

Carátula de validación de vigencia

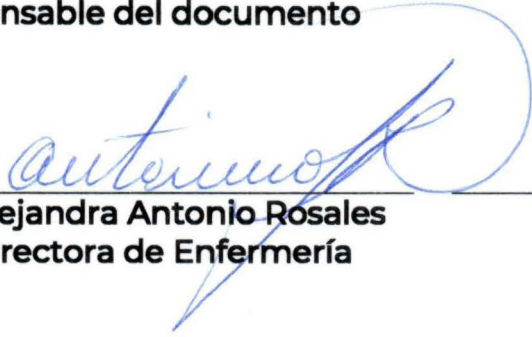
Ciudad de México, a 24 de mayo de 2023

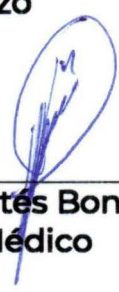
Se hace referencia al inciso A) del Procedimiento para la validación de vigencia de las normas internas y transversales en el Sistema de Administración de Normas Internas de la APF (SANI). Con fundamento en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el **Manual de Procedimientos Técnicos de la Coordinación de Urgencias**, registrado en el Inventario de Normas Internas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), se encuentra vigente y es aplicable de acuerdo con lo establecido en la misma, **para otorgar uniformidad a los procesos y sus indicaciones de ejecución, así como mantener actual y vigente el desarrollo de nuevos proyectos que coadyuven en la detección y corrección de posibles omisiones y/o deficiencias en la calidad de atención a los pacientes.** 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 la Coordinación de Urgencias	INPER-NIS-0162	14/10/2022	08/06/2022

Responsable del documento

Autorizó


Mtra. Alejandra Antonio Rosales
Subdirectora de Enfermería


Dr. Manuel Cortés Bonilla
Director Médico



2023
Francisco
VILA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS
DE LA COORDINACIÓN DE URGENCIAS**

MAYO 2022

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

- I. OBJETIVO DEL MANUAL
- II. MARCO JURÍDICO
- III. PROCEDIMIENTOS
 1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS
 2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO
 3. ASEO GENITOURINARIO
 4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES
 5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL
 6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS
 7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)
 8. CUIDADOS DE ESTOMAS
 9. HERIDAS FINAL
 10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS
 11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES
 12. INSTALACIÓN DE Sonda VESICAL
 13. INSTALACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO
 14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE Sonda NASOGÁSTRICA



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN
18. INTERVNCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA
19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA
20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA
21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA
22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO
23. LAVADO GÁSTRICO
24. MANIOBRAS DE LEOPOLD
25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
26. MONOTORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES
27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN CAMA
28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA
29. RECEPCIÓN CARRO DE PARO
30. VALORACIÓN SIGNOS VITALES
31. TOMA DE MUESTRA SANGUINEA POR CATETÉR
32. TOMA DE MUESTRA URINARIAS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
3

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- 33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES
- 34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS**



HOJA
4

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO MANUAL

Describir de forma detallada las técnicas de los procedimientos realizados por el personal de enfermería en la Coordinación de Urgencias, para el correcto desempeño de sus funciones en el área.

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley General de Salud.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales y Reglamento.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y Reglamento.

Ley de Infraestructura de la Calidad.

Ley General para el Control del Tabaco y Reglamento.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Ley Federal del Trabajo.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y Reglamento.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

DECRETOS

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

REGLAMENTOS

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

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 protección social en Salud.

Reglamento de Insumos para la Salud.

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Reglas de operación del Fondo de Salud para el Bienestar.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.

Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.

Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.

LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

NORMAS

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable, requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la Farmacovigilancia.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002, Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

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-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana Proy-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2018 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de la anestesiología.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

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-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-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-026-SSA3-2018, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-028-SSA3-2018, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

Otras Normas

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-002-SCT/2020, listado de las sustancias y materiales peligrosos (mercancías peligrosas).

Norma Oficial Mexicana NOM-011-1-SCT-2-2022, Especificaciones para el transporte de determinadas clases de mercancías peligrosas (sustancias o materiales peligrosos) embaladas/envasadas en cantidades exceptuadas-Especificaciones para el transporte de productos para el consumidor final, inclusive.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológica para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.

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-019-SCT2/2014, Especificaciones técnicas y disposiciones generales para la limpieza y control de remanentes de sustancias y residuos peligrosos en las unidades que transportan materiales y residuos peligrosos.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2012, Sistema para la administración del trabajo-Seguridad en los procesos y equipos críticos que manejen sustancias químicas peligrosas.

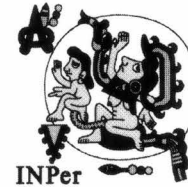
Norma Oficial Mexicana NOM-029-STPS-2011, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad.

Norma Oficial Mexicana NOM-055-SEMARNAT-2003, que establece los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos, previamente estabilizados.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
10

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

12	05	22
----	----	----

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-058-SCFI-2017, Controladores para fuentes luminosas artificiales, con propósitos de iluminación en general – Especificaciones de seguridad y métodos de prueba.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA-1-2002, Protección ambiental -Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos -Clasificación y especificaciones de manejo.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-154-SCFI-2017, Equipos contra incendio- Extintores portátiles y móviles - Servicio de mantenimiento y recarga.

Otras Disposiciones Legales

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, registradas en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje expediente R.S 13/83 del 15-06-2018 y autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante oficio No. 307-A-1622 de fecha 12-06-2018.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Garantizar los requerimientos nutricionales de la paciente a través de una sonda nasogástrica cuando existan limitaciones físicas o psíquicas.

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

- **Del Jefe/a de Servicio**
- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
- Alimento en bolsa hermética, contenedor (bolsa flexible) o en botella.
- Equipo de infusión acorde a disponibilidad institucional; Agua bidestilada, guantes, jeringa de 20cc.
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- **Del Profesional de Enfermería Asistencial**
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato digestivo.
- No exponer a temperatura ambiente las fórmulas por más de 4 horas, después de este tiempo desecharlas.
- Realizar higiene diaria de las fosas nasales y boca.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Durante la alimentación, evitar intervenciones que requieran actividad física de la paciente.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

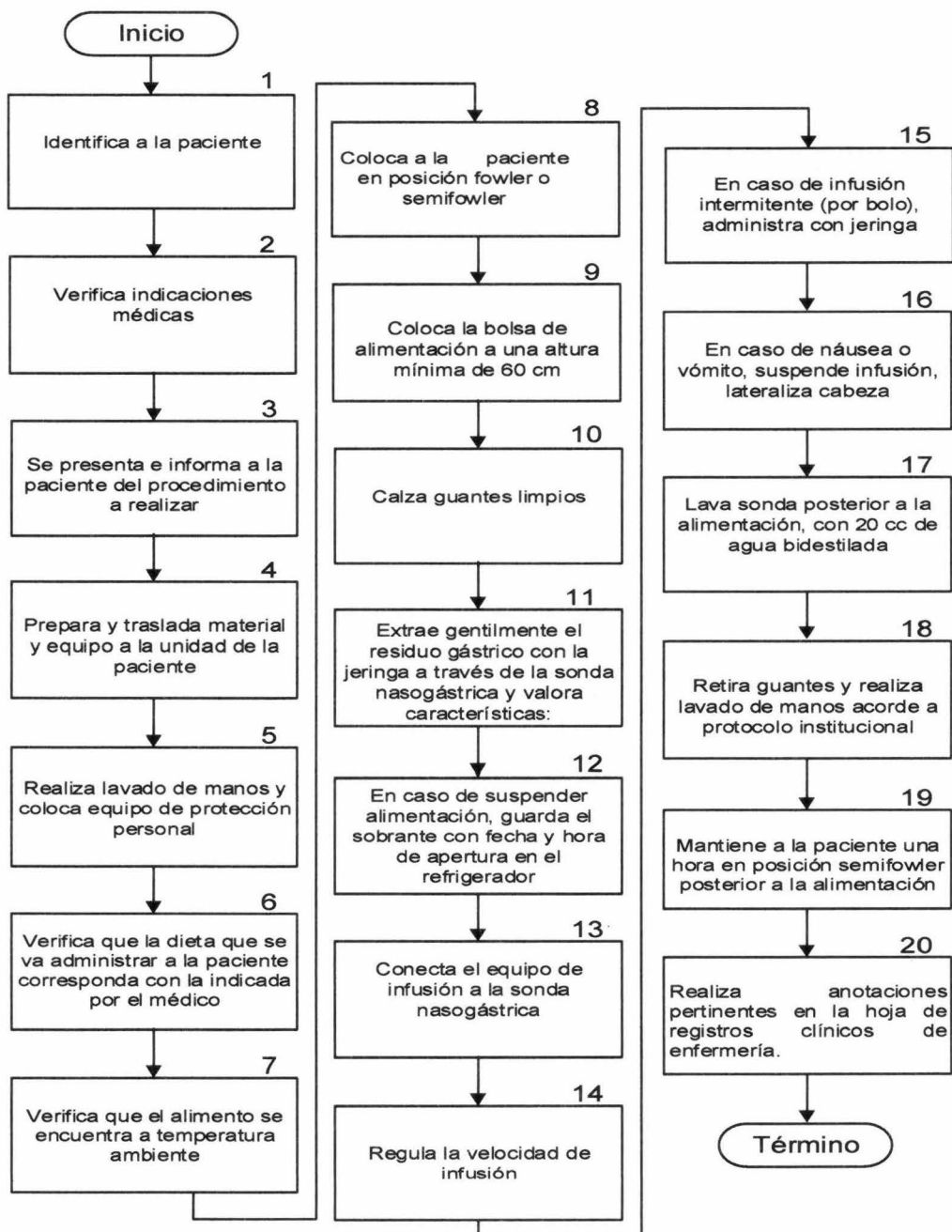
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Se presenta e informa a la paciente del procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	6	Verifica que la dieta que se va administrar a la paciente corresponda con la indicada por el médico, en cuanto a cantidad y composición.
	7	Verifica que el alimento se encuentra a temperatura ambiente y homogeniza antes de administrarlo.
	8	Coloca a la paciente en posición fowler o semifowler.
	9	Cuelga la bolsa de alimentación a una altura mínima de 60 cm por encima de la cabeza de la paciente.
	10	Calza guantes limpios.
	11	Extrae gentilmente el residuo gástrico con la jeringa a través de la sonda nasogástrica y valora características: • Si el volumen aspirado es superior a 50 ml, desecha, informa al médico y espera nueva indicación. • Si el volumen es menor a 50 ml, continúa procedimiento.
	12	En caso de suspender alimentación, guarda el sobrante membretado con fecha y hora de apertura en el refrigerador (máximo 24 horas).

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	13	Conecta el equipo de infusión a la sonda nasogástrica.
	14	Regula la velocidad de infusión, según indicaciones médicas.
	15	En caso de infusión intermitente (por bolo), administra con jeringa, según indicaciones médicas.
	16	En presencia de náusea o vómito, suspende infusión, lateraliza cabeza e informa al médico.
	17	Lava sonda posterior a la alimentación, con 20 cc de agua bidestilada.
	18	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	19	Mantén a la paciente una hora en posición semifowler posterior a la alimentación.
	20	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Favorecer una reacción terapéutica mediante la aplicación de un agente físico.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

- **Del Jefe/a de Servicio**
- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
- Norma Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
- Cojín de gel, bolsa para cubos de hielo o compresa y agua fría.
- Lebrillo o recipiente.
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- **Del Profesional de Enfermería Asistencial**
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Valorar características y condiciones de la piel antes, durante y después del procedimiento.
- Conocer el manejo no farmacológico del dolor.
- Valorar las necesidades reales o potenciales de la paciente para que se encuentre segura, tranquila y cómoda.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

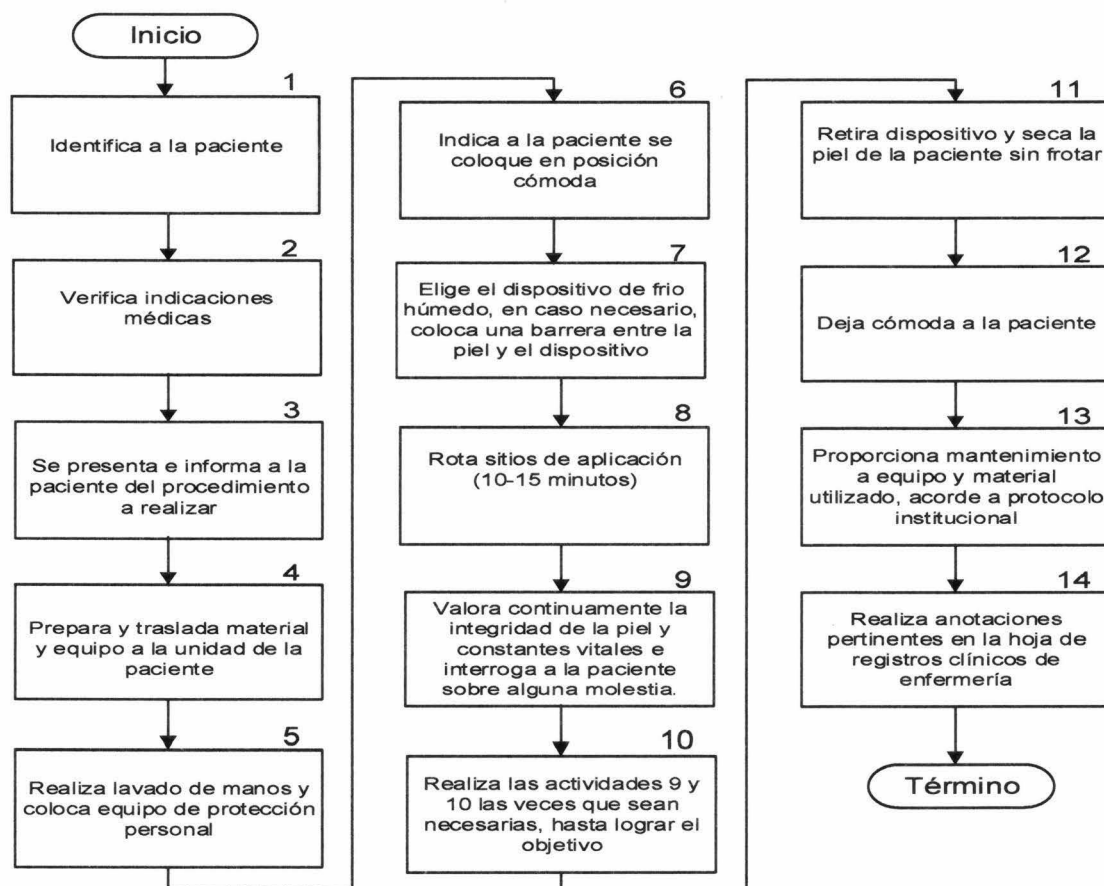
2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

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



2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

Enfermera Asistencial





3. ASEO GENITOURINARIO

3. ASEO GENITOURINARIO

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

3. ASEO GENITOURINARIO

OBJETIVO ESPECÍFICO

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
12	05	22

3. ASEO GENITOURINARIO**POLITICAS DE OPERACIÓN**

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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 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. Del Profesional de Enfermería 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.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

3. ASEO GENITOURINARIO

- 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.

3. ASEO GENITOURINARIO

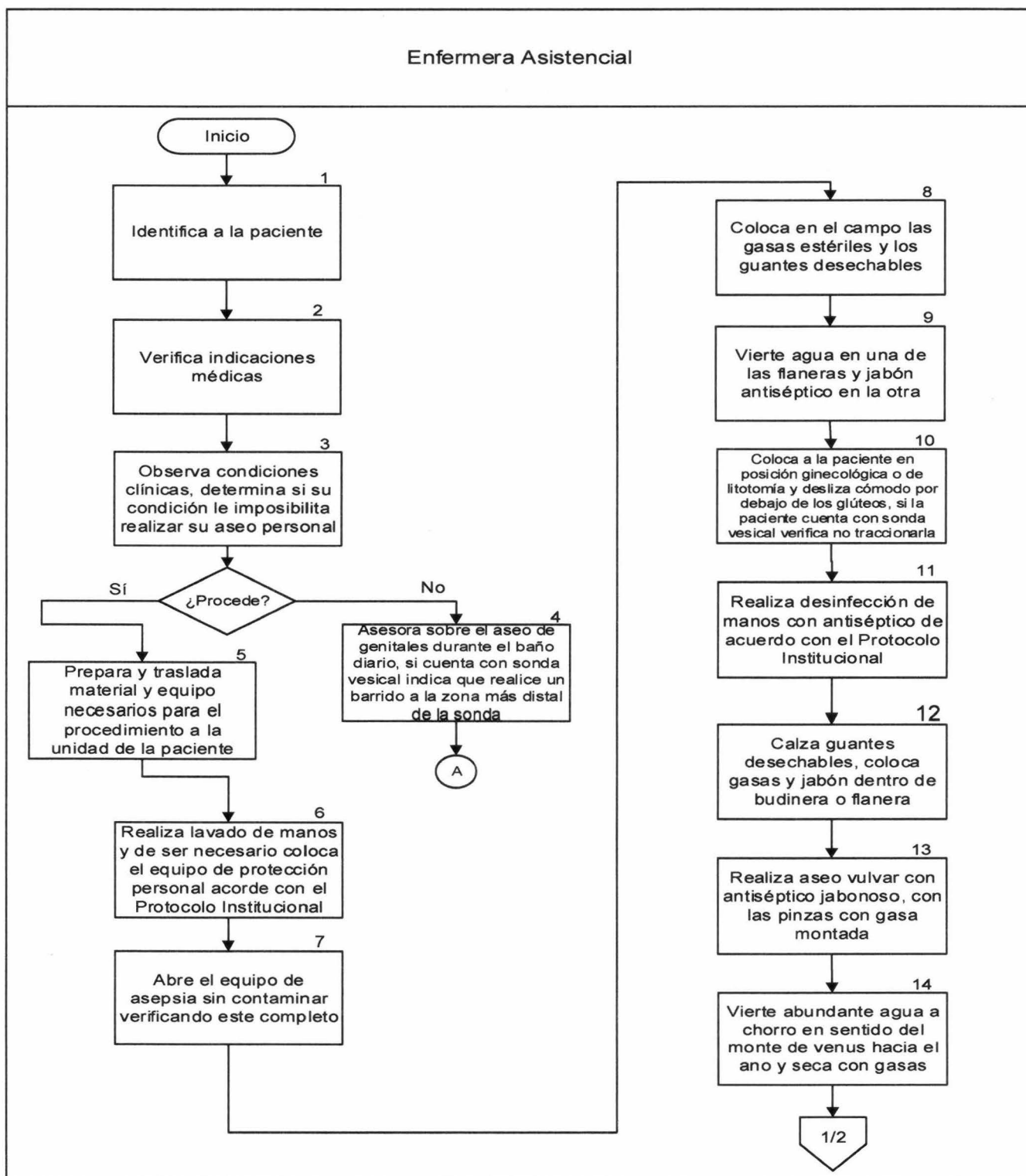
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Observa condiciones clínicas de la paciente, determina si su condición le imposibilita realizar su aseo personal. ¿Procede?
	4	No: Se presenta e informa sobre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

3. ASEO GENITOURINARIO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera asistencial	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 flanera.
	13	Realiza aseo vulvar con antiséptico jabonoso, con las pinzas con gasa montada, hace un barrido mecánico siguiendo los Principios de Asepsia comenzando por el monte de venus, posterior con la cara interna de las piernas, labios mayores y menores en sentido descendente, terminando con el meato uretral separando los labios mayores para su visualización. Utilizando una gasa con cada movimiento. Consideración: Si visualiza abundantes secreciones, introduce una gasa a cavidad realizando un barrido mecánico alrededor de las paredes vaginales. Si el 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		

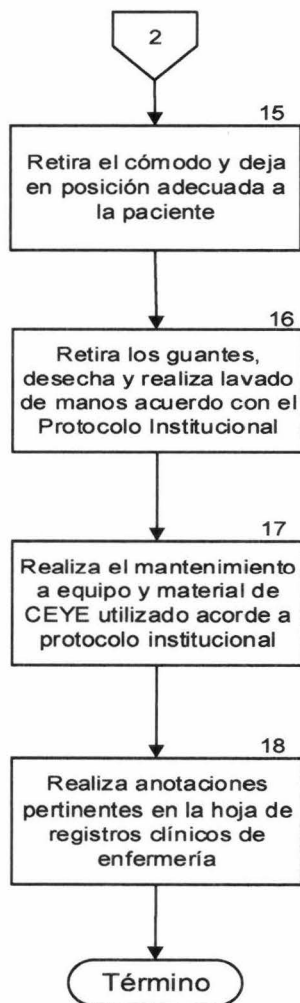
3. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial



3. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

OBJETIVO ESPECÍFICO

Eliminar las secreciones de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso y prevenir infecciones nosocomiales y/o atelectasias.

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES**POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental -Residuos peligrosos biológico-infecciosos -Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar 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 manera correcta.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento.
- Equipo para aspiración
- Sonda para aspiración de sistema cerrado
- Sonda para aspiración con dispositivo de control de succión No.14 Fr.
- Guantes libres de talco o con los que cuente la institución
- Cubrebocas y googles de protección
- Gasas estériles
- 250cc Cloruro de sodio 0.9% o agua estéril
- Jeringa de 20cc
- Estetoscopio

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES**2. Del Profesional de Enfermería Asistencial**

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- 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 respiratorio.
- Monitorizar continuamente los signos vitales y vigilar que la saturación de oxígeno se encuentre mayor a 90% durante el procedimiento.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Utilizar técnica aséptica y aplicar las precauciones universales al realizar el procedimiento.
- Verificar funcionamiento de toma de aire y frasco de aspiración.
- Utilizar sonda de sistema cerrado, para aspirar por cánula endotraqueal.
- Utilizar sonda convencional para aspirar la cavidad oral, o por cánula endotraqueal, si no se cuenta con sistema cerrado.
- Preparar equipo y material.
- Retirar el talco de los guantes en caso de que lo contengan.
- Colocar membrete en la base del circuito cerrado indicando el día que se colocó.
- Realizar cambio de circuito cerrado cada 72 horas.

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

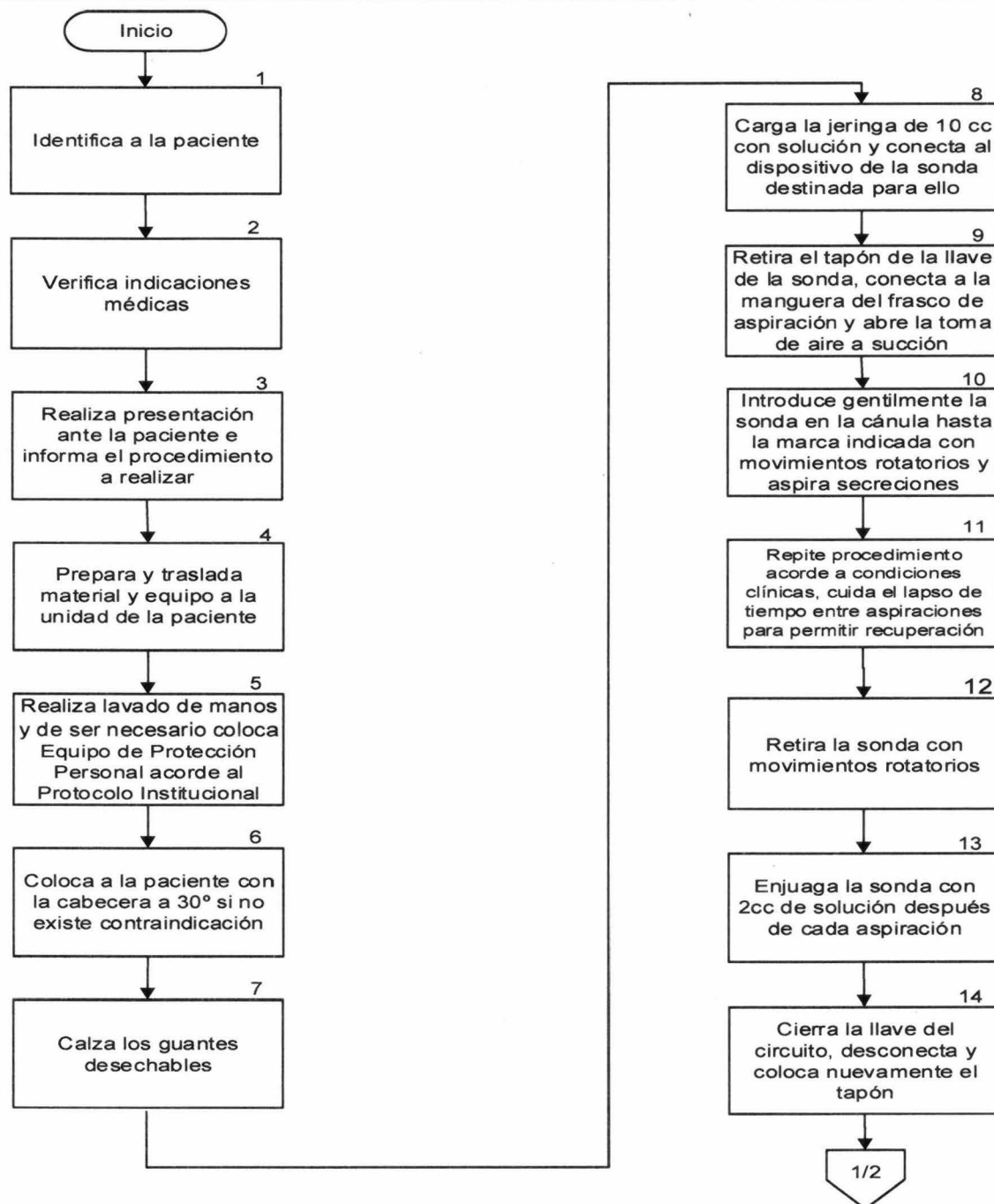
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Circuito cerrado
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente e informa el procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Coloca a la paciente con la cabecera a 30° si no existe contraindicación.
	7	Calza los guantes desechables.
	8	Carga la jeringa de 10 cc con solución y conecta al dispositivo de la sonda destinada para ello.
	9	Retira el tapón de la llave de la sonda, conecta a la manguera del frasco de aspiración y abre la toma de aire a succión.
	10	Introduce gentilmente la sonda en la cánula hasta la marca indicada con movimientos rotatorios y aspira secreciones.
	11	Repite el procedimiento acorde a condiciones clínicas del paciente, cada aspiración no debe durar más de 10 a 20 segundos, deja un lapso de 1 a 2 minutos entre aspiraciones para permitir la recuperación.
	12	Retira la sonda con movimientos rotatorios.

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Enjuaga la sonda con 2cc de solución después de cada aspiración.
	14	Cierra la llave del circuito, desconecta y coloca nuevamente el tapón.
	15	Ausulta campos pulmonares para verificar ventilación pulmonar.
	16	Mantiene la cabecera de la paciente a 30°.
	17	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	18	Retira los guantes y realiza higiene de manos.
	19	Anota en la hoja de registro clínico de enfermería (hora de aspiración, características de las secreciones y eventualidades).
		Termina procedimiento

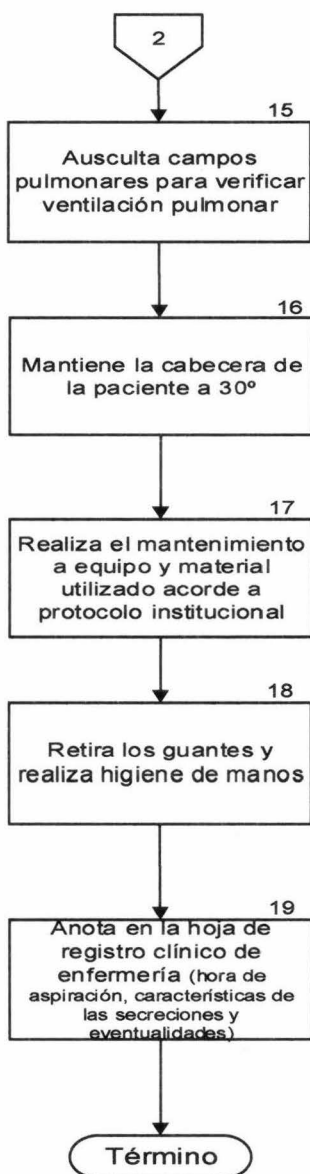
4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial



4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial



4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

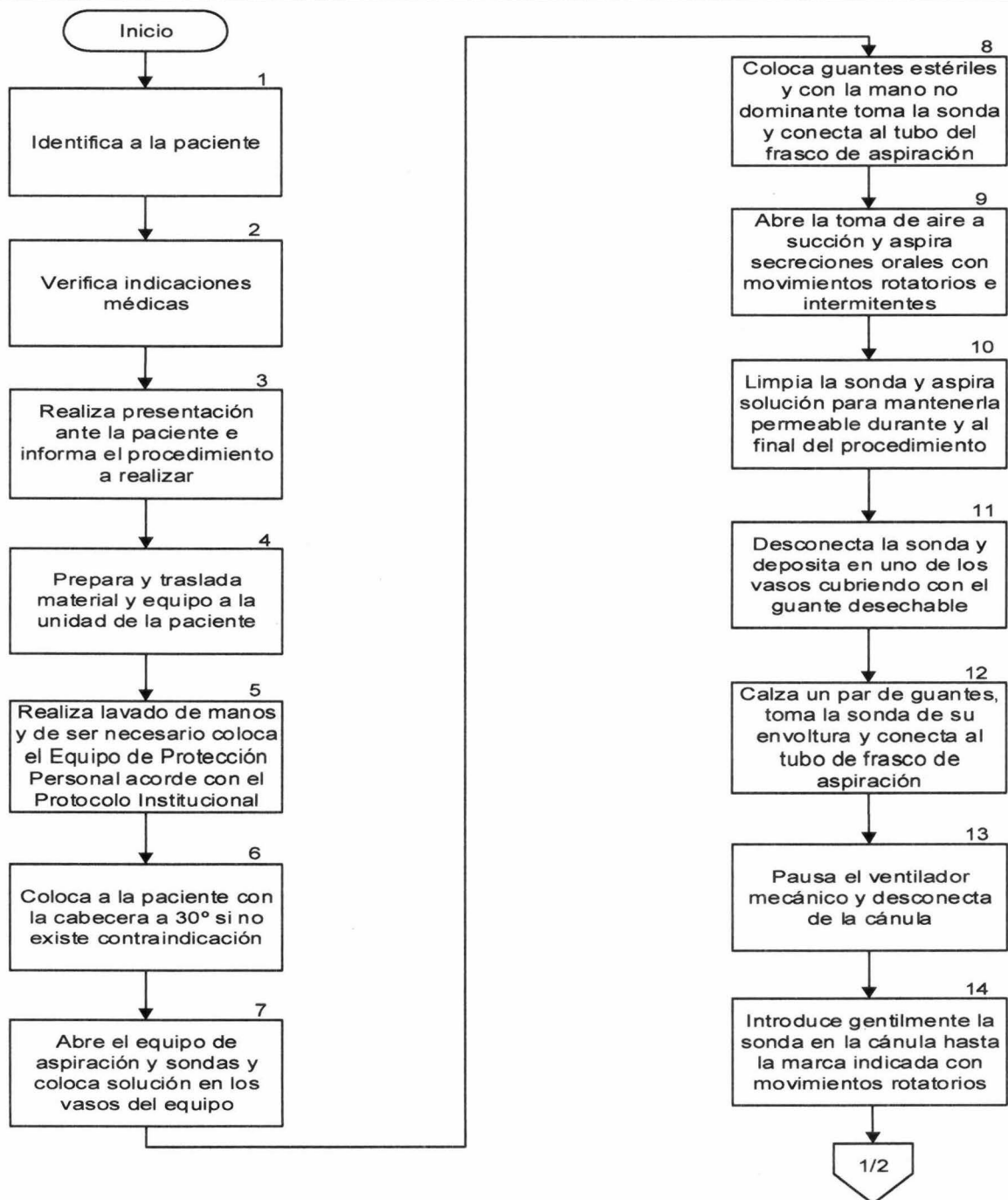
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Circuito abierto
Profesional Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente e informa el procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	6	Coloca a la paciente con la cabecera a 30° si no existe contraindicación.
	7	Abre el equipo de aspiración y sondas y coloca solución en los vasos del equipo.
	8	Coloca guantes estériles y con la mano no dominante toma la sonda de su envoltura y conecta al tubo del frasco de aspiración.
	9	Abre la toma de aire a succión y aspira secreciones orales con movimientos rotatorios e intermitentes.
	10	Limpia la sonda con gasa y aspira solución para mantenerla permeable durante y al final del procedimiento.
	11	Desconecta la sonda y deposita en uno de los vasos del equipo cubriendo con el guante desechable.
	12	Calza un par de guantes, toma la sonda de su envoltura y conecta al tubo de frasco de aspiración.

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Circuito abierto
Profesional de Enfermería Asistencial	13	Pausa el ventilador mecánico y desconecta de la cánula.
	14	Introduce gentilmente la sonda en la cánula hasta la marca indicada con movimientos rotatorios.
	15	Obstruye el orificio de succión de control de la sonda y aspira las secreciones con movimientos rotatorios y gentiles.
	16	Conecta a la paciente al ventilador después de cada aspiración.
	17	Limpia la sonda con gasa y aspira solución para mantenerla permeable.
	18	Repite el procedimiento acorde a condiciones clínicas del paciente, cada aspiración no debe durar más de 10 a 20 segundos, dejar un lapso de 1 a 2 minutos entre aspiraciones para permitir la recuperación.
	19	Desconecta la sonda del tubo que va al frasco de aspiración y la coloca en el otro vaso del equipo, cubriendo con uno de los guantes desechables.
	20	Ausulta campos pulmonares para verificar ventilación pulmonar.
	21	Mantiene la cabecera de la paciente a 30°.
	22	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	23	Retira los guantes y realiza higiene de manos.
	24	Anota en la hoja de registro clínico de enfermería (hora de aspiración, características de las secreciones y eventualidades).
		Termina procedimiento

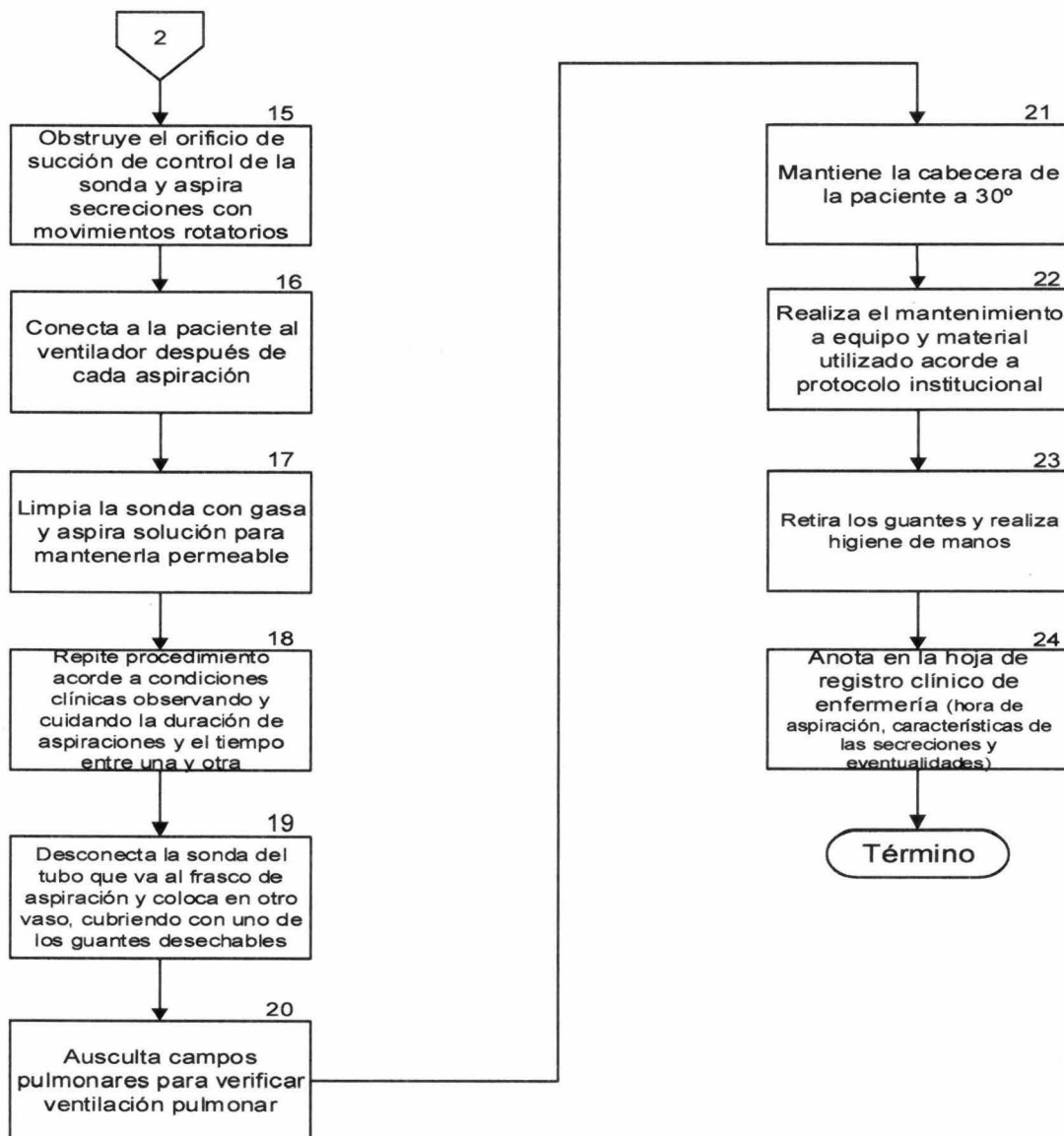
4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial



4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial





5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Días	Mes	Año
12	05	22

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación

Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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-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. Del Profesional de Enfermería 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.

