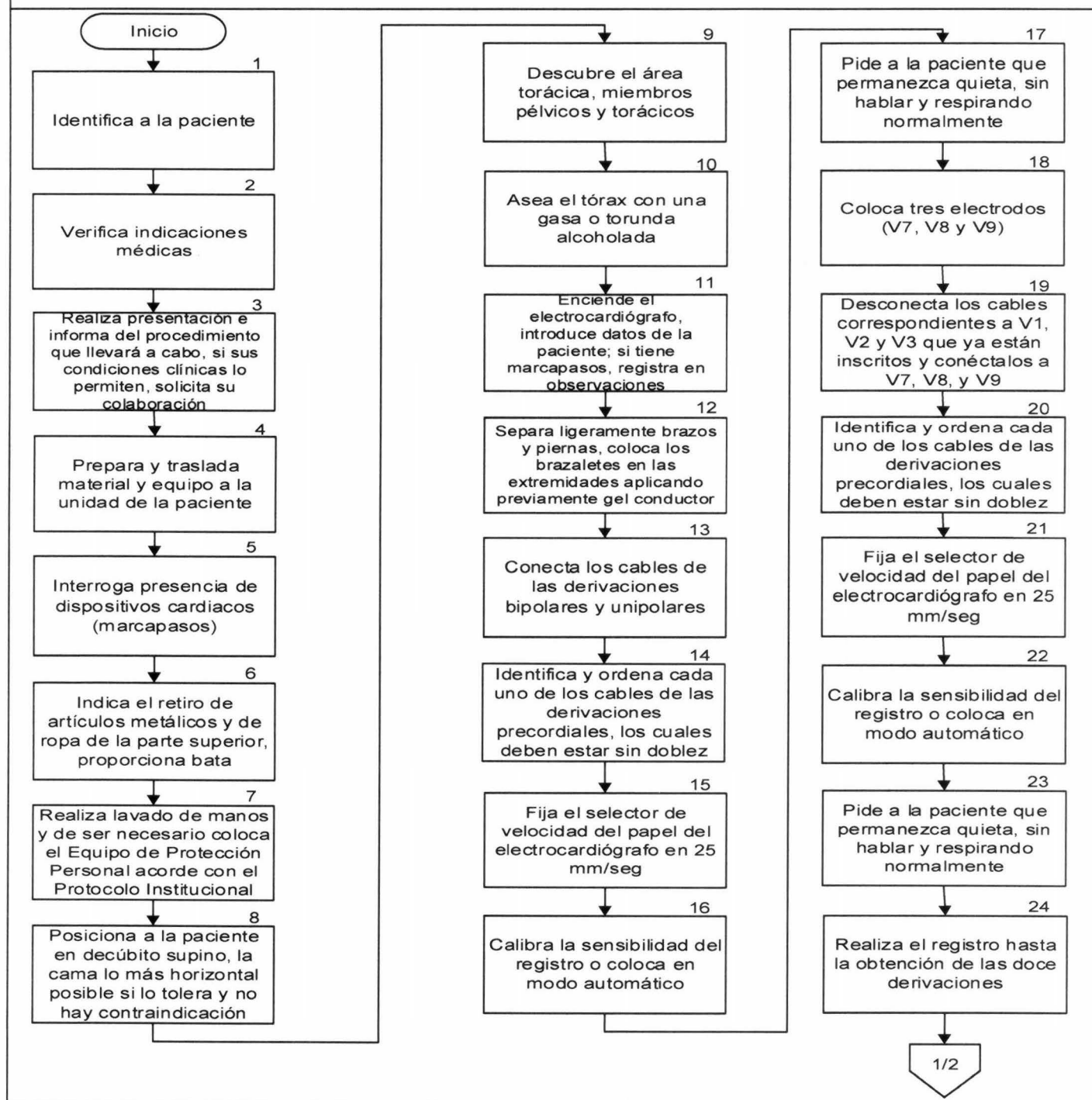
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
Enfermera asistencial	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal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

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

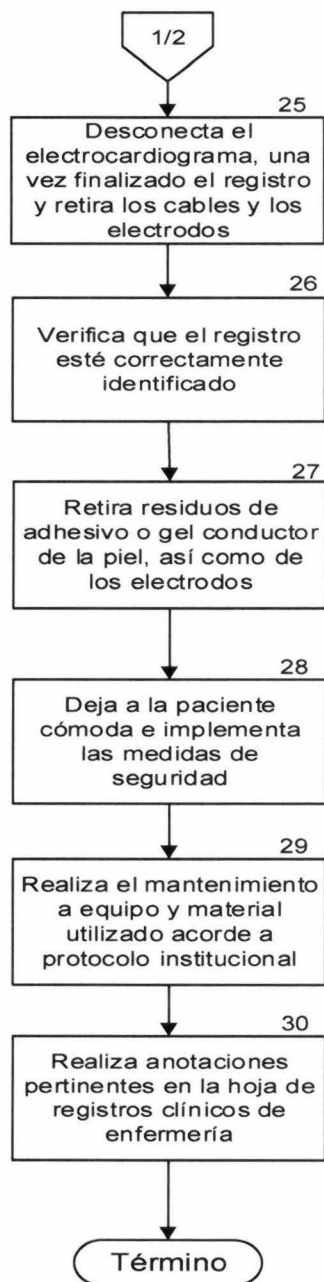
15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

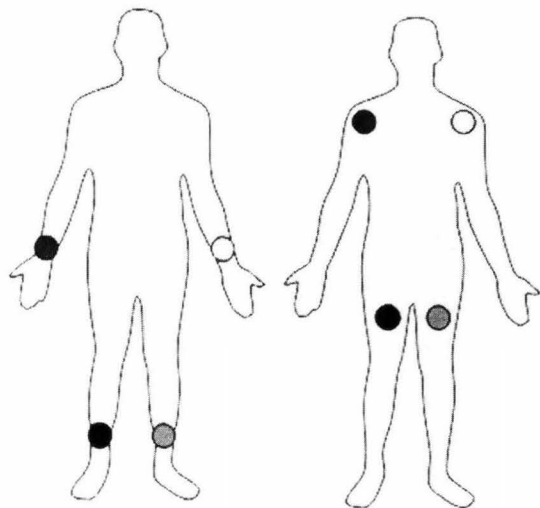
Enfermera Asistencial



15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

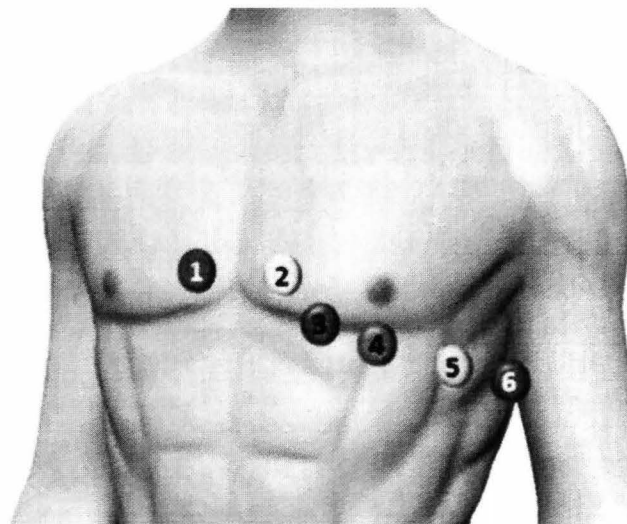
ANEXOS

ANEXO 1



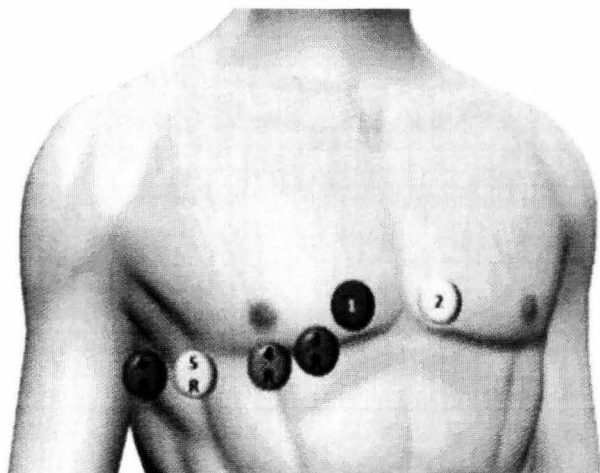
Derivaciones de Bipolares y Unipolares

ANEXO 2



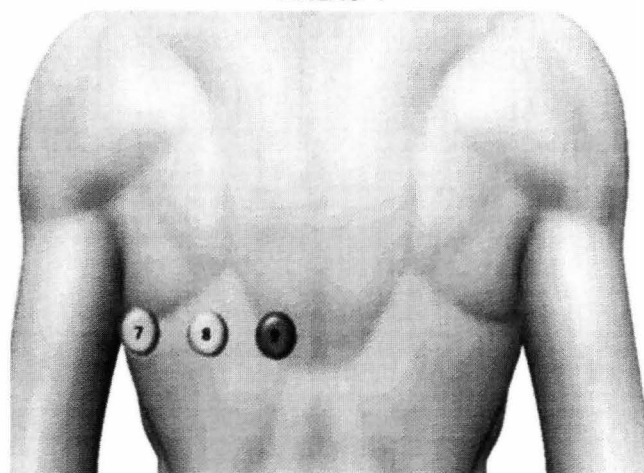
Derivaciones Precordiales

ANEXO 3



Derivaciones Derechas

ANEXO 4



Derivaciones Posteriores

15. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

REFERENCIAS

- <http://signosvital20.com/actualizacion-en-monitorizacion-electrocardiografica/>
- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/11-pasos-para-la-obtencion-de-un-electrocardiograma-de-12-derivaciones>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>
- https://www.urgenciasyemergen.com/derivaciones-del-electrocardiograma-iii_4/
- <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-hemodinamica-el-paciente-critico--articulo-S0210569113002234>

16. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

16. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

16. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO 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.

16. 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.
- Lavarse las 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.

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.

16. 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.

16. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS
Clasificación de los Residuos Biológico Infecciosos

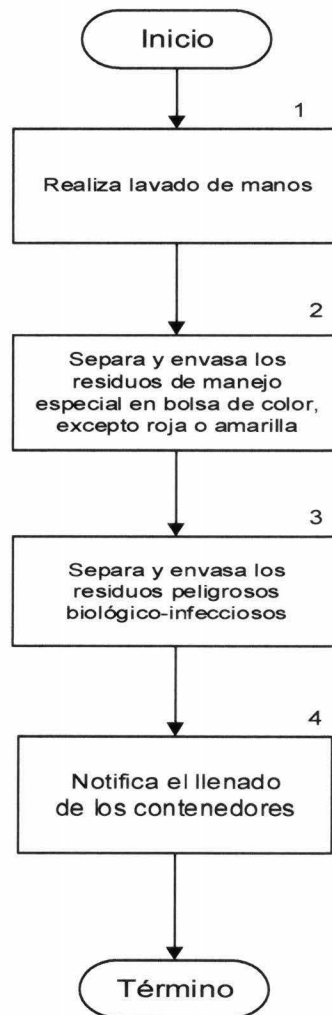
SANGRE	Sangre y sus componentes
CULTIVOS Y CEPAS	- Cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico e investigación, así como los generados en la producción y control de agentes biológico-infecciosos - Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes 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 Céfaloraquídeo 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.

16. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO 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

16. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS

Profesional de Enfermería Asistencial



17. MANIOBRAS DE LEOPOLD

17. MANIOBRAS DE LEOPOLD

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

17. 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-ECOL-SSA1-2002**, protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - 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. Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- 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.