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

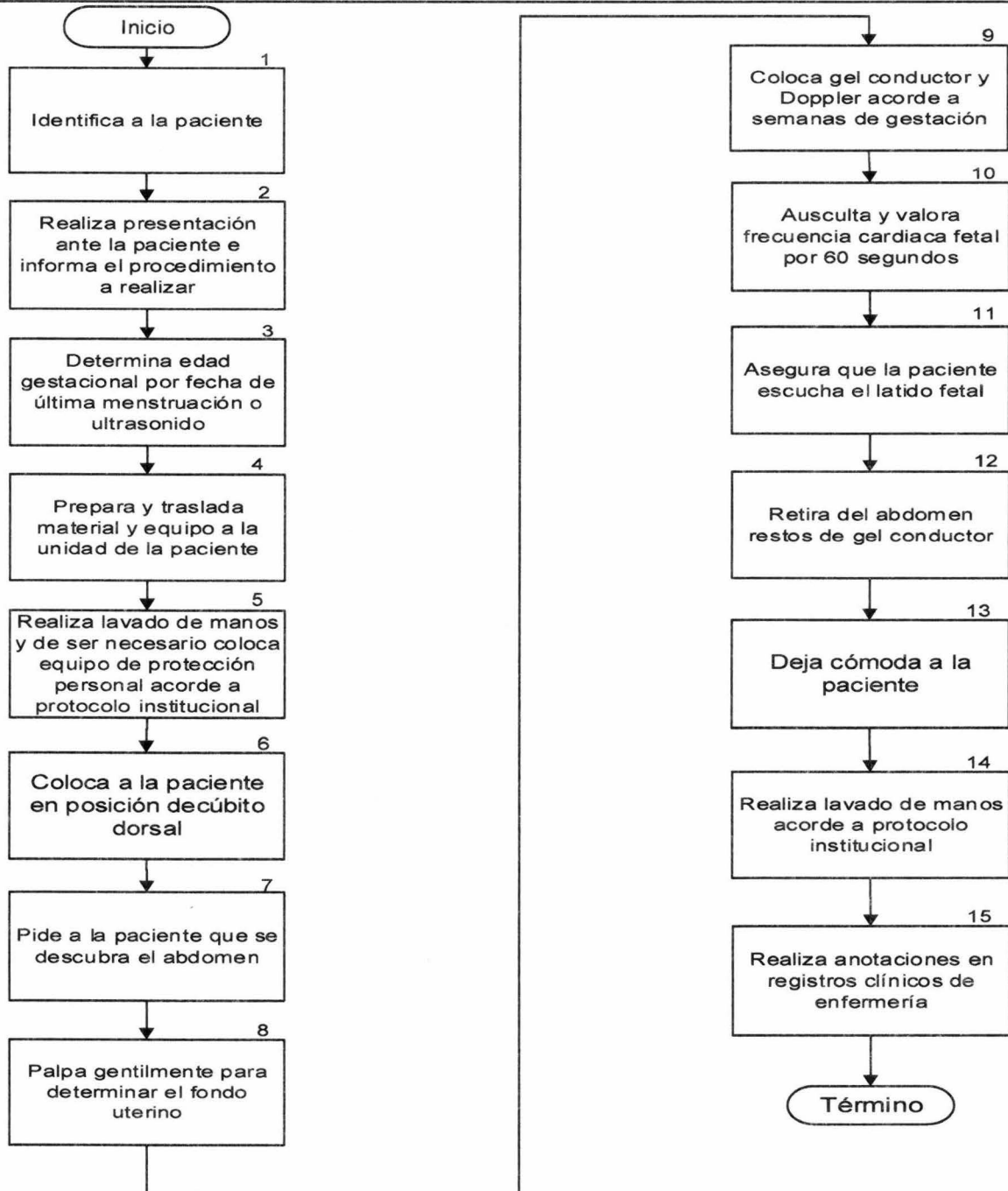
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza presentación ante la paciente e informa el procedimiento a realizar.
	3	Determina edad gestacional por fecha de última menstruación o ultrasonido.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad 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



Días	Mes	Año
12	05	22

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Enfermera Asistencial

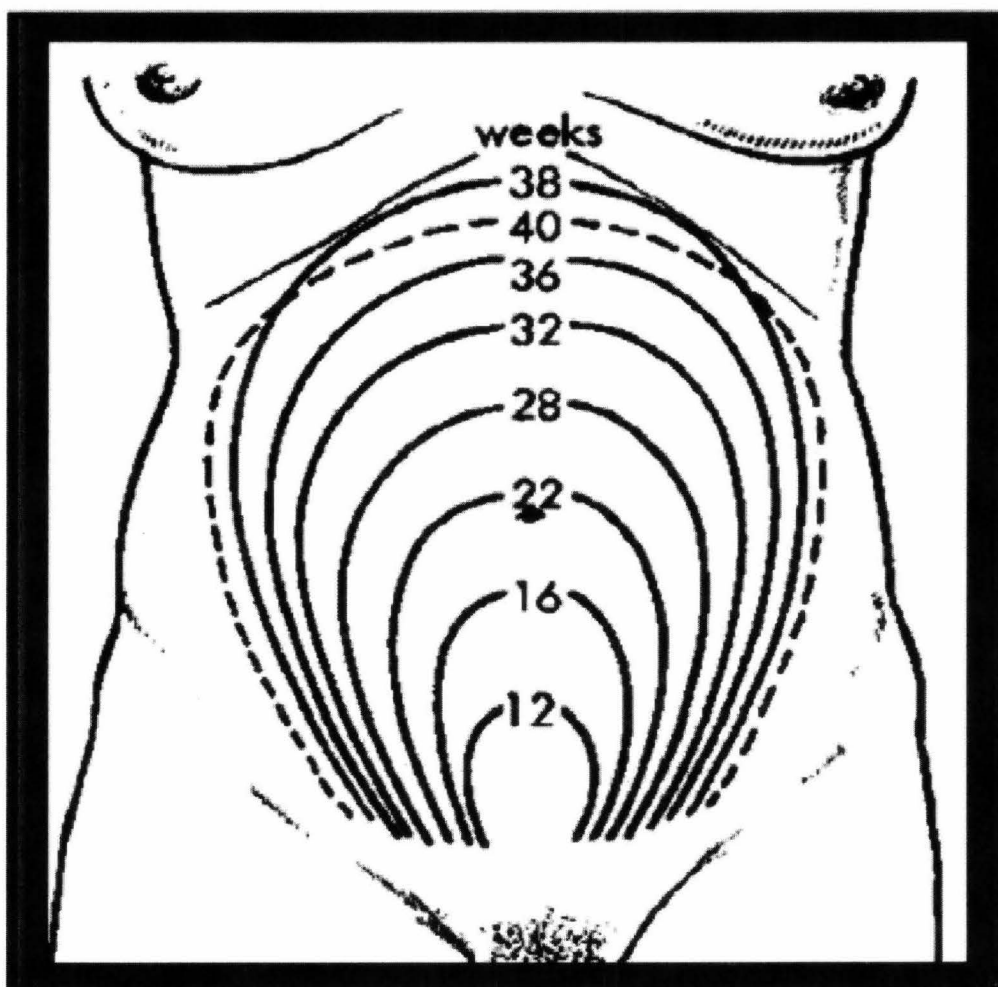


Días	Mes	Año
12	05	22

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

ANEXO

Altura de fondo uterino acorde a edad gestacional



REFERENCIAS

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

- **Del Jefe/a 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. 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, 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.
- Acudir a la capacitación de colocación de medias antiembólicas.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente y 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)

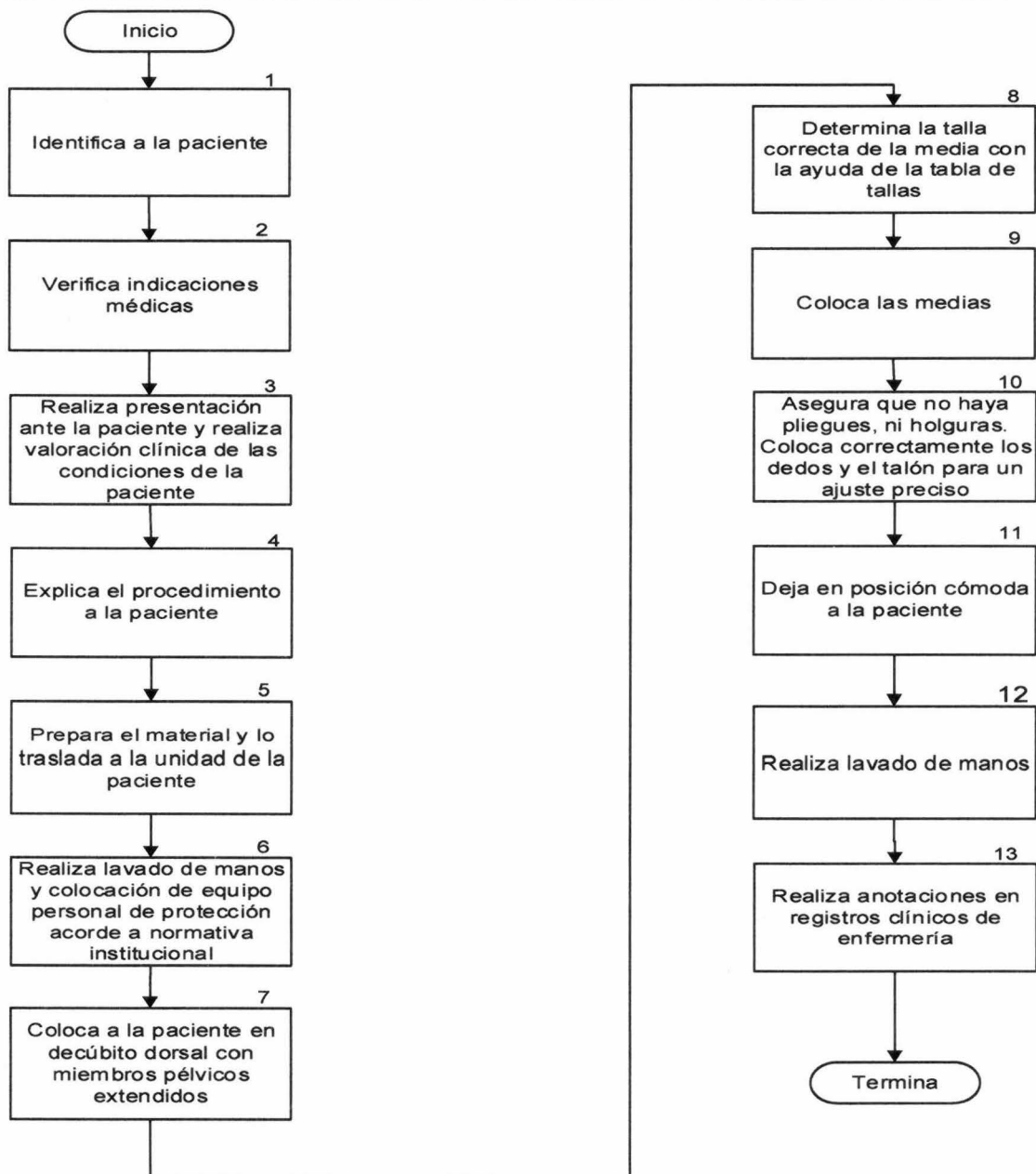


6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

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

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

Enfermera Asistencial

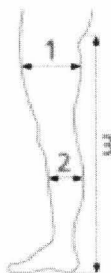




DÍA	MES	AÑO
12	05	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

ANEXO 1



ANEXO 2





DÍA	MES	AÑO
12	05	22

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

7. CUIDADO DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)**POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

Será Obligación:

1) Del Jefe/a de Servicio

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

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

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

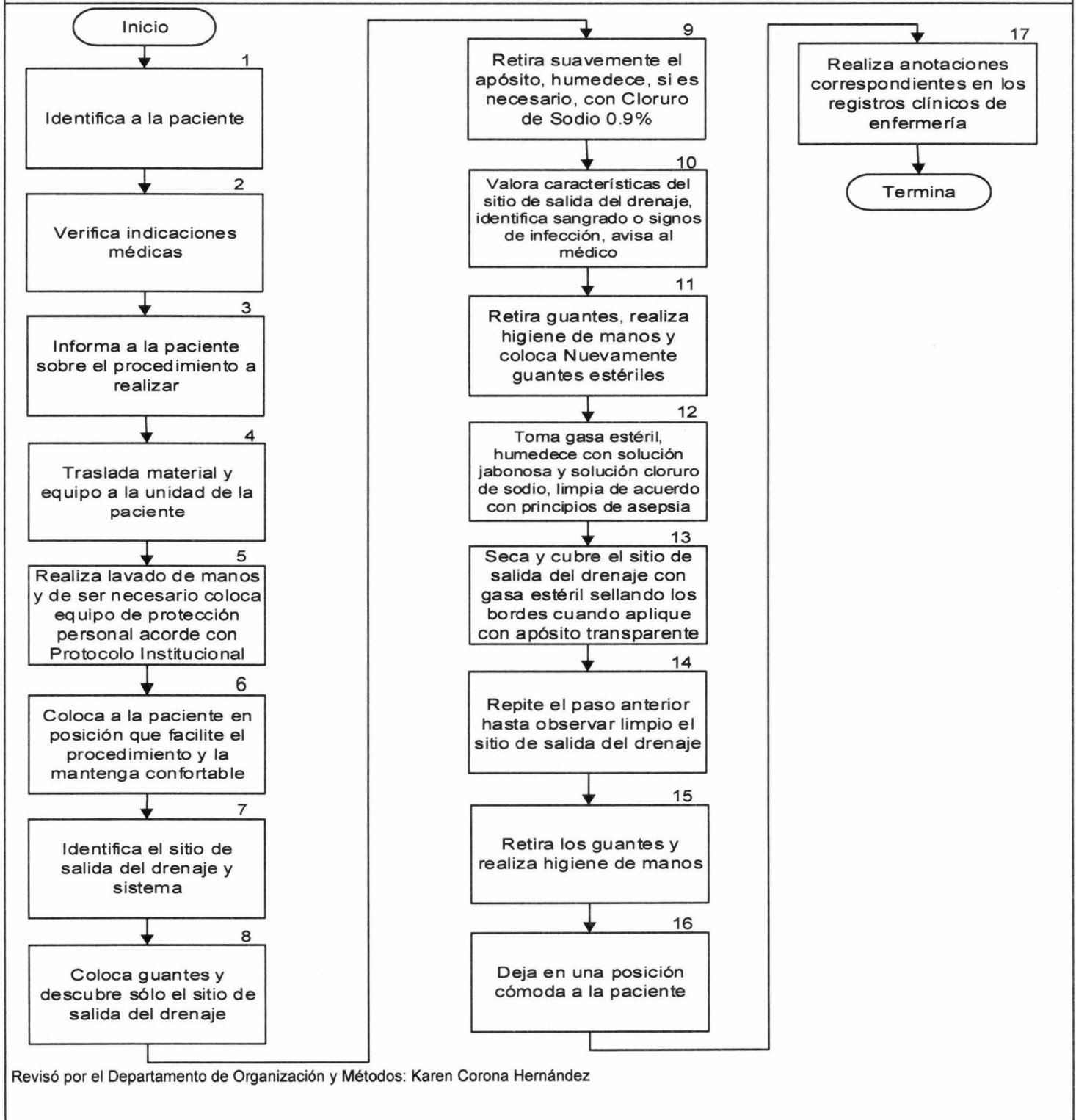
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de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

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Enfermera asistencial	13	Seca y cubre el sitio de salida del drenaje con gasa estéril sellando los bordes cuando aplique con apósito transparente.
	14	Repite el paso anterior hasta observar limpio el sitio de salida del drenaje.
	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		

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial



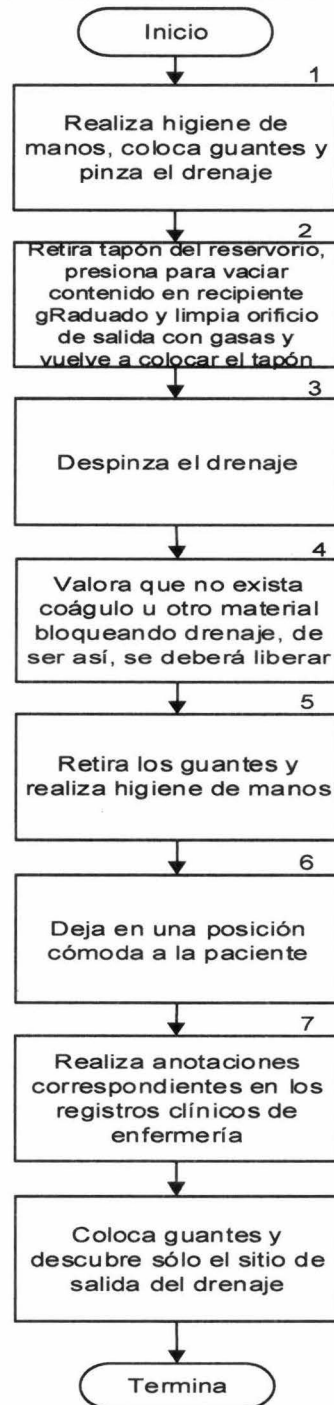
7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

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



7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial



7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

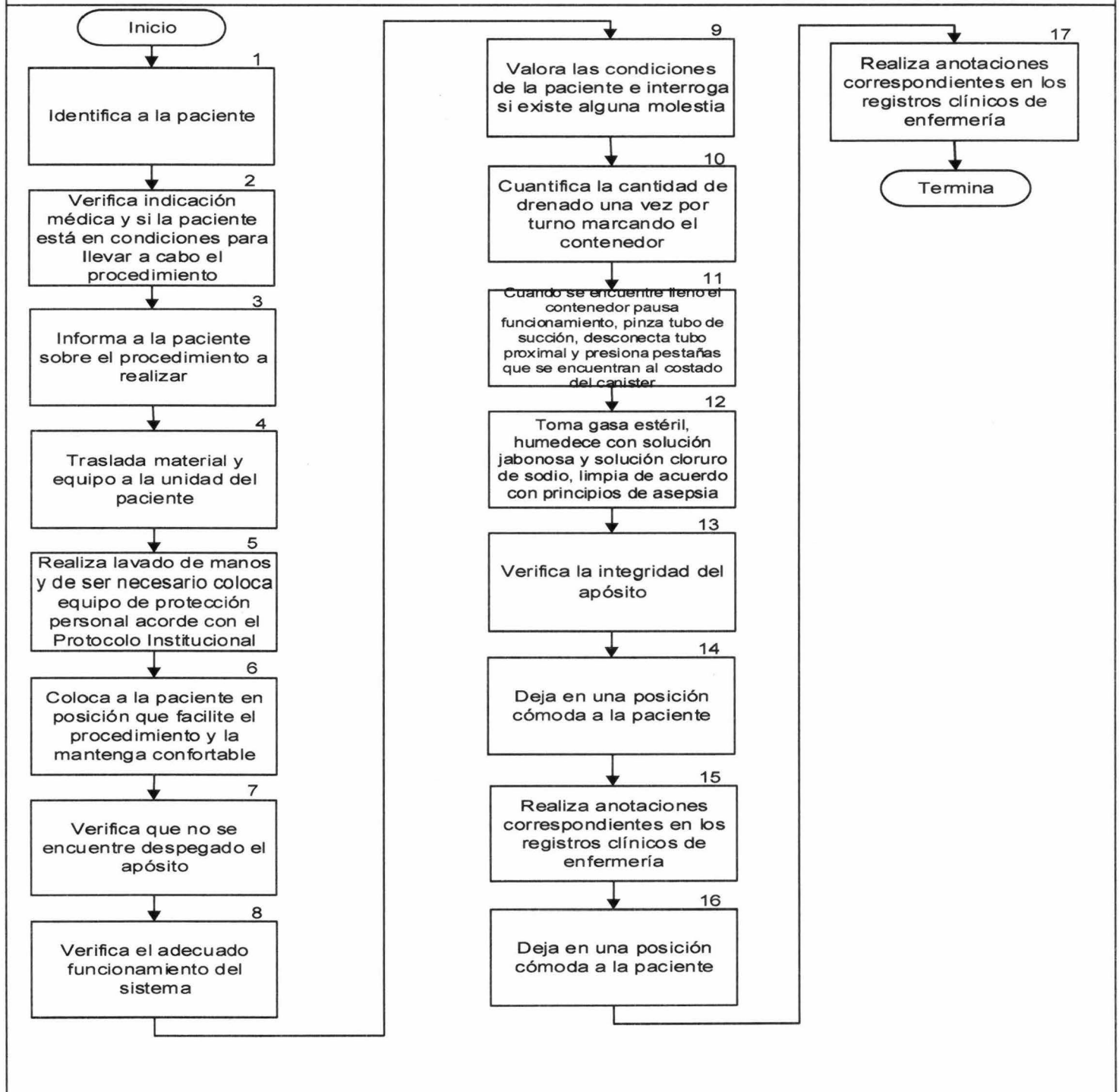
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicación médica y si la paciente está en condiciones para llevar a cabo el procedimiento.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Traslada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

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
		• 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.
	11	Verifica la integridad del apósito.
	12	Deja en una posición cómoda a la paciente.
	13	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial



7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

HOJA
12

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

BIBLIOGRAFÍA

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

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será Obligación:

1) Del Jefe/a de Servicio

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

2) Del Profesional de Enfermería Asistencial

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Conocer la anatomía y fisiología del aparato digestivo.
- Realizar una adecuada valoración de la estoma, evaluar presencia de prolapso, retracción, deshidratación o sangrado, cambios en la coloración y/o tamaño de la estoma, dolor e identificar datos infección y/o complicación.
- Dar aviso al personal médico, las alteraciones identificadas en funcionalidad y condiciones de la estoma.

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

- Enseñar a la paciente a realizar el procedimiento e identificar signos y síntomas de infección y/o complicación.
- Valorar la frecuencia para realizar curación de estoma y cambio de bolsa colectora.
- Mantener la individualidad del paciente.
- Evitar manipular la ostomía dentro de las primeras 24 horas posterior al evento quirúrgico
- Realizar el drenaje de la bolsa cada que ésta se encuentre entre un tercio y la mitad llena de gas o evacuación. No es necesario limpiar el interior de la bolsa; poner agua en la bolsa y enjuagarla puede debilitar el sello de la barrera cutánea y reducir el tiempo de uso.
- Realizar el cambio cuando el sistema de la bolsa presente fuga o se afloje.
- Utilizar guantes no estériles para el cambio de bolsa y aseo de piel periestomal.
- No usar soluciones antisépticas que contengan alcohol y/o benzoína, por ejercer una acción agresiva en la piel.
- No utilizar cremas o pomadas que pudiesen reducir el grado de adherencia del dispositivo de la bolsa de drenaje.
- Respetar los principios de asepsia y antisepsia.

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

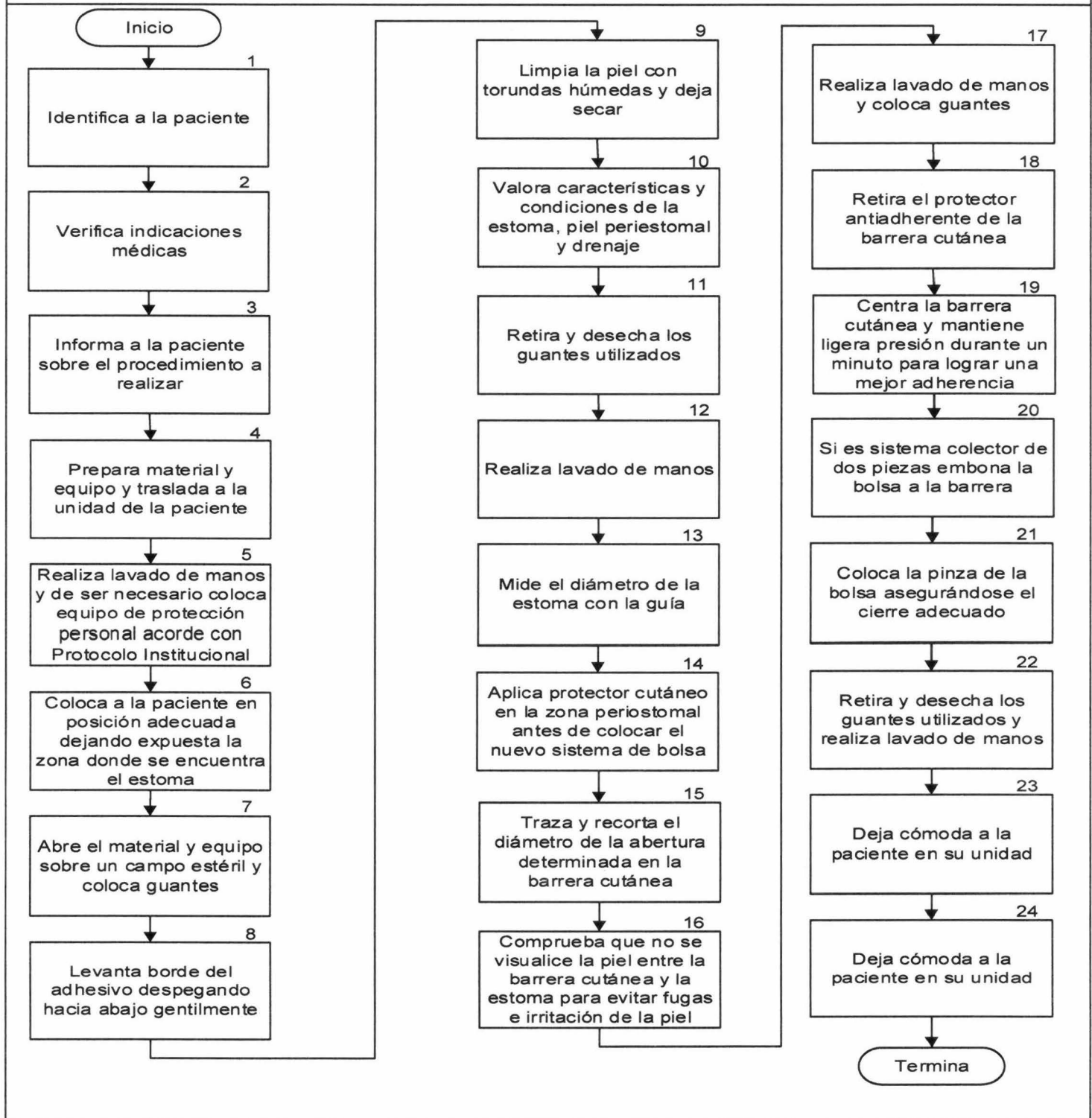
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Prepara material y equipo y traslada a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y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

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
Profesional de Enfermería Asistencial	16	Comprueba que no se visualice la piel entre la barrera cutánea y la estoma para evitar fugas e irritación de la piel.
	17	Realiza lavado de manos y coloca guantes.
	18	Retira el protector antiadherente de la barrera cutánea.
	19	Centra la barrera cutánea y mantiene ligera presión durante un minuto para lograr una mejor adherencia.
	20	Si es sistema colector de dos piezas embona la bolsa a la barrera.
	21	Coloca la pinza de la bolsa asegurándose el cierre adecuado.
	22	Retira y desecha los guantes utilizados y realiza lavado de manos.
	23	Deja cómoda a la paciente en su unidad.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

Enfermera Asistencial



8. CUIDADOS DE ESTOMAS**BIBLIOGRAFÍA**

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. 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-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de curación
 - Bata
 - Guantes
 - Cubrebocas
 - Gasas estériles
 - Solución antiséptica
 - Solución tipo: agua inyectable o cloruro de sodio al 0.9%
 - Apósito
 - Apósito transparente (tegaderm)
 - Bolsa roja (RPBI)
- Verificar que el personal realice el procedimiento de acuerdo al protocolo y normatividad.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. 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.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Corroborar las horas de transcurridas de la herida (realice el procedimiento si han transcurrido 24 horas posteriores del término de la cirugía).
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	4	Se presenta e informa a la paciente sobre los procedimientos a realizar.
	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	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.
	12	Enseña a la paciente a realizar dicho procedimiento, así mismo explica los datos de infección en herida quirúrgica.
	13	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 isopo, teniendo precaución de no tocar los bordes de la herida y contaminar la muestra.
	14	Si la muestra es enviada a laboratorio membrete la jeringa o hisopo con los datos de la paciente.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
6

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

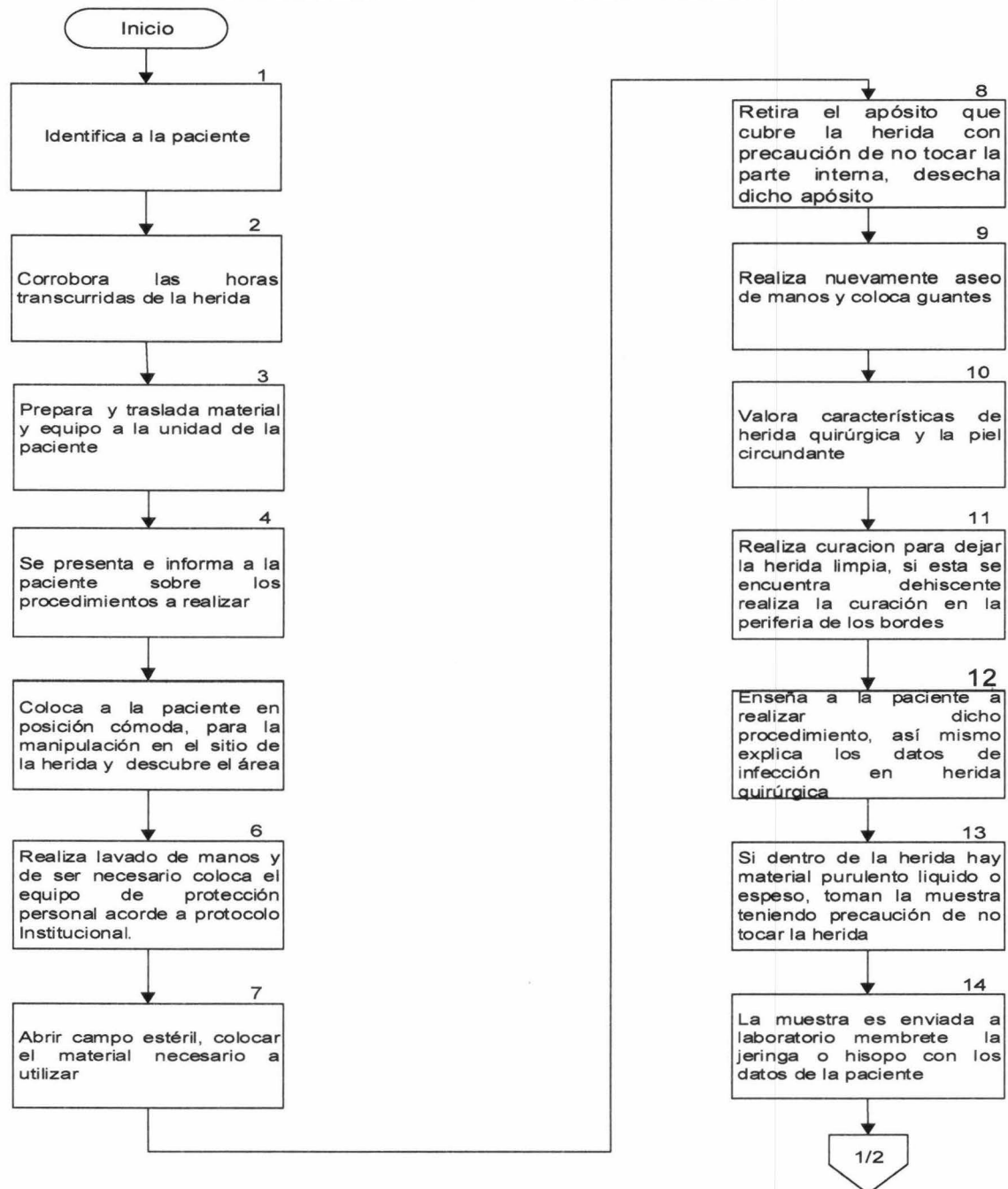
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	15	Limpia y seca a la herida.
	16	Cubra la herida con un apósito estéril y posteriormente coloca parche adhesivo, si procede.
	17	Coloca vendaje, si procede y proporciona bata limpia.
	18	Brinda medidas de confort a la paciente en su unidad.
	19	Retira guantes y realiza lavado de manos.
	20	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

Enfermera Asistencial

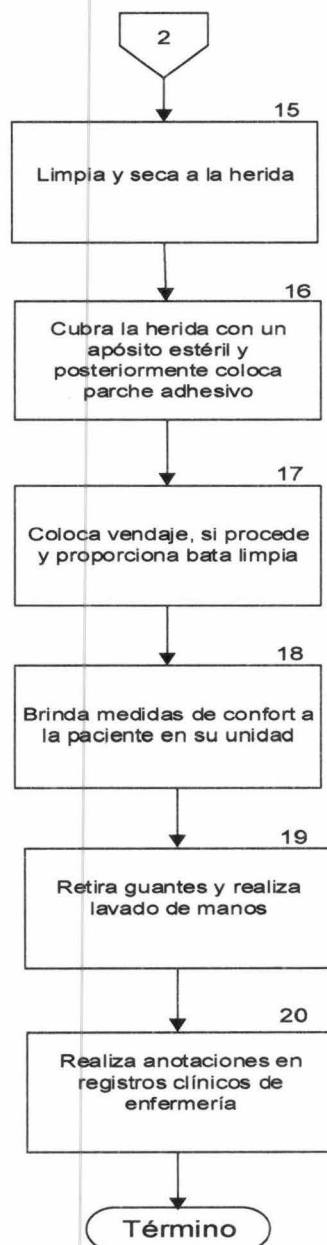




DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
12	05	22

9. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

BIBLIOGRAFÍA

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

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

12	05	22
----	----	----

10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

10. 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.

10. 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.
- El procedimiento de lavado de manos con agua y jabón tendrá una duración de 40 a 60 segundos.
- El procedimiento de la desinfección de manos con gel a base de alcohol tendrá una duración de 20 a 30 segundos.
- No usar uñas postizas cuando esté en contacto directo con los pacientes.
- Mantener las uñas cortas.