17. MANIOBRAS DE LEOPOLD

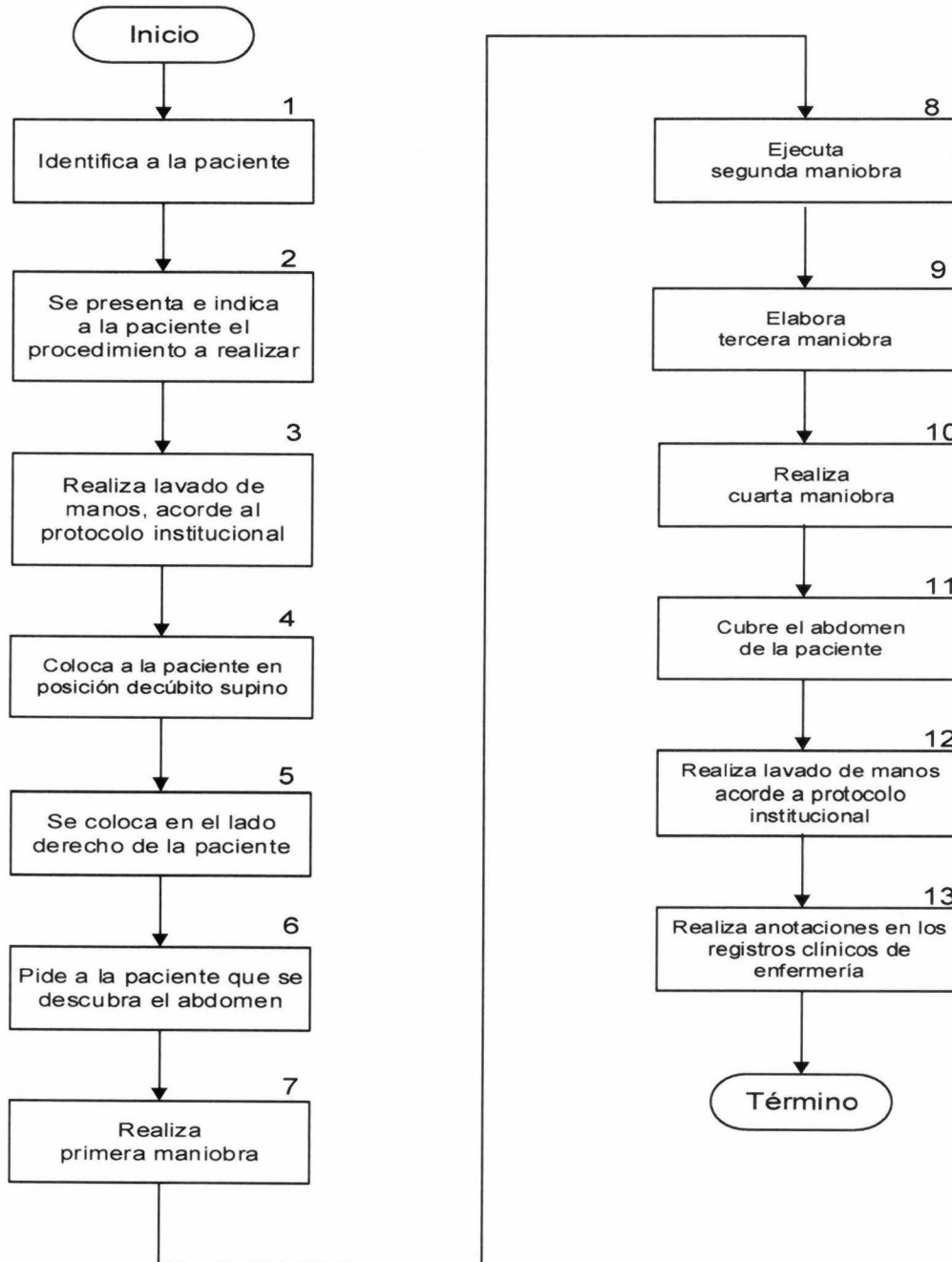
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Se presenta e informa a la paciente del procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	4	Coloca a la paciente en posición decúbito supino.
	5	Se coloca en el lado derecho de la paciente mirando hacia su cabeza.
	6	Pide a la paciente que se descubra el abdomen.
	7	Realiza primera 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.
	8	Ejecuta 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.
	9	Elabora 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. La región pélvica se percibe blanda e irregular
	10	Realiza 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. Determina grado de encajamiento.

17. MANIOBRAS DE LEOPOLD

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	11	Cubre el abdomen de la paciente.
	12	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	13	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

17. MANIOBRAS DE LEOPOLD

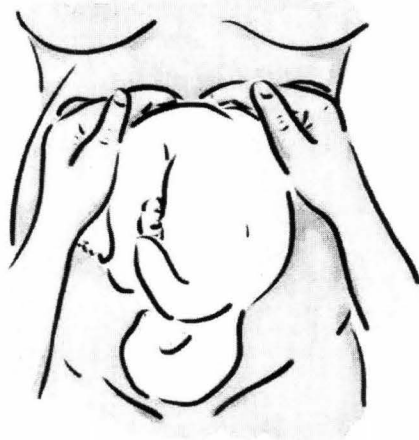
Profesional de Enfermería Asistencial



17. 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**

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

17. MANIOBRAS DE LEOPOLD**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>

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**, del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**, sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Manual para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión intravascular en México, 2020.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012**, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
- Conocer 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
 - Guantes de cirujano estériles
 - Bata estéril
 - Gorro y cubrebocas
 - Guantes desechables institucionales
 - Gasas estériles
 - Agua estéril
 - Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de cloruro de sodio 0.9%)
 - Apósito transparente estéril.
 - Equipo de aseo de piel.
 - Bulto de campos de 90x90
 - Bata estéril
 - Guantes de cirujano estériles

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

- Gorro y cubrebocas
- Guantes desechables institucionales
- Gasas estériles
- Agua estéril
- Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de cloruro de sodio 0.9%)
- Apósito transparente estéril.
- Antiséptico según disponibilidad institucional.

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 a protocolo institucional.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza valoración focalizada en las condiciones generales del catéter (funcionalidad, fijación, fecha). Si se encuentra en óptimas condiciones pasa a Act. N° 18.
	3	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.
	4	Prepara y traslada el material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde al protocolo institucional.
	6	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 10 cc 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 personal médico.
	7	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.
	8	Abre el kit de aseo.
	9	Realiza desinfección de manos con antiséptico acorde a protocolo institucional.
	10	Calza guantes estériles.
	11	Realiza limpieza en el 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.

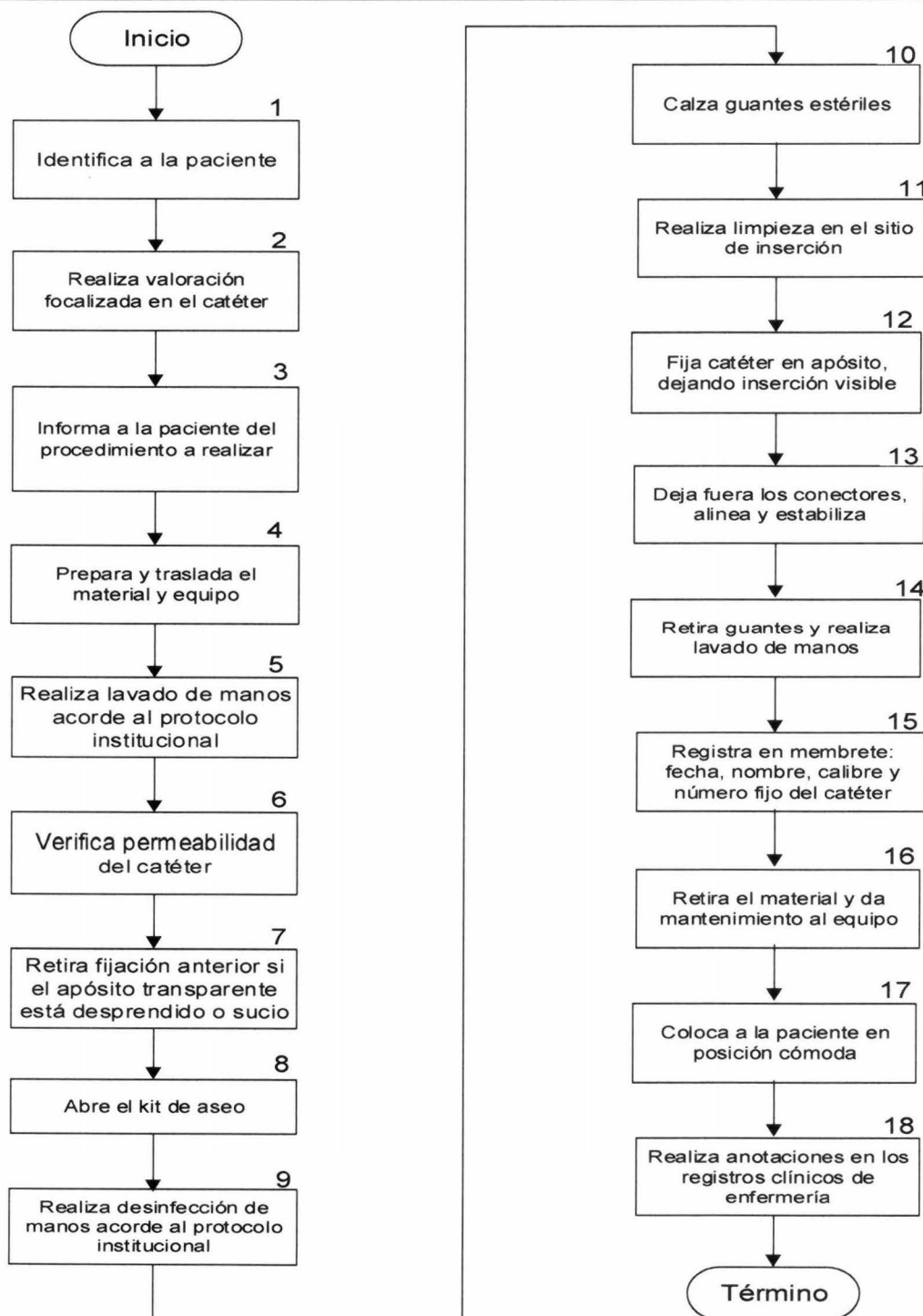
**18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial		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.
	12	Fija catéter con apósito transparente, dejando sitio de inserción visible. Evita acodamiento del catéter.
	13	Deja fuera los conectores, alinea y estabiliza en la región anatómica más plana y firme cercana a la zona.
	14	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	15	Registra en membrete fecha de instalación y mantenimiento, nombre de quién lo realizó, el calibre y número en que quedó fijo el catéter. (ver anexo)
	16	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	17	Coloca a la paciente en posición cómoda.
	18	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento



18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Profesional de Enfermería Asistencial





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

ANEXO

**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).

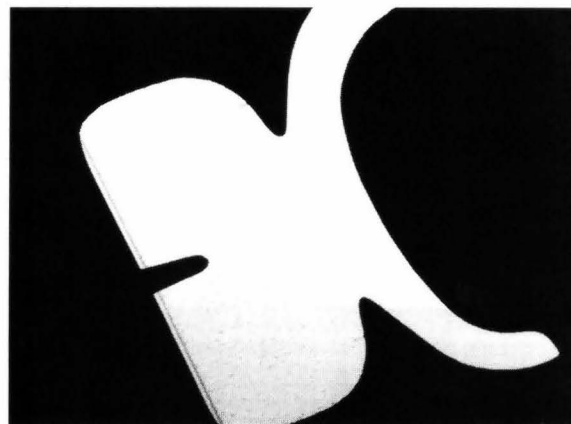
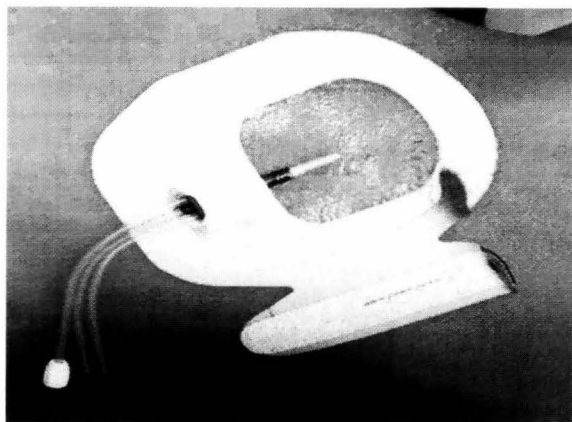
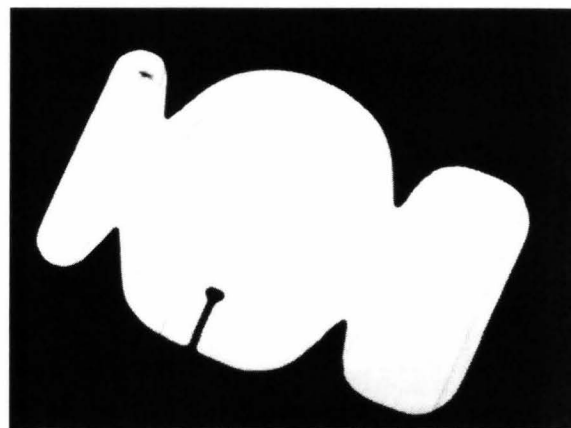
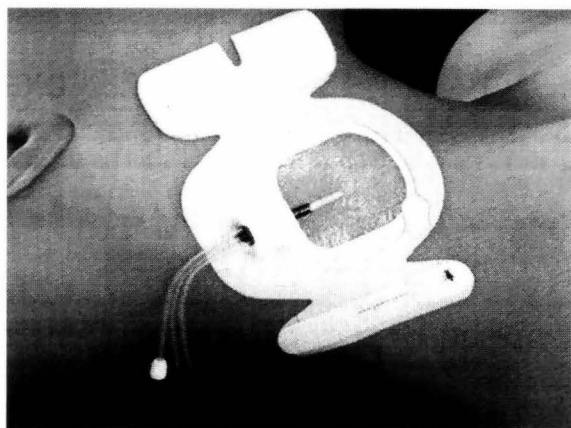
Cubrir con apósito transparente verificando que no exista acodamiento del catéter, cubrir en su totalidad la mariposa de fijación dejando libres los lúmenes del catéter.

Asegurar la adecuada adherencia del apósito realizando una ligera presión por toda la superficie del apósito.

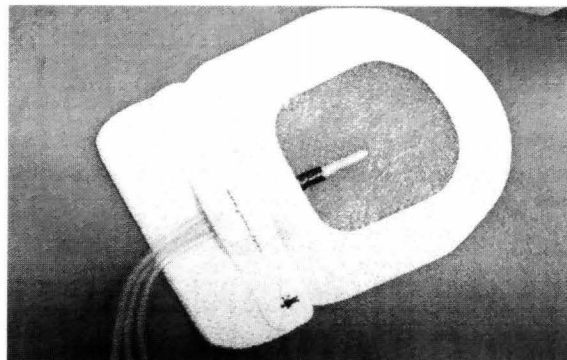
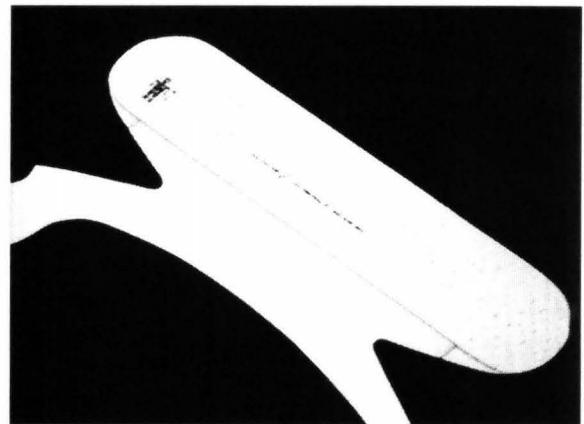
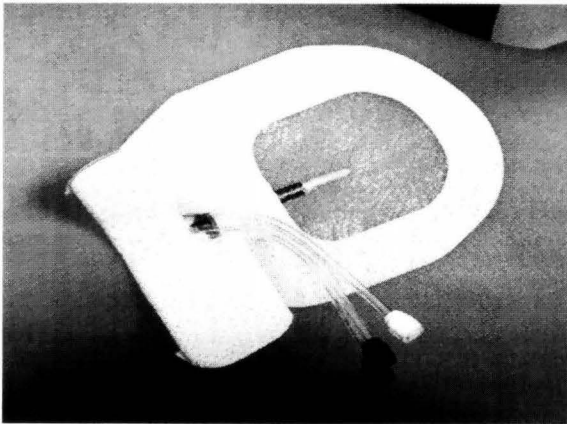
Retirar el papel protector de las orillas del apósito.

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.



18. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL



19. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

19. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

19. MANTENIMIENTO DE Sonda Vesical

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. 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.



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

19. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

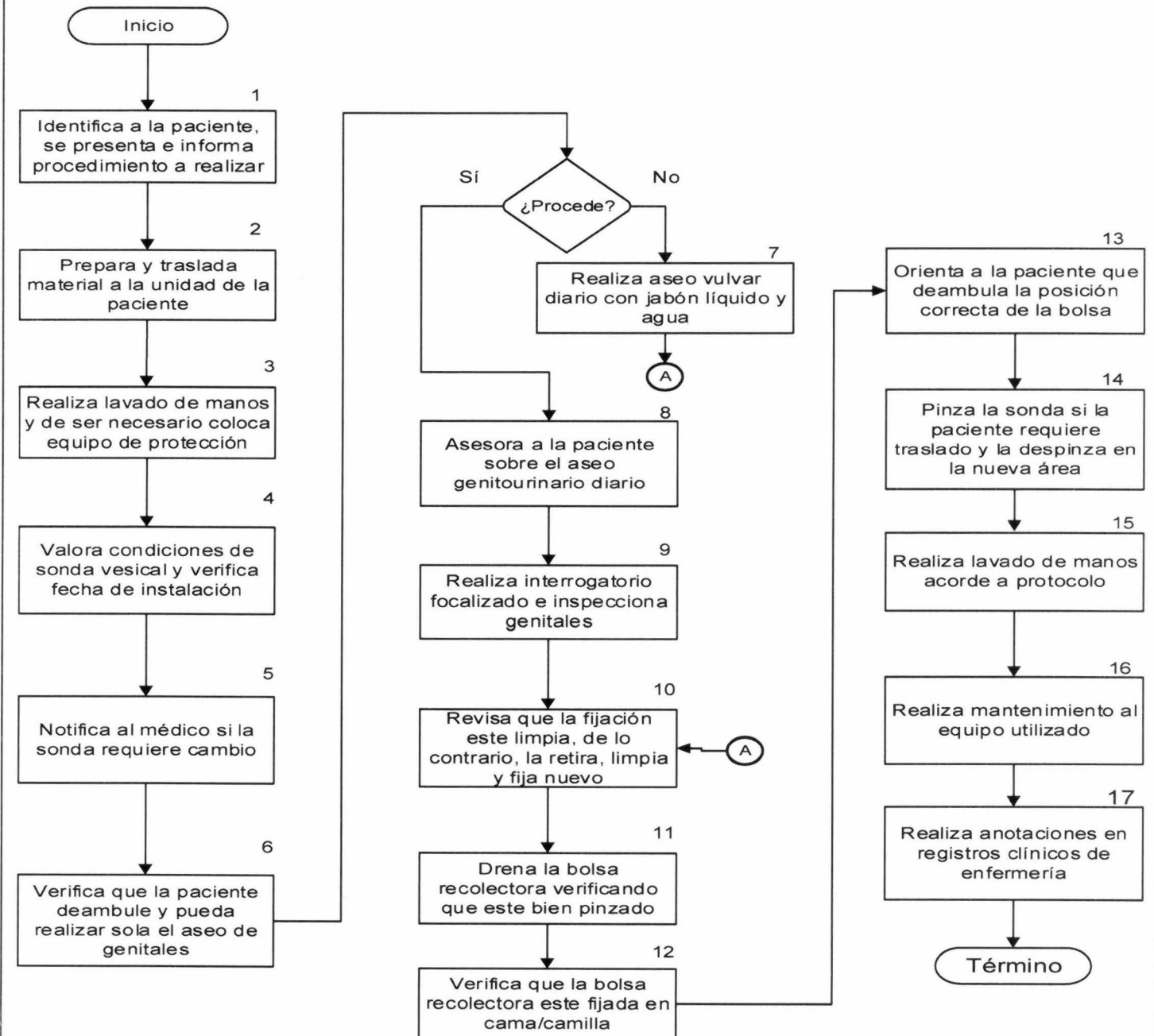
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta y le informa el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	2	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad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

19. 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		

19. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

OBJETIVO

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

20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

2. De la Enfermera asistencial:

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



20. 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)