10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

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



10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

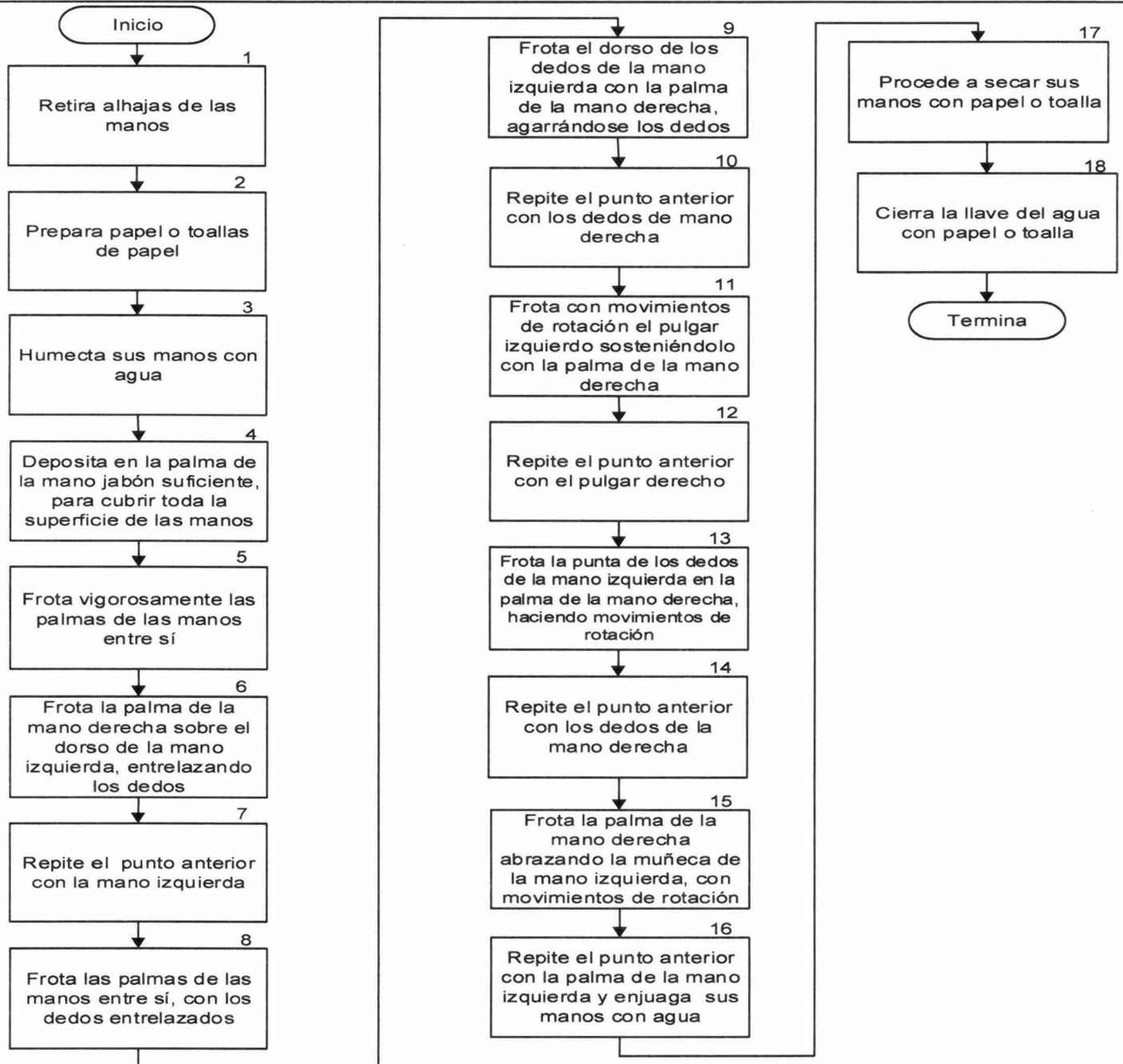
12 05 22

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



10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial





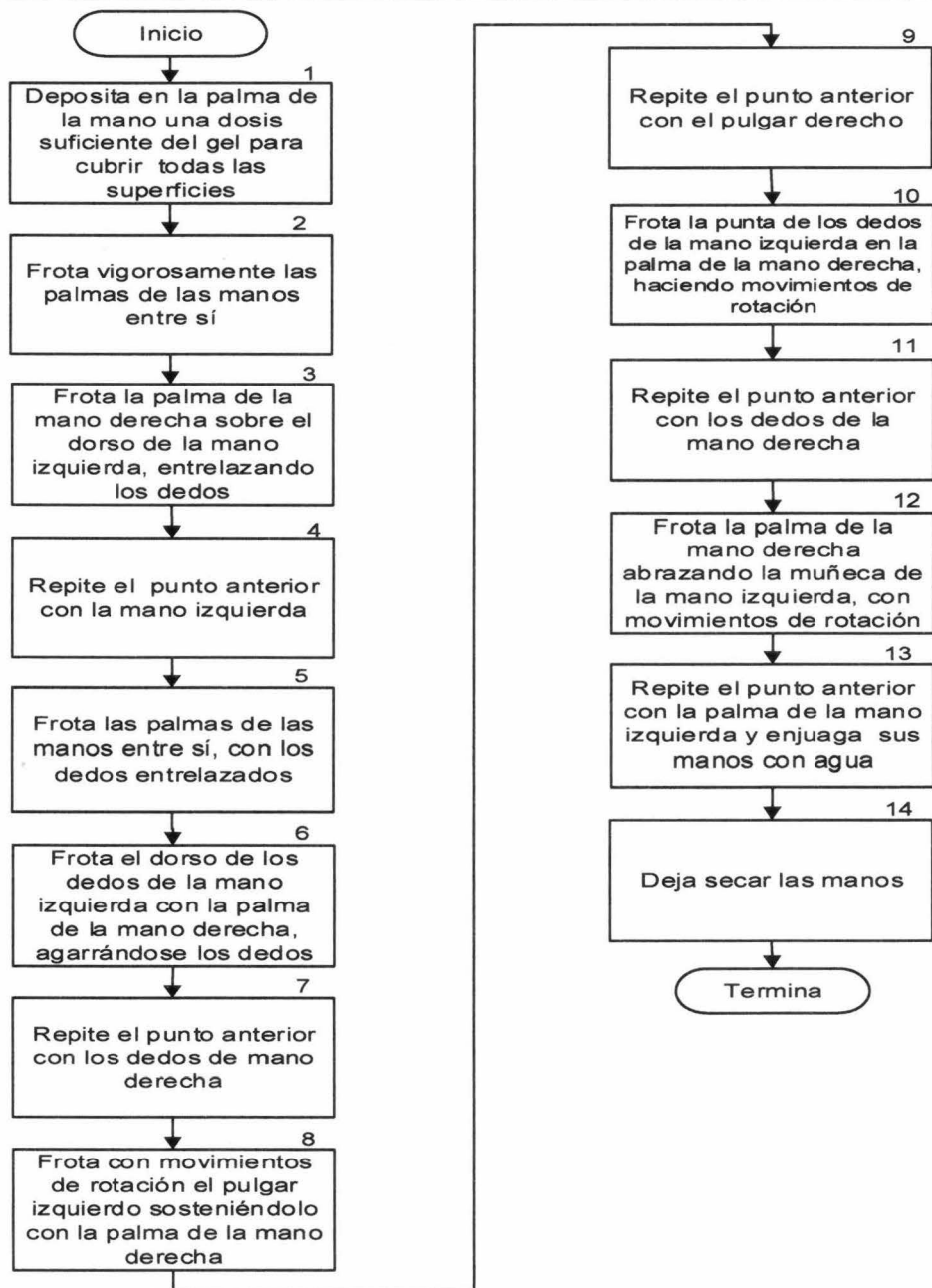
10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

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



10. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
9

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

ANEXOS

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 Calidad de la Atención



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
10

FECHA

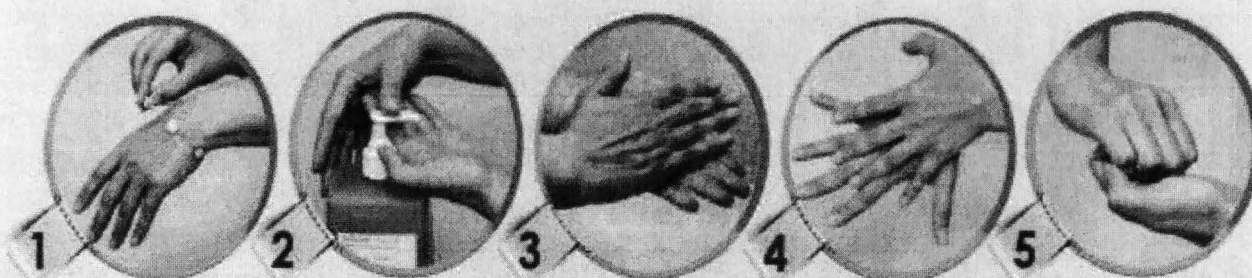
DÍA MES AÑO

12 05 22

ANEXOS

Alcohol - Gel | 20 a 30 seg

HIGIENE DE MANOS



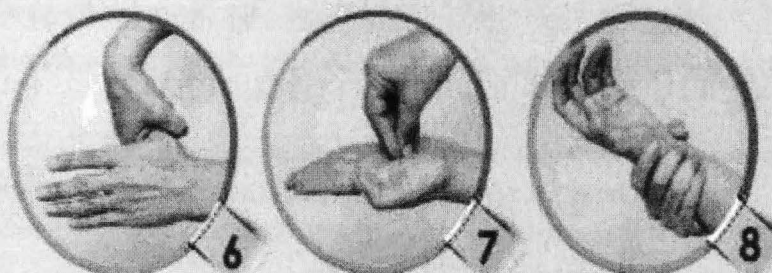
Retire joyería

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

Frote palmas entre si con dedos entrelazados

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

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

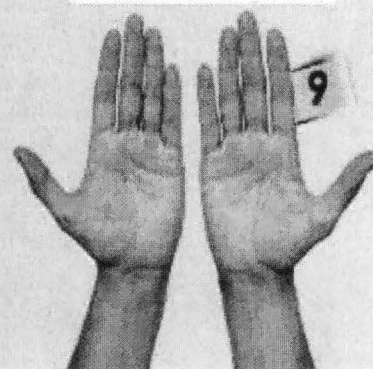


Frote punta de dedos contra palma en movimiento de rotación y viceversa

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

Continúe frotando hasta la muñeca

20-30 segundos
MANOS SEGURAS



**INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGÍA**
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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

**11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS**

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

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

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

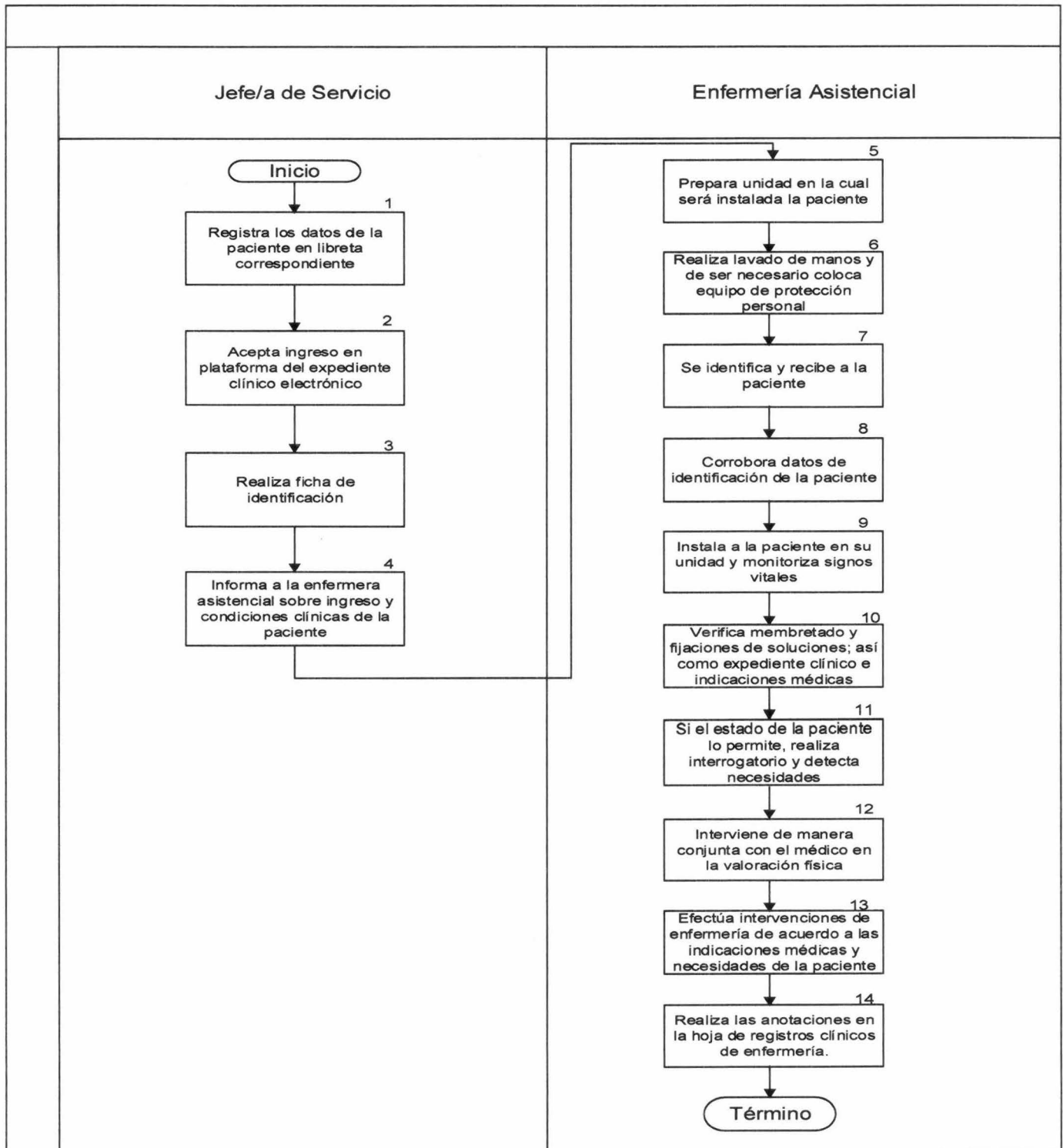
11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

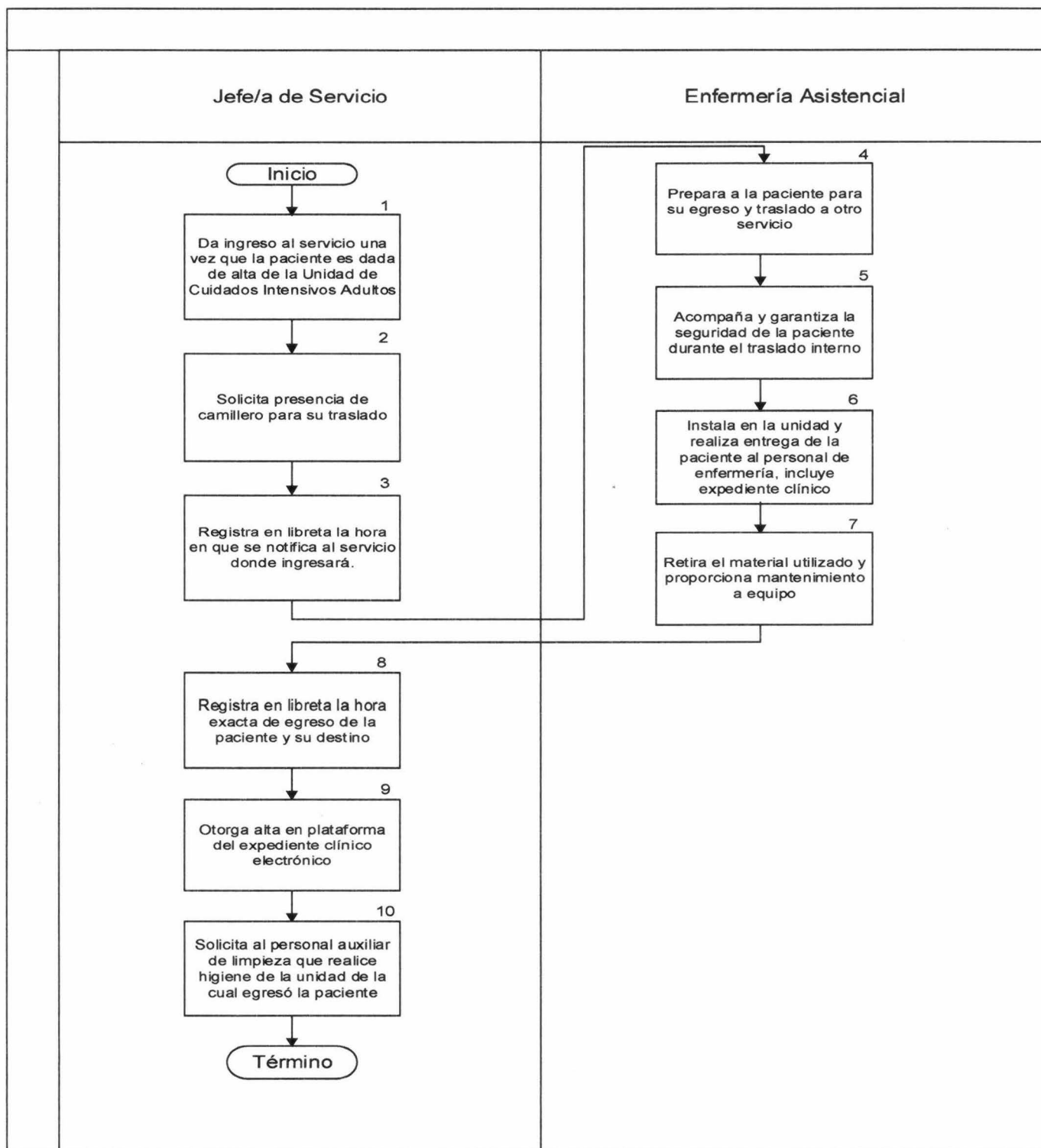


11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN EGRESO
Jefe (a) de Servicio	1	Da ingreso al servicio correspondiente una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
	2	Solicita presencia de camillero para su traslado.
	3	Registra en libreta correspondiente la hora en que se notifica al servicio donde ingresará.
Enfermera asistencial	4	Prepara a la paciente para su egreso y traslado a otro servicio.
	5	Acompaña y garantiza la seguridad de la paciente durante el traslado interno.
	6	Instala en la unidad y realiza entrega de la paciente al personal de enfermería, incluye expediente clínico e indicaciones médicas.
Jefe (a) de servicio	7	Retira el material utilizado y proporciona mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	8	Registra en libreta correspondiente la hora exacta de egreso de la paciente y su destino.
	9	Otorga alta en plataforma del expediente clínico electrónico.
	10	Solicita al personal auxiliar de limpieza que realice higiene de la unidad de la cual egresó la paciente.
		Termina procedimiento



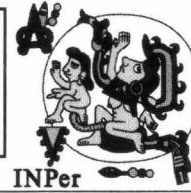
11. INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

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
12	05	22

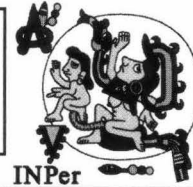
12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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
12	05	22

12. INSTALACIÓN DE Sonda Vesical

2. Del Profesional de Enfermería 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.

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara 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.

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería 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.

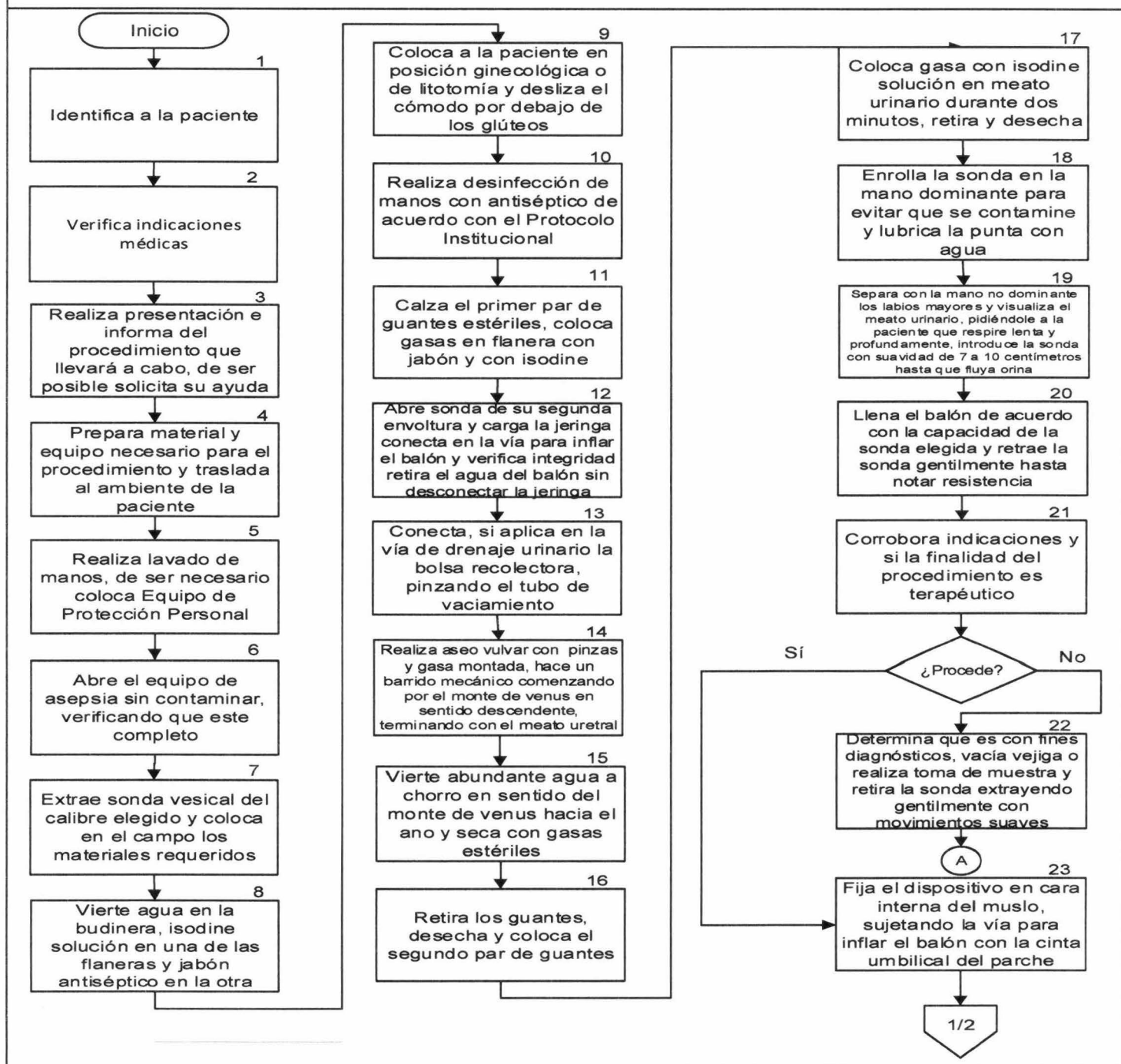


12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

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

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

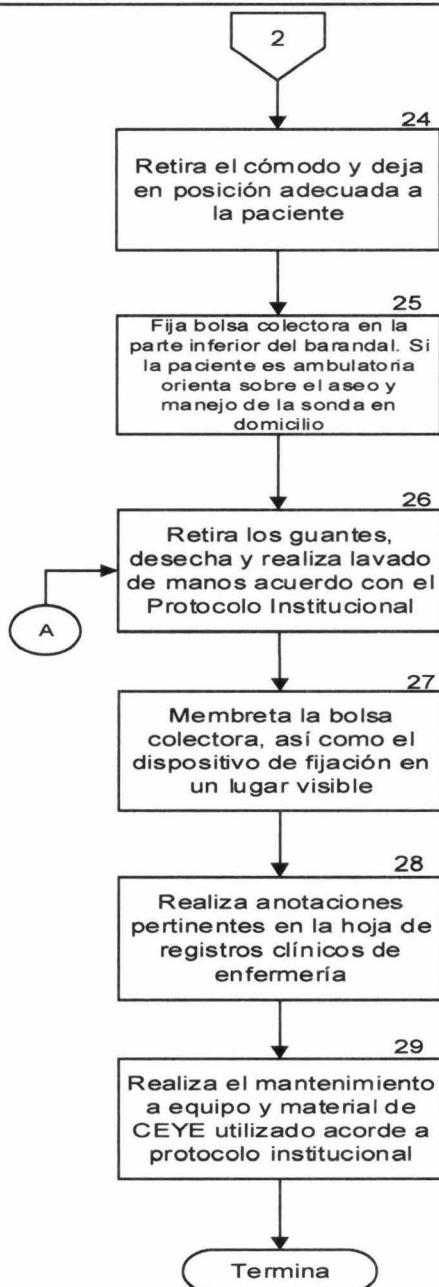
Enfermera Asistencial



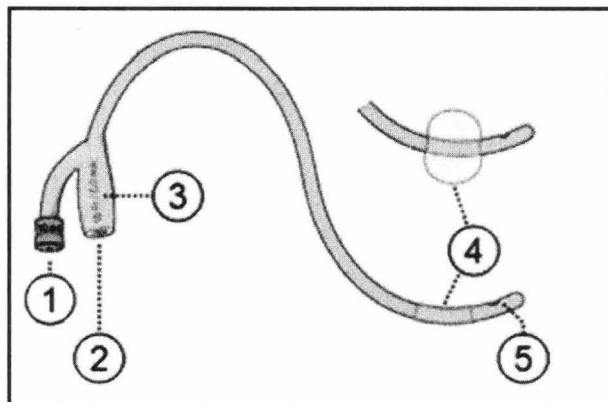
DÍA	MES	AÑO
12	05	22

12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



12. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL



A

B

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

ANEXOS

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

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

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

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

13. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

1. Del Profesional de Enfermería Asistencial.

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

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Se presenta e Informa al paciente sobre el procedimiento a realizar, si su estado lo permite solicita su colaboración.
	4	Traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos acorde con el protocolo institucional.
	6	Coloca solución en tripie y purga el equipo de infusión.
	7	Prepara fijación acorde a la normativa institucional. *ver anexo*
	8	Interroga a la paciente sobre la existencia de alguna contraindicación para puncionar un miembro torácico.
	9	Valora red venosa de distal a proximal y selecciona el calibre del catéter venoso periférico de acuerdo con las indicaciones terapéuticas.
	10	Coloca torniquete 15 cm por encima del sitio elegido para la punción.
	11	Palpa la vena a puncionar.
	12	Calza guantes estériles.
	13	Aplica antiséptico, realiza asepsia siguiendo los principios y respeta el tiempo de acción evitando tocar la zona.

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera Asistencial	14	Verifica la integridad del catéter venoso periférico.
	15	Realiza punción con bisel de la guía metálica hacia arriba en ángulo de 45 ° con respecto a la piel del paciente, inserta 2/3 del catéter. *Para venas bifurcadas insertar el catéter 1 cm por debajo de labifurcación o dentro de la vena en V invertida.
	16	Verifica el retorno venoso en la cámara del catéter.
	17	Desliza el catéter hacia la dirección anatómica de la vena.
	18	Retira el torniquete y realiza presión en la parte superior de la vena que se canalizo mientras se termina de extraer la guía metálica para evitar salida de sangre.
	19	Si existen residuos de sangre retira con un algodón o gasa.
	20	Conecta el equipo de infusión, abre el carrete y verifica lapermeabilidad de la vena.
	21	Fija el catéter y el equipo de infusión sobre la piel del paciente. *Ver anexo*
	22	Regula la velocidad de infusión acorde al plan terapéutico.
	23	Membreta el catéter de acuerdo con el protocolo institucional (fecha, hora de instalación, calibre del catéter y nombre de la persona que instalo). *ver anexo

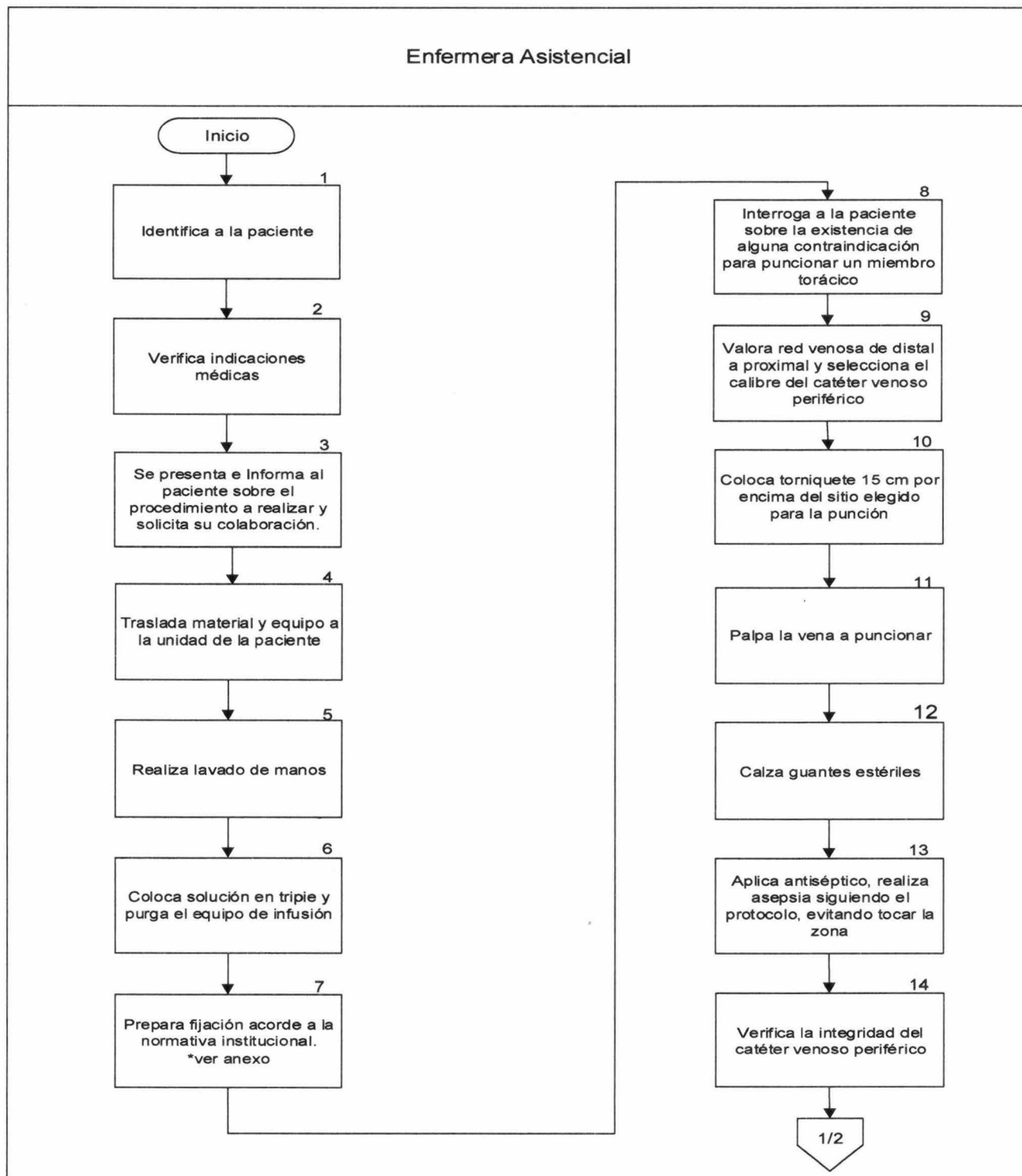
13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera Asistencial	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.



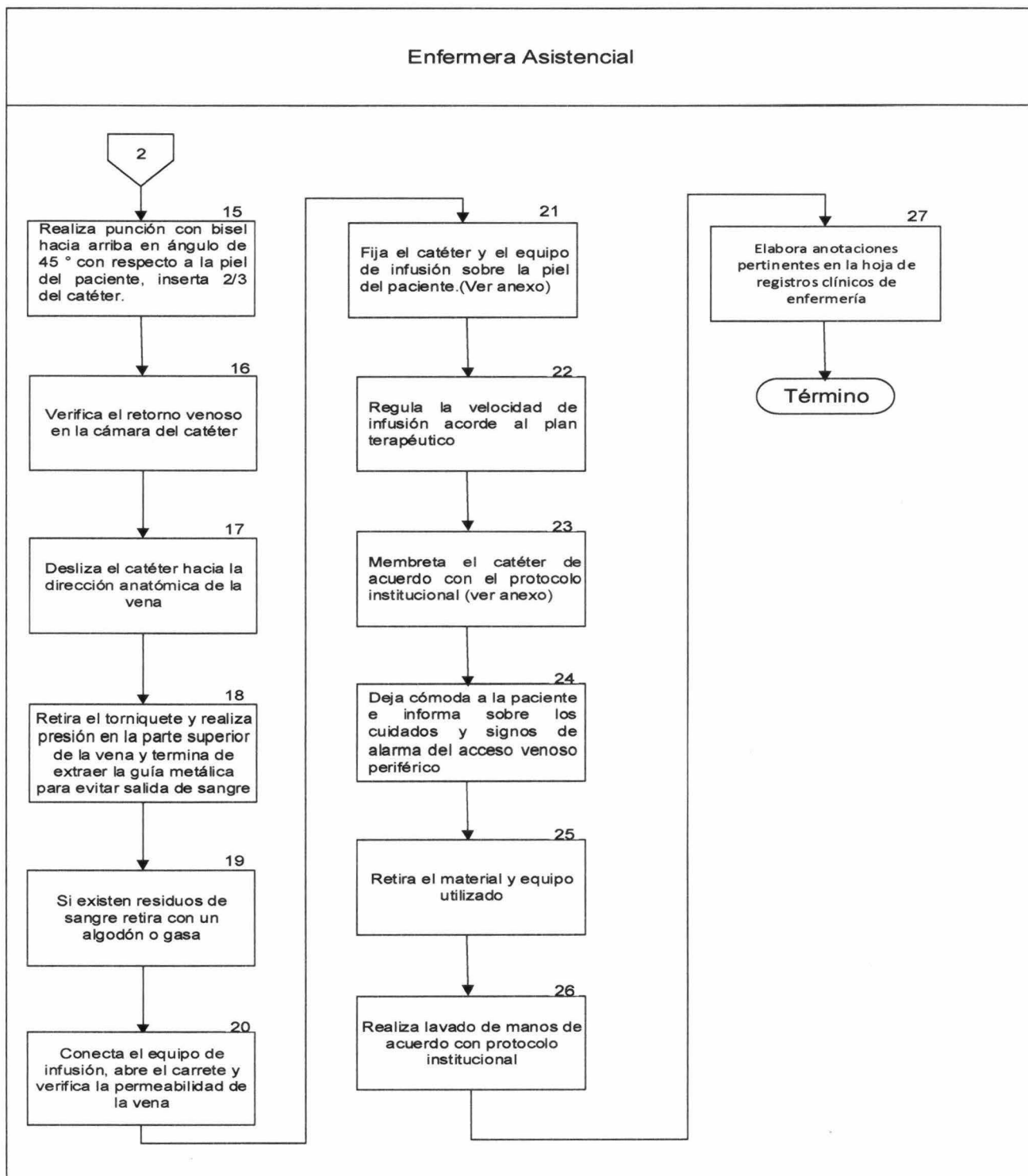
DÍA	MES	AÑO
12	05	22

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO





13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

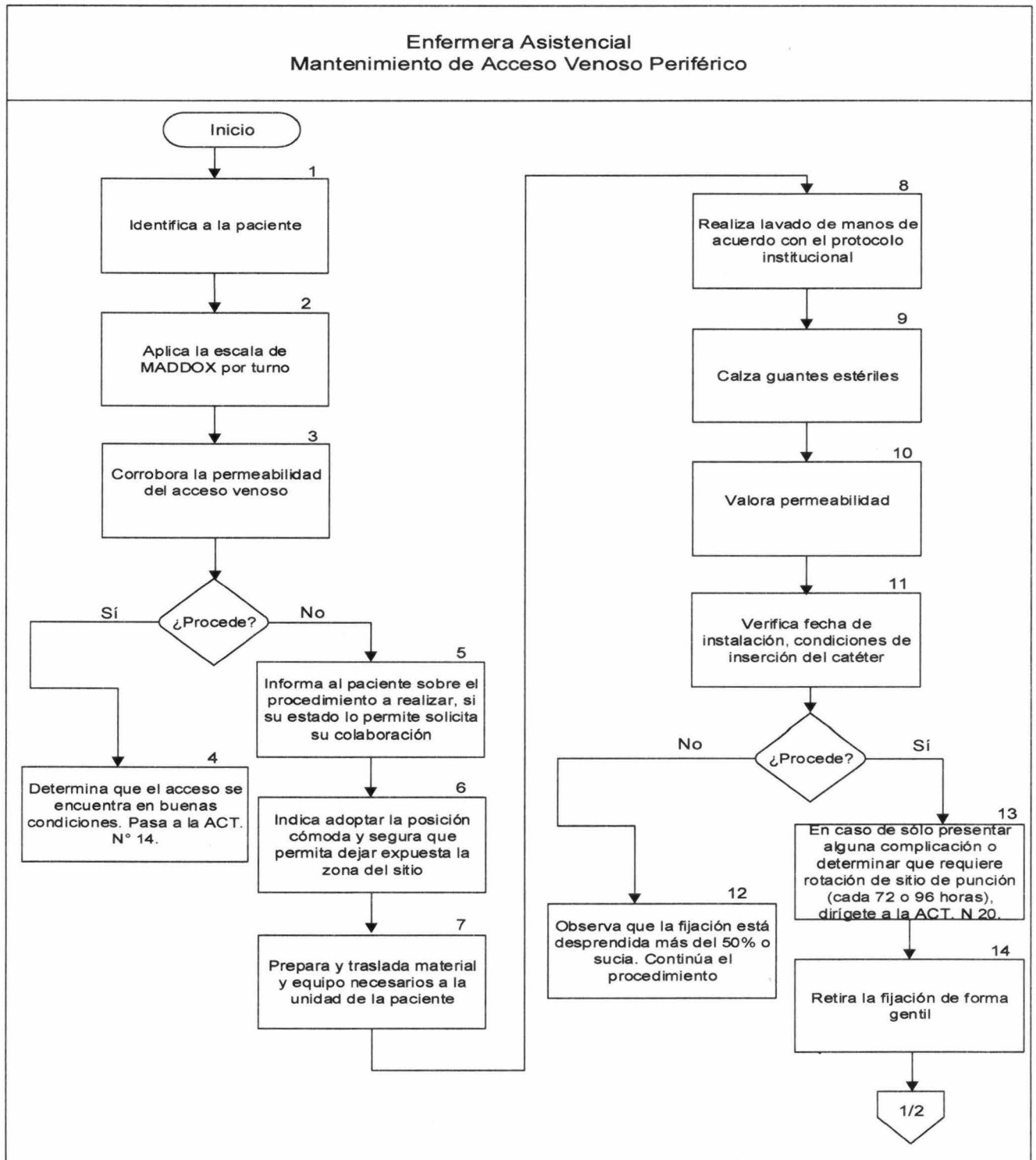
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Profesional de Enfermera Asistencial	1	Identifica al paciente.
	2	Aplica la escala de MADDOX por turno.
	3	Corroborar la permeabilidad del acceso venoso.
		¿Procede?
	4	Sí: Determina que el acceso se encuentra en buenas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

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

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



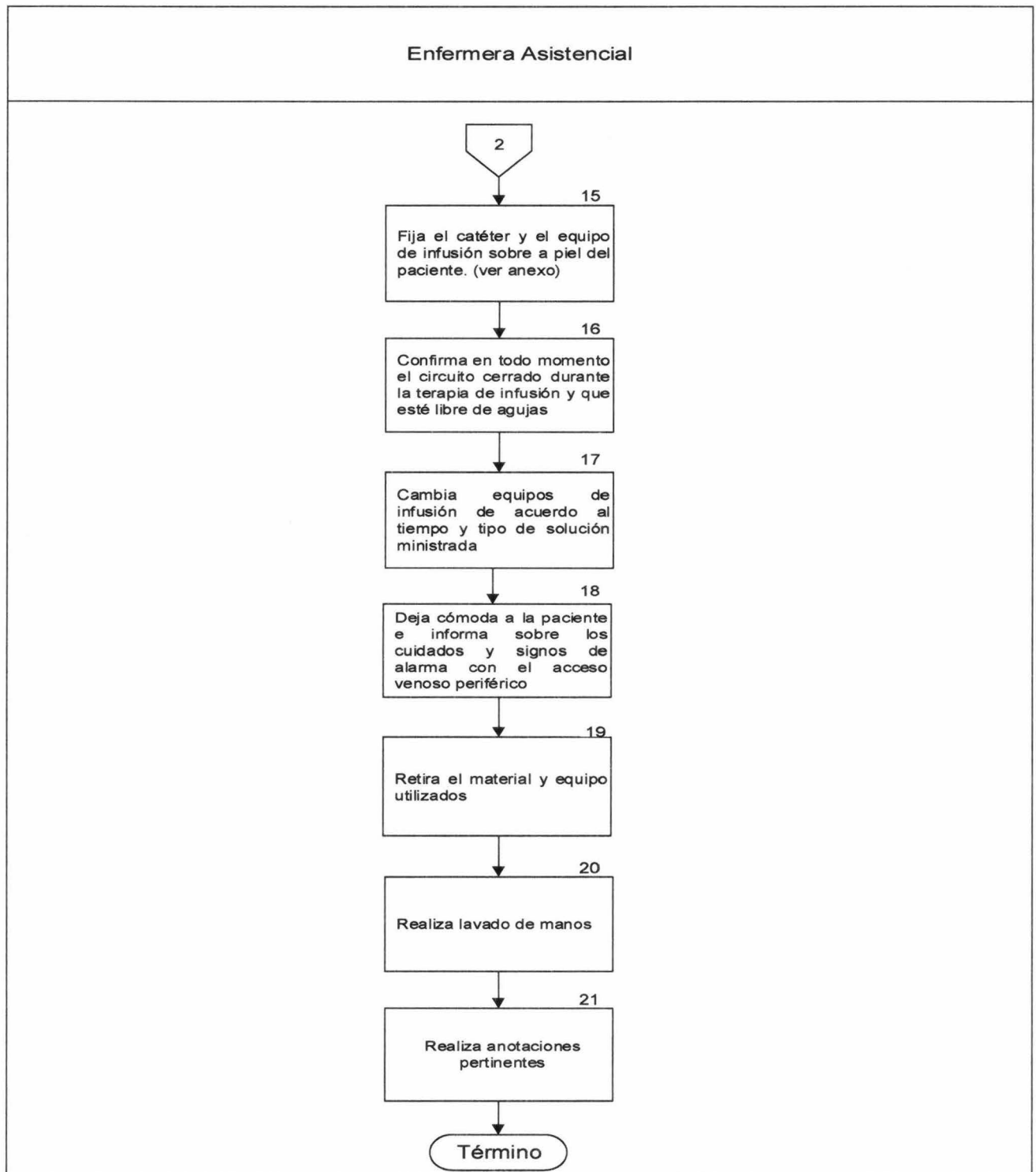
13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO





DÍA	MES	AÑO
12	05	22

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

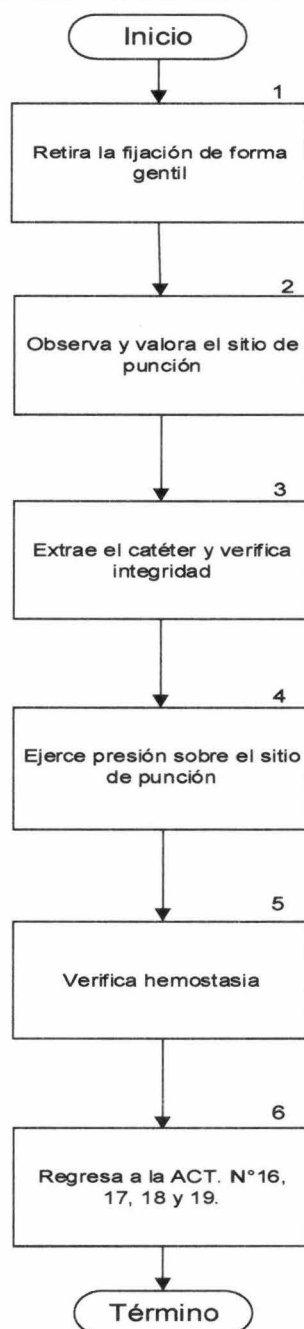


13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermera Asistencial	1	Retira la fijación de forma gentil.
	2	Observa y valora el sitio de punción.
	3	Extrae el catéter y verifica integridad
	4	Ejerce presión sobre el sitio de punción.
	5	Verifica hemostasia.
	6	Regresa a la ACT. N°16, 17, 18 y 19.
		Termina procedimiento.