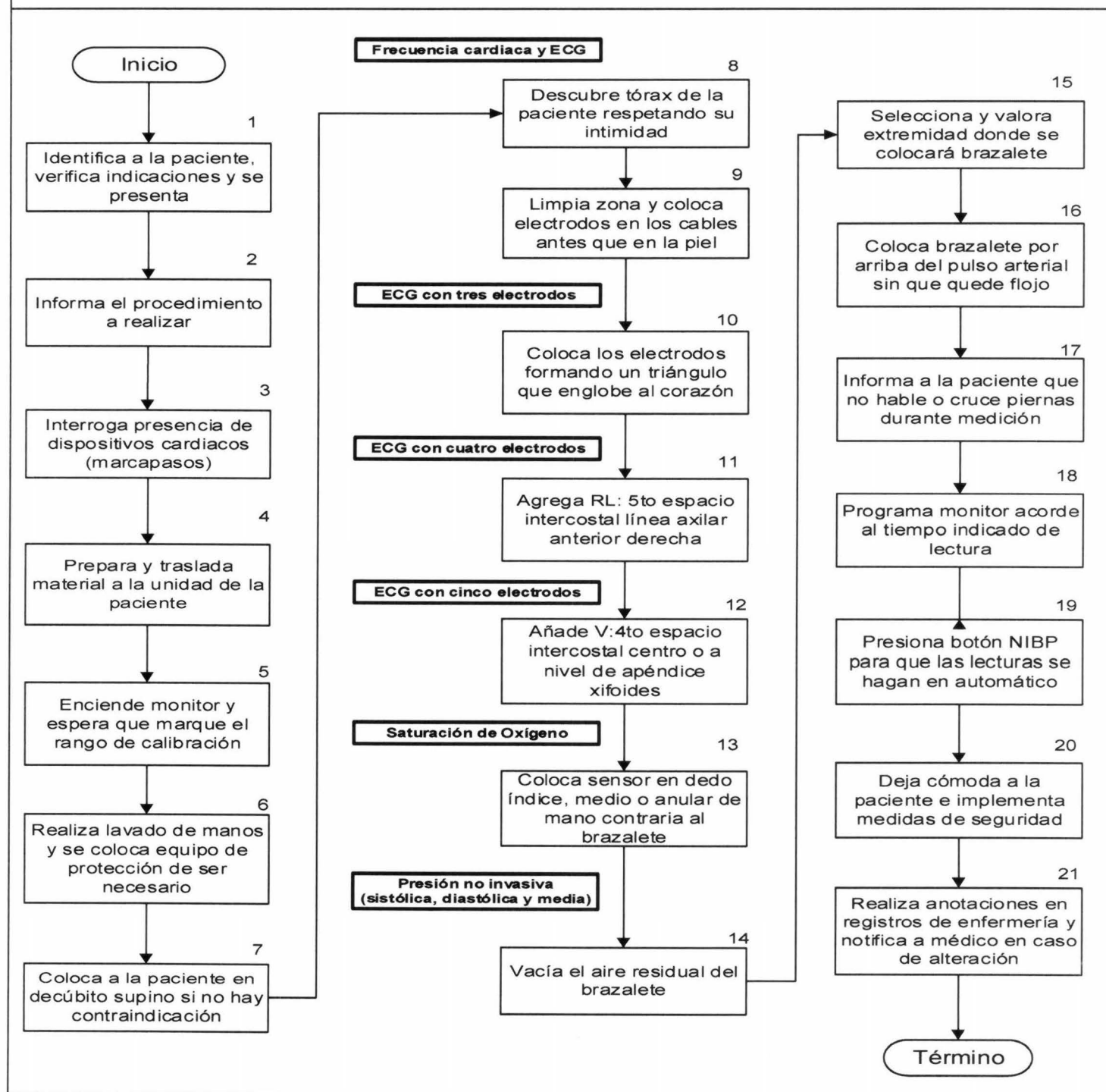


20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

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

20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

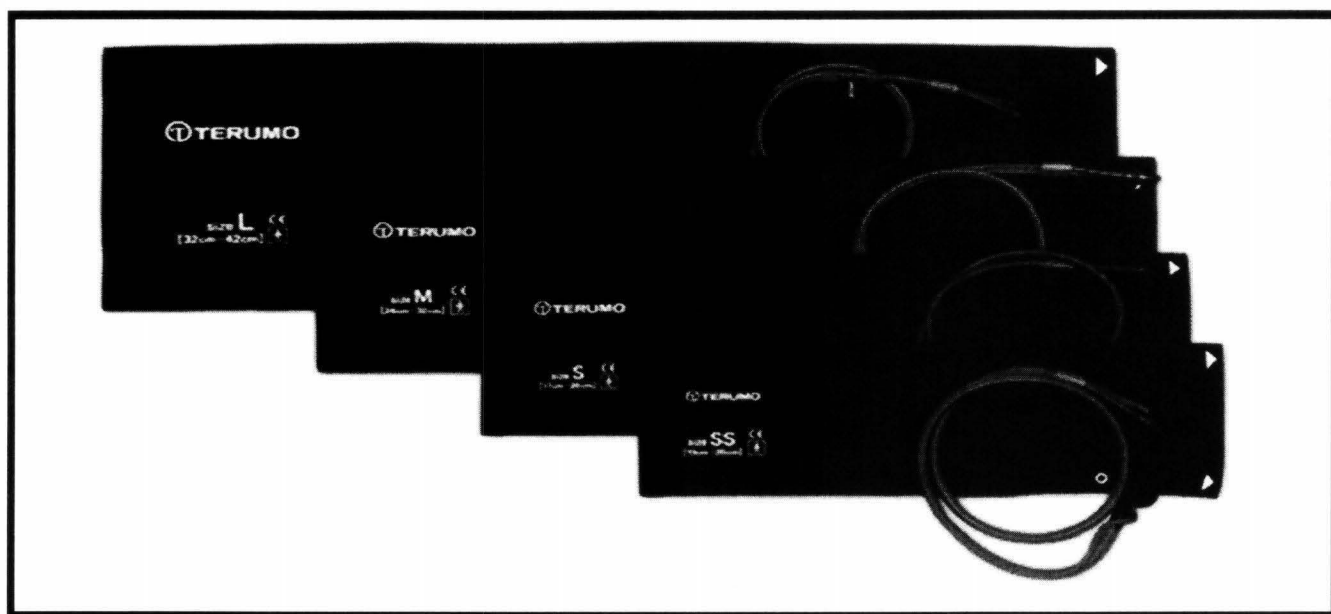
Enfermera Asistencial



20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

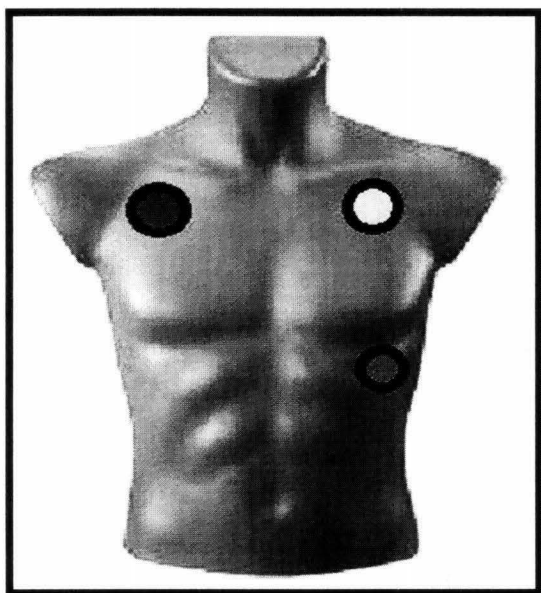
ANEXOS

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

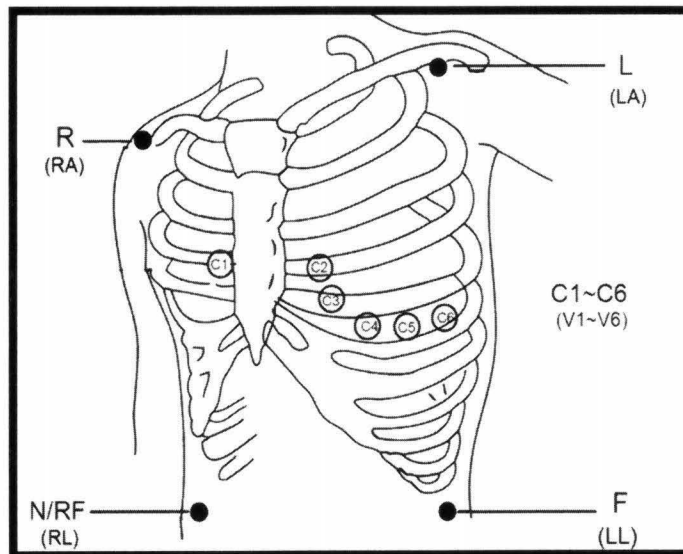


20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

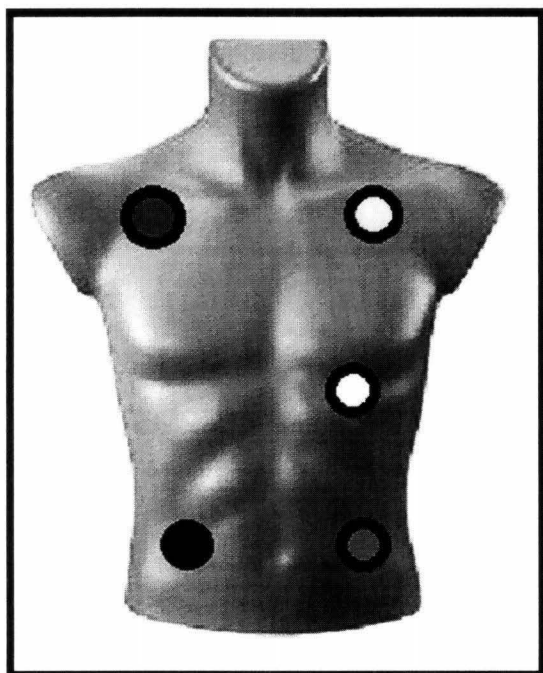
ANEXO 1



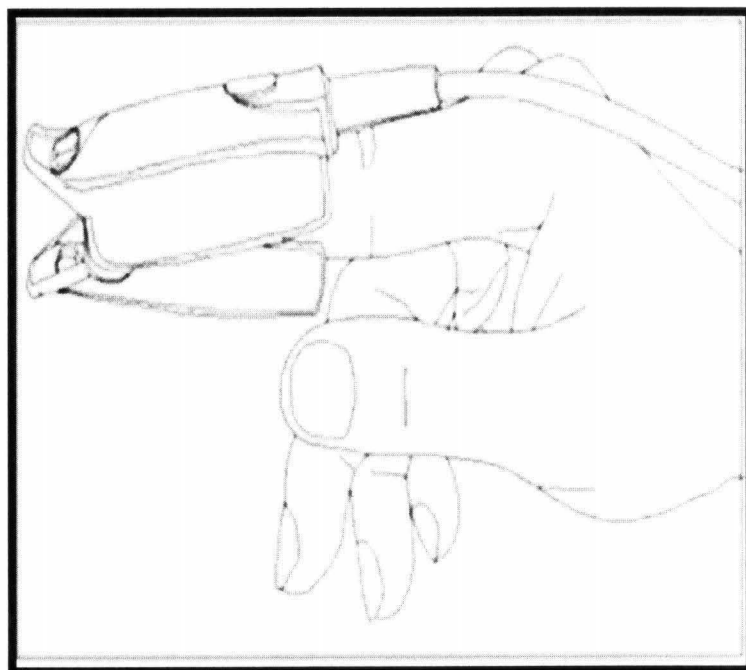
ANEXO 2



ANEXO 3



ANEXO 4



20. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

REFERENCIAS

- <http://signosvital20.com/actualizacion-en-monitorizacion-electrocardiografica/>
- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/11-pasos-para-la-obtencion-de-un-electrocardiograma-de-12-derivaciones>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>
- https://www.urgenciasyemergen.com/derivaciones-del-electrocardiograma-iii_4/
- <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-hemodinamica-el-paciente-critico--articulo-S0210569113002234>
- <https://www.gimaitaly.com/DocumentiGIMA/Manuali/ES/M35124ES.pdf>



21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA



21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

21. 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

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

- Conocer anatomía y fisiología del sistema musculoesquelético.
- 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.

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

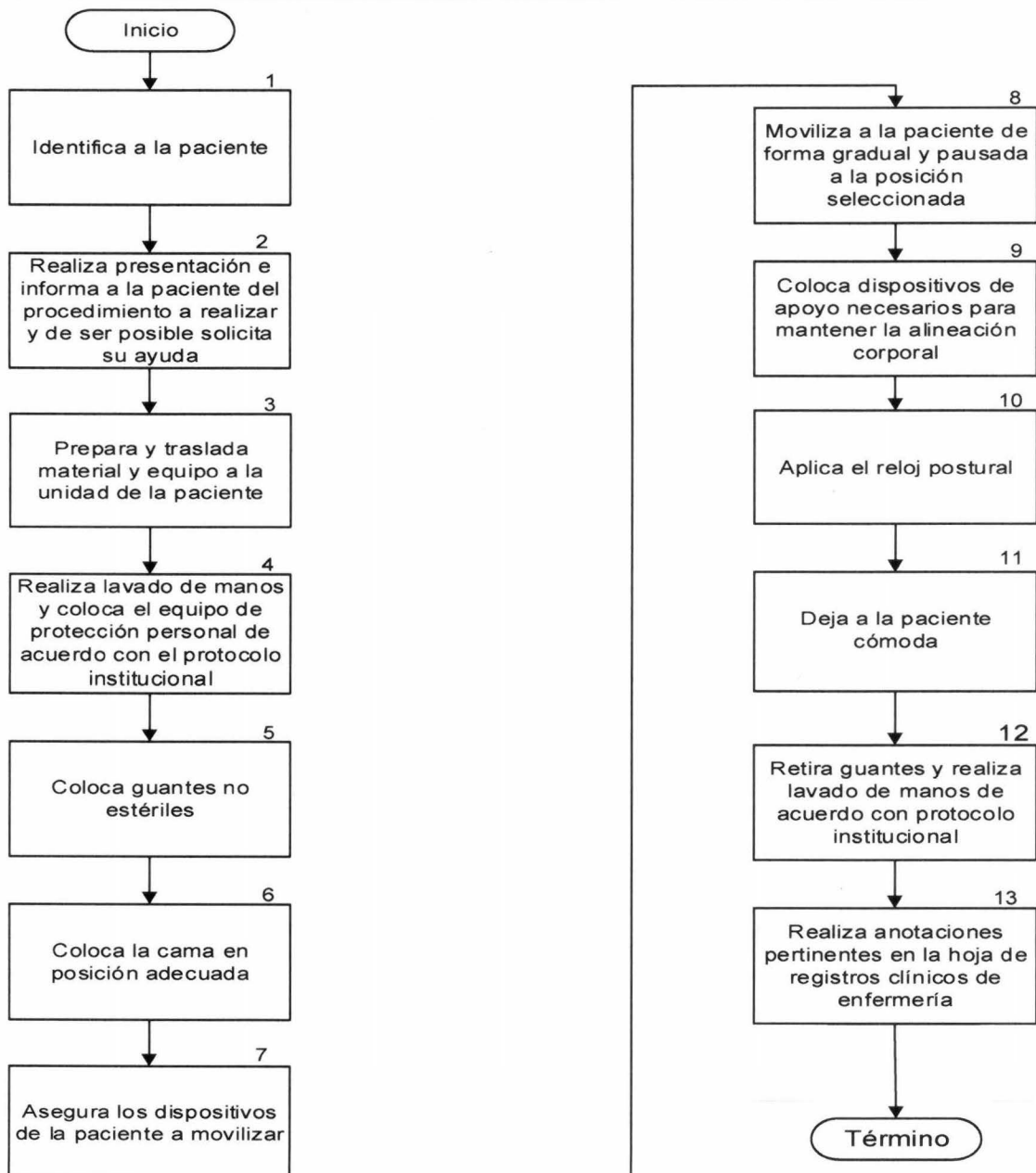
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de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



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Enfermera Asistencial

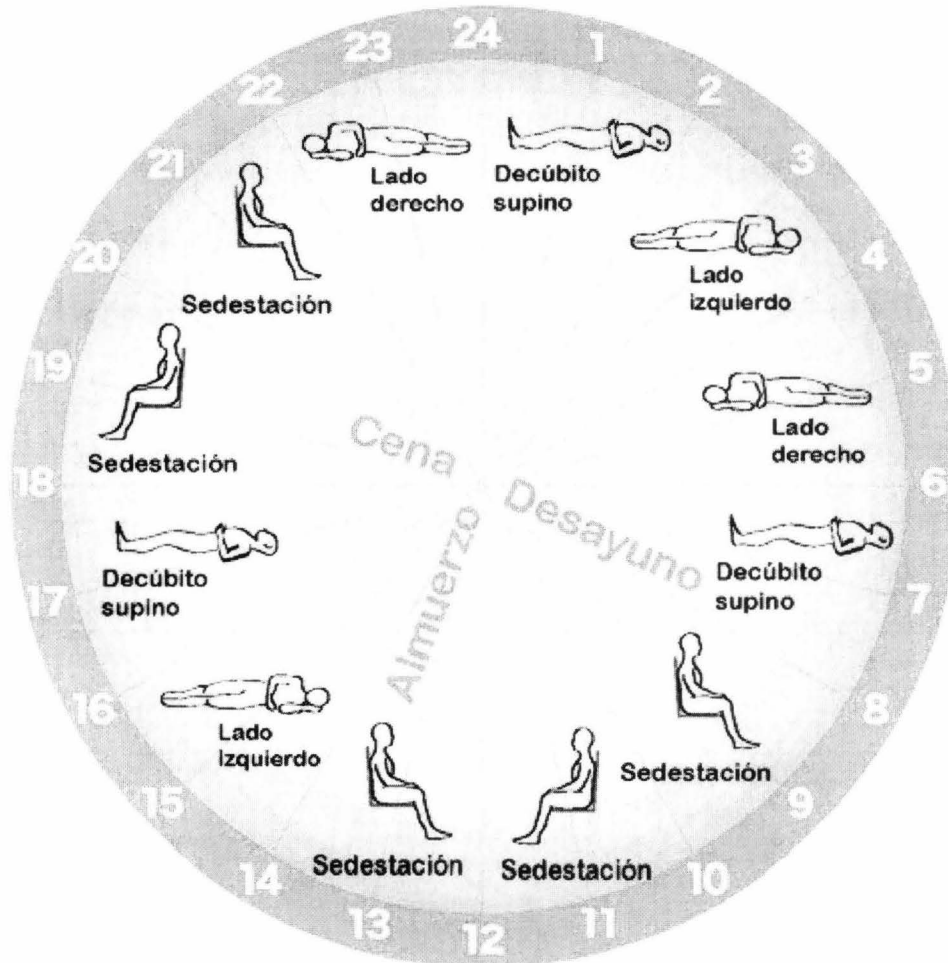




DÍA	MES	AÑO
22	04	24

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Reloj Postural

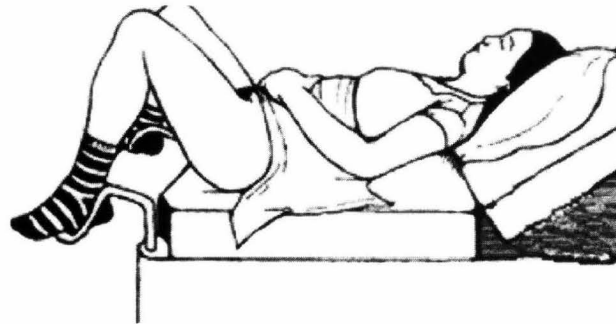




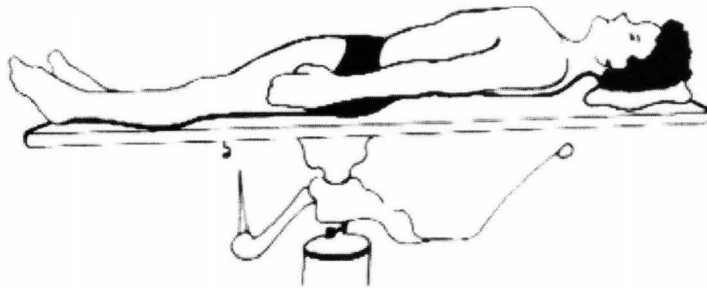
DÍA	MES	AÑO
22	04	24

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

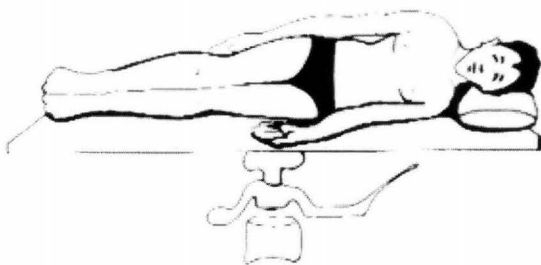
Posición Ginecológica o de Litotomía



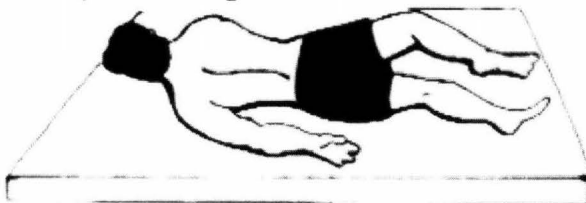
Posición Supina



Posición Decúbito lateral (Izquierdo o derecho)



Posición de SIMS /
Semiprona o inglesa

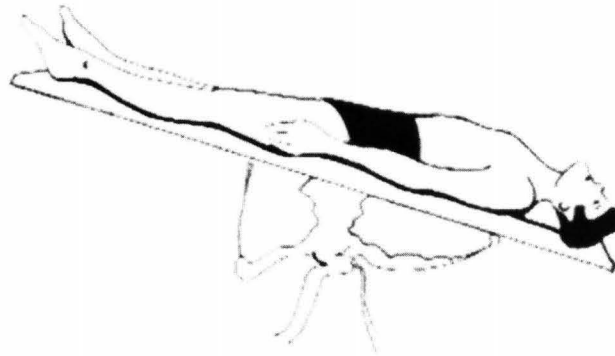




DÍA	MES	AÑO
22	04	24

21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Posición de Trendelenburg



21. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

**22. 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.

22. 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

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

2. La(el) Jefe de Servicio:

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

3. Personal adscrito al Departamento de Ingeniería Biomédica.

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

4. Personal adscrito al Departamento de Conservación y Mantenimiento.

- Acudir a los diferentes servicios para corroborar las condiciones de llenado de tanques de oxígeno.
- Acudir y entrar a los servicios de atención médica para corroborar las condiciones de los tanques de oxígeno.
- Realizar el cambio de tanques de oxígeno vacíos por llenos.

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

22. 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.

5. Personal adscrito a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria

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

6. Personal de Enfermería asistencial

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

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

7. 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.

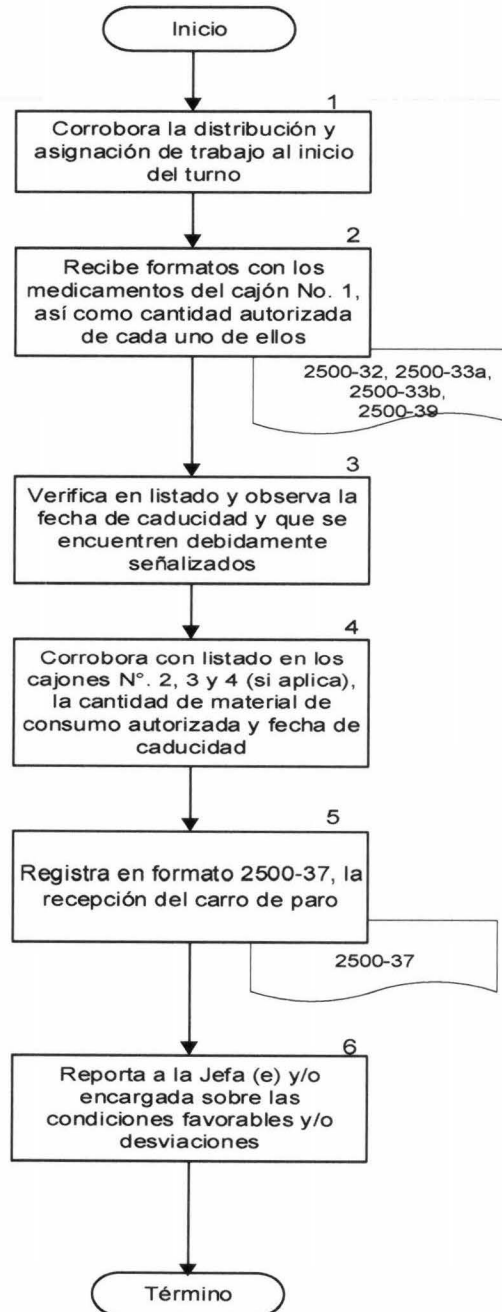


**22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

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		

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN DE CARRO DE PARO Personal de Enfermería Asistencial



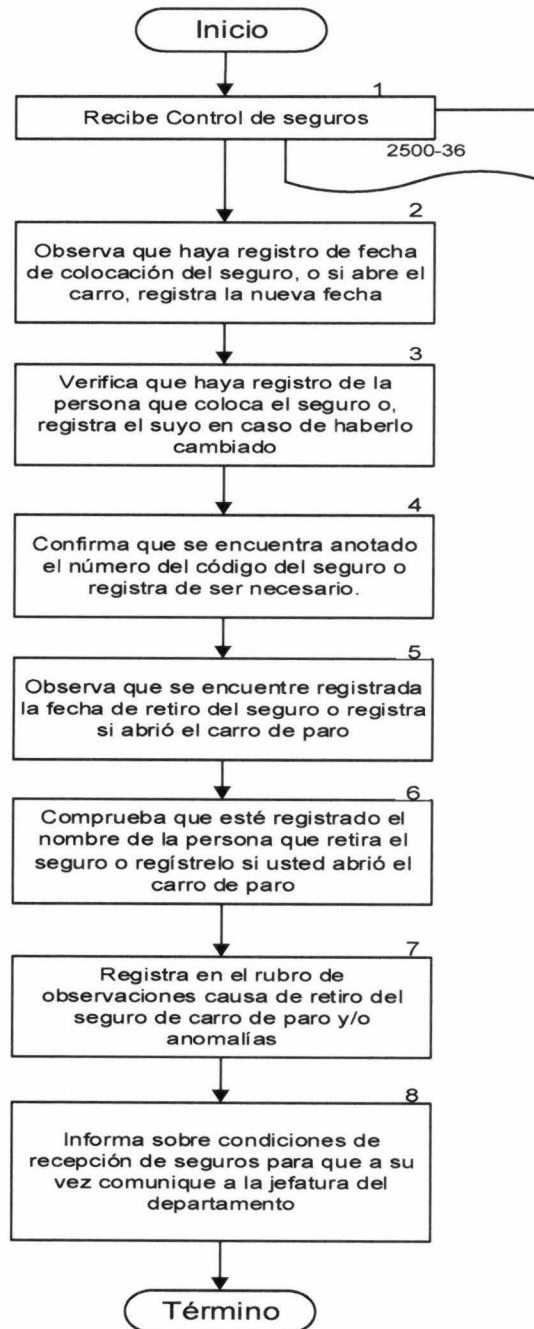


**22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

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		

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN CONTROL DE SEGUROS Personal de Enfermería Asistencial





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

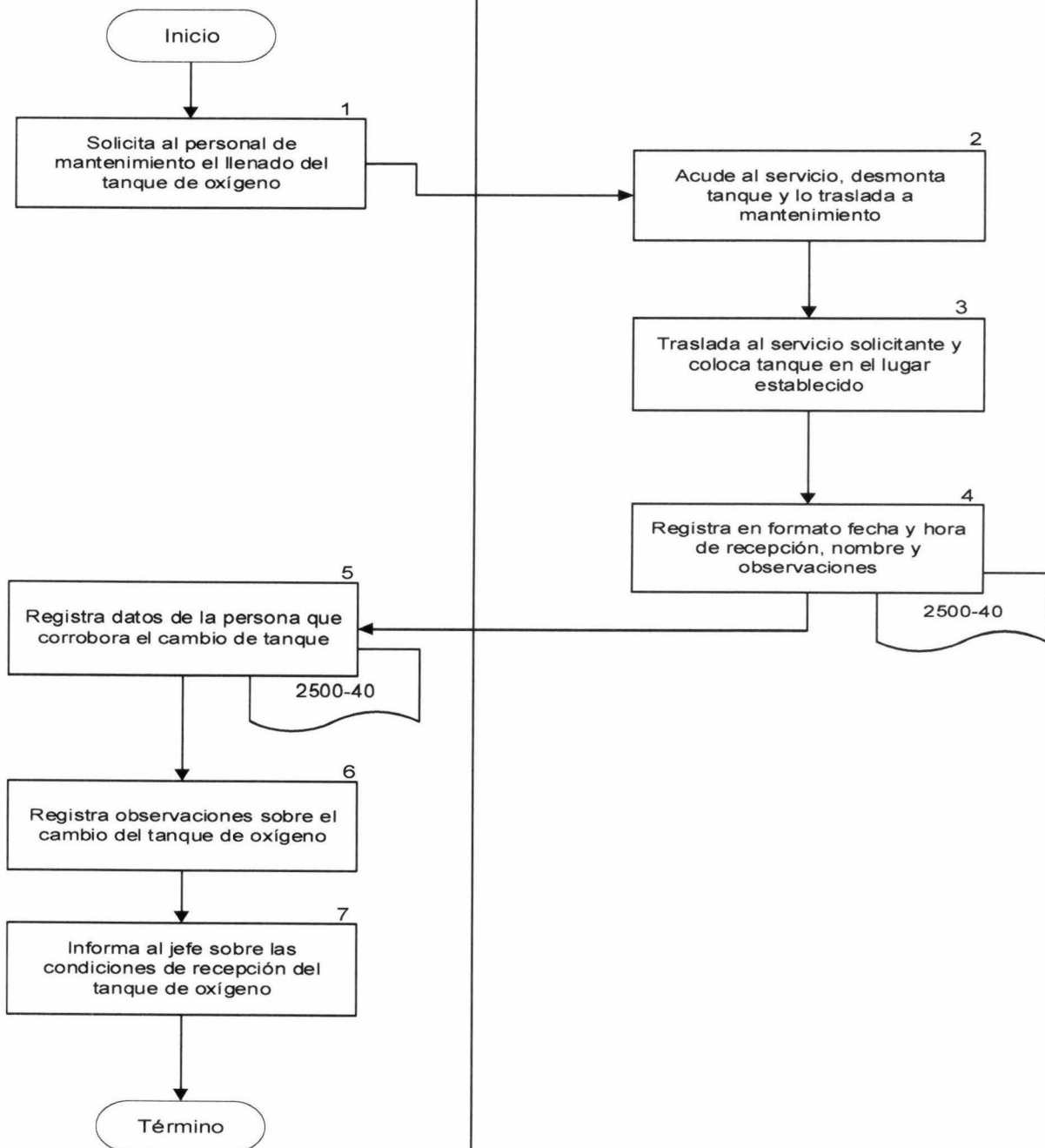
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN CONTROL DE LLENADO DE TANQUES DE OXÍGENO
Enfermera asistencial	1	Solicita al personal de mantenimiento el llenado del tanque de oxígeno.
Personal de mantenimiento	2	Acude (áreas abiertas) y entra al servicio (terapias neonatales); desmonta el tanque 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

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

RECEPCIÓN CONTROL DE LLENADO DE TANQUES DE OXÍGENO

Enfermera asistencial

Personal de mantenimiento



**22. 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.

**22. 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

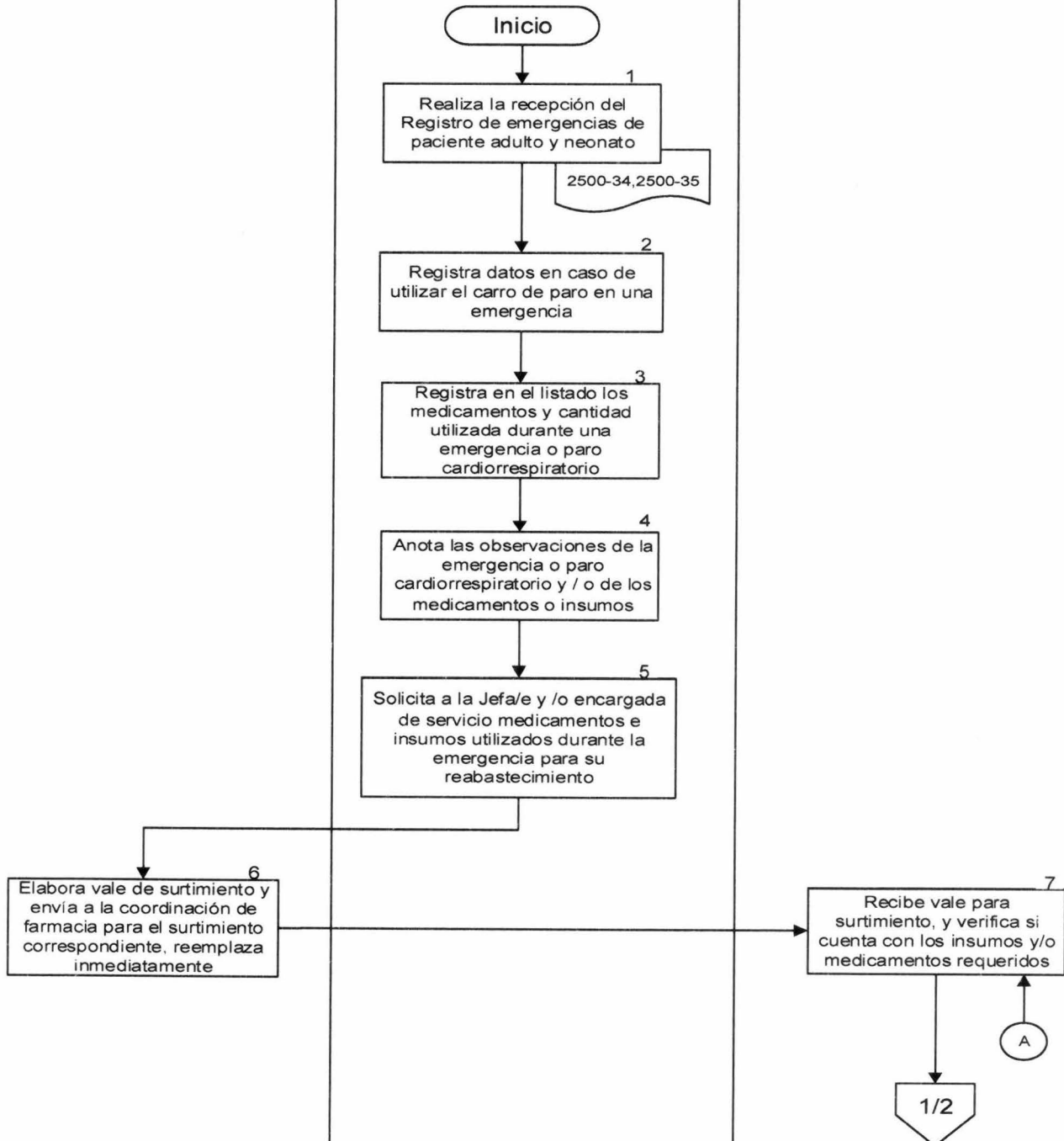
**22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