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

ENFERMERÍA ASISTENCIAL RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO



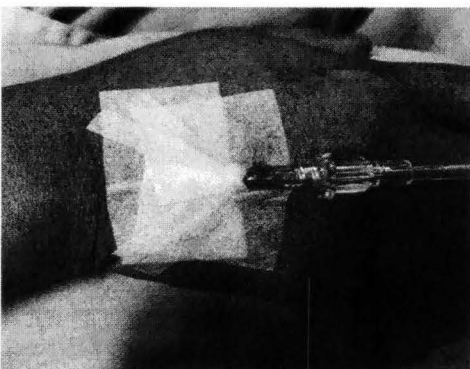
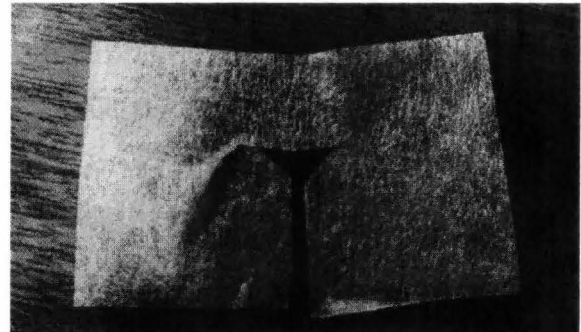
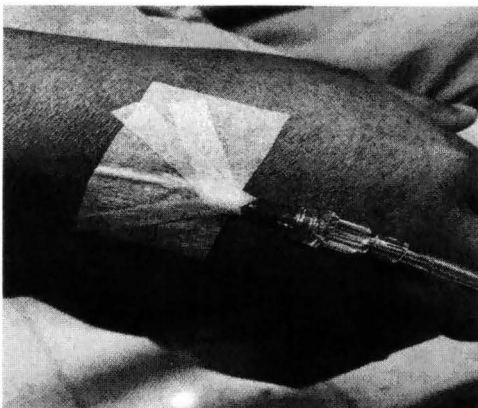
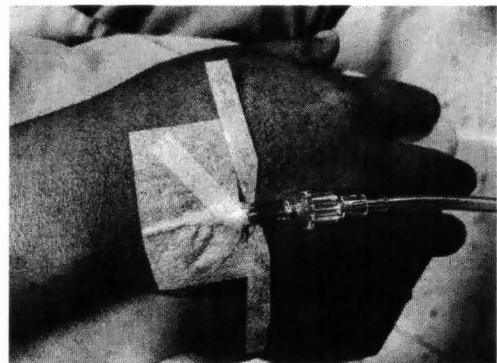
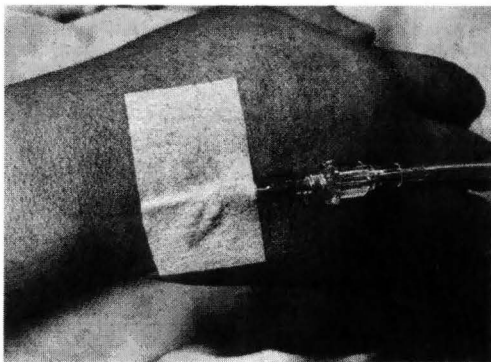
13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

FIJACION DEL ACCESO VENOSO PERIFERICO		
Micropore o tela adhesiva	Apósito transparente 7X8.5cm	Apósito transparente chico 4.4X4.4cm
Fijar el catéter con un cuadro de micropore o tela adhesiva aproximadamente 5X3cm cubriendo 2/3 partes del cono del catéter y el sitio de inserción.	Fijar el catéter con el apósito transparente estéril cubriendo el sitio de inserción y 2/3 partes del cono del catéter	Fijar el catéter con el apósito transparente estéril cubriendo el sitio de inserción y 2/3 partes del cono del catéter
Con técnica en "V" colocar dos tiras de micropore de aproximadamente 8 a 10 cm largo y 0.5 cm ancho, rodeando el cono del catéter hasta la lengüeta	Colocar una cinta sobre el cono del catéter cubrir la lengüeta, sin abarcar el equipo de infusión	Con técnica en "V" colocar dos tiras de micropore de aproximadamente 8 a 10 cm largo y 0.5 cm ancho, rodeando el cono del catéter hasta la lengüeta
Cortar una tira de Micropore o tela adhesiva de aproximadamente 5X3 cm a la que se le realiza una pequeña hendidura al centro.	Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior de la fijación de apósito transparente	Colocar una tira de micropore de ½" sobre el cono del catéter hasta la lengüeta
Poner este cuadro por debajo del cono de catéter tratando de cubrir las tiras colocadas con anterioridad	Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con la otra cinta aproximadamente 5cm de la unión con el catéter; no fijar sobre el apósito y conservar el sitio de inserción visible	Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior de la fijación de apósito transparente
Colocar el membrete en diagonal sobre una esquina superior o lateral a la fijación		Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta micropore aproximadamente 5cm de la unión con el catéter; no fijar sobre el apósito y conservar el sitio de inserción visible
Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta micropore aproximadamente 5cm de la unión con el catéter.		

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

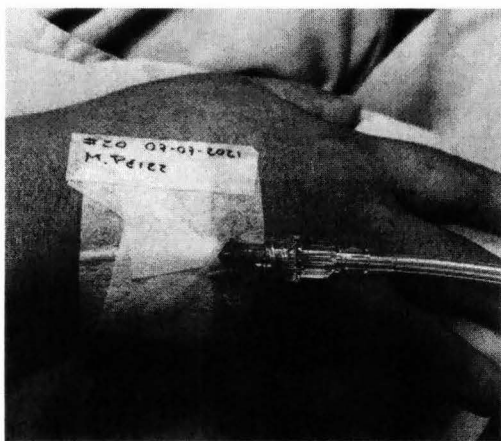
13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

FIJACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO CON MICROPORE O TELA ADHESIVA





13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

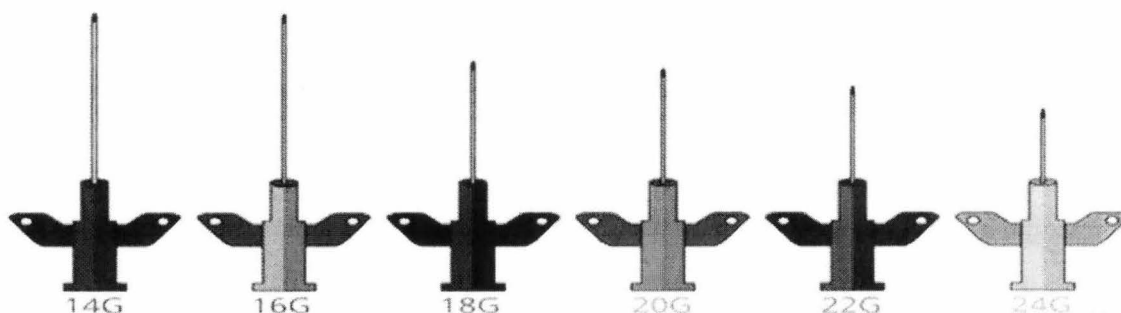


CAMBIO DE EQUIPOS DE ACUERDO AL TIPO DE SOLUCIÓN.

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

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.



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



13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO

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

13. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

SELECCIÓN DE VENA A PUNCIÓNAR.

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

13. INSTALACIÓN DE 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. Secretaria de Salud.

Obtenido de:
http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_manejo_estandarizado.pdf
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-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>



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

12	05	22
----	----	----

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE Sonda NASOGÁSTRICA

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE Sonda NASOGÁSTRICA



14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

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



14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

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

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Instalación de Sonda Nasogástrica)
Profesional de Enfermería Asistencial	13	Inserta la sonda gentilmente en la narina de la paciente, en un ángulo de 60 a 90° respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar a la pared de la faringe.
	14	Solicita a la paciente que incline la cabeza hacia adelante apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal y continua la introducción de la sonda firmemente hasta que la marca esté a nivel del borde de la narina.
	15	Detiene el procedimiento para no forzar la sonda cuando se encuentre resistencia, o la paciente presente cianosis, arcada o atragantamiento., retira la sonda e intenta una vez que la paciente se recupere.
	16	Solicita a la paciente que abra la boca y verifica la posición de la sonda en la pared posterior de la garganta.
	17	Confirma la posición de la sonda en el estómago: aspira líquido gástrico con una jeringa de 20cc, ausculta la región epigástrica al mismo tiempo que se insufla aire con la jeringa a través de la sonda o introduce la parte distal de la sonda en el vaso con agua.
	18	Coloca el primer dispositivo de fijación en el puente nasal previa aplicación de protector cutáneo (si se cuenta con el recurso) y asegura la sonda.
	19	Conecta la sonda al tubo del frasco colector del equipo de succión o a derivación, según indicación médica.
	20	Realiza un membrete con fecha, calibre, nombre de la persona que instaló y centímetros de la sonda que queda al exterior como referencia.

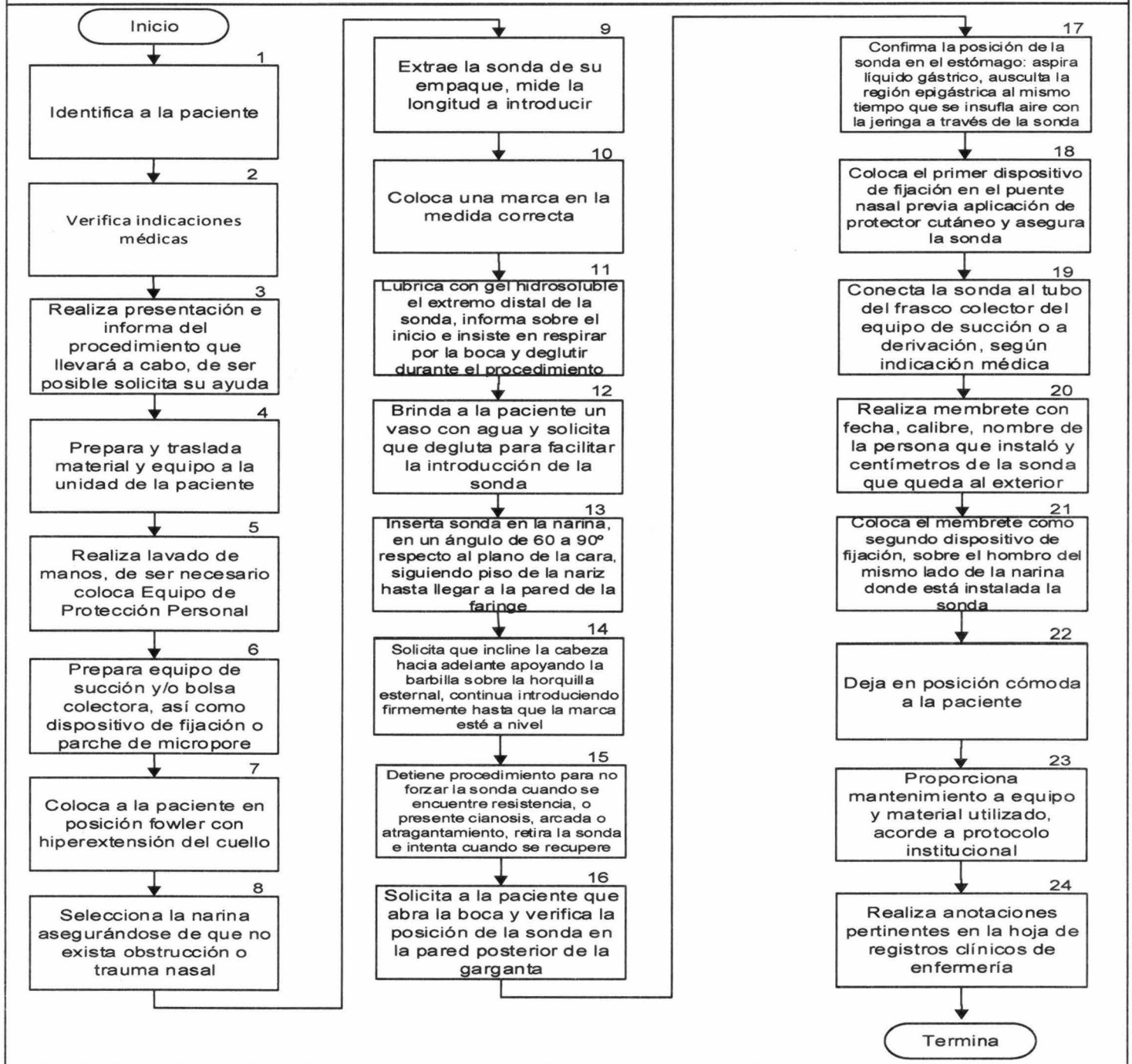
14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Instalación de Sonda Nasogástrica)
Profesional de Enfermería Asistencial	21	Coloca el membrete como segundo dispositivo de fijación, sobre el hombro a la altura de la línea media clavicular, del mismo lado de la narina donde está instalada la sonda.
	22	Deja en posición cómoda a la paciente.
	23	Proporciona mantenimiento a equipo y material utilizado, acorde a protocolo institucional.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina Procedimiento		



14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
12	05	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

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

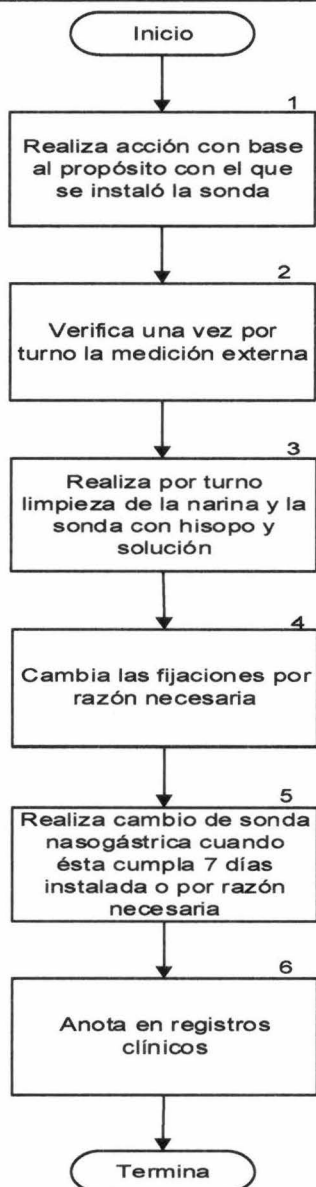


DÍA	MES	AÑO
12	05	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

(Mantenimiento de sonda nasogástrica)

Enfermera Asistencial



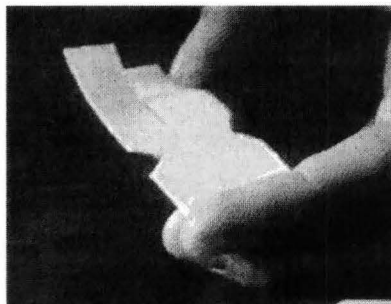
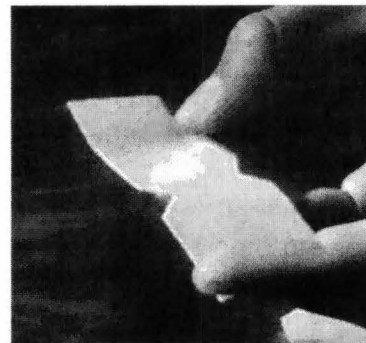
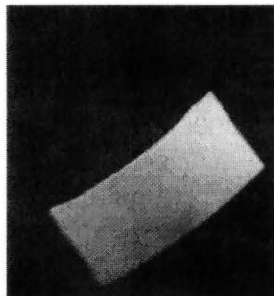


DÍA	MES	AÑO
12	05	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

ANEXO

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



15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

12

05

22

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Recuperar la ventilación espontánea y reducir las complicaciones inherentes a la ventilación mecánica, a través del retiro de una cánula endotraqueal.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe de Servicio.

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Corroborar la indicación médica.
- Garantizar que el servicio cuente con el equipo y material necesario.
 - Equipo de aspiración
 - Sondas para aspiración
 - Cloruro de sodio al 0.9% o agua estéril
 - Guantes libres de talco (polietileno) o en su defecto retirar el talco con gasa húmeda
 - Gasas estériles
 - Jeringa de 10 cc
 - Bolsa de reanimación con mascarilla.
 - Equipo de extubación (nebulizador, coplee, tubo corrugado, mascarilla facial)
- Verificar la disponibilidad de: médico adscrito y personal de inhaloterapia.
- Mantener el carro de paro equipado.
- Verificar que el procedimiento se realice de la manera correcta.

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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 al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento.
- Verificar el correcto funcionamiento de las tomas de oxígeno, aire y frasco de aspiración.
- Disponer en forma preventiva, de todos los materiales y medicamentos necesarios para la instrumentación de la vía aérea en caso de ser necesaria una re intubación de urgencia.
- Preparar material y equipo.
- Asistir al médico durante el procedimiento.
- Colocar equipo de protección personal de acuerdo al protocolo institucional.
- Monitorizar continuamente signos vitales y saturación de oxígeno >90% durante todo el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

12	05	22
----	----	----

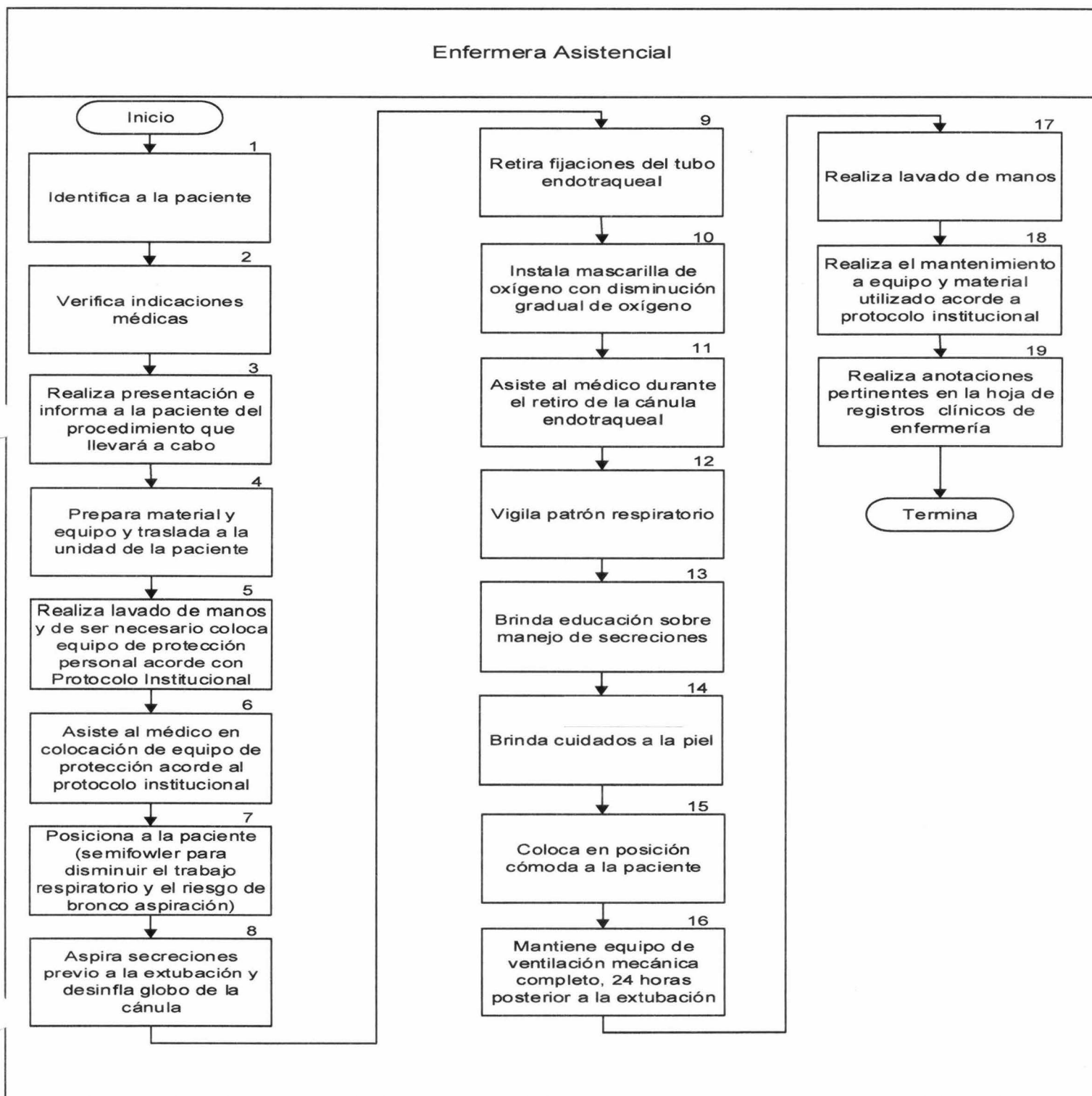
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de Protección Personal acorde al protocolo institucional.
	6	Asiste al médico en colocación de equipo de protección acorde al protocolo institucional.
	7	Posiciona a la paciente (semifowler para disminuir el trabajo respiratorio y el riesgo de bronco aspiración).
	8	Aspira secreciones previo a la extubación y desinfla globo de la cánula.
	9	Retira fijaciones del tubo endotraqueal.
	10	Instala mascarilla de oxígeno con disminución gradual de oxígeno.
	11	Asiste al médico durante el retiro de la cánula endotraqueal.
	12	Vigila patrón respiratorio.
	13	Brinda educación sobre manejo de secreciones.
	14	Brinda cuidados a la piel.

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	15	Coloca en posición cómoda a la paciente.
	16	Mantiene equipo de ventilación mecánica completo, 24 horas posterior a la extubación.
	17	Realiza lavado de manos.
	18	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	19	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

15. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

REFERENCIAS

- https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0010/1008793/Intubacion-endotraqueal-colocacion_090420.pdf
- Retirada de la vía aérea artificial: extubación en Terapia Intensiva. Revisión narrativa. REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA 2018 - 35 N° 31-



16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

Colaborar y mantener permeable la vía aérea artificial y con ello favorecer el intercambio gaseoso y la ventilación.

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio.

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud. (INDICAS).
- Corroborar la indicación médica.
- Garantizar que el servicio cuente con el equipo y material necesario.
 - Mango de laringoscopio
 - Hoja de laringoscopio curva No. 3
 - Hoja de laringoscopio recta No. 3 y 4
 - Bolsa de reanimación con mascarilla
 - Cánula de Guedel
 - Sondas endotraqueales No. 7 al 9
 - Guía metálica
 - Equipo de aspiración
 - Sondas para aspiración
 - Dispositivo para fijar la cánula o tela adhesiva
 - Equipo de protección acorde a protocolo institucional
 - Agua inyectable.
 - Xylocaína en spray
 - Medicamentos indicados para analgesia, sedación y relajación
 - Guantes libres de talco (polietileno) o en su defecto retirar el talco con gasa húmeda.
 - Gasas estériles
 - Jeringas 10cc y agujas
 - Estetoscopio
 - Manómetro de presión para corroborar presión del globo.
- Verificar la disponibilidad: médico adscrito y personal de inhaloterapia.
- Mantener el carro de paro equipado.
- Verificar que el procedimiento se realice de la manera correcta.

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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 al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento.
- Verificar el correcto funcionamiento de las tomas de oxígeno, aire y frasco de aspiración.
- Corroborar la programación del ventilador mecánico acorde a parámetros de indicación médica.
- Preparar material y equipo.
- Asistir al médico, antes y durante el procedimiento.
- Colocar equipo de protección personal de acuerdo al protocolo institucional.
- Monitorizar continuamente signos vitales y saturación de oxígeno >90% durante todo el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde con las políticas institucionales.

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

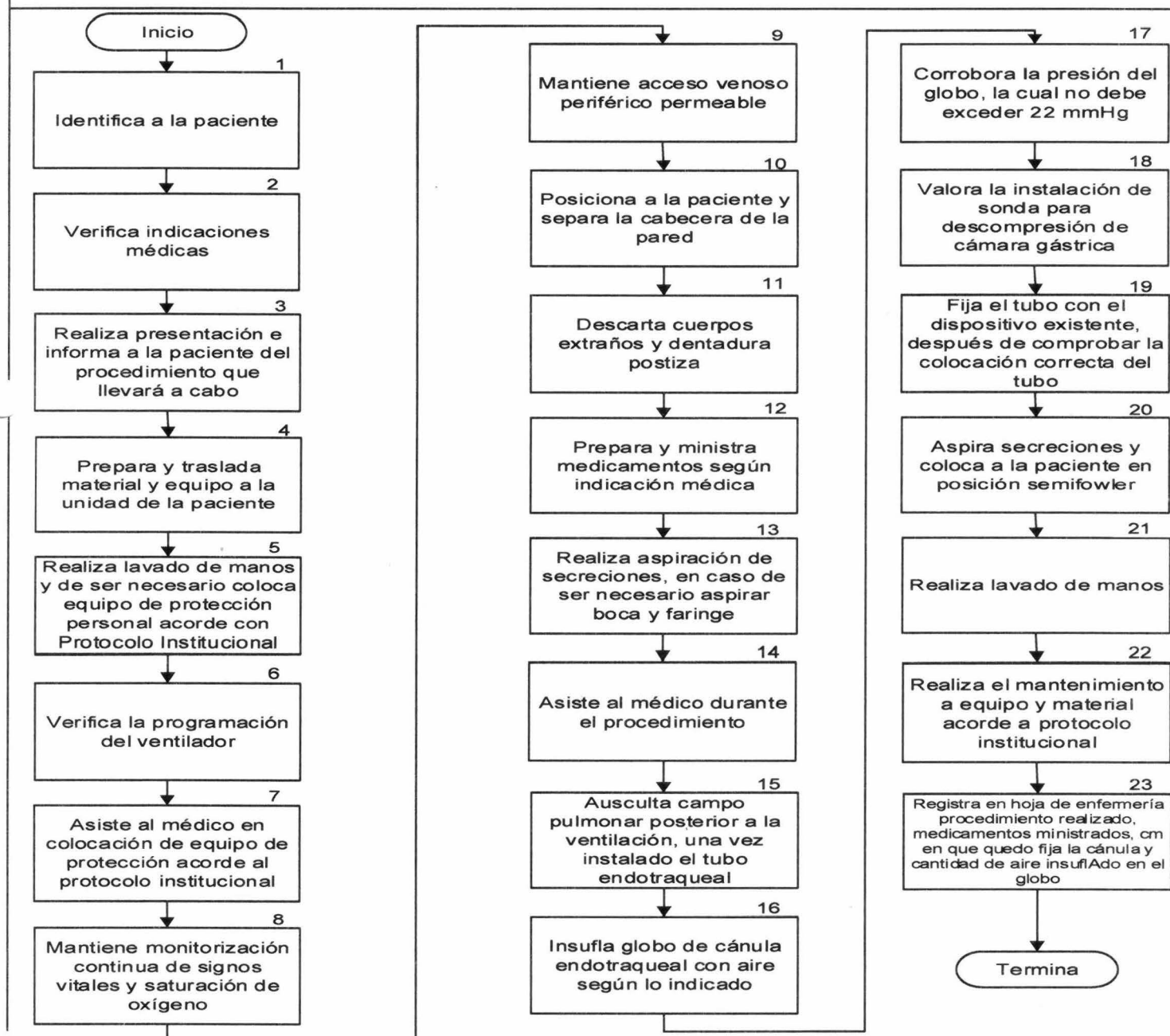
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de Protección Personal acorde al protocolo institucional.
	6	Verifica la programación del ventilador.
	7	Asiste al médico en colocación de equipo de protección acorde al protocolo institucional.
	8	Mantiene monitorización continua de signos vitales y saturación de oxígeno.
	9	Mantiene acceso venoso periférico permeable.
	10	Posiciona a la paciente y separa la cabecera de la pared. En pacientes sin traumatismo: colocarlo de espaldas con la cabeza en posición de aspiración (en extensión con flexión del cuello). Colocar una toalla bajo el cuello para levantar ligeramente la cabeza y para flexionar correctamente el cuello del paciente. En pacientes con traumatismo: mantén inmovilizado el raquis cervical durante todo el procedimiento.
	11	Descarta cuerpos extraños y dentadura postiza.
	12	Prepara y ministra medicamentos según indicación médica.
	13	Realiza aspiración de secreciones, en caso de ser necesario aspirar boca y faringe.

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	14	Asiste al médico durante el procedimiento.
	15	Ausculata campo pulmonar posterior a la ventilación, una vez instalado el tubo endotraqueal.
	16	Insufla globo de cánula endotraqueal con aire según lo indicado.
	17	Corroborar la presión del globo, la cual no debe exceder 22 mmHg.
	18	Valora la instalación de sonda para descompresión de cámara gástrica.
	19	Fija el tubo con el dispositivo existente, después de comprobar la colocación correcta del tubo.
	20	Aspira secreciones y coloca a la paciente en posición semifowler.
	21	Realiza lavado de manos.
	22	Realiza el mantenimiento a equipo y material acorde a protocolo institucional.
	23	Registra en la hoja de enfermería el procedimiento realizado, medicamentos ministrados, los centímetros en que quedo fija la cánula y la cantidad de aire con que se insufló el globo.
		Termina procedimiento

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Enfermera Asistencial



16. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

REFERENCIAS

- https://www.elsevier.com/data/assets/pdf_file/0010/1008793/Intubacion-endotraqueal-colocacion_090420.pdf



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

Coadyuvar en la inhibición de la actividad uterina a través de terapia farmacológica y no farmacológica, disminuyendo la incidencia de parto pretérmino.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

- **Del Jefe/a de Servicio**
- Conocer y verificar que el personal conozca y aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 -
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-220-SSA1-2016**. Instalación y operación de la farmacovigilancia.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012** que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana **007-SSA2-2016**. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida.
 - 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 las políticas propias del instituto.
- Contar con el material y equipo necesario para el procedimiento:
 - Fármacos uteroinhibidores según prescripción médica.
 - Equipo de venoclisis.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

- Bomba de infusión.
- Equipo para bomba de infusión.
- Jeringas.
- Cloruro de sodio 0.9%
- Guantes no estériles.
- Torundas o toallas alcoholadas.
- Tococardiógrafo.
- Monitor de signos vitales.

• 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 aplicar las técnicas para control y manejo del estrés y del dolor en la paciente tales como:
 - Técnicas de respiración.
 - Musicoterapia.
 - Masajes relajantes
 - Aromaterapia.
- Hidratación con líquidos claros (de acuerdo a la valoración obstétrica)
- Ministrar fármacos uteroinhibidores acorde a indicaciones médicas.
- Conocer la farmacocinética y farmacodinamia de cada fármaco uteroinhibidor así como reacciones adversas y cuidados de enfermería específicos.
- Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos:
 - Paciente correcto
 - Medicamento correcto
 - Caducidad correcta
 - Dosis correcta
 - Dilución y reconstitución correcta
 - Vía de administración correcta



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
5

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

12	05	22
----	----	----

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

- Velocidad de infusión correcta
- Hora correcta.
- Informar al paciente
- Registro correcto
- Seguimiento y respuesta
- Preparar el material necesario.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

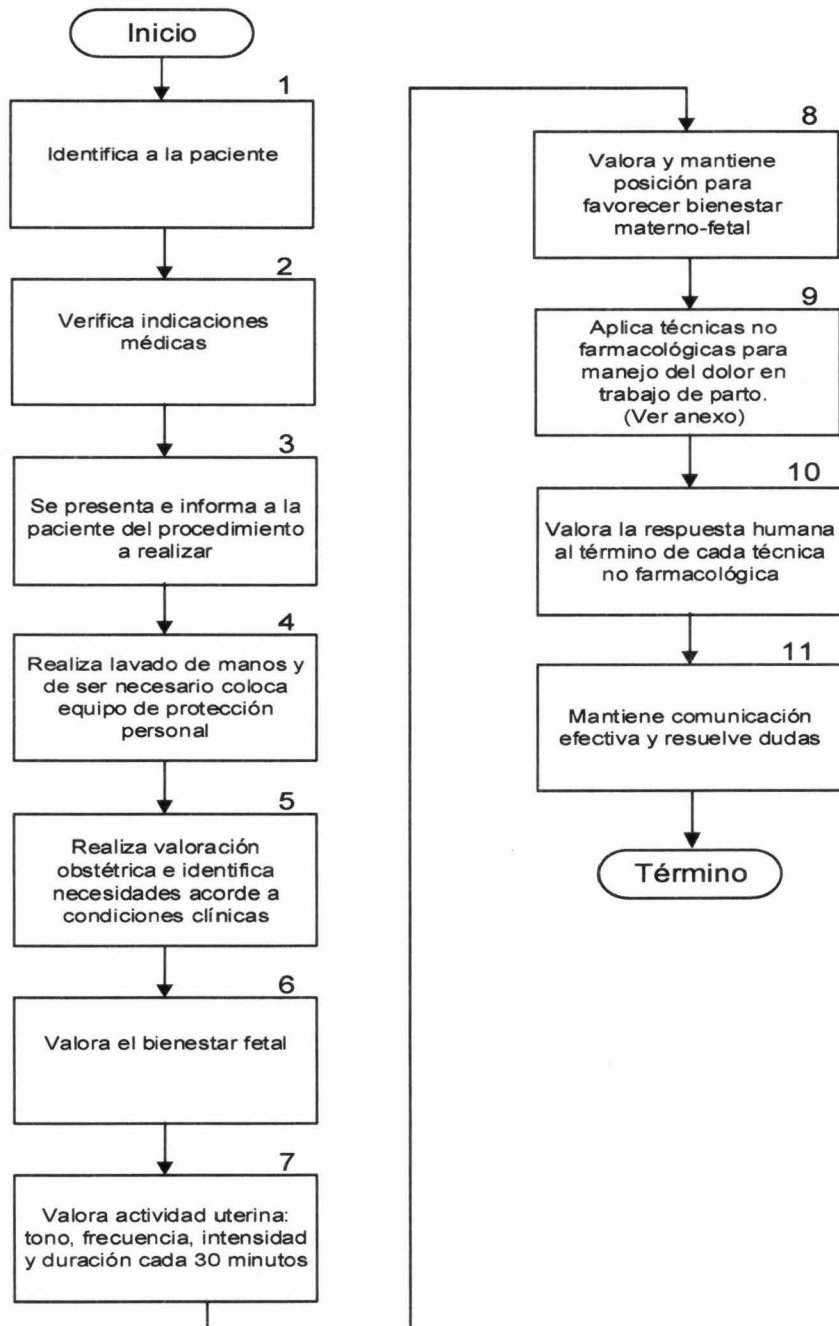
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial		MANEJO NO FARMACOLÓGICO
	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones medicas
	3	Se presenta e informa a la paciente del procedimiento. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	5	Realiza valoración obstétrica e identifica necesidades acorde a condiciones clínicas. Valora el bienestar fetal:
	6	• Toma y registra frecuencia cardiaca fetal cada 60 minutos. • Motilidad fetal. • Toma y valora registro cardiotocográfico antes de la colocación de uteroinhibidores o cuando la valoración obstétrica lo amerite.
	7	Valora actividad uterina: tono, frecuencia, intensidad y duración cada 30 minutos.
	8	Valora y mantiene posición para favorecer bienestar materno-fetal.
	9	Aplica técnicas no farmacológicas para manejo del dolor en trabajo de parto. (VER ANEXO) • Técnicas de respiración • Musicoterapia • Aromaterapia • Aplicación de calor-frio • Masajes • Compresión
	10	Valora la respuesta humana al término de cada técnica no farmacológica.
	11	Mantiene comunicación efectiva y resuelve dudas.
		Termina procedimiento



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

Enfermera Asistencial Manejo no Farmacológico

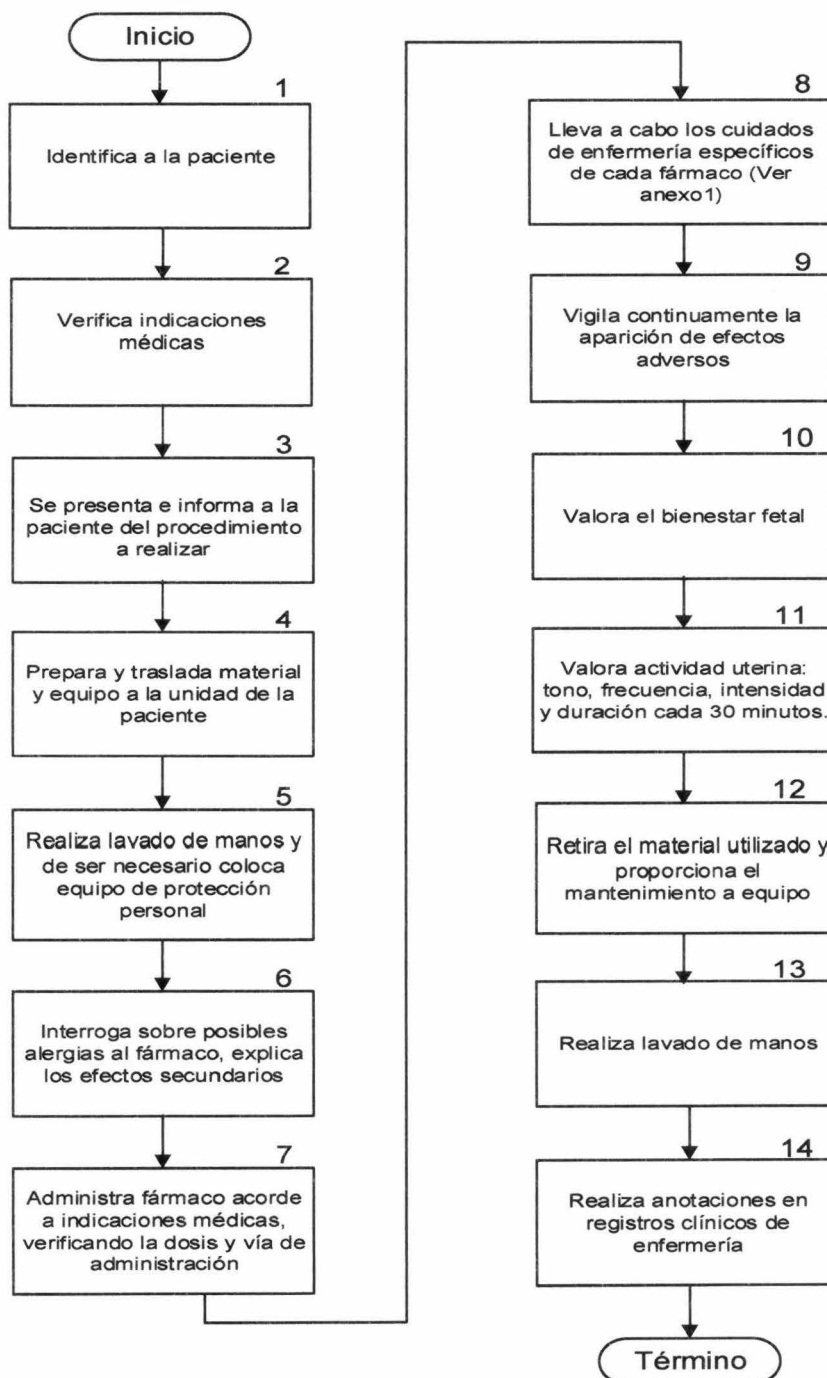


17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial		MANEJO FARMACOLÓGICO
	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Se presenta e informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	6	Interroga sobre posibles alergias al fármaco, explica los efectos secundarios.
	7	Administra fármaco acorde a indicaciones médicas, verificando la dosis y vía de administración.
	8	Lleva a cabo los cuidados de enfermería específicos de cada fármaco. (VER ANEXO 1)
	9	Vigila continuamente la aparición de efectos adversos.
		Valora el bienestar fetal
	10	• Toma y registra frecuencia cardiaca fetal cada 60 minutos • Motilidad fetal • Toma y valora registro cardiotocográfico antes de la colocación de uteroinhibidores o cuando la valoración obstétrica lo amerite.
	11	Valora actividad uterina: tono, frecuencia, intensidad y duración cada 30 minutos.
	12	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	13	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	14	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

Enfermera Asistencial Manejo Farmacológico





17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

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.	



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

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.

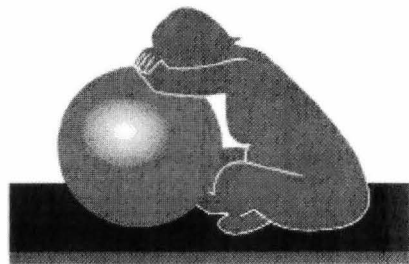
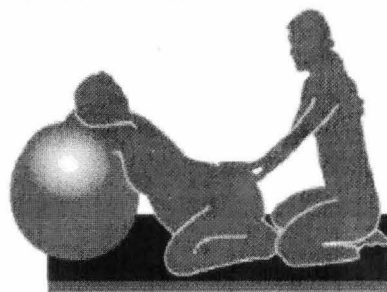
1. En el momento que inicia la contracción se debe realizar 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones.
2. En el momento en que la contracción se encuentra en su máxima intensidad se deberán realizar 5 respiraciones jadeantes:
 - 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 realizaran 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones.



17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

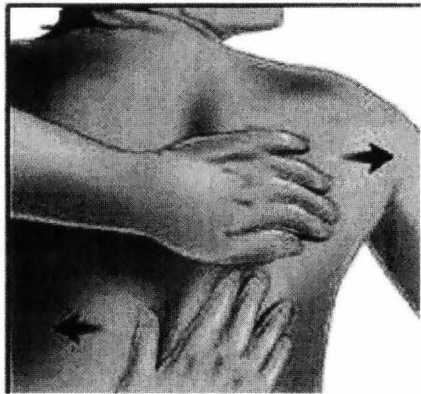
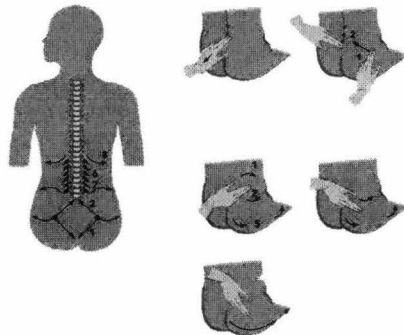
Termoterapia		
Método	Área	Efectos
Uso de compresas húmedas, cojines de semillas o bolsas de gel térmico	Lumbar	• Técnica útil para disminuir el dolor del parto inmediatamente después de la compresión tibial entre madres nulíparas en la primera etapa del parto. La compresión cálida no causa efectos nocivos 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

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

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



17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

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.	

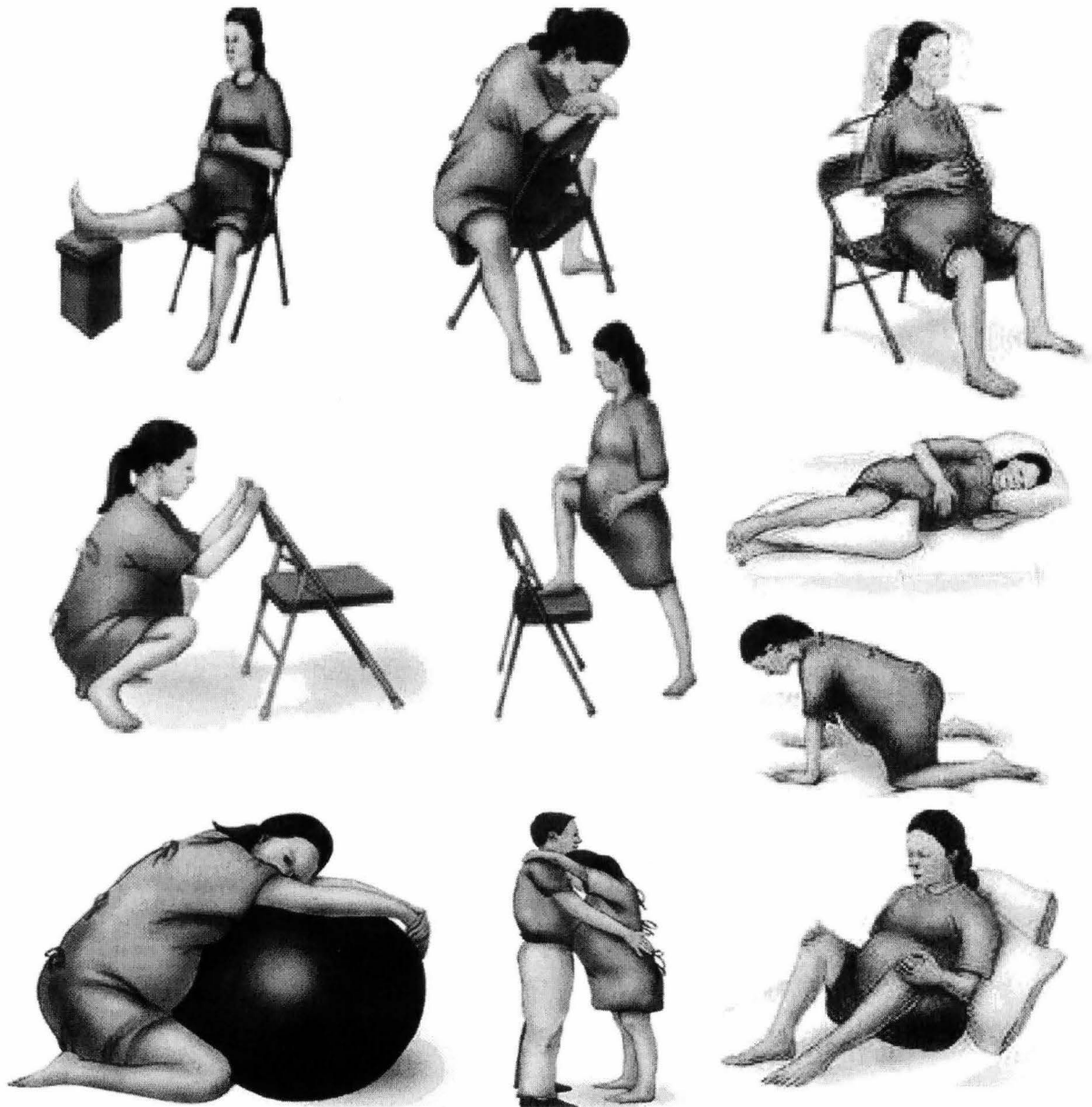


DÍA	MES	AÑO
12	05	22

17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

Ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica

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



**17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN**
ANEXO 1

Fármaco	Dosis	Efectos adversos	Cuidados de enfermería
Nifedipino	- 10 a 20 mg por VO, seguido de 10 mg cada 15 minutos, ajustando de acuerdo con la respuesta clínica de las contracciones uterinas, con un máximo de 40 mg en la primera hora, y luego 20 mg cada 6-8 horas por 48 horas. - Dosis inicial de 30 mg VO y continuar con 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas con una dosis máxima de 180 mg/ día.	Náuseas, rubor, sofocos, mareos y edema de las extremidades inferiores, hipotensión y cefalea.	- Tomar presión arterial previa a su ministración. - Verificar que la paciente cuente con un acceso venoso funcional. - Administrar carga de solución intravenosa previa a su administración, según indicación médica. - Vigilar la presión arterial cada 20 minutos. - Vigilar la actividad uterina y la frecuencia cardíaca fetal.
Orciprenalina	- Dosis terapéutica inicial de 5 µg/min, con incrementos cada 30 minutos de 5 µg/min hasta un máximo de 25 µg. Una vez que se inhibe el trabajo de parto, se debe mantener la misma dosis por 60 minutos, posteriormente ir disminuyendo 2.5 µg/min cada 30 minutos, hasta llegar a la mínima dosis efectiva. Se debe mantener esta dosis por 12 h	Arritmias cardíacas, insuficiencia pulmonar, edema pulmonar, isquemia miocárdica, hipotensión, taquicardia, hiperglucemia, hiperinsulinemia, hipocalcemia, nerviosismo, náusea, vómito, alteración de la función tiroidea, taquicardia fetal.	- Antes de administrar el tratamiento endovenoso, colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo para prevenir la hipotensión supina. - Llevar control de líquidos. - Auscultar campos pulmonares cada cuatro a ocho horas. - Monitorizar el pulso y presión arterial materna cada 15 minutos. - Vigilar la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina.

**17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN**

Fármaco	Dosis	Efectos adversos	Cuidados de enfermería
Ketorolaco	- Se administra por vía intramuscular con una dosis inicial de 60 mg, seguido de 30 mg cada seis horas hasta la inhibición de la actividad uterina hasta 48 horas	Náusea, epigastralgia, proctitis, compromiso de la función renal, efecto antiagregante plaquetario, alteraciones inmunológicas y reacciones alérgicas	- Vigilar continuamente la actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal. - Valorar aparición de efectos adversos.
Sulfato de magnesio	- Dosis inicial de 4 gr aforados en 100 cc de cloruro de sodio 0.9%, pasar en 20 minutos, - Dosis de mantenimiento de 8 gr. aforados en 250 cc, ministrando 1gr/hr hasta cumplir 24 hr desde el inicio del tratamiento.	Diaforesis, náusea, vómito, cefalea, letargia, nistagmus, visión borrosa, diplopía, palpitaciones y edema pulmonar, en especial relacionado a una administración muy rápida del fármaco.	- Instalar sonda vesical. - Utilizar bomba de infusión para ministrar la dosis exacta indicada. - Ministran en acceso venoso exclusivo para uteroinhibición. - Valorar registro cardiotocográfico antes y durante la ministración del fármaco. - Vigilar datos de intoxicación de sulfato de magnesio: Uresis <30 ml/hora, ausencia de reflejos osteotendinosos, depresión respiratoria (<12/minuto). - Auscultar campos pulmonares buscando edema pulmonar. - Tomar muestras de laboratorio en tubo rojo para verificar niveles de sulfato de magnesio según indicación médica. Ministrar 1 gr de gluconato de calcio en infusión intravenosa durante 5 a 10 minutos en caso de intoxicación, previa indicación médica.



17. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE
UTEROINHIBICIÓN

Fármaco	Dosis	Efectos adversos	Cuidados de enfermería
Indometacina	100 a 200 mg por vía rectal, se continúa con 25 a 50 mg cada 4 a 6 horas por 48 horas.	Náuseas, dispepsia, vómitos., Oligohidramnios.	- Colocar a la paciente en decúbito lateral para su ministración. - Vigilar continuamente la actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal.

Referencia

Ruoti Miguel Tocolíticos en la amenaza del parto prematuro An Fac Cienc Méd [Internet] 2020 [Consultado 2021 Junio 28]; 115-130. Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S181



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

2. Del Profesional de Enfermería Asistencial

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



18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

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

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

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

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

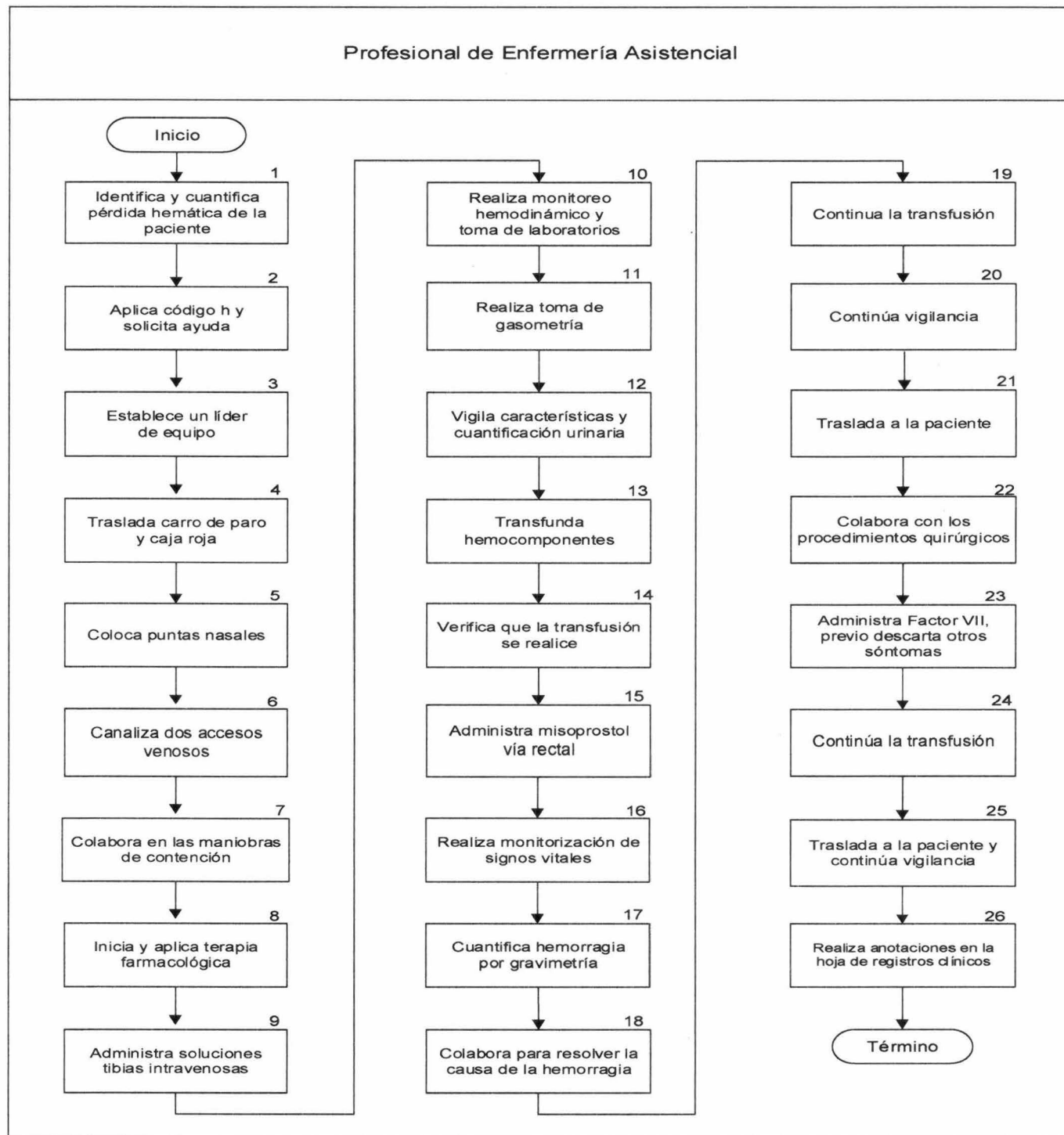
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	18	Colabora con el médico para resolver la causa de la hemorragia Nacimiento vía vaginal: • Atonía: colocar balón intrauterino, realizar sutura compresiva por laparotomía. • Laceración/ hematoma: reparación según sea el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

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

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

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

DIAGRAMA DE FLUJO

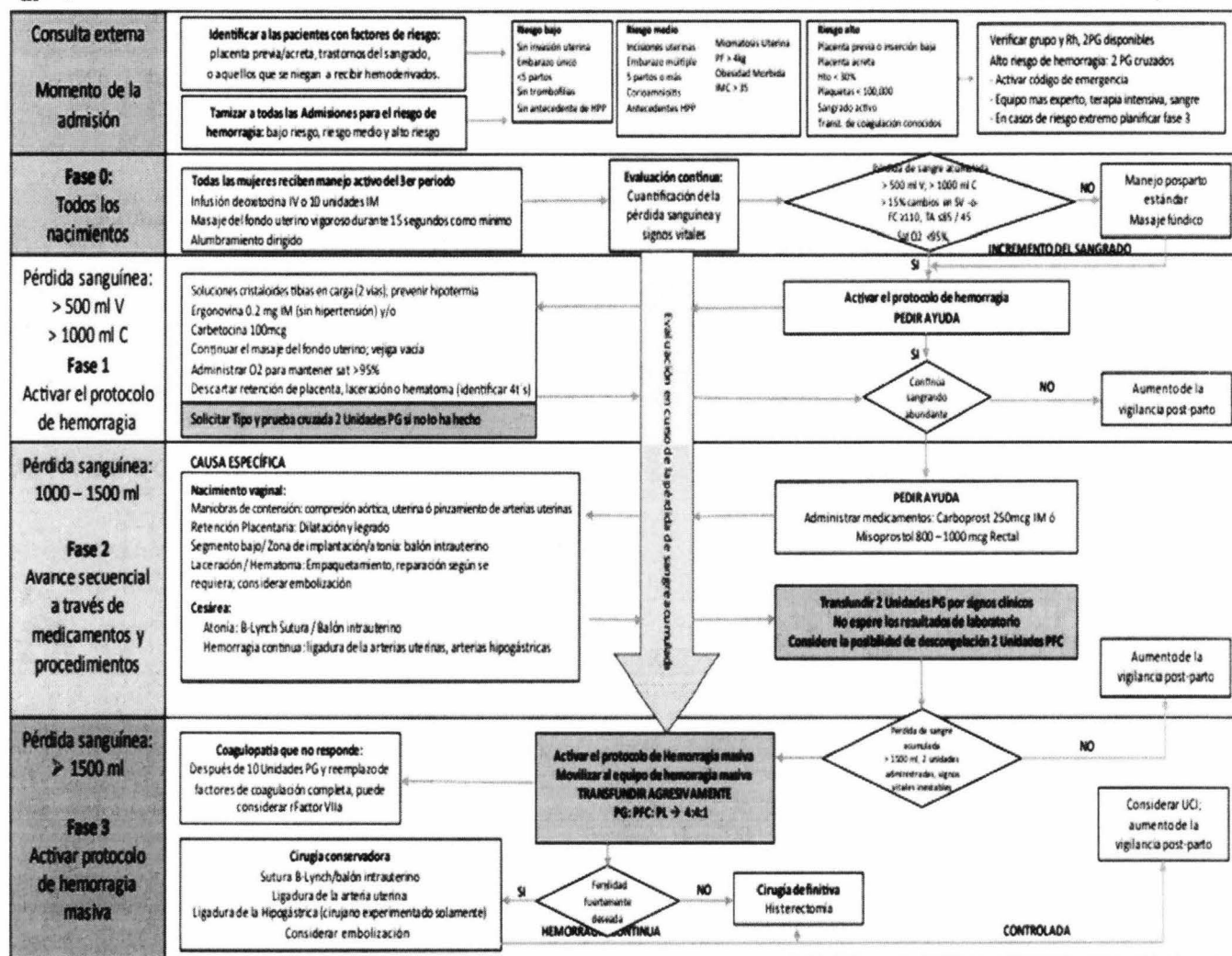


18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

LISTA DE COTEJO



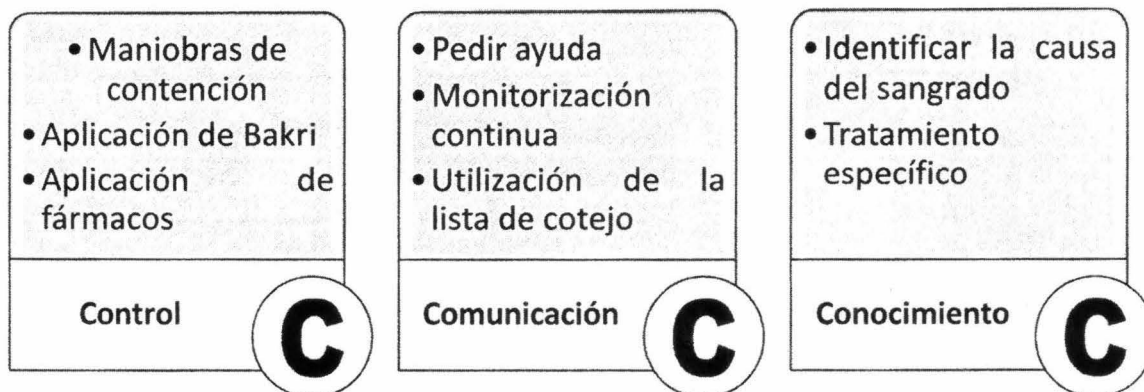
ADAPTACIÓN DEL DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ATENCIÓN
DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, INPer



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

18. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

ALGORITMO DE LAS 3 “C”



19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO
EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA

19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO
DE PACIENTE ADULTA



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO
EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Coadyuvar en la continuidad de la atención con calidad y seguridad durante el transporte externo.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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 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 al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el traslado.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Proveer y disponer oportunamente de la caja de traslado y medicamentos adicionales.
- Dar continuidad de la atención durante el traslado.
- Mantener comunicación efectiva con el jefe de servicio, médico, camilleros y supervisión de enfermería durante el traslado e interconsulta.
- Realizar las anotaciones en los Registros Clínicos de Enfermería.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

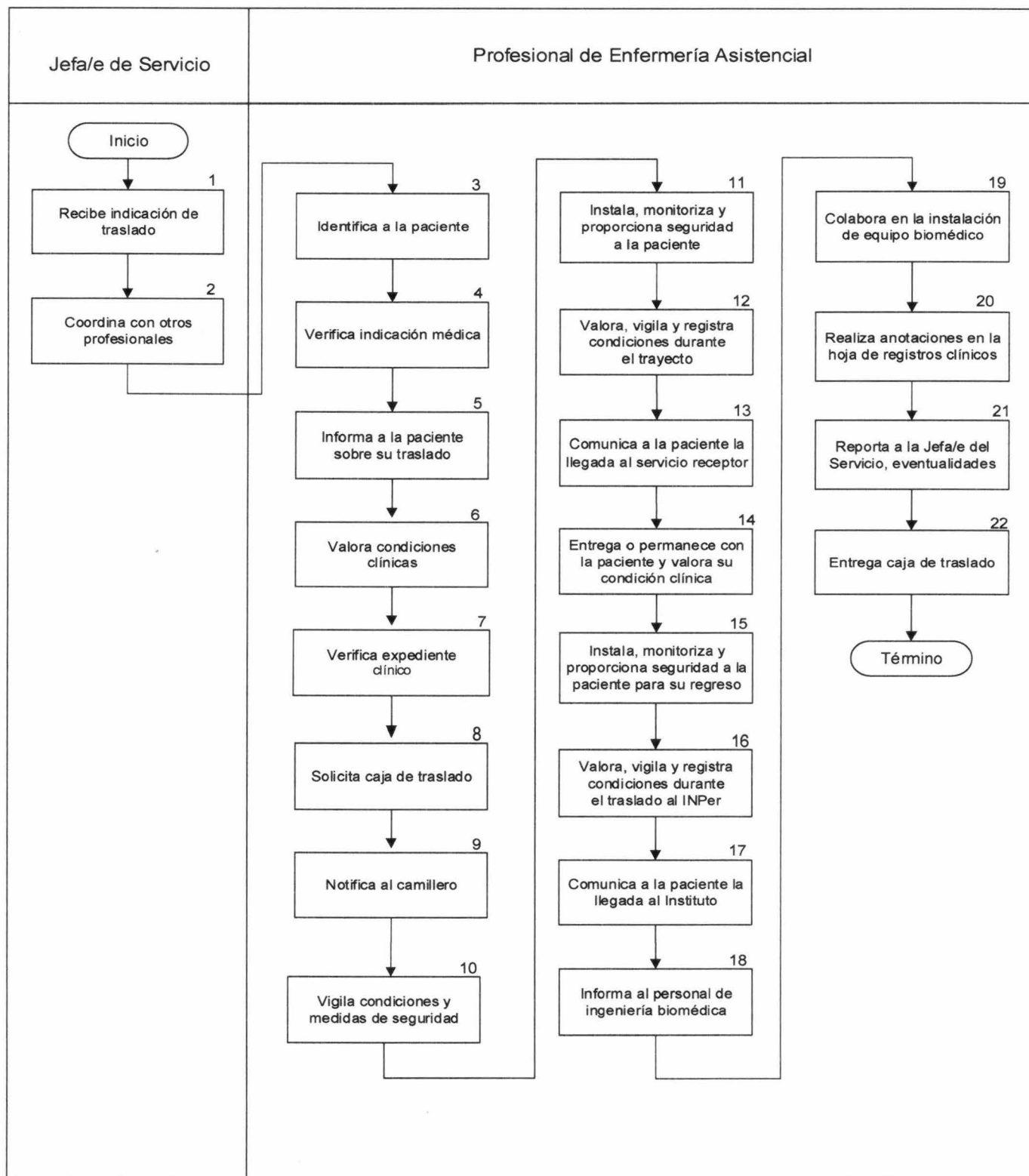
**19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO
EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Jefa/e de Servicio	1	Recibe indicación de traslado.
	2	Coordina con otros profesionales (supervisión de enfermería, trabajadora social, ingeniería biomédica y camillero).
Profesional de Enfermería 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.
		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.

19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO
 EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
	15	Instala, monitoriza y proporciona seguridad a la paciente en la ambulancia; en colaboración con médico y camillero para su regreso al Instituto.
	16	Valora, vigila y registra las condiciones clínicas y medidas de seguridad de la paciente durante el traslado.
	17	Comunica a la paciente la llegada al Instituto y retroalimenta medidas de seguridad para su descenso de la ambulancia y traslado a su servicio.
	18	Informa a ingeniería biomédica para reinstalación de equipo biomédico.
	19	Colabora en la instalación de la paciente en su unidad.
	20	Realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
	21	Reporta a la jefa de servicio eventualidades durante el traslado.
	22	Entrega caja de traslado.
		Termina Procedimiento

19. INTERVENCIONES DURANTE EL TRASLADO
EXTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE ADULTA





20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

20. 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 al 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.

20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Verifica indicaciones médicas
	3	Informa a la paciente sobre procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	5	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 registro 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

20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. Ver anexo 1. • Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha • Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda • Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho
	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: Ver anexo 2. • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media 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	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un milivoltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o colocar 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	Una vez finalizado el registro desconecta el electrocardiograma, y retirar los cables y los electrodos



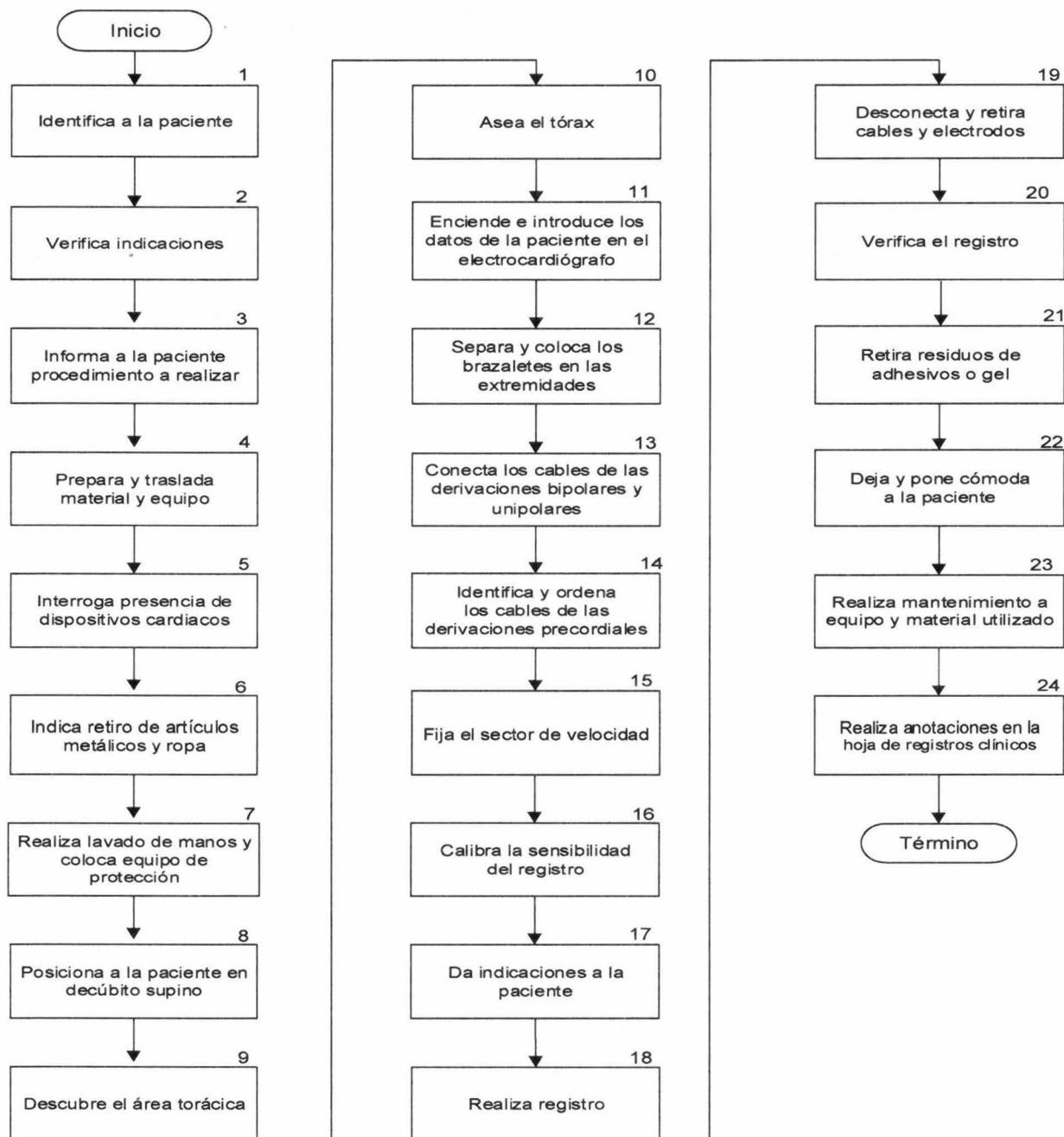
20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	20	Verifica que el registro este 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



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Profesional de Enfermería Asistencial



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Verifica indicaciones médicas
	3	Informa a la paciente sobre procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	5	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 registro 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).



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho
Profesional de Enfermería 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 milivoltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o colocar 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	Una vez finalizado el registro desconecta el electrocardiograma, y retirar los cables y los electrodos
	20	Verifica que el registro este 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.



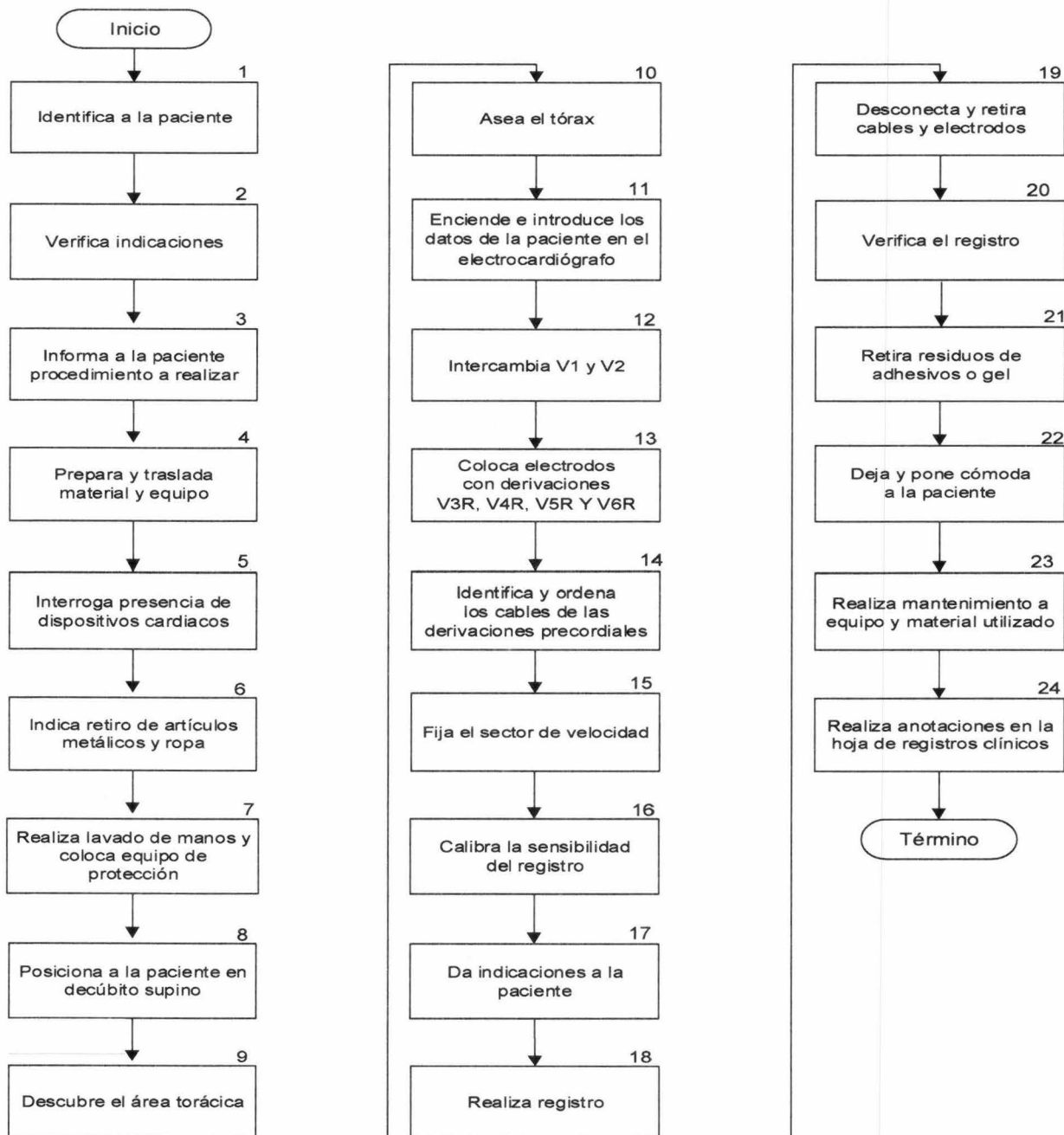
20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho
Profesional de Enfermería Asistencial	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



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Profesional de Enfermería Asistencial





20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Verifica indicaciones médicas
	3	Informa a la paciente sobre procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente
	5	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 registro 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

20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior
Profesional de Enfermería Asistencial	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. Ver anexo 1. • Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha • Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda • Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo • Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho
	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: Ver anexo 2. • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media 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	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un milivoltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o colocar en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.

20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior
Profesional de Enfermería Asistencial	18	Coloca tres electrodos (V7, V8 y V9). V7: 5° espacio intercostal izquierdo, línea axilar posterior. V8: 5° espacio intercostal, línea escapular media. V9: 5° espacio intercostal izquierdo, línea paravertebral.
	19	Desconecta los cables correspondientes a V1, V2 y V3 que ya están inscritos y conéctalos a V7, V8, y V9. (Ver anexo 4)
	20	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: Ver anexo 2. • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media 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.
	21	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	22	Calibra la sensibilidad del registro (un milivoltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o colocar 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.