REGISTRO DE EMERGENCIAS (NEONATO Y/O ADULTO)

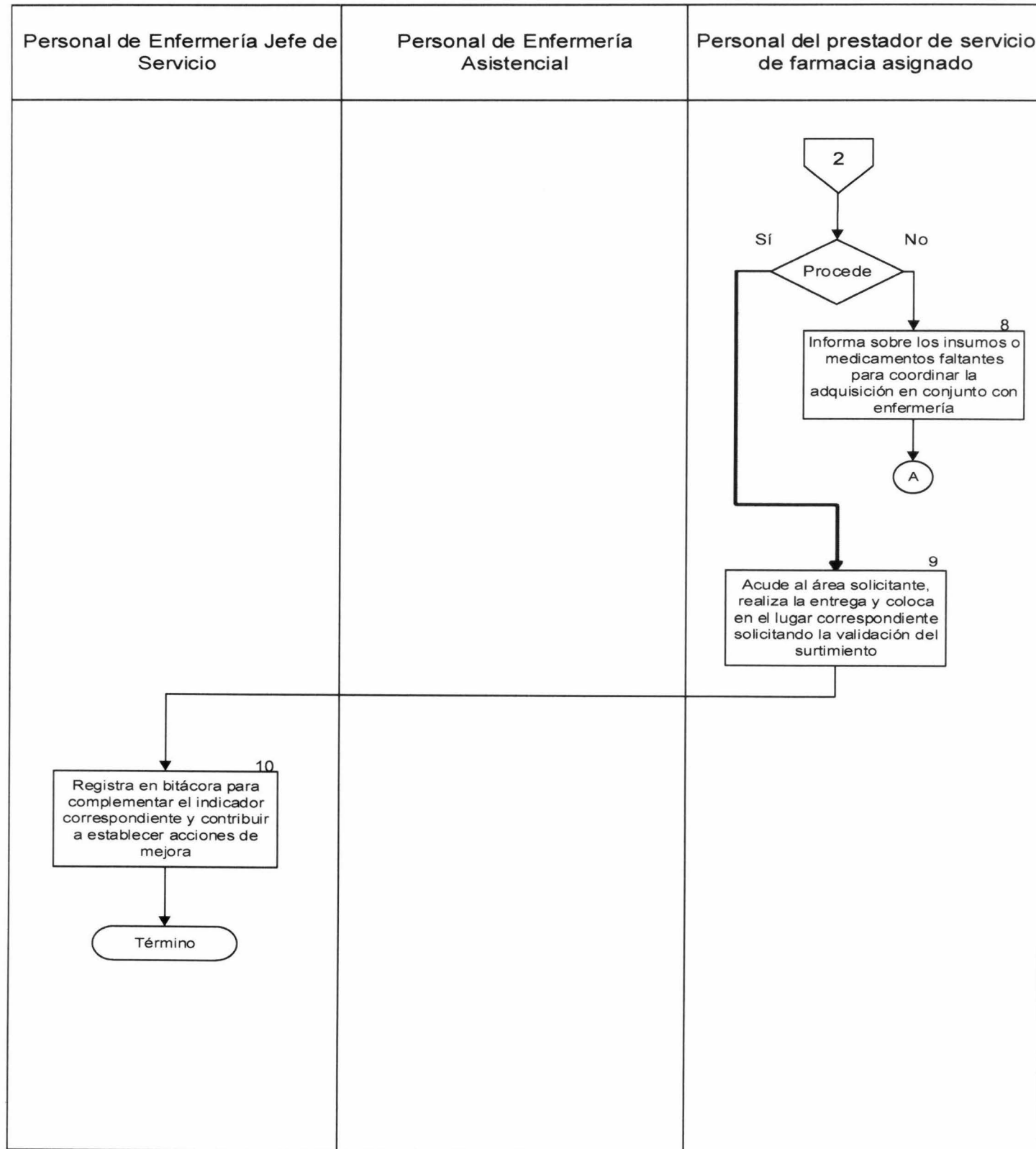
Personal de Enfermería Jefe de Servicio

Personal de Enfermería

Personal del prestador de servicio de farmacia asignado



22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



**22. 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.

**22. 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

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO

Personal de Enfermería Jefe de Servicio

Personal de Enfermería Asistencial

Personal del prestador de servicio de farmacia asignado

Inicio

1

Verifica la distribución de trabajo en el rol del servicio

2

Prepara insumos requeridos para la limpieza

3

Observa las condiciones del ambiente 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 desinfectante con una compresa húmeda en cada una de las partes del carro, deja actuar durante, retira exceso y procede a secar

7

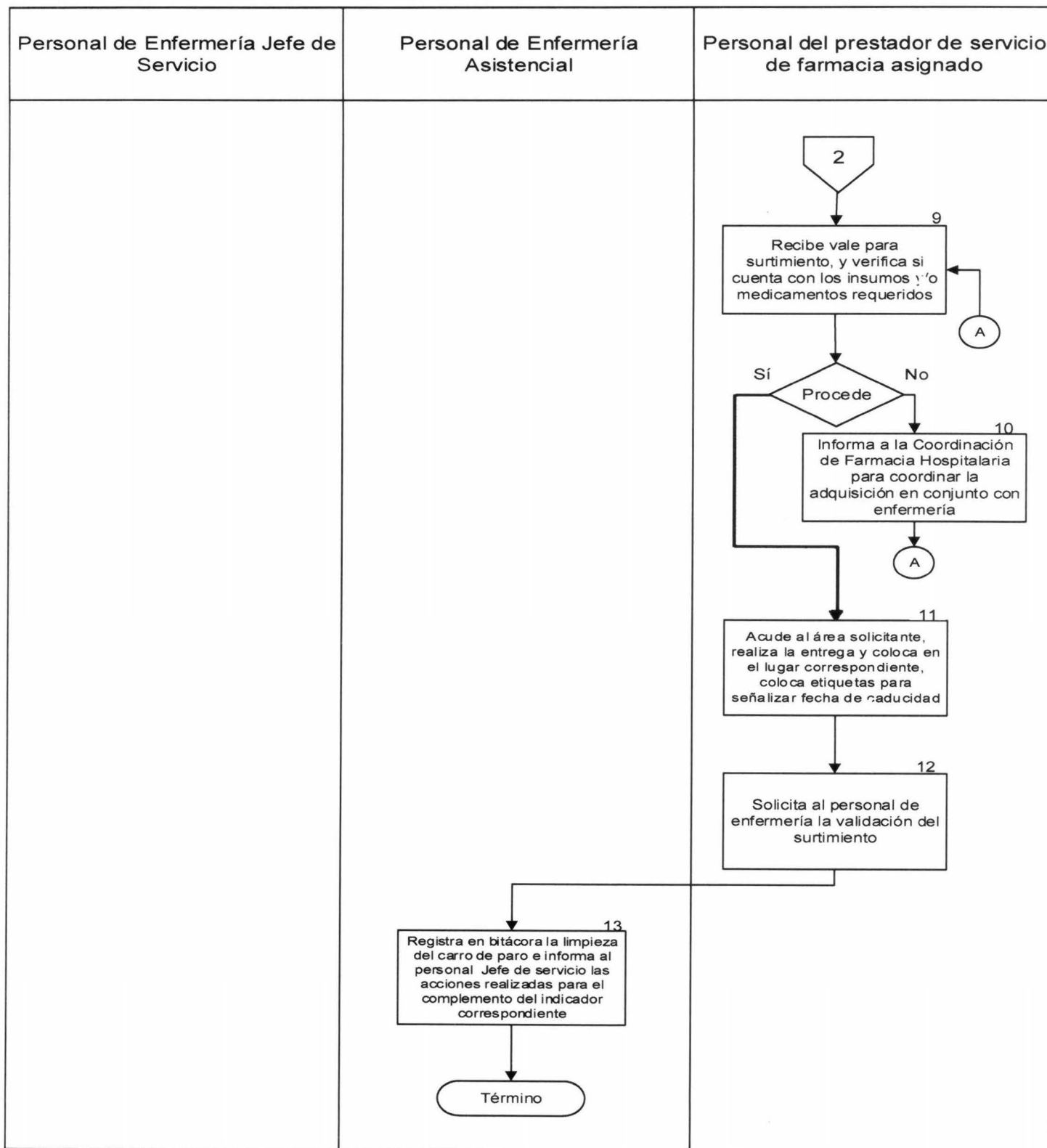
Retira el reservorio o contenedor para aspiración (si aplica) y solicita a Inhaloterapia su limpieza

8

Elabora vale de surtimiento de medicamentos y/o insumos faltantes y envía para que se gestione el surtimiento correspondiente

1/2

22. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO





DÍA	MES	AÑO
22	04	24

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

23. 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.

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****SERÁ RESPONSABILIDAD:****1. De la Jefe de Servicio:**

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

2. Del Personal Asistencial:

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

En caso de caídas:

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

23. 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.

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

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

FACTORES EXTRÍNSECOS

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

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

23. 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.
Digitálicos	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

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

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

El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado de la paciente, además de desarrollar competencias específicas que 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

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

ayuda.

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

Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario

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

Acciones encaminadas a mantener un entorno seguro:

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

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

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

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

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

VALORACIÓN POR TURNO

CRITERIOS DE RIESGO

Criterios de riesgo

TM T T
 V N

Limitación física

Estado mental alterado

Tratamiento farmacológico que implica riesgo

Problemas de idioma o socioculturales

Pacientes sin factores de riesgo evidentes

Total

PUNTOS Y CÓDIGOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO

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

23. 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

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

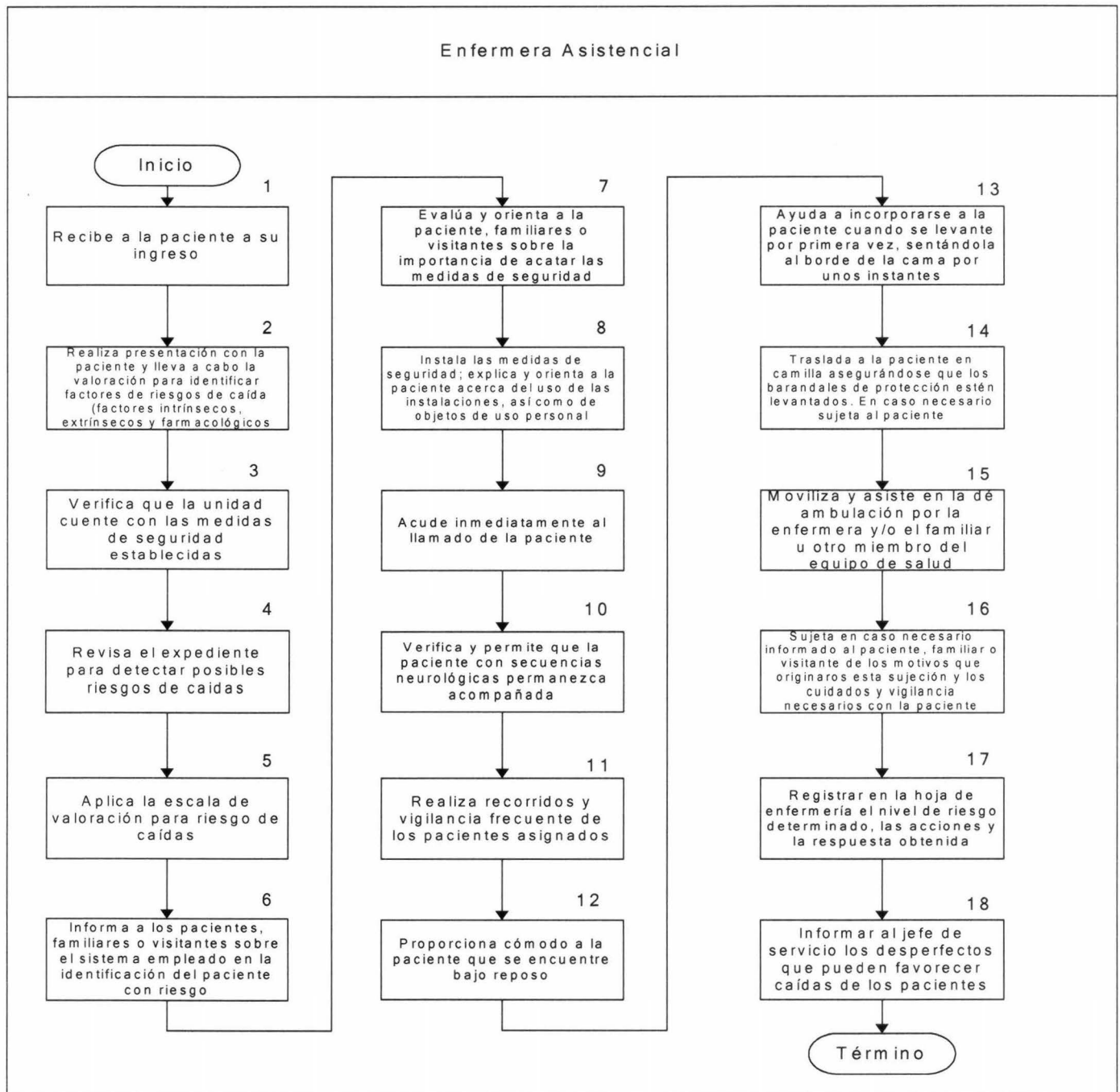
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Recibe a la paciente a su ingreso.
	2	Realiza presentación con la paciente y lleva a cabo la valoración para identificar factores de riesgos de caída (factores intrínsecos, extrínsecos y farmacológicos).
	3	Verifica que la unidad cuente 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 deambulacion por la enfermera y/o el familiar u otro miembro del equipo de salud.

23. 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

23. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

2. De la Enfermera asistencial:

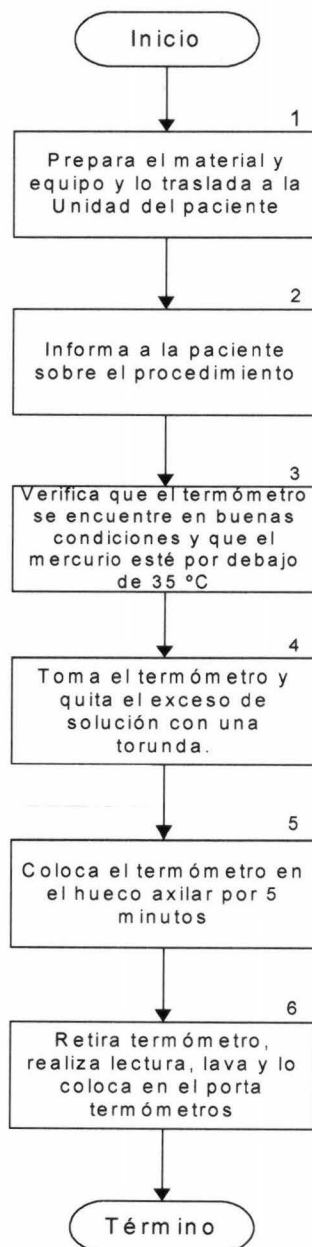
- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica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

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



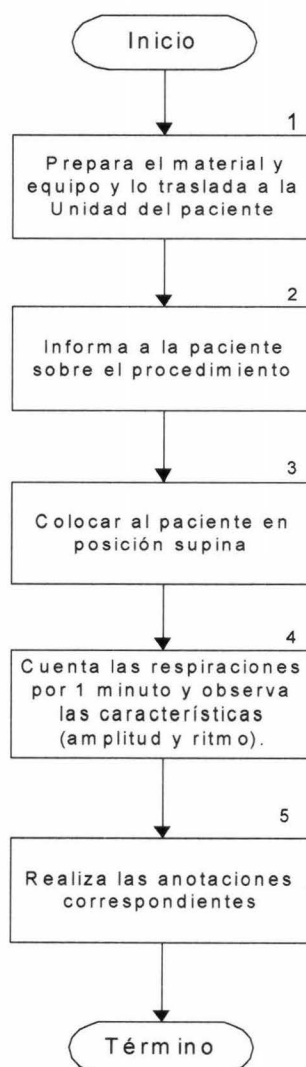
24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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



24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



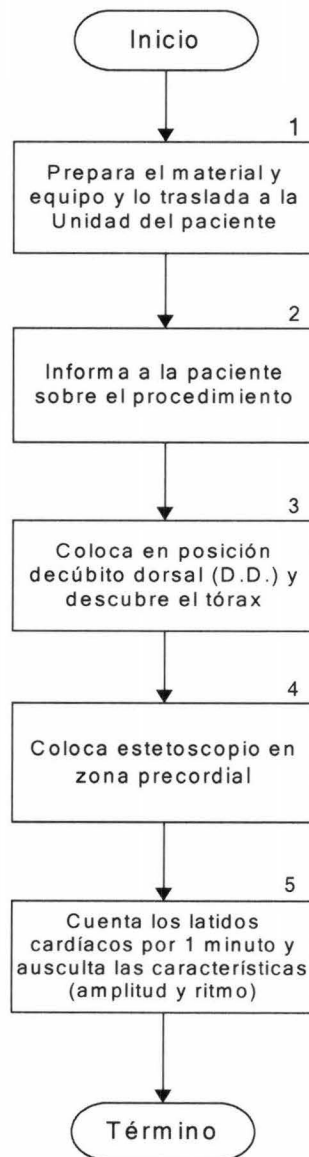
24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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



24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial

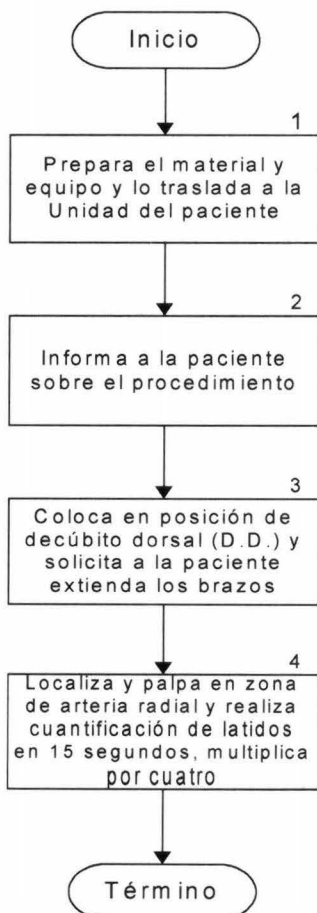


24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

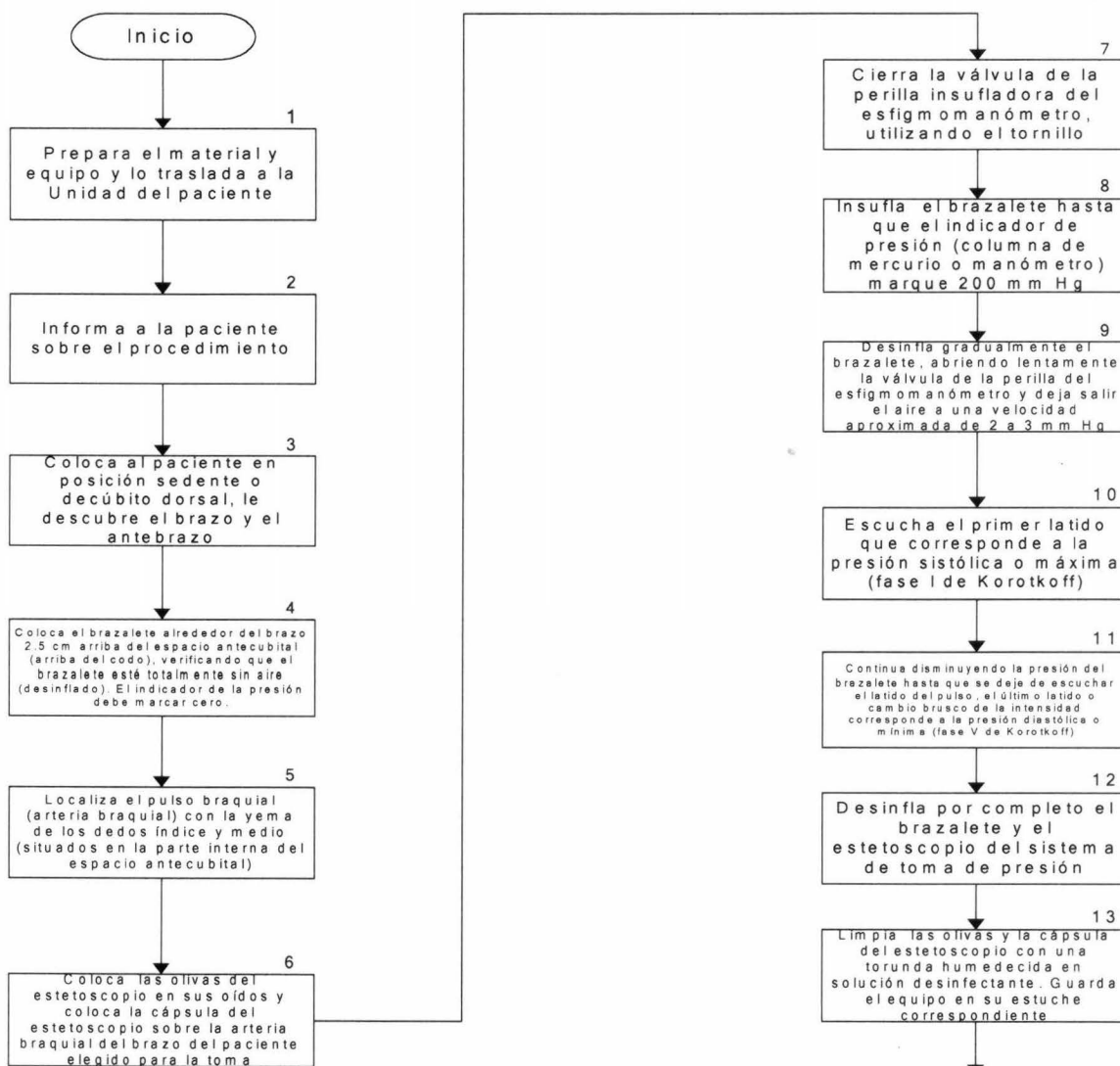
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (PRESION ARTERIAL)
Enfermera Asistencial	1	Prepara el material y equipo y lo traslada a la Unidad del paciente.
	2	Informa a la paciente sobre el procedimiento.
	3	Coloca al paciente en posición sedente o decúbito dorsal, le descubre el brazo y el antebrazo.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

24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

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

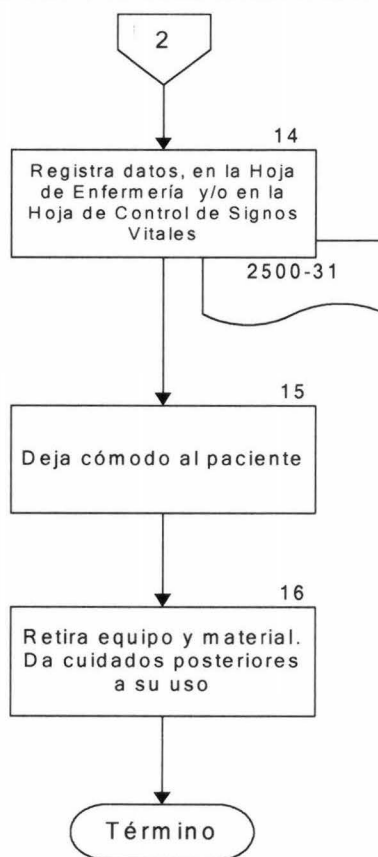
24. SIGNOS VITALES EN PACIENTES ADULTAS

Enfermera Asistencial



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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

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 trombótico (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.