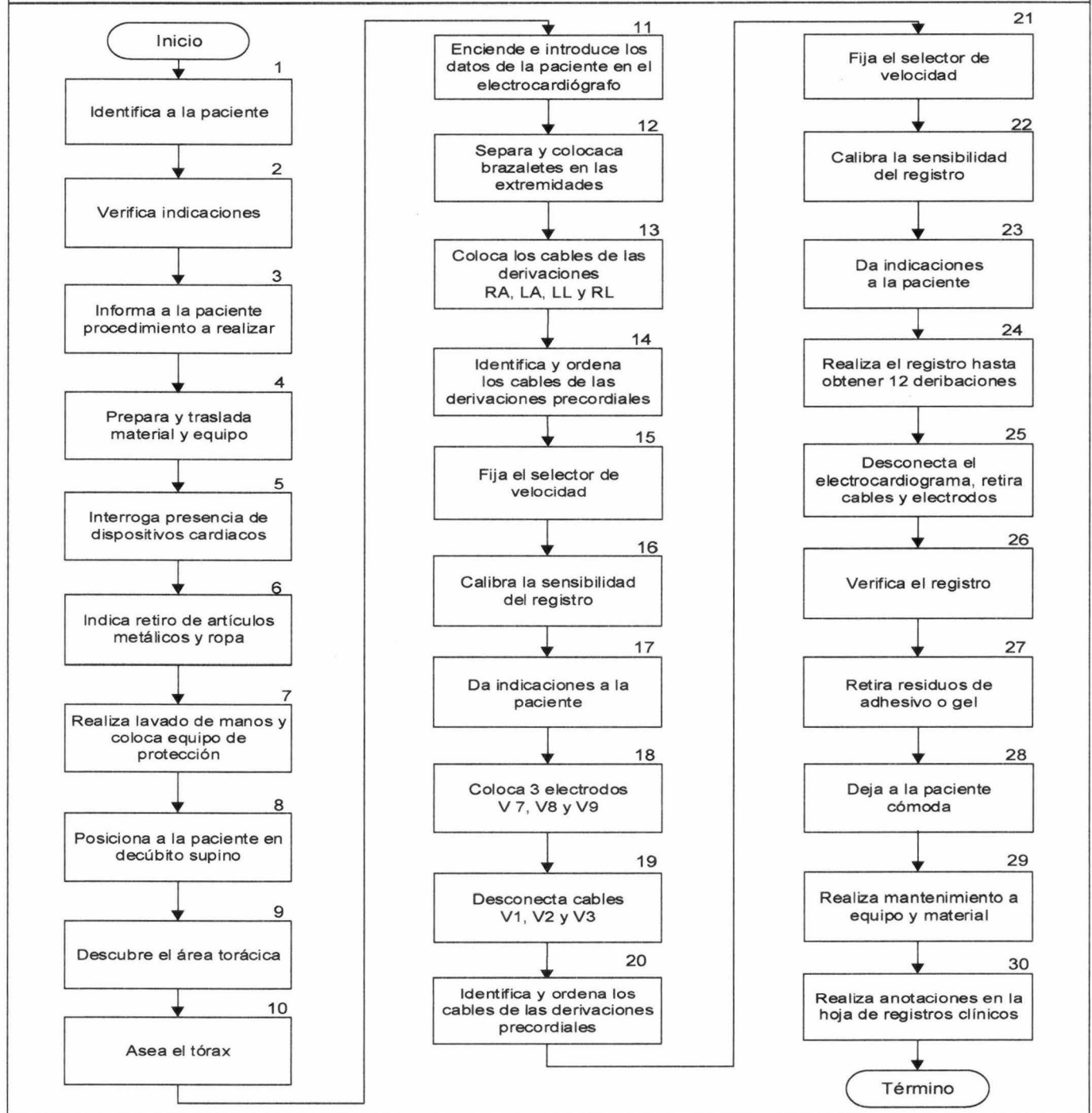
20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior
Profesional de Enfermería Asistencial	25	Desconecta el electrocardiograma, retirar los cables y los electrodos
	26	Verifica que el registro este 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



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

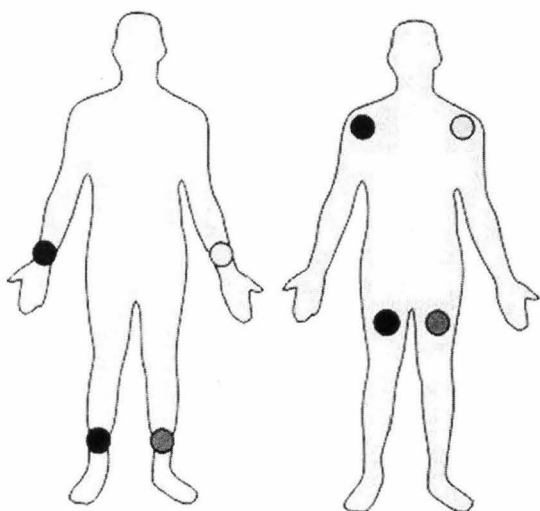
Profesional de Enfermería Asistencial





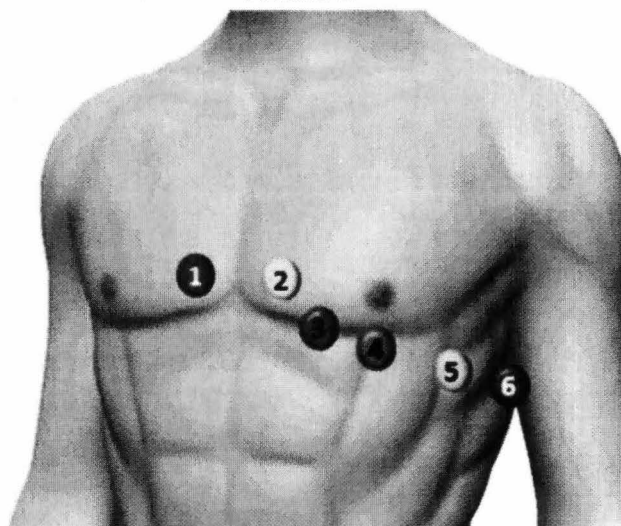
20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

ANEXO 1



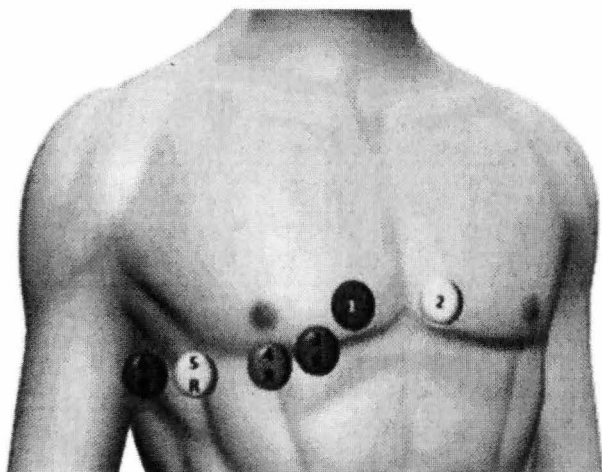
Derivaciones de Bipolares y Unipolares

ANEXO 2



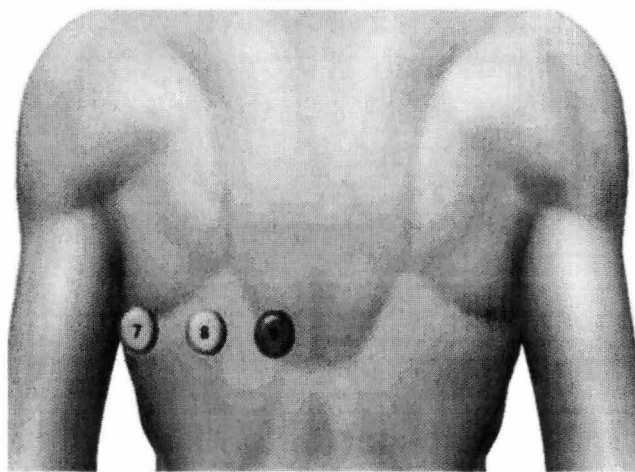
Derivaciones Precordiales

ANEXO 3



Derivaciones Derechas

ANEXO 4



Derivaciones Posteriores



20. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

REFERENCIAS

<http://signosvitalles20.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>



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA



21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

POLÍTICA DE OPERACIÓN.

Será obligación:

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

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

2. De la enfermera asistencial:

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



21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

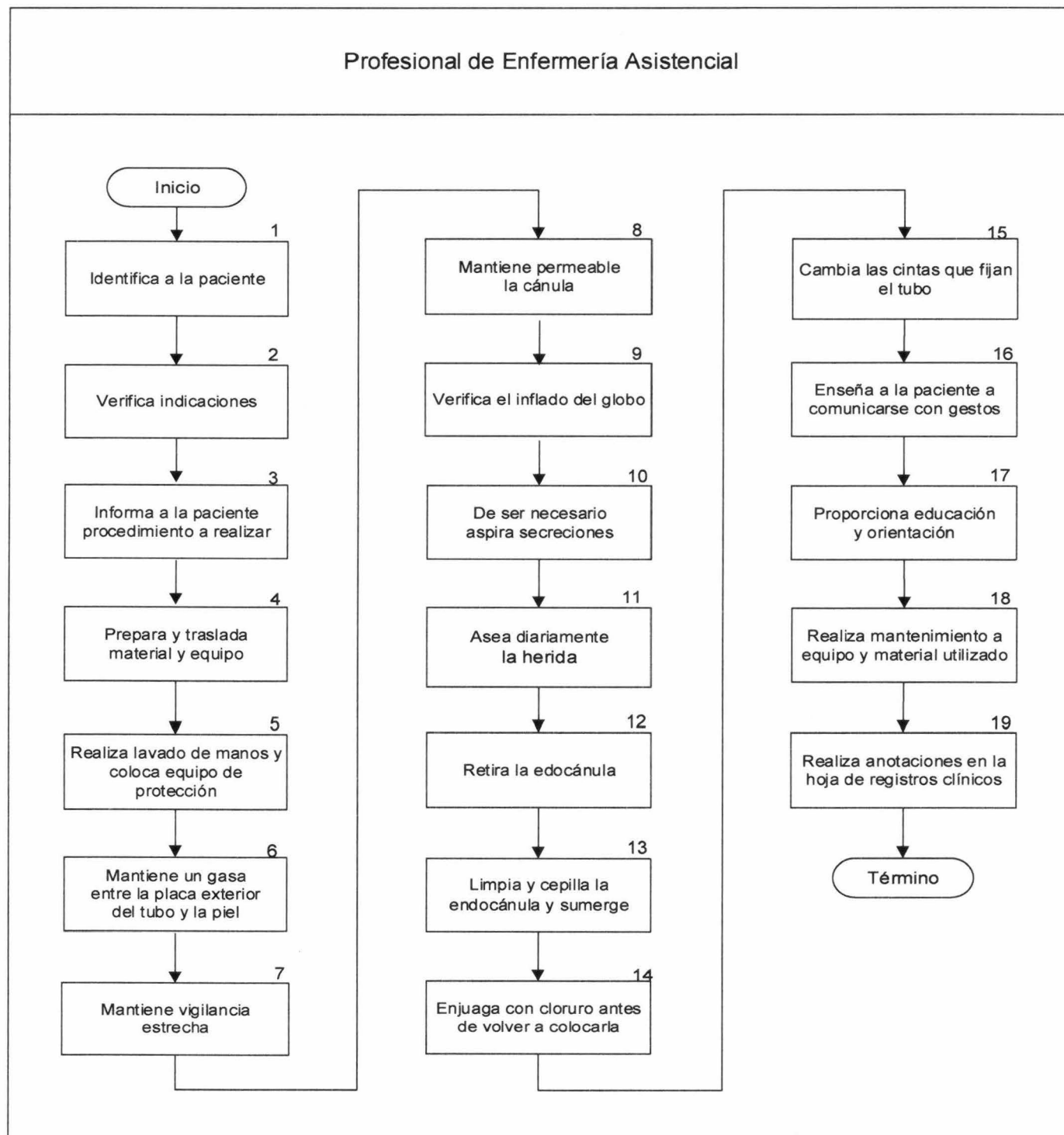
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Se presenta e informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada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

21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

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

21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

DIAGRAMA DE FLUJO



21. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

12	05	22
----	----	----

REFERENCIAS

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-procedimiento-traqueostomia-percutanea-control-seguimiento-13138305>

<https://otorrino.org.mx/article/traqueotomia-en-pacientes-con-covid-19/>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt144f.pdf>

<file:///C:/Users/drunk/Downloads/S1130862103737930.pdf>



22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Remover y reducir la proliferación de microorganismos mediante un arrastre mecánico y frote enérgico.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

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-16-SSA3-2012**, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Garantizar que el servicio cuente con el equipo y material necesario.
 - Tarja con sistema de pedal o electrónico.
 - Cepillos quirúrgicos
 - Dispensador de soluciones desinfectantes (gluconato de clorhexidina al 4% o con el que cuente la institución)
 - Agua corriente.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Verificar que el personal cumpla con la normativa de ingreso a la unidad toco cirugía y realizar lavado de manos.
- Corroborar que el personal cuente con la capacitación actualizada.
- Contar con carteles de lavado de manos en lugar visible.

2. De la enfermera quirúrgica

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Retirar todo tipo de joyería y/o accesorios al ingresar al área.
- Realizar lavado de manos clínico al ingresar al área.
- Corroborar funcionamiento del mobiliario, equipo y existencia del material necesario.
- Conocer y realizar el procedimiento acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos quirúrgico previo al acto quirúrgico.
- Preparar la sala quirúrgica abriendo el bulto quirúrgico de ropa e instrumental estéril.

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Quirúrgica		Lavado quirúrgico con cepillo
	1	Coloca frente a la tarja y se inclina ligeramente hacia adelante sin tocarla, conserva los brazos elevados a nivel de tórax durante todo el procedimiento.
	2	Abre el cepillo sin retirar su envoltura y coloca a un lado de la tarja.
	3	Limpia lechos ungueales con el limpia uñas, al finalizar con todas la uñas desecha en depósito de basura.
	4	Humedece ambos brazos.
	5	Toma el cepillo, humedece y comprime esponja para generar espuma.
		Primer Tiempo (VER ANEXO)
	6	Cepilla las uñas de una mano de arriba hacia abajo al menos diez veces.
	7	Continúa el cepillado siguiendo siempre la regla de limpio a sucio, de distal a proximal al menos diez veces, sin regresar: • Inicia con dedo pulgar y continúa con pliegues interdigitales hasta llegar a dedo meñique. • Continúa con movimientos circulares, abarcando toda la palma, dorso, y antebrazo con cepillados de 5cm promedio de longitud para asegurar toda la superficie, hasta llegar 5 centímetros por arriba del codo.
	8	Enjuaga el cepillo y pasa a la mano contraria.
	9	Humedece el brazo contrario y repite procedimiento de primer tiempo.
	10	Enjuaga cepillo y brazo con el que inició cepillado dejando que el agua escurra hacia el codo.

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

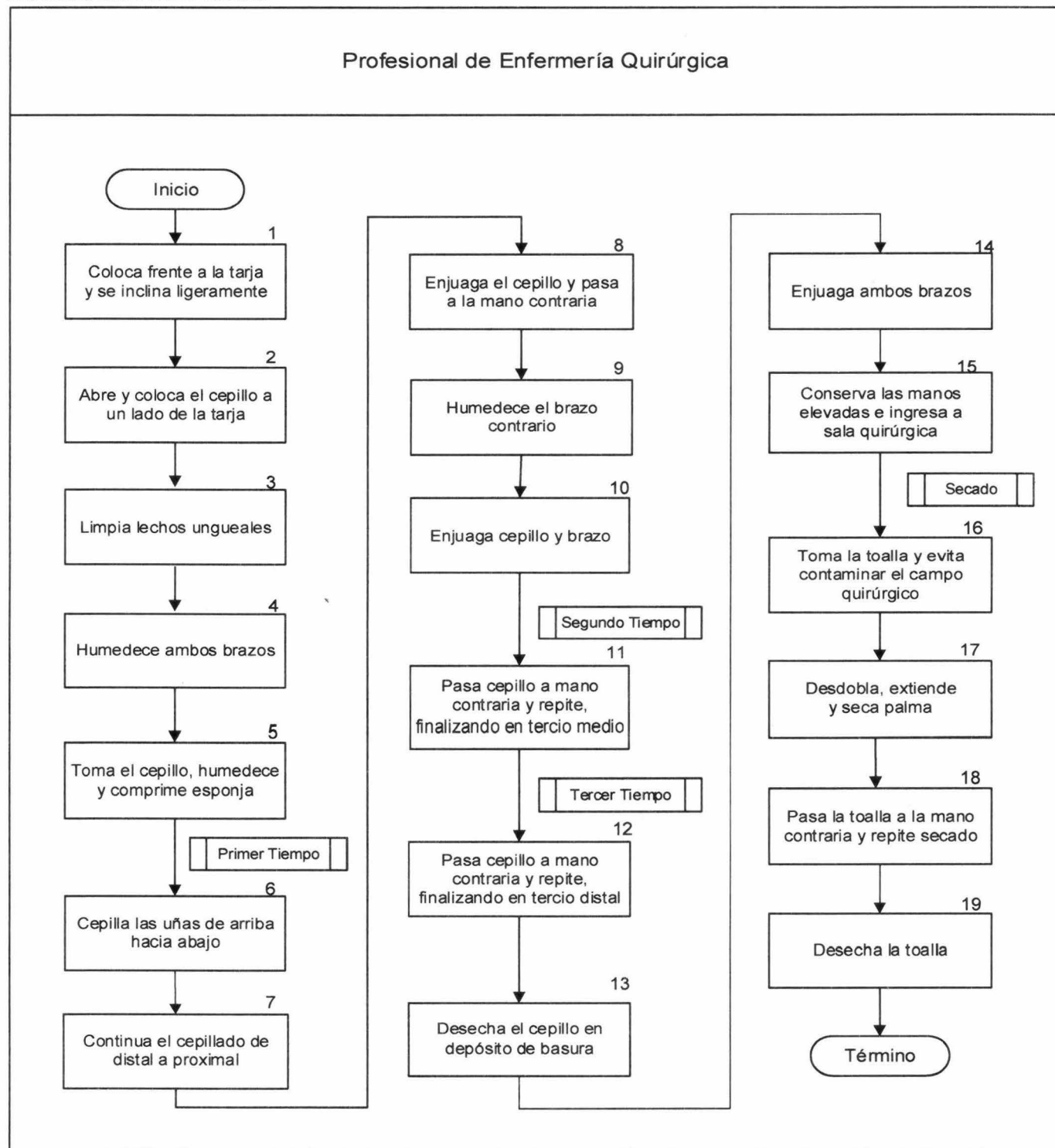
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Quirúrgica		Segundo Tiempo
	11	Pasa cepillo a mano contraria y repite el procedimiento, finalizando en tercio medio del antebrazo.
		Tercer Tiempo
	12	Pasa cepillo a mano contraria y repite el procedimiento, finalizando en tercio distal del antebrazo.
	13	Desecha el cepillo en depósito de basura.
	14	Enjuaga ambos brazos dejando que la mayor cantidad de agua escurra hacia el codo.
	15	Conserva las manos elevadas a nivel de tórax sin hacer contacto entre ellas e ingresa a sala quirúrgica.
		Secado
	16	Toma la toalla de un solo movimiento ubicándose detrás de la mesa riñón y evita contaminar el campo quirúrgico.
	17	Desdobra, extiende y seca: palma, espacios interdigitales, dorso y antebrazo hasta llegar 5 centímetros por arriba del codo finalizando en el mismo, con movimientos de rotación y esponjeado.
	18	Pasa la toalla a la mano contraria y repite el secado con el reverso de la misma.
	19	Desecha la toalla de secado en el recipiente destinado para ello.
		Termina procedimiento



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

DIAGRAMA DE FLUJO



22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Quirúrgica		Lavado quirúrgico sin cepillo
	1	Coloca frente a la tarja y se inclina ligeramente hacia adelante sin tocarla, conserva los brazos elevados a nivel de tórax durante todo el procedimiento.
	2	Humedece ambos brazos.
	3	Deposita solución desinfectante sobre la palma de la mano.
		Primer Tiempo
	4	Frota vigorosamente las palmas de las manos entre sí.
	5	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos.
	6	Repite el punto anterior con la mano izquierda.
	7	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
	8	Frota el dorso de los dedos de la mano izquierda con la palma de la mano derecha, agarrándose los dedos.
	9	Repite el punto anterior con los dedos de la mano derecha.
	10	Frota con movimientos de rotación el pulgar izquierdo sosteniéndolo con la palma de la mano derecha.
	11	Repite el punto anterior con el pulgar derecho.
	12	Frota la punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, haciendo movimientos de rotación.
	13	Repite el punto anterior con los dedos de la mano derecha.
	14	Frota la palma de la mano derecha abrazando la muñeca de la mano izquierda, con movimientos de rotación hasta llegar 5 centímetros por arriba del codo.

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

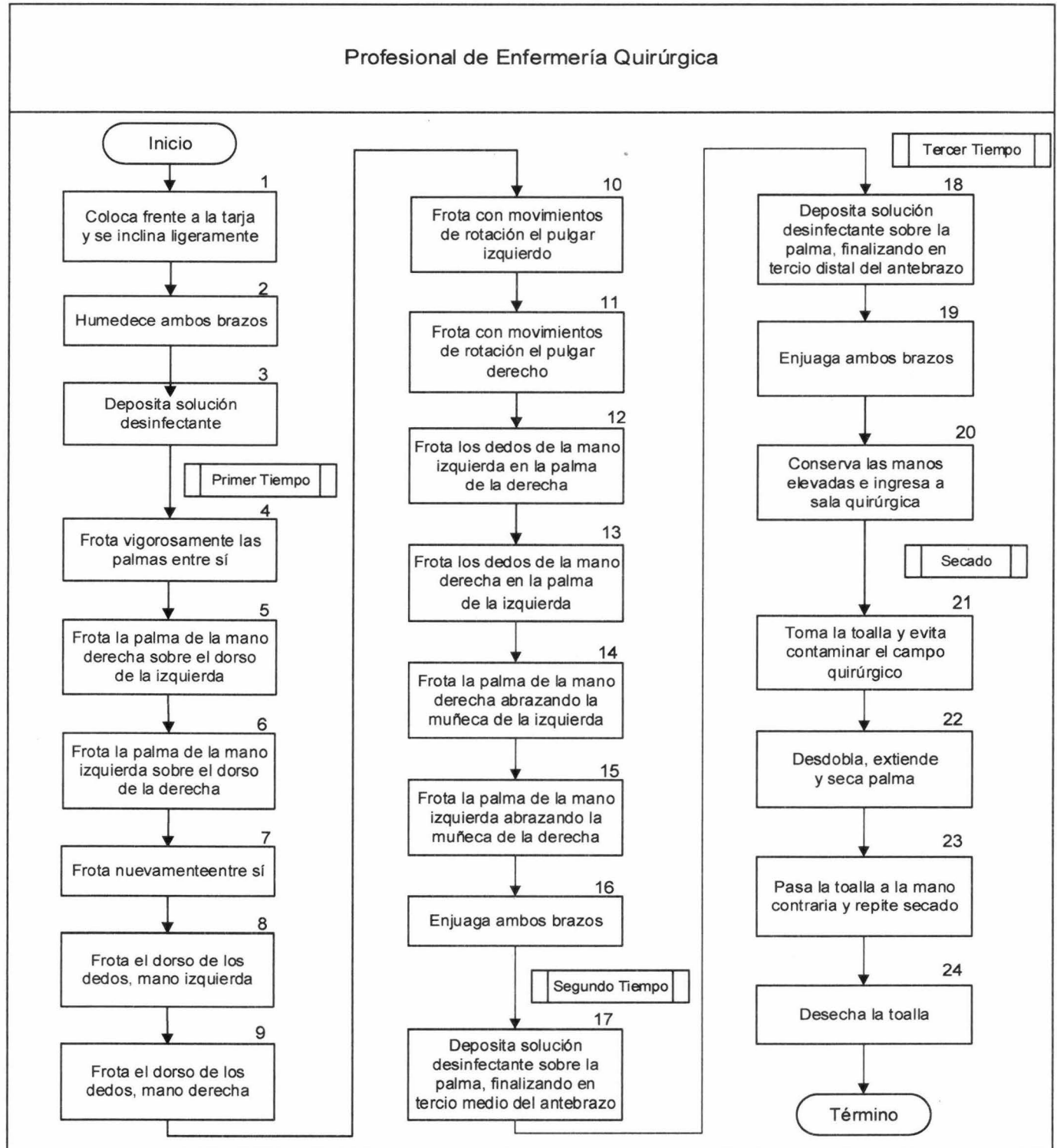
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Quirúrgica	15	Frota la palma de la mano izquierda abrazando la muñeca de la mano derecha, con movimientos de rotación hasta llegar 5 centímetros por arriba del codo.
	16	Enjuaga ambos brazos dejando que el agua escurra hacia el codo.
		Segundo Tiempo
	17	Deposita solución desinfectante sobre la palma de la mano y repite el procedimiento finalizando en tercio medio del antebrazo.
		Tercer Tiempo
	18	Deposita solución desinfectante sobre la palma de la mano y repite el procedimiento finalizando en tercio distal del antebrazo.
	19	Enjuaga ambos brazos dejando que la mayor cantidad de agua escurra hacia el codo.
	20	Conserva las manos elevadas a nivel de tórax sin hacer contacto entre ellas e ingresa a sala quirúrgica.
		Secado
	21	Toma la toalla de un solo movimiento ubicándose detrás de la mesa riñón y evita contaminar el campo quirúrgico.
	22	Desdobra, extiende y seca la palma, dorso, antebrazo hasta llegar a codo con movimientos de rotación y esponjeado.
	23	Pasa la toalla a la mano contraria y repite el secado con el reverso de la misma.
	24	Desecha la toalla de secado en el recipiente destinado para ello.
		Termina procedimiento



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

DIAGRAMA DE FLUJO



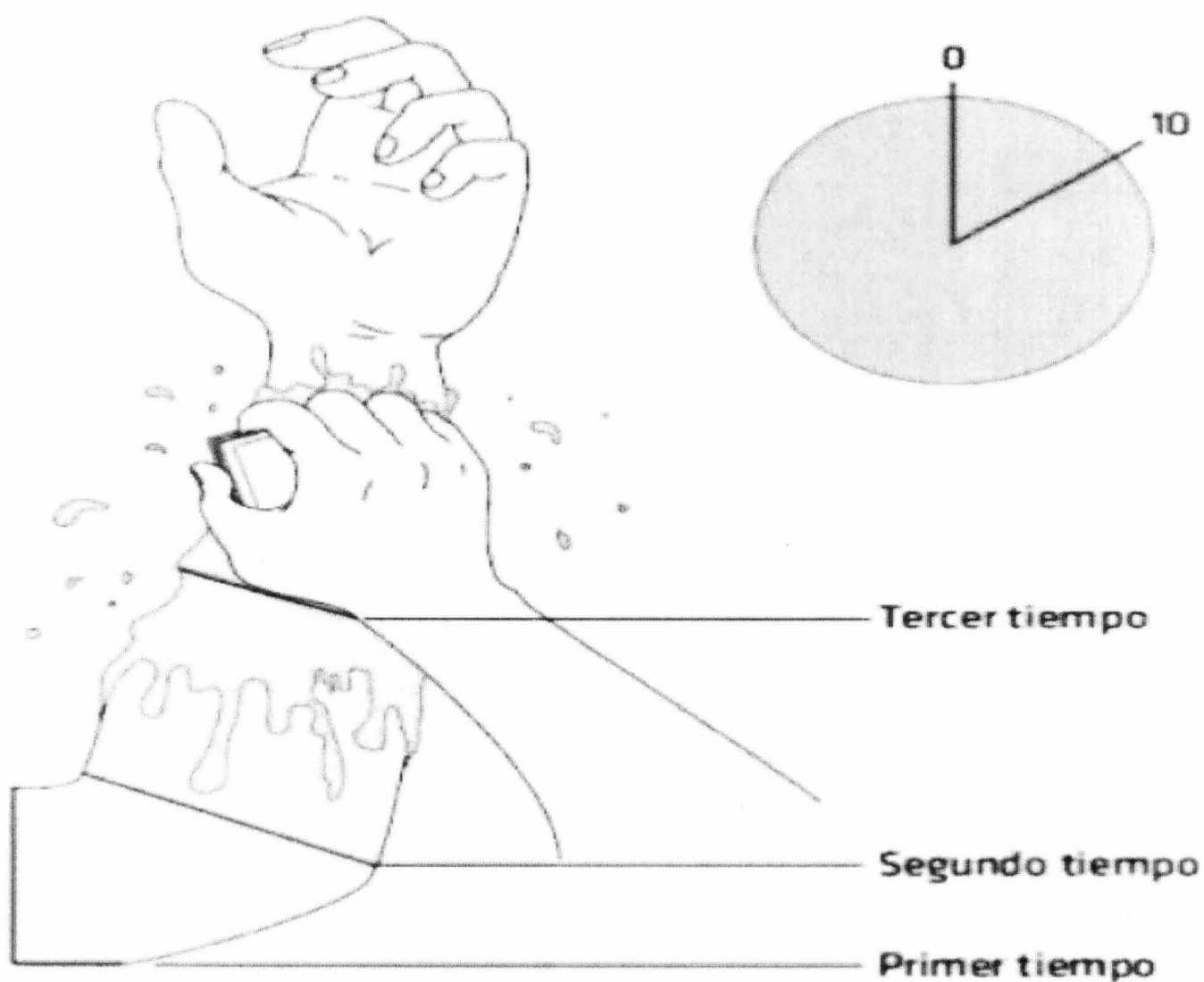


DÍA	MES	AÑO
12	05	22

22. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

ANEXO

TIEMPOS DE LAVADO QUIRÚRGICO



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/promocion_salud/material_educativo/componente_nosocomiales/rotafolio/estrategias/pdf/rotafolio_nosocomiales_estrategias.pdf



23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA



23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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



23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

2. De la enfermera asistencial:

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

Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.



23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica las indicaciones médicas.
	3	Se presenta e informa a la paciente del procedimiento. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	6	Coloca guantes.
	7	Verifica instalación de sonda nasogástrica o de lo contrario, instala.
	8	Verifica localización de sonda en cavidad gástrica: • Aspira contenido gástrico con jeringa de 20 cc. • Insufla aire con la jeringa a través de la sonda y ausculta región epigástrica simultáneamente. • Introduce la parte distal de la sonda en el vaso con agua.
	9	Extrae contenido gástrico con jeringa y desecha.
	10	Carga jeringa con solución de cloruro de sodio 0.9% a temperatura según condiciones clínicas de la paciente e indicación médica.
	11	Introduce el volumen gentilmente y espera unos segundos.
	12	Aspira lentamente el contenido gástrico hasta obtener el volumen introducido. Observa las características de éste.
	13	Repite ACT. 10,11 y 12 hasta negativizar. Observa las condiciones clínicas de la paciente.
	14	Reporta hallazgos a médico tratante.
	15	Retira o deja la sonda a permanencia según indicación médica.



23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

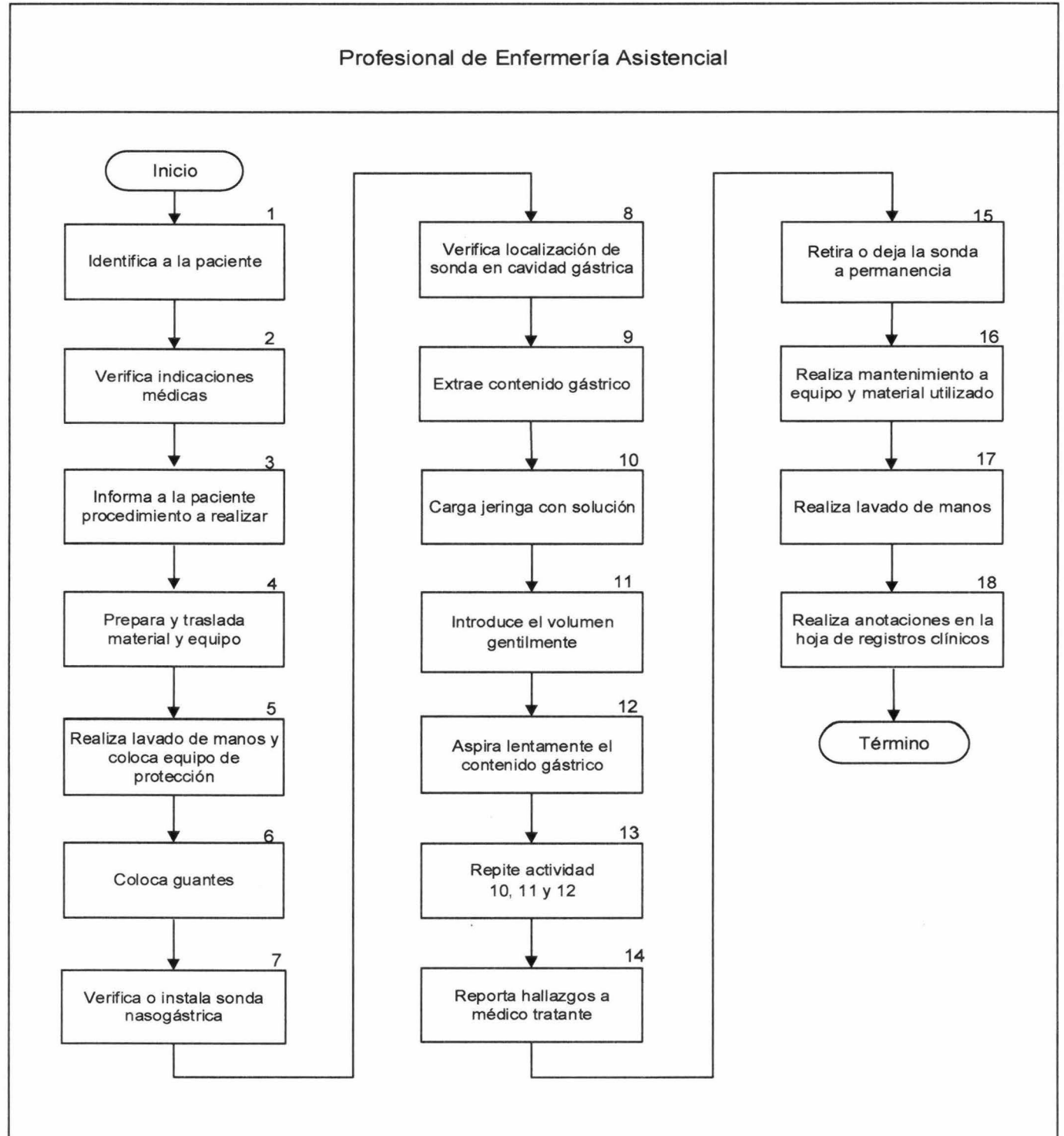
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	16	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	17	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	18	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

DIAGRAMA DE FLUJO





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA
COORDINACIÓN DE URGENCIAS



HOJA
8

FECHA

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

23. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

REFERENCIAS

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



24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

24. MANIOBRAS DE LEOPOLD



24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

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-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**. Protección ambiental- Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).

2. De la enfermera asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer y realizar las maniobras de Leopold.
- Tener el sustento teórico respecto a la estática fetal.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acorde a protocolo institucional.

24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería 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	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	Coloca en el lado derecho de la paciente mirando hacia su cabeza.
	6	Pide a la paciente que se descubra el abdomen.
	7	Primer maniobra: - Utiliza la palma y el borde cubital de la mano, con los dedos apuntando hacia la cara de la paciente. Identifica el fondo del útero y palpa el polo fetal. Determina qué parte del feto ocupa el fondo uterino. - El polo cefálico se palpa como una estructura redonda, rígida y regular, mientras que el polo podálico es una superficie irregular, blanda y no "pelotea". Si no se detecta ningún polo en el fondo uterino, se concluye que el feto está en situación transversa.
	8	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.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

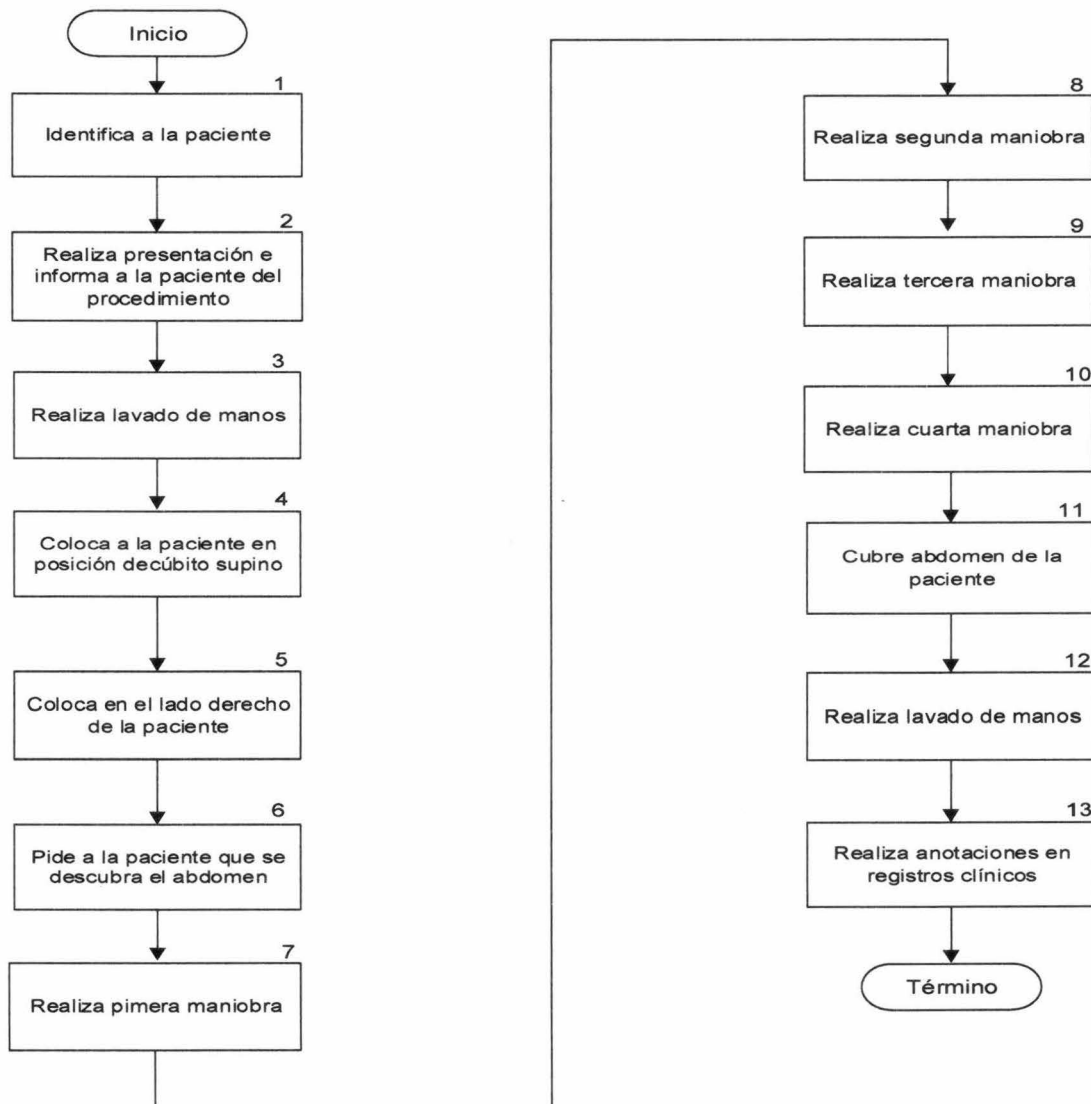
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	9	Tercer maniobra: • Coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de la mano derecha a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis del pubis. • Confirma la presentación fetal. La cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si está encajada. La región pélvica se percibe blanda e irregular
	10	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.
	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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

Profesional de Enfermería Asistencial





DÍA	MES	AÑO
12	05	22

24. MANIOBRAS DE LEOPOLD

ANEXO

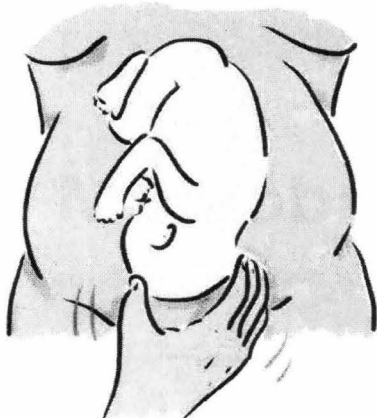
Maniobras de Leopold



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



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



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



4ta maniobra: Grado de **encajamiento**

REFERENCIAS

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

DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. 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.

DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

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-022-SSA3-2012** que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - Norma Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Manual para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión intravascular en México, 2020.
- Conocer el procedimiento.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a normativa.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- Garantizar la disponibilidad y abastecimiento del carro de paro.
- Contar con el consentimiento informado.
- Verificar disponibilidad y funcionalidad del equipo ultrasonográfico.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Mesa auxiliar para colocar el equipo y material estéril
 - Equipo de aseo de piel
 - Bulto de campos de 90x90
 - Bata estéril
 - Guantes de cirujano estériles
 - Gorro y Cubrebocas
 - Guantes desechables institucionales
 - Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de cloruro de sodio 0.9%)
 - Apósito transparente estéril.
 - Antiséptico según disponibilidad institucional.

DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

2. De la enfermera asistencial:

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Mantener monitorizada a la paciente durante el procedimiento.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Conocer y aplicar los principios de asepsia y principios universales.
- Conocer el procedimiento.
- Realizar mantenimiento del catéter a las 24 horas de instalación y posteriormente cada 7 días.
- Conocer las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías asociadas a su uso.
- Conocer las recomendaciones para la prevención de las complicaciones asociadas al catéter venoso central.
- Manejar el catéter con técnica aséptica.
- Conocer los cuidados del catéter venoso central.
- Preparar el material y equipo.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

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

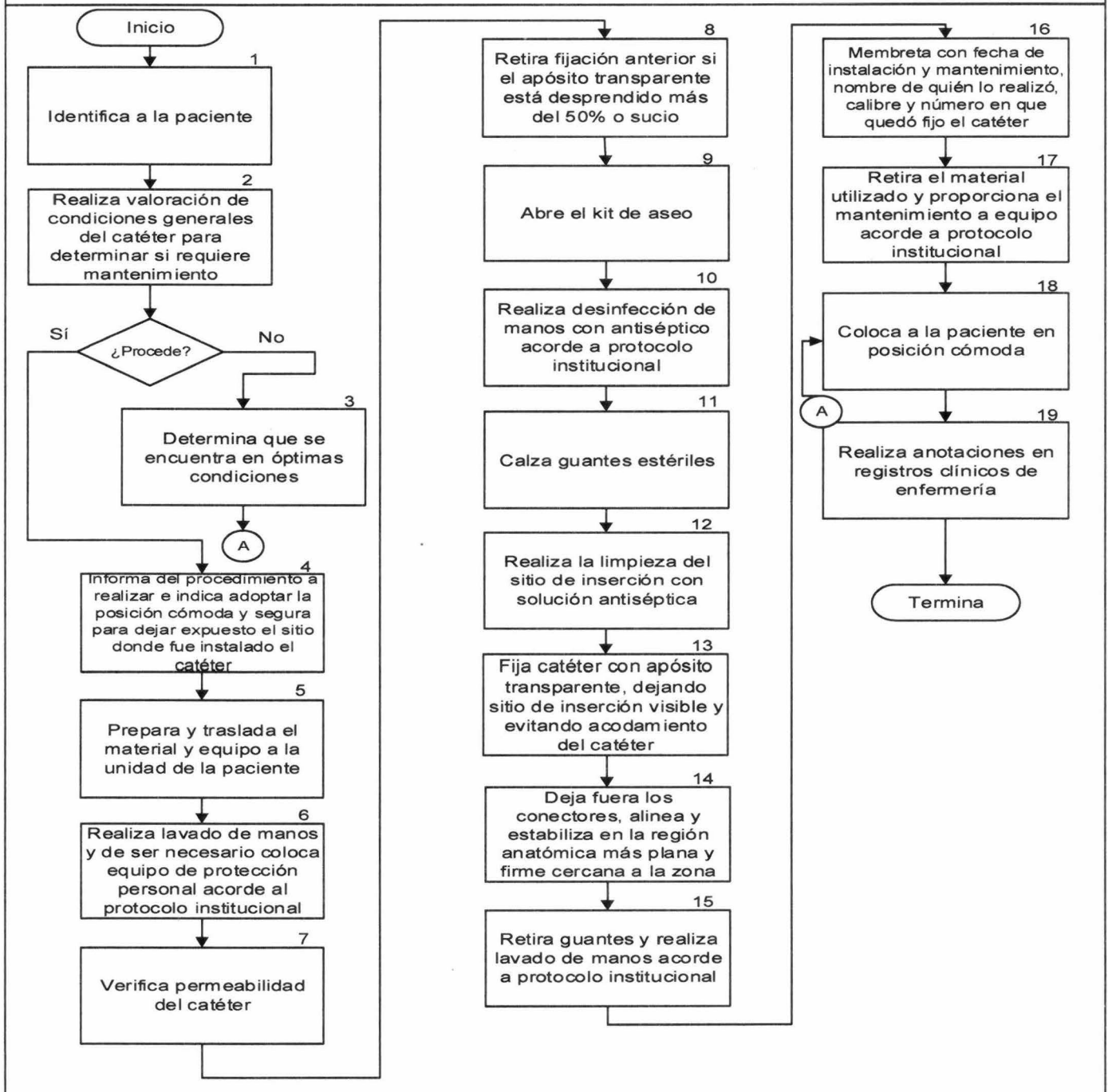
25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

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

DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Enfermera Asistencial



25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

ANEXO

Fijación de catéter venoso central

FIJACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL CON APÓSITO TRANSPARENTE (8.9cm X 11.5cm)

Durante la instalación del catéter verificar que los puntos de sutura queden alineados evitando acodamiento y/o torsión del catéter.

En caso de sangrado del sitio de inserción del catéter, colocar una gasa estéril para favorecer la hemostasia (se deberá retirar a las 24hr. de su colocación).

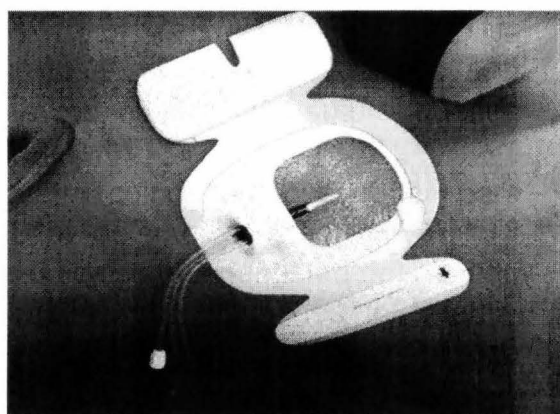
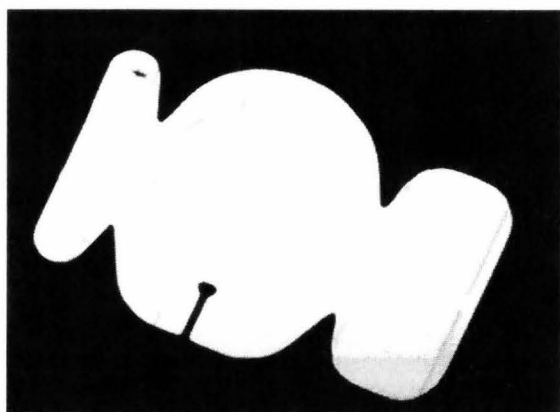
Cubrir con apósito transparente verificando que no exista acodamiento del catéter, cubrir en su totalidad la mariposa de fijación dejando libres los lúmenes del catéter.

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

Retirar el papel protector de las orillas del apósito.

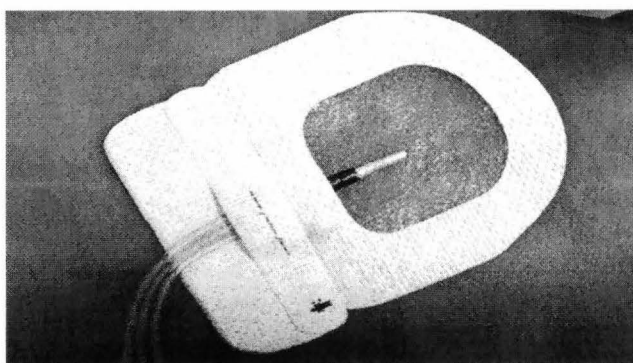
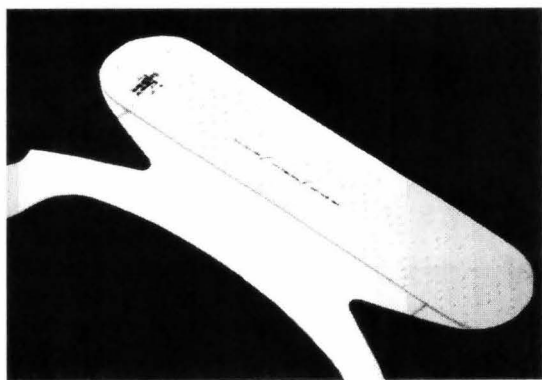
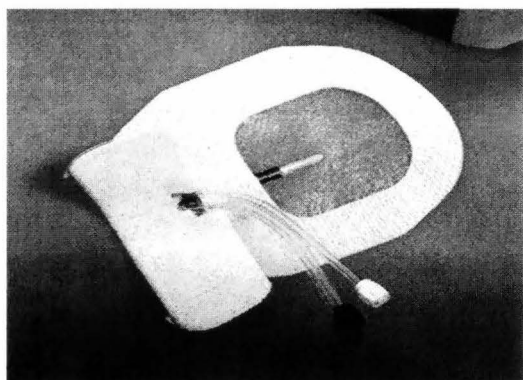
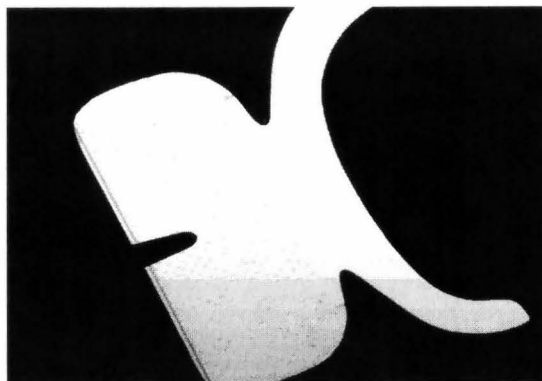
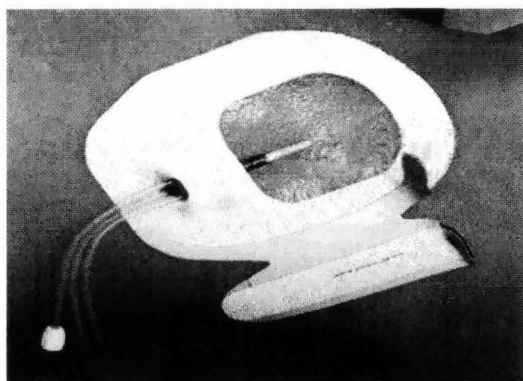
Colocar por debajo de los lúmenes la cinta acanalada para proteger la piel del paciente.

Fijar los lúmenes del catéter con la cinta donde se escriben los datos del catéter.



DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL



DÍA	MES	AÑO
23	05	22

25. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

REFERENCIAS

- García C, a Caro P, Guiliiana Q, et al, Catéter venoso central y sus complicaciones REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA [internet] 2020 [24-06-2021]: Vol. 37 (1). Disponible en: <https://bit.ly/3gTeoZK>
- Lai N, Lai N, O'Riordan E, Chaiyakunapruk, et al, Antisepsis for reducing central venous catheter-related infections. Cochrane Database of Systematic Reviews [INTERNET] 2016 [24-06-2021]:7(CD010140).Disponible en <https://bit.ly/35QXuoi>.
- https://www.elsevier.com/data/assets/pdf_file/0005/1008761/Cateter-venoso-central-colocacion_090420.pdf



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

OBJETIVO

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

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-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)
 - Electrodo
 - Torundas
 - Alcohol



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

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.



26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

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	Interroga presencia de dispositivos cardíacos (marcapasos).
	5	Prepara y traslada material a la unidad de la paciente.
	6	Enciende el monitor y espera que marque el rango de calibración.
	7	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	8	Coloca a la paciente en decúbito supino o semifowler si no hay contraindicación.
	Frecuencia cardíaca y ECG	
	9	Descubre el tórax de la paciente respetando su intimidad.
	10	Limpia zona de colocación de electrodos.
	11	Coloca los electrodos en los cables antes de pegarlos en la piel.
	ECG con tres electrodos:	
	12	Coloca los electrodos formando un triángulo, que englobe al corazón.

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial		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 2)
		ECG con cuatro electrodos
	13	Coloca los electrodos como se describe arriba y añade: RL: 5to espacio intercostal línea axilar anterior derecha o en la pierna derecha. (VER ANEXO 3)
		ECG con cinco electrodos
	14	Añade: V: 4to espacio intercostal centro o a nivel de apéndice xifoides. (VER ANEXO 4)
		Saturación de Oxígeno
	15	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 5)
		Presión no invasiva (sistólica, diastólica y media)
	16	Vacía el aire residual del brazalete.
	17	Selecciona y valora la extremidad donde se colocará el brazalete.



26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

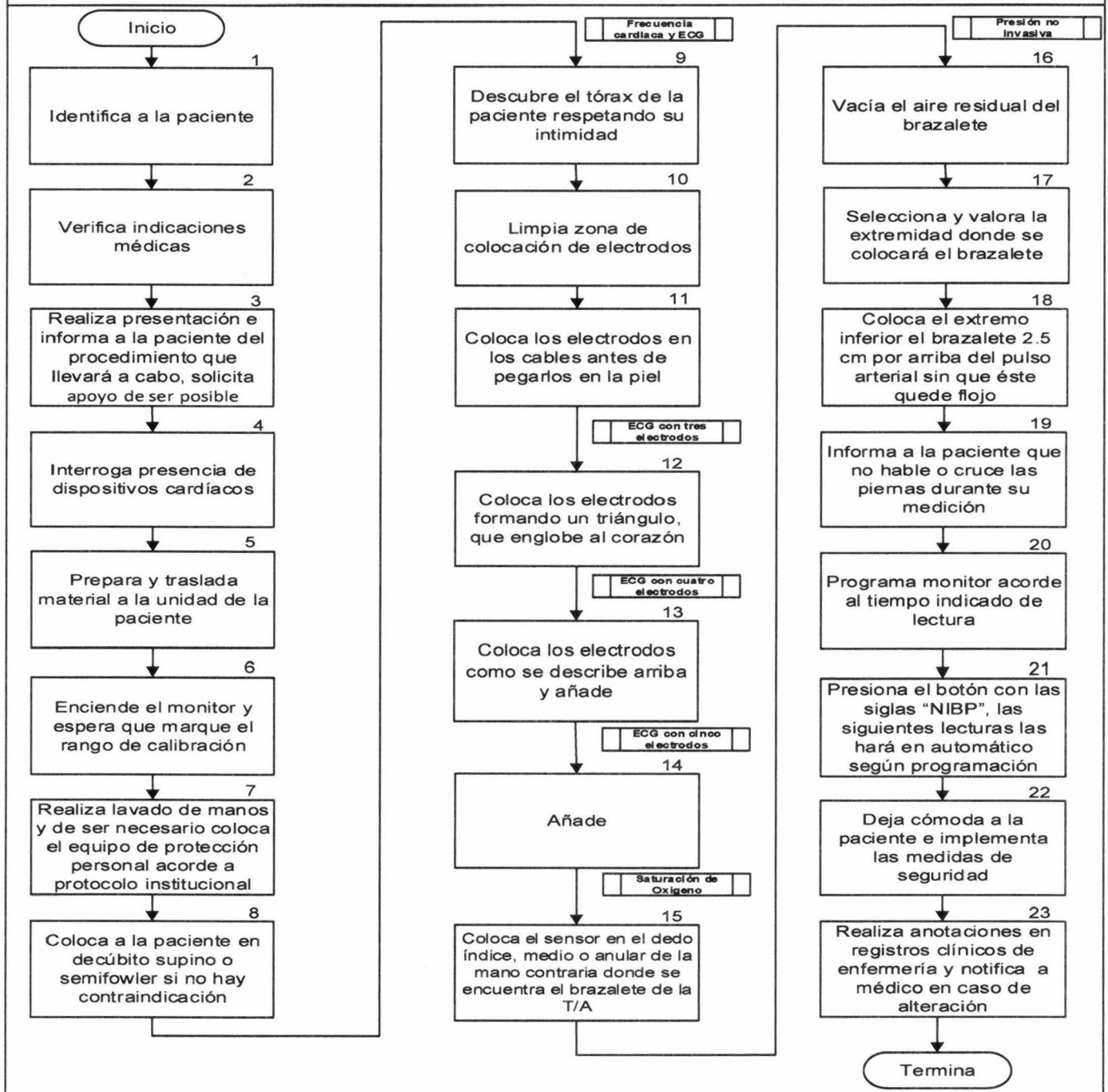
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	18	Coloca el extremo inferior el brazalete 2.5 cm por arriba del pulso arterial sin que éste quede flojo.
	19	Informa a la paciente que no hable o cruce las piernas durante su medición.
	20	Programa monitor acorde al tiempo indicado de lectura.
	21	Presiona el botón con las siglas "NIBP", las siguientes lecturas las hará en automático según programación inicial.
	22	Deja cómoda a la paciente e implementa las medidas de seguridad.
	23	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería y notifica a médico en caso de alteración.
		Termina procedimiento



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

Enfermera Asistencial

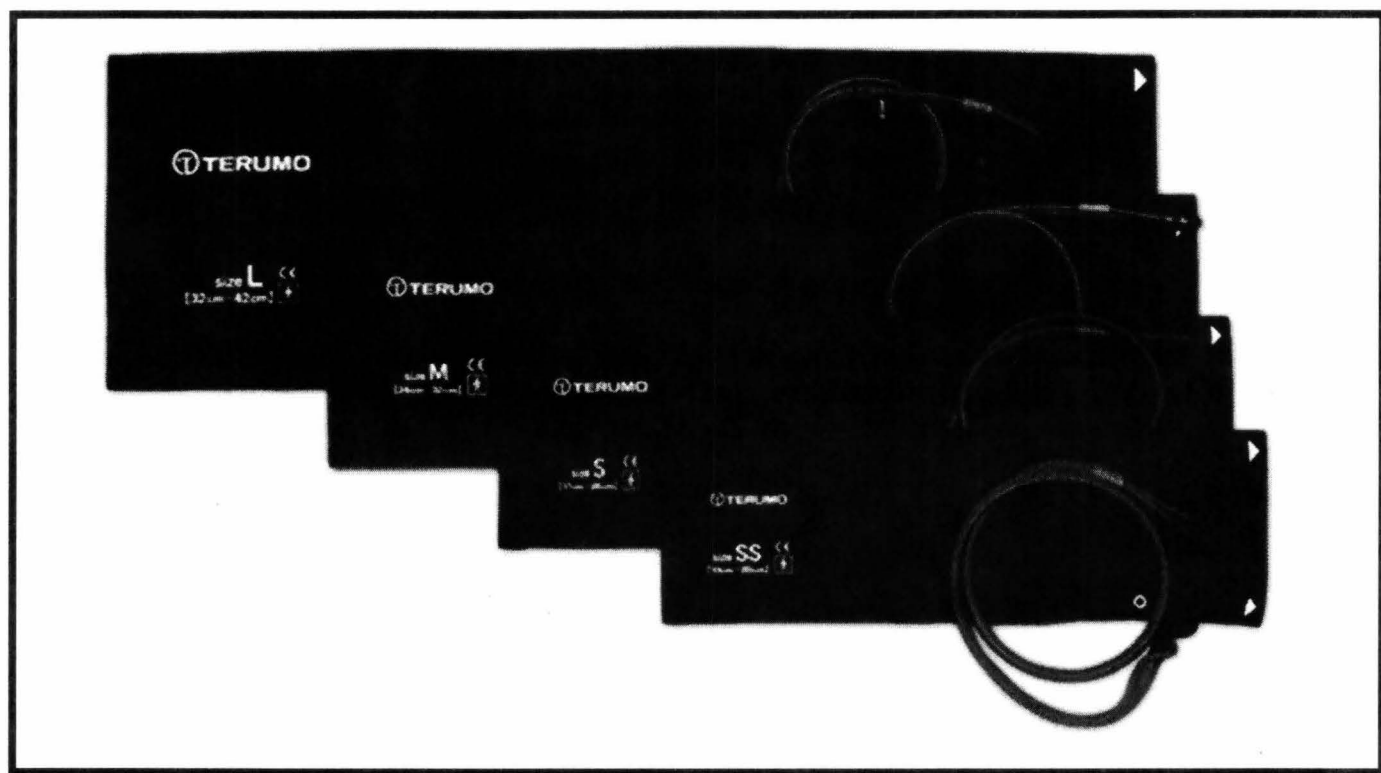


26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

ANEXOS

ANEXO 1

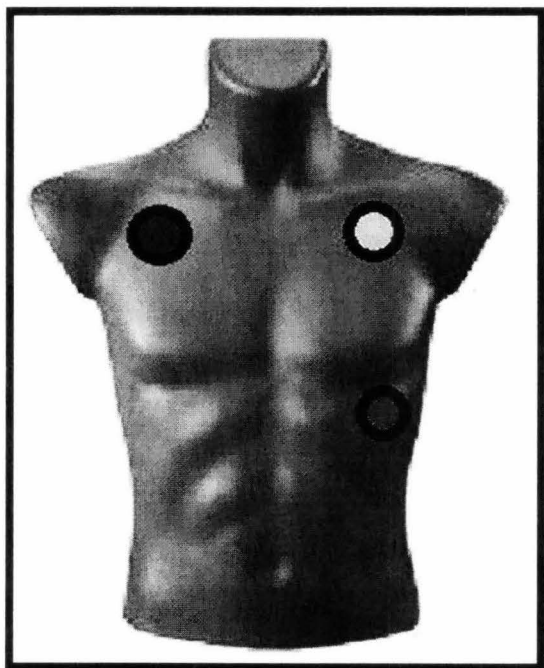
TALLA	DESIGNACIÓN	BRAZALETE	CIRCUNFERENCIA
XL	Extragrande	22 x80 cm	42 a 52 cm
L	Adulto grande	16.5x61 cm	32 a 42 cm
M	Adultos	14x51 cm	26 a 34 cm
S	Jóvenes/ adulto pequeño	8.5x42 cm	20 a 28 cm



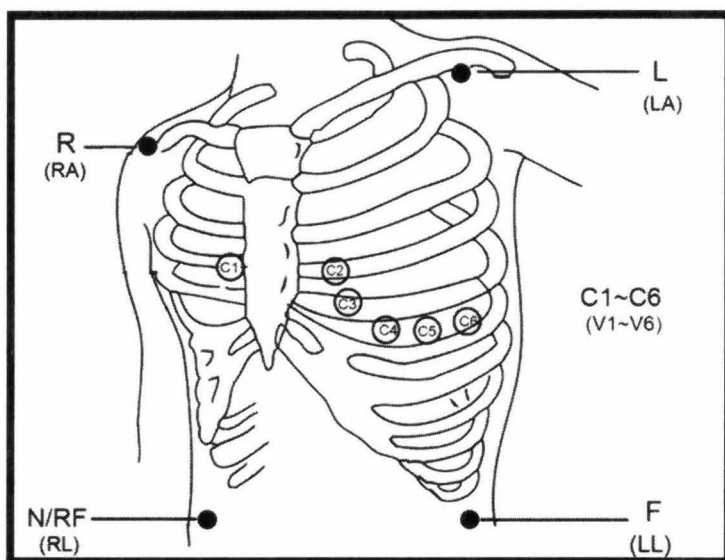
DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

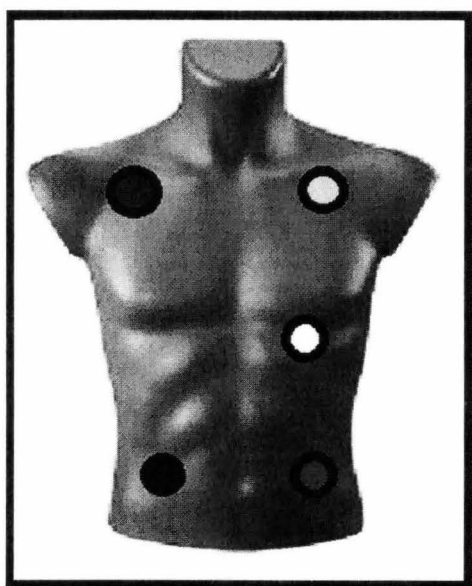
ANEXO 2



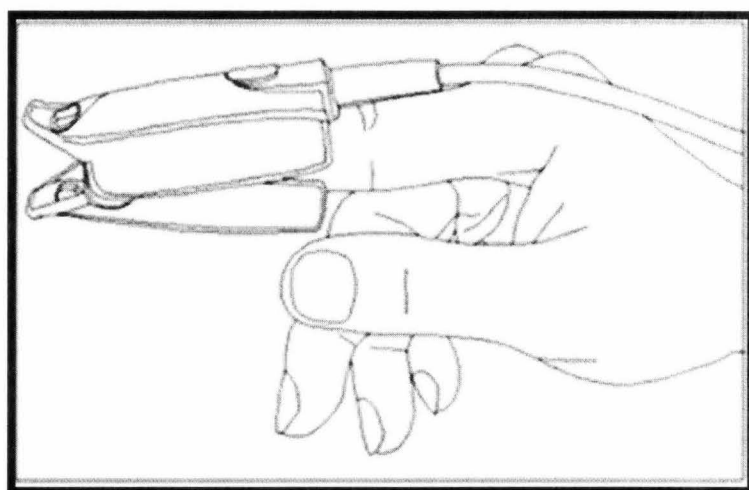
ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5



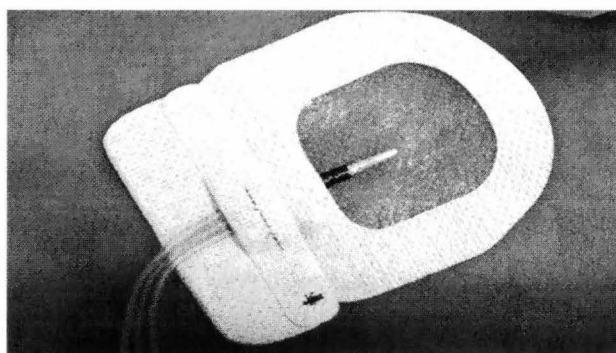
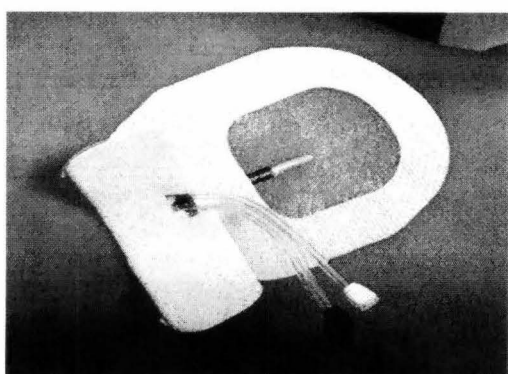
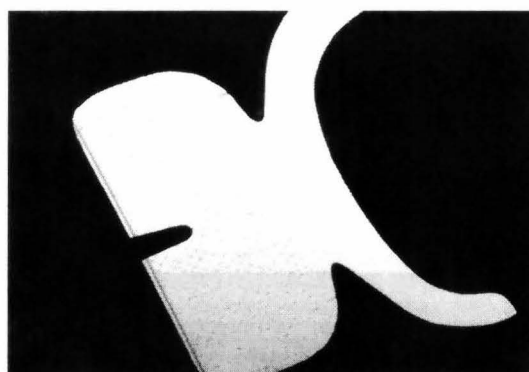
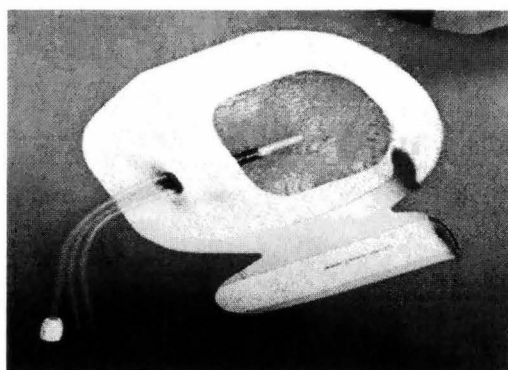
DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

REFERENCIAS

- <http://signosvitaless20.com/actualizacion-en-monitorizacion-electrocardiografica/>
- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/11-pasos-para-la-obtencion-de-un-electrocardiograma-de-12-derivaciones>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>
- https://www.urgenciasyemergen.com/derivaciones-del-electrocardiograma-iii_4/
- <https://www.medintensiva.org/es-monitorizacion-hemodinamica-el-paciente-critico--articulo-S0210569113002234>
- <https://www.gimaitaly.com/DocumentiGIMA/Manuali/ES/M35124ES.pdf>

33. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO



INPer

HOJA
10

FECHA

DÍA MES AÑO

23 05 22

33. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

REFERENCIAS

- García C, a Caro P, Guiliana Q, et al, Catéter venoso central y sus complicaciones REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA [internet] 2020 [24-06-2021]: Vol. 37 (1). Disponible en: <https://bit.ly/3gTeoZK>
- Lai N, Lai N, O'Riordan E, Chaiyakunapruk, et al, Antisepsis for reducing central venous catheter-related infections. Cochrane Database of Systematic Reviews [INTERNET] 2016 [24-06-2021]:7(CD010140).Disponible en <https://bit.ly/35QXuoj>.
- https://www.elsevier.com/data/assets/pdf_file/0005/1008761/Cateter-venoso-central-colocacion_090420.pdf



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

26. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

27. 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
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

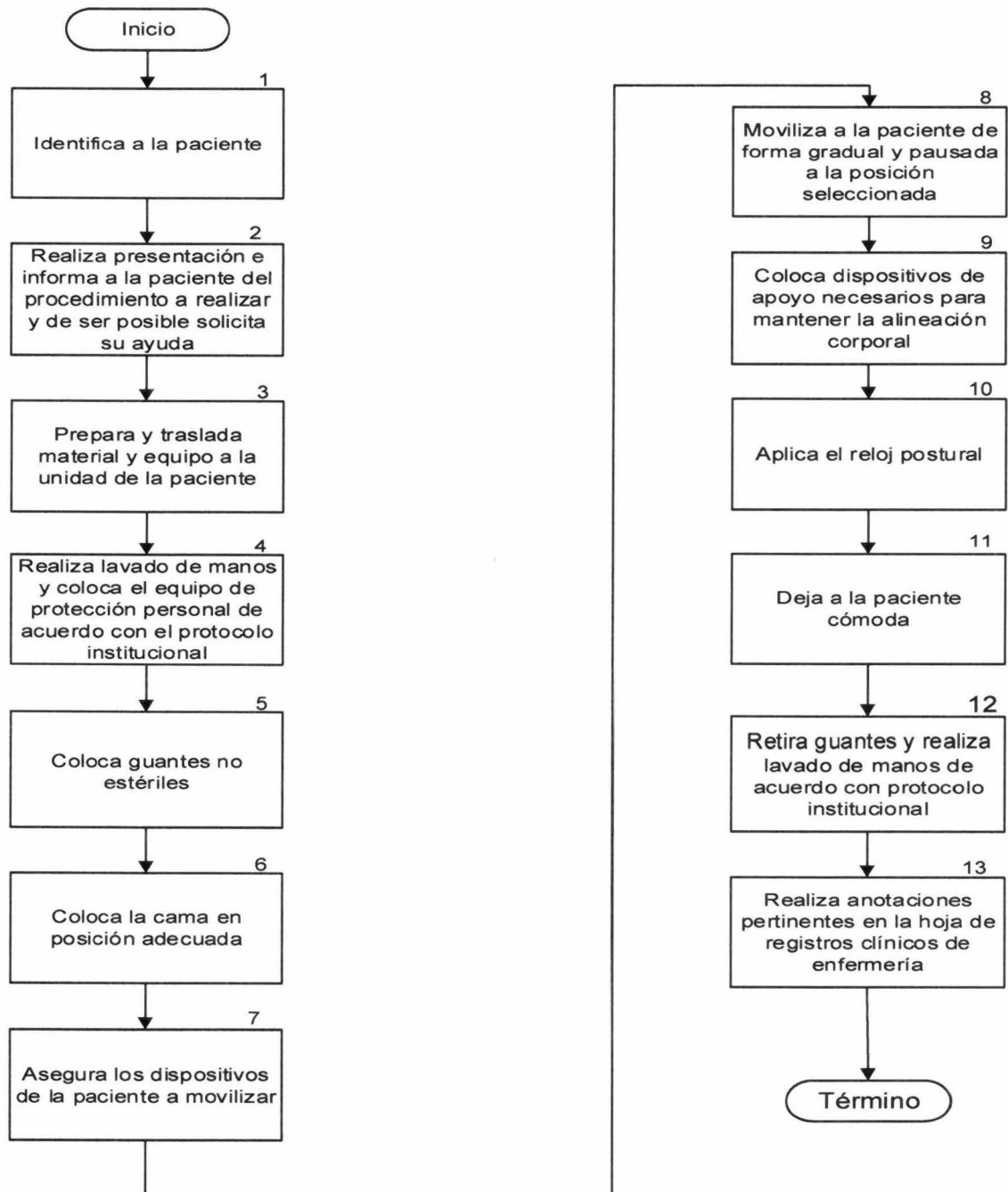
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de 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
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

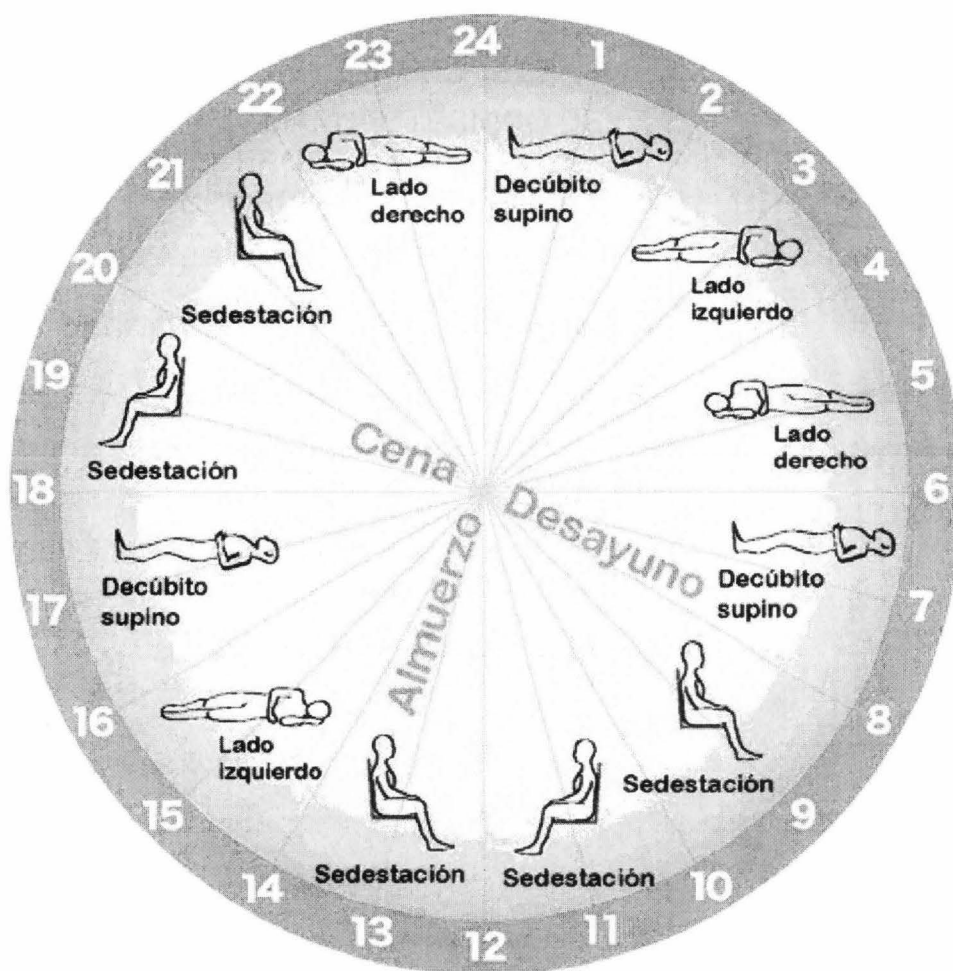
Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

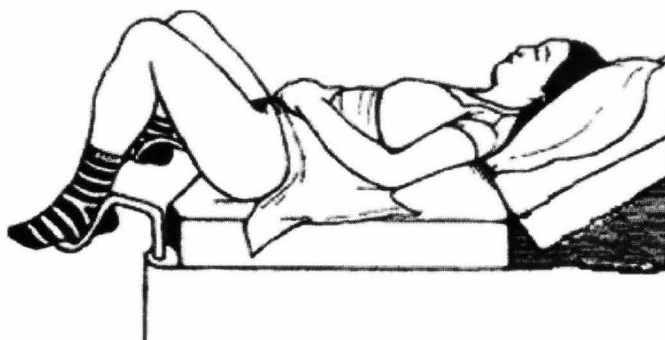
Reloj Postural



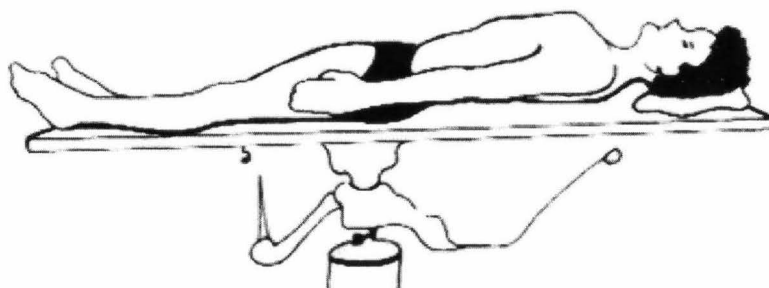


27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

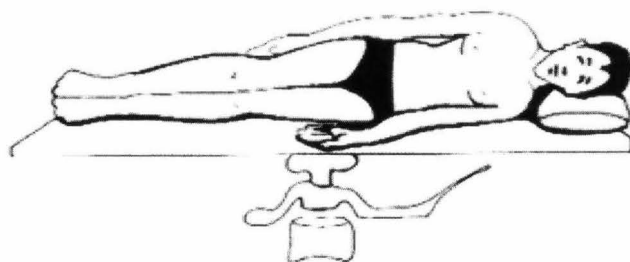
Posición Ginecológica o de Litotomía



Posición Supina



Posición Decúbito lateral (Izquierdo o derecho)

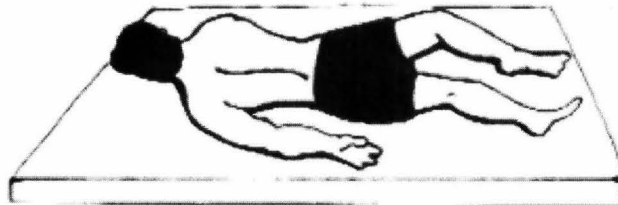




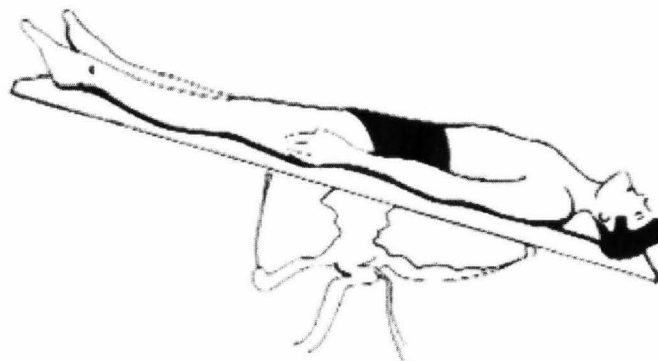
DÍA	MES	AÑO
12	05	22

27. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Posición de SIMS /
Semiprona o inglesa



Posición de Trendelenburg





DÍA	MES	AÑO
12	05	22

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Prevenir daño o lesión física a través de la aplicación de medidas de seguridad