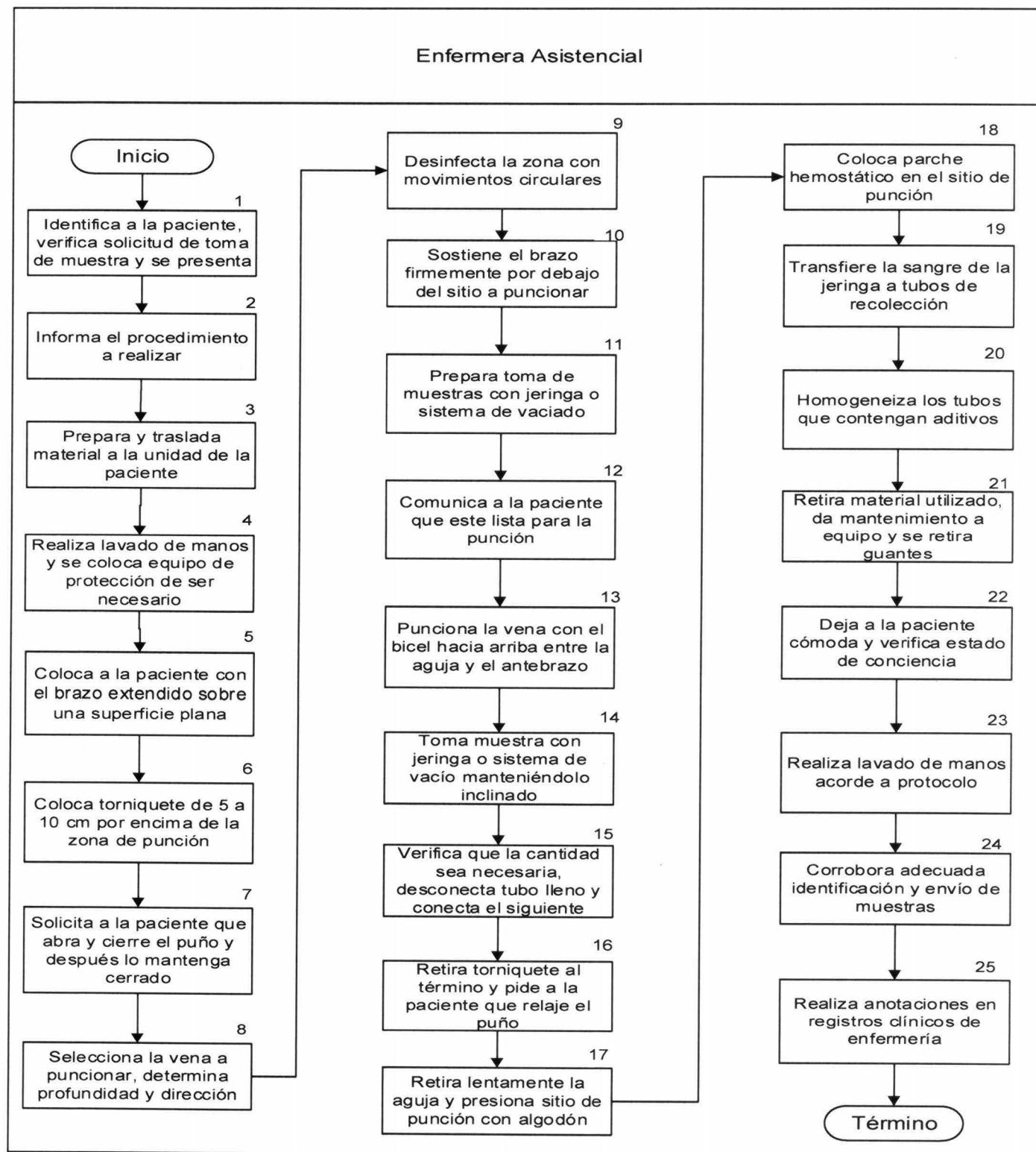
25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

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 (PUNCIÓN)
Enfermera asistencial	14	Toma muestras con jeringa (mantiene la aguja lo más estable posible, aspirando lentamente la cantidad de sangre necesaria) o con sistema de vacío (una vez que la sangre comience a fluir dentro del tubo, pide a la paciente que abra la mano); permitiendo que el tubo se llene completamente, manteniéndolo inclinado para que la sangre fluya hacia el fondo
	15	Verifica que la cantidad sea la necesaria (muestras con jeringa) y cuando la sangre deje de fluir (sistema de vacío), desconecta el tubo lleno e inserta el siguiente tubo. Los tubos que contienen aditivos deben homogeneizarse inmediatamente después de la recolección. (VER ANEXO)
	16	Retira el torniquete al término de la toma de muestras y pide a la paciente que relaje el puño.
	17	Retira lentamente la aguja, realiza una presión gentil con algodón sobre el sitio de punción.
	18	Coloca un parche hemostático en el sitio de punción.
	19	Transfiere la sangre de la jeringa a los tubos de recolección, puncionando el tapón del tubo.
	20	Homogeneiza los tubos que contengan aditivos.
	21	Retira el material utilizado, proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional y se retira los guantes.
	22	Deja a la paciente en posición cómoda y verifica su estado de consciencia si se va a incorporar.
	23	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	24	Corroborar la adecuada identificación y envío de muestras.
	25	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN



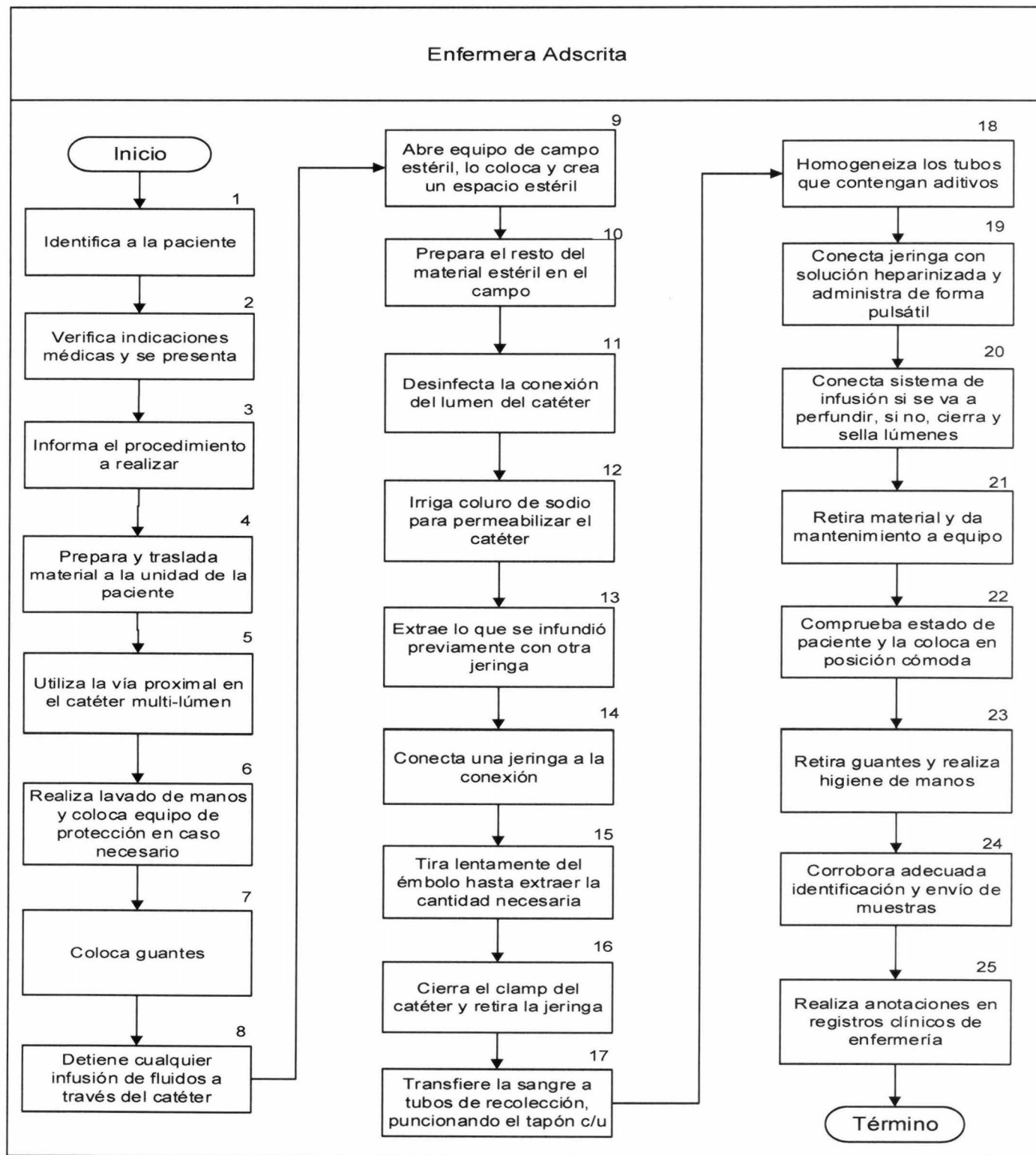
25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

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

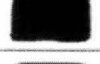
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION (POR CATÉTER)
Enfermera adscrita	16	Cierra el clamp del catéter y retira la jeringa.
	17	Transfiere la sangre a los tubos de recolección, puncionando el tapón de cada tubo.
	18	Homogeneiza los tubos que contengan aditivos.
	19	Conecta la jeringa precargada 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



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 sílicón	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/litio	Química clínica (urgencias), hematología (fragilidad osmótica)	8 a 10 veces
	EDTA K ₂	Hematología, banco de sangre	8 a 10 veces
	Gel separador y EDTA K ₂	Determinaciones de carga viral	8 a 10 veces
	Oxalato de Potasio/Sodio	Química clínica, pruebas de lactato y glucosa	8 veces

Información con base a extractos de los insertos técnicos e información de los productos BD Vacutainer®
Referencia en CLSI (H3-A6, Vol. 27 N 26, 2007 y H04-A6, Vol. 28 N25, 2008)



DÍA	MES	AÑO
22	04	24

25. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

Referencias

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

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

OBJETIVO

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

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

2.- De la enfermera asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes, acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer anatomía del sistema vascular.
- Asegurarse de contar con la clave de ingreso al sistema digital de hemovigilancia.
- Verificar existencia de acceso vascular periférico permeable y de gran calibre exclusivo para la transfusión de hemocomponentes.
- No usar extensiones cortas durante la transfusión.
- Vigilar que todo hemocomponente que sea proporcionado por el banco de sangre porte el marbete con los datos de identificación de la paciente, donador y de hemovigilancia.
- Devolver y notificar al banco de sangre de alguna anomalía dentro de los primeros 30 minutos, previa elaboración de oficio correspondiente.
- Aplicar los "7 correctos", en el check list, antes de iniciar una transfusión, estos se omitirán sólo en caso de hemorragia masiva.
- No demorar más de 4 horas en la transfusión de un hemocomponente (desde que sale de banco de sangre).
- No 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.

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

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

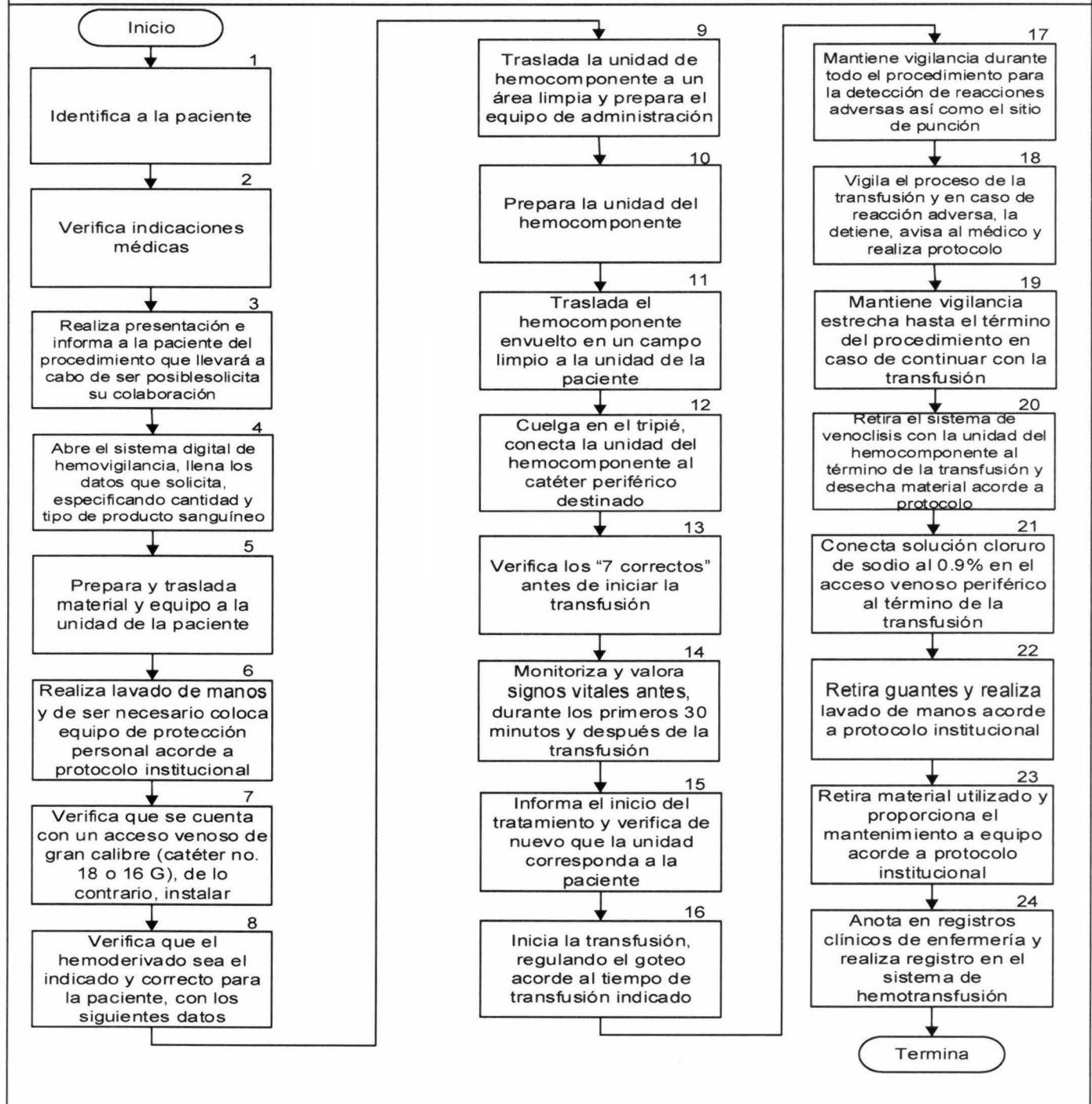
26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Enfermera Asistencial



26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

ANEXO

Tabla 3. Pautas para la infusión de hemocomponente

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

Fuente: "Manual de hemoterapia". Paredes 2008

26. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES**REFERENCIAS**

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

DÍA	MES	AÑO
22	04	24

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

V. HOJA DE FIRMAS

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, DESIGNADO MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0345-2024.

REVISÓ



EN AUSENCIA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES Y CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 54 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL INPER, FIRMA LA MTRA. SOFÍA SÁNCHEZ ÁNGELES, DESIGNADA MEDIANTE EL OFICIO INPER-DG-0373-2024.