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

- Conocer y verificar que el personal aplique la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-016-SSA3-2012**, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).
- Conocer Protocolo para la Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizadas.
- Conocer las condiciones físicas del servicio, para solicitar la intervención del departamento de mantenimiento y se realicen las correcciones pertinentes.
- Contar en el servicio con esquema visible de la Escala para evaluar el riesgo de caídas en la paciente adulta.
- Verificar que esté disponible el equipo y material necesario para la semaforización y prevención del riesgo de caídas.
 - Bancos de altura
 - Tripies
 - Timbres
 - Barandales
 - Etiquetas (roja, amarilla y verde)

2. Del personal asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Informar al jefe (a) de servicio las condiciones de infraestructura que aumenten el riesgo de caídas.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

En caso de caídas:

- Valorar lesiones o daños secundarios a la caída y notificar al médico.
- Registrar en la hoja de enfermería: fecha, hora, lugar, causa, estado general de la paciente antes y después de la caída, médico (a) que la atendió y consecuencias inmediatas.
- Realizar el informe de evento adverso (INTRANET Institucional) y entregar copia al supervisor (a) en turno.
- Vigilar el estado de la paciente en horas sucesivas.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Orienta a la paciente sobre medidas para la prevención del riesgo de caídas: uso del timbre, barandales en alto, colocación de banco de altura, entre otros.
	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 protocolo institucional.
	5	Valora escala de evaluación del riesgo de caídas en la paciente adulta acorde a protocolo Institucional (VER ANEXO).
	6	Revisa el expediente para detectar riesgo de caída.
	7	Verifica que la unidad cuente con las medidas de seguridad establecidas.
	8	Instala las medidas de seguridad.
	9	Coloca el identificador según el código de color que corresponda.
	10	Informa a la paciente sobre la semaforización asignada.
	11	Acude inmediatamente al llamado de la paciente.
	12	Solicita permanencia de un acompañante en pacientes con trastornos neurológicos.
	13	Realiza recorridos y observación frecuente de las pacientes asignadas.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

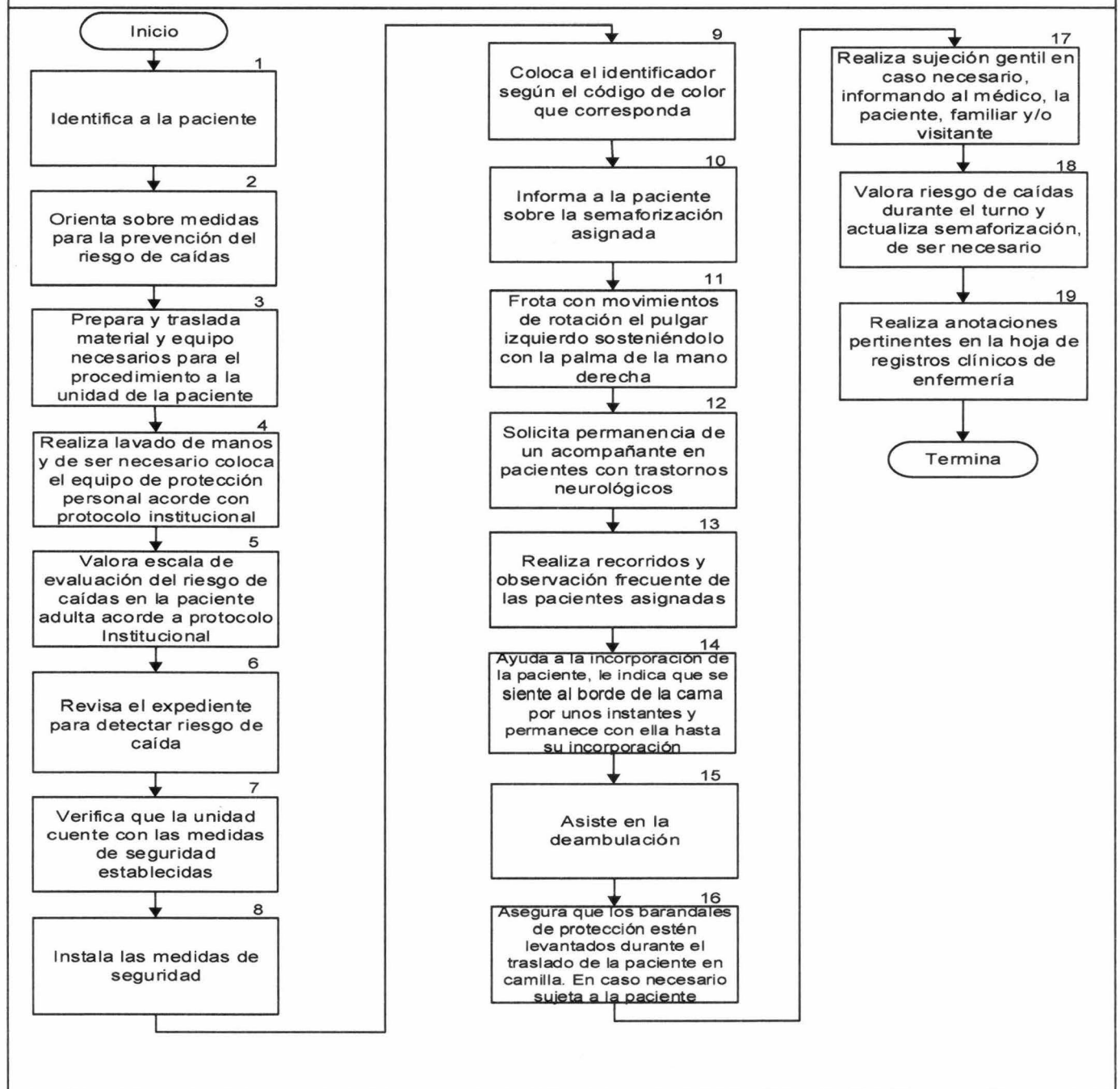
28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Ayuda a la incorporación de la paciente cuando se levante por primera vez posterior a un procedimiento quirúrgico o haya permanecido en reposo, le indica que se siente al borde de la cama por unos instantes y permanece con ella hasta su incorporación.
	15	Asiste en la deambulaci3n.
	16	Asegura que los barandales de protecci3n est3n levantados durante el traslado de la paciente en camilla. En caso necesario sujeta a la paciente.
	17	Realiza sujeci3n gentil en caso necesario (paciente con trastorno psiquiátrico o neurol3gico), informando al m3dico, la paciente, familiar y/o visitante.
	18	Valora riesgo de caídas durante el turno y actualiza semaforizaci3n, de ser necesario.
	19	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

Enfermera Asistencial



28. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

ANEXO

ESCALA PARA EVALUAR EL RIESGO DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

Escala para evaluar el riesgo de caídas en la paciente adulta

CRITERIOS DE RIESGO	TURNO MATUTINO		TURNO VESPERTINO		TURNO NOCTURNO		PUNTOS Y CÓDIGO PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
							RIESGO	PUNTAJE	GRÁFICO/COLOR
Limitación física							Alto Riesgo	4 a 10	
Estado mental alterado							Mediano Riesgo	2 a 3	
Tratamiento farmacológico que implique riesgo							Bajo Riesgo	0 a 1	
Problemas de idioma o socioculturales									
Pacientes sin factores de riesgo									
TOTAL									

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. 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.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. 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.



29. 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 Jefa 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.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

4. Personal adscrito al Departamento de Conservación y Mantenimiento.

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

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).
- Verifica que la carga del mango de laringoscopio (si aplica) se realice acorde a las recomendaciones del personal de ingeniería biomédica haciendo el registro correspondiente en el formato "CARRO ROJO. Control de carga para mango de laringoscopio"
- Verificar que el personal de ingeniería biomédica realice la prueba de funcionamiento del desfibrilador.
- Coordinar con el personal de mantenimiento que acuda a los servicios clínicos, para el llenado de tanques de oxígeno.
- Verificar que el carro de paro contenga el seguro y se encuentre cerrado.
- Verificar que el carro de paro contenga bitácora de recepción.

7. Prestador del Servicio de Farmacia asignado.

- 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.



29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

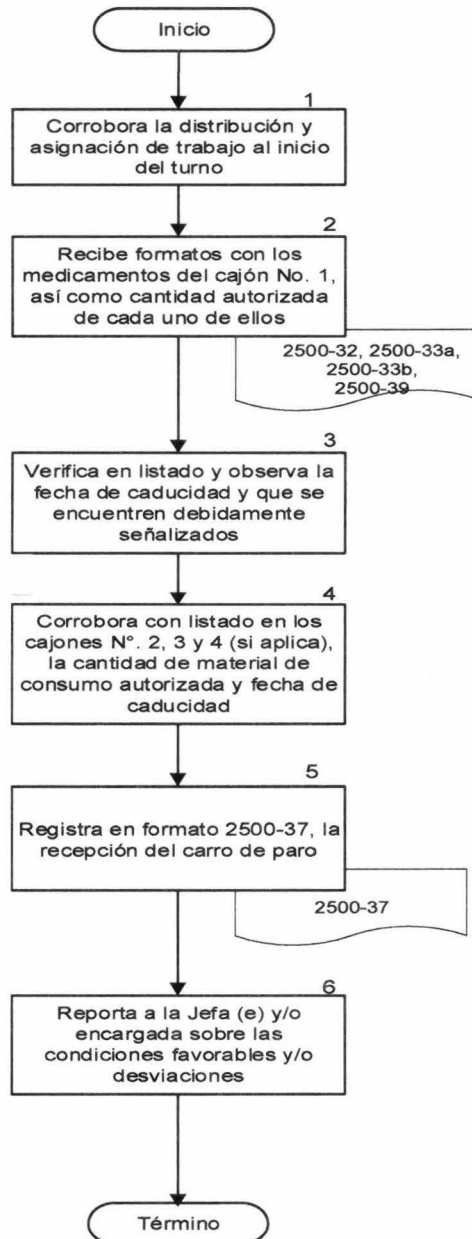
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN DE CARRO DE PARO
Personal de Enfermería asistencial	1	Corrobora la distribución y asignación de trabajo al inicio del turno.
	2	Recibe con los formatos Carro Rojo (Adultos), Carro Rojo (Neonatos), Carro Rojo (UCIA), Carro Rojo "Adulto-Neonato"; Carro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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

Personal de Enfermería Asistencial





29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

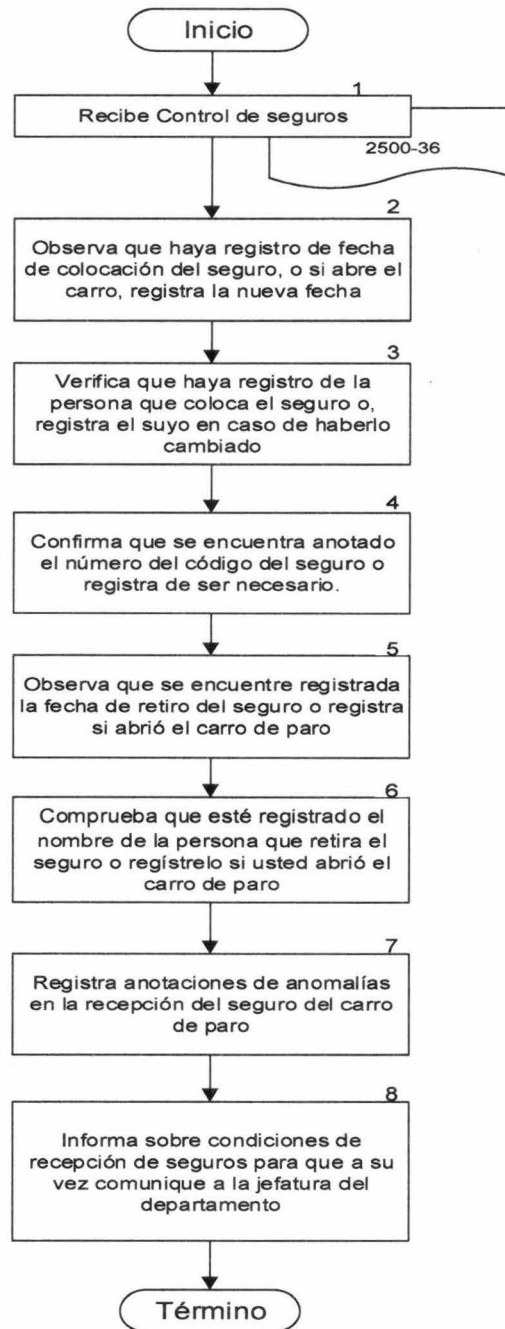
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN CONTROL DE SEGUROS
Personal de Enfermería asistencial	1	Recibe con el formato "Control de seguros". • 2500-36
	2	Observa que haya registro de fecha de colocación del seguro o, si abre el carro; registra la nueva fecha.
	3	Verifica en presencia del 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		



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

Personal de Enfermería Asistencial



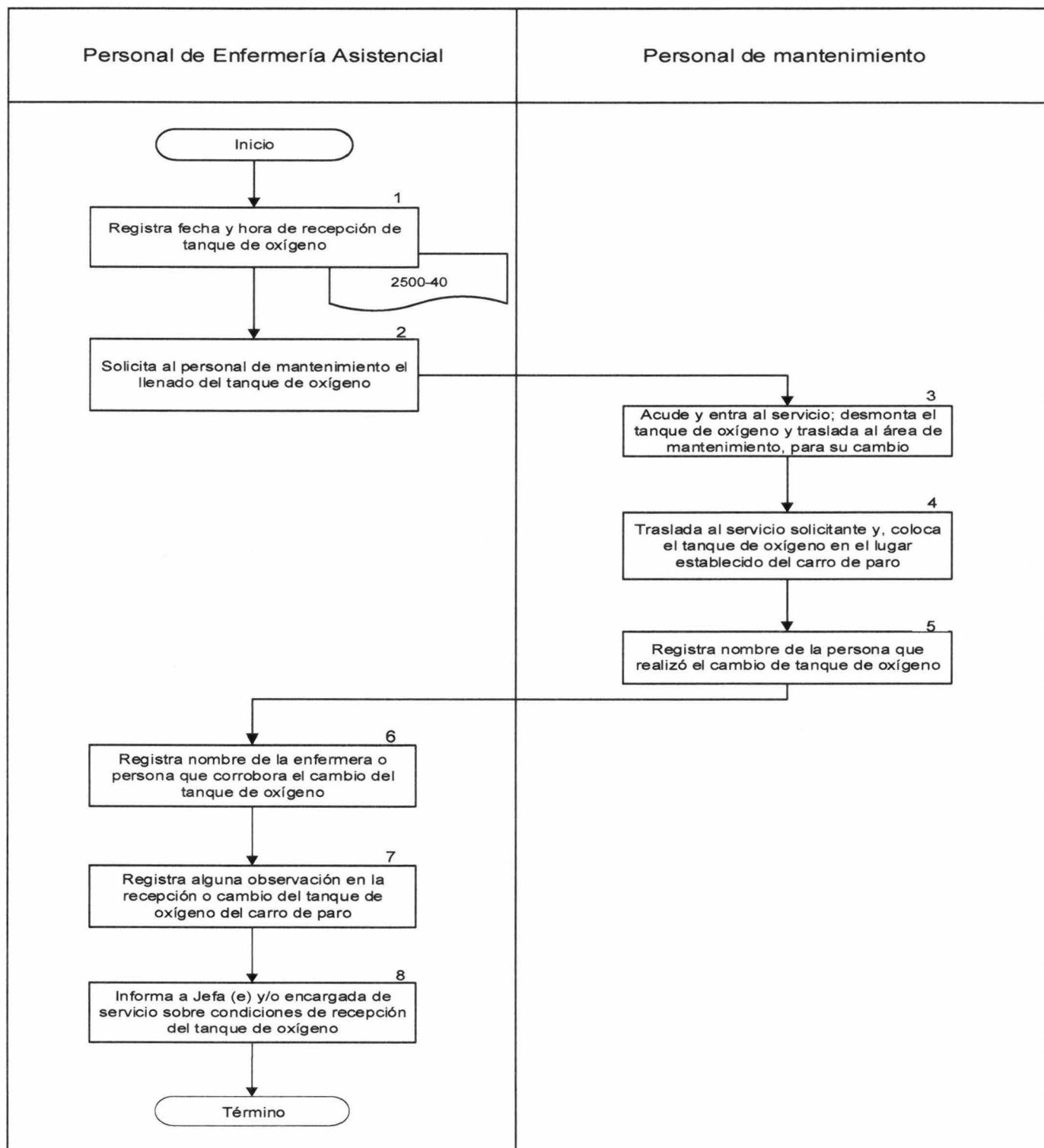
**29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN RECEPCIÓN CONTROL DE LLENADO DE TANQUES DE OXÍGENO
Jefe de servicio	1	Registra fecha y hora de recepción de tanque de oxígeno
	2	Solicita al personal de mantenimiento el llenado del tanque de oxígeno
Personal de mantenimiento	3	Acude (áreas abiertas) y entra al servicio (terapias neonatales); desmonta el tanque de oxígeno y traslada al área de mantenimiento, para su cambio.
	4	Traslada al servicio solicitante y, coloca el tanque de oxígeno en el lugar establecido del carro de paro.
	5	Registra en formato Carro Rojo "Control de Llenado de Tanque de Oxígeno", fecha y hora de recepción de tanque de oxígeno, nombre y observaciones. Formato 2500-40
Personal de Enfermería asistencial	6	Registra nombre de la enfermera o persona que corrobora el cambio del tanque de oxígeno. Formato 2500-40
	7	Registra alguna observación en la recepción o cambio del tanque de oxígeno del carro de paro.
	8	Informa a Jefa (e) y/o encargada de servicio sobre condiciones de recepción del tanque de oxígeno.
Termina Procedimiento		



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO



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

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	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.

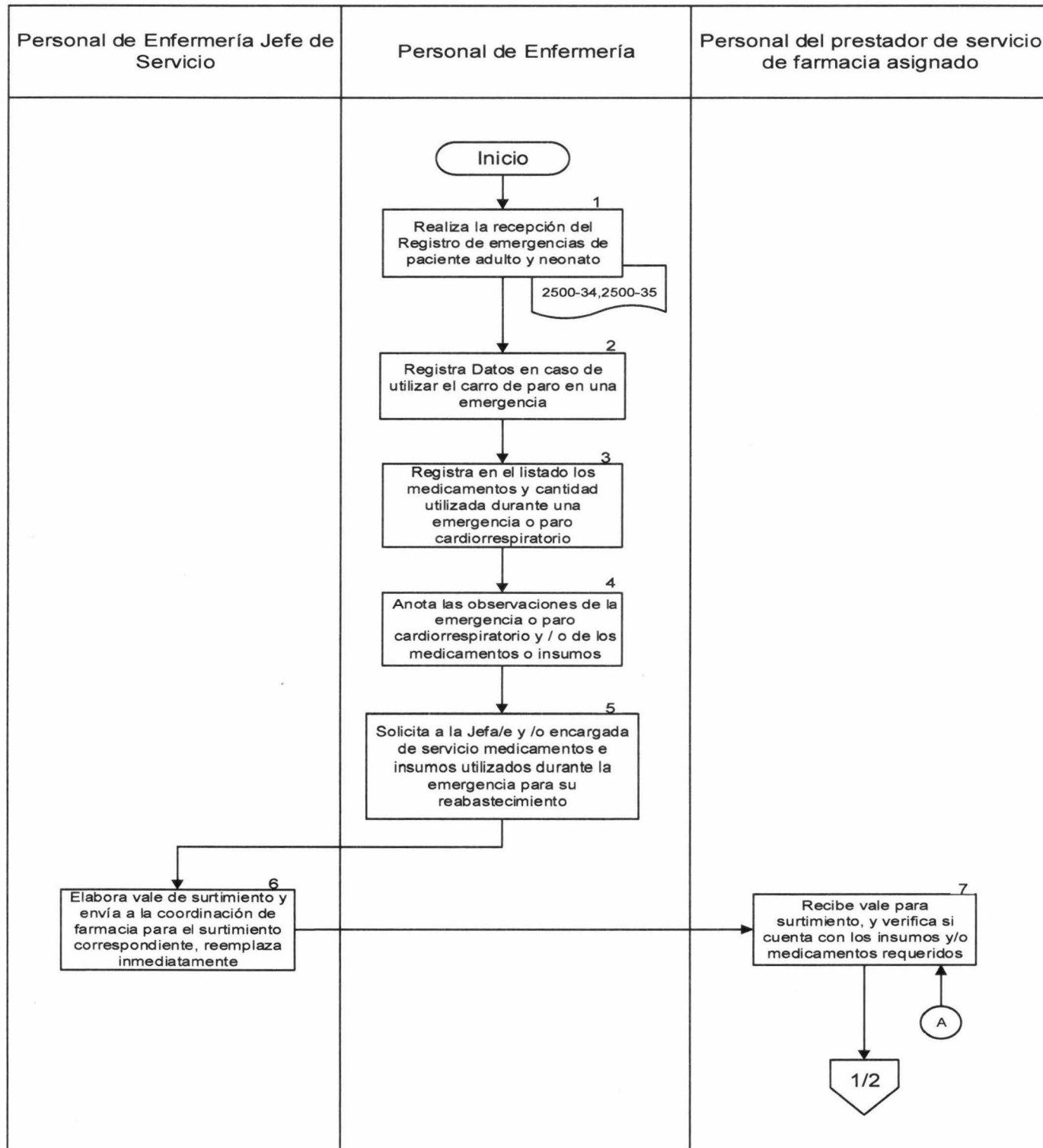
DÍA	MES	AÑO
12	05	22

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	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	Si: 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

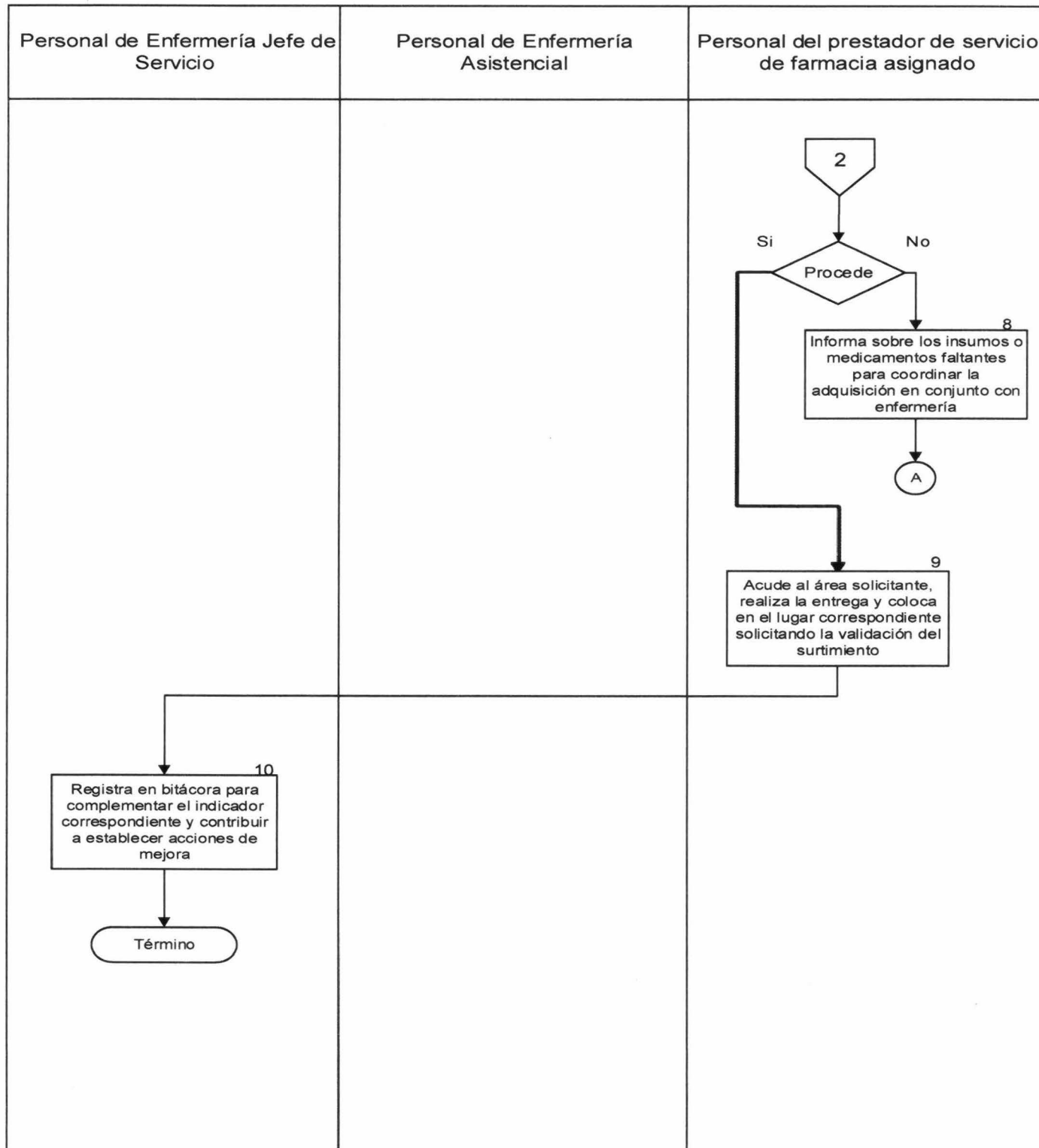


29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO





29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



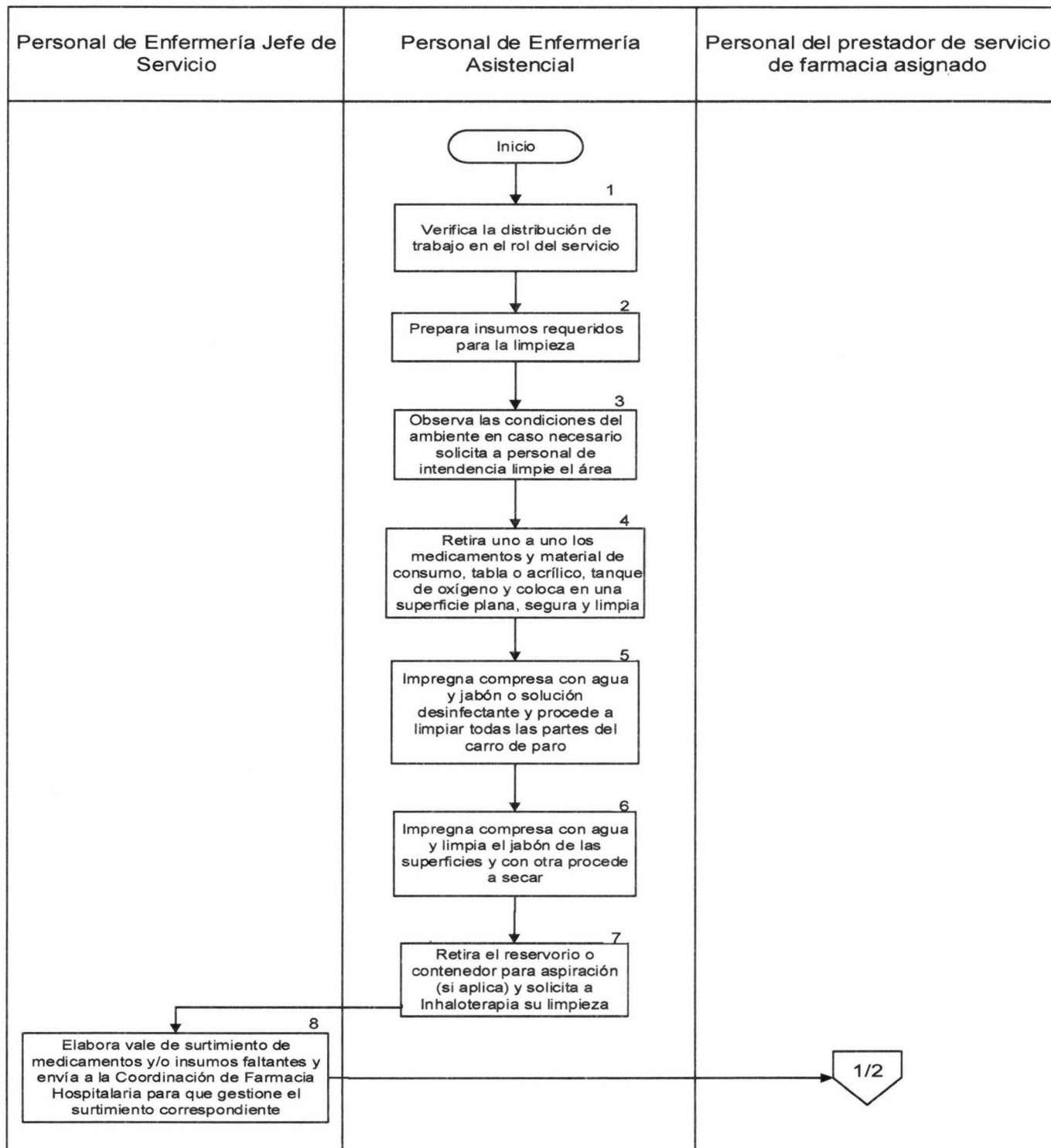
29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	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 1 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.
	8	Registra en el formato "Control de limpieza de Carro de paro" según corresponda.
Personal de Enfermería Jefe de Servicio	9	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	10	Recibe vale para surtimiento, y verifica si cuenta con los insumos y/o medicamentos requeridos.
	11	¿Procede? 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.

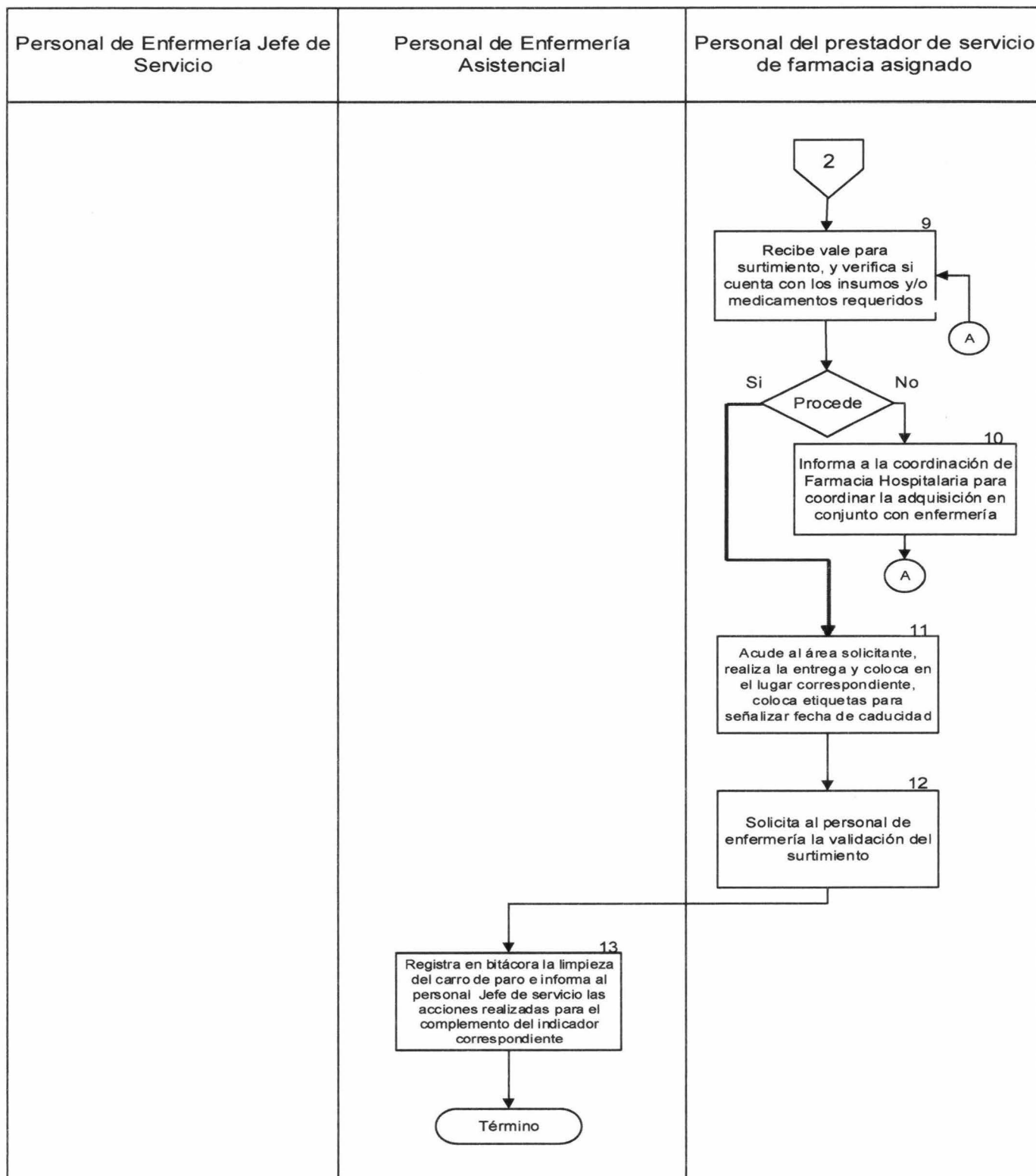
29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN REGISTRO DE EMERGENCIAS (NEONATO Y/O ADULTO)
Personal de Enfermería asistencial	11	Si: 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.
	12	Solicita al personal de enfermería la validación del surtimiento.
	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		

29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



29. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO





30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

OBJETIVO

Obtener parámetros objetivos de las condiciones clínicas con fines diagnósticos.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Verificar que exista el equipo:
 - Termómetro
 - Baumanómetro
 - Estetoscopio
 - Satuómetro
- Verificar el funcionamiento adecuado del equipo.
- Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

2. De la enfermera asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS
- Conocer el procedimiento a realizar.
- Conocer los parámetros normales de los signos vitales.
- Contar con reloj segundero.
- Utilizar el brazalete acorde al tamaño de la paciente (VER ANEXO)
- Colocación de equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de cooperación.

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Presenta e informa procedimiento a realizar.
	3	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	4	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
		Temperatura
	5	Desinfecta termómetro.
	6	Enciende, espera que marque el rango de calibración y coloca en zona axilar del paciente.
	7	Una vez que suene la alarma, retira y realiza lectura.
		Frecuencia respiratoria
	8	Cuantifica los ciclos respiratorios en el lapso de 1 minuto, valorando profundidad, ritmo, amplitud y esfuerzo.
		Frecuencia cardiaca
	9	Selecciona la arteria en la que se tomará la frecuencia del pulso.
	10	Por palpación: Coloca la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria. Presiona solamente lo necesario para percibir las pulsaciones teniendo en cuenta fuerza y ritmo. Por auscultación: Coloca la capsula del estetoscopio entre el 3° y 4° espacio intercostal izquierdo del paciente.
	11	Cuenta las pulsaciones o latidos cardiacos durante un minuto.
		Presión arterial
	12	Verifica que la paciente no refiera actividad física cinco minutos antes de la toma
	13	Coloca a la paciente en posición sedente o decúbito dorsal, descubre el brazo, antebrazo y sitúa sobre una base firme.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Selecciona la extremidad que esté libre de dispositivos y/o compromiso vascular
	15	Coloca el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio antecubital, verifica que se encuentre totalmente sin aire y el manómetro marque cero.
	16	Localiza el pulso braquial con la yema de los dedos índice y medio.
	17	Coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial
	18	Cierra la válvula de la perilla insufladora del baumanómetro, utilizando el tornillo.
	19	Insufla el brazalete hasta que el indicador de presión (columna de manómetro) marque más de 15 mmHg a la presión basal sistólica que la paciente maneja
	20	Abre lentamente la válvula de la perilla del baumanómetro permitiendo la salida de aire del brazalete
	21	Escucha el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff), y el último latido que corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff).
	22	Desinfla y retira el brazalete junto con el estetoscopio
		Saturación de Oxígeno
	23	Coloca la mano por debajo de la altura del corazón.
	24	Enciende el saturómetro y coloca en dedo índice, medio o anular, verifica que la uña esté libre de esmalte ya que puede transferir en la toma.
	25	Espera de 30 a 60 segundos para realizar la lectura
	26	Retira saturómetro
	27	Realiza higiene de manos.



30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

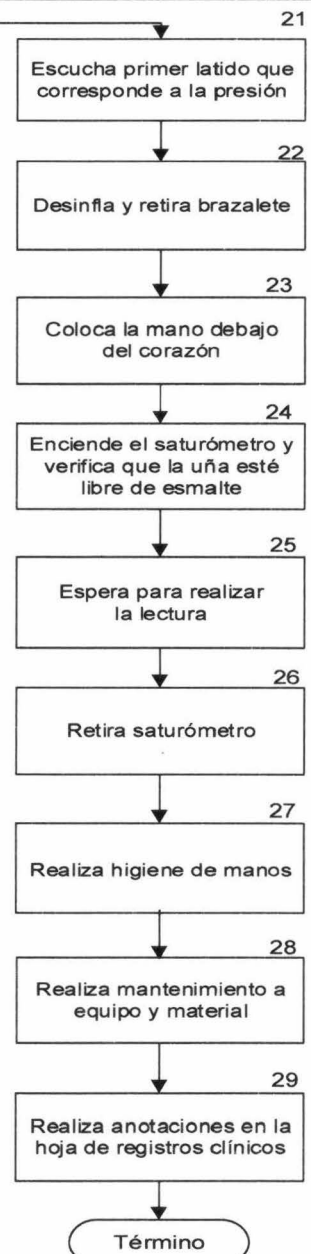
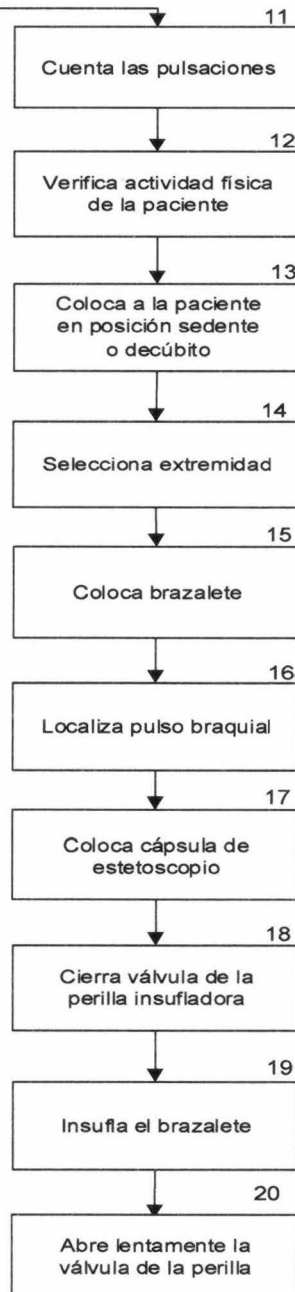
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	28	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional
	29	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería y notifica a médico en caso de alteración.
		Termina Procedimiento



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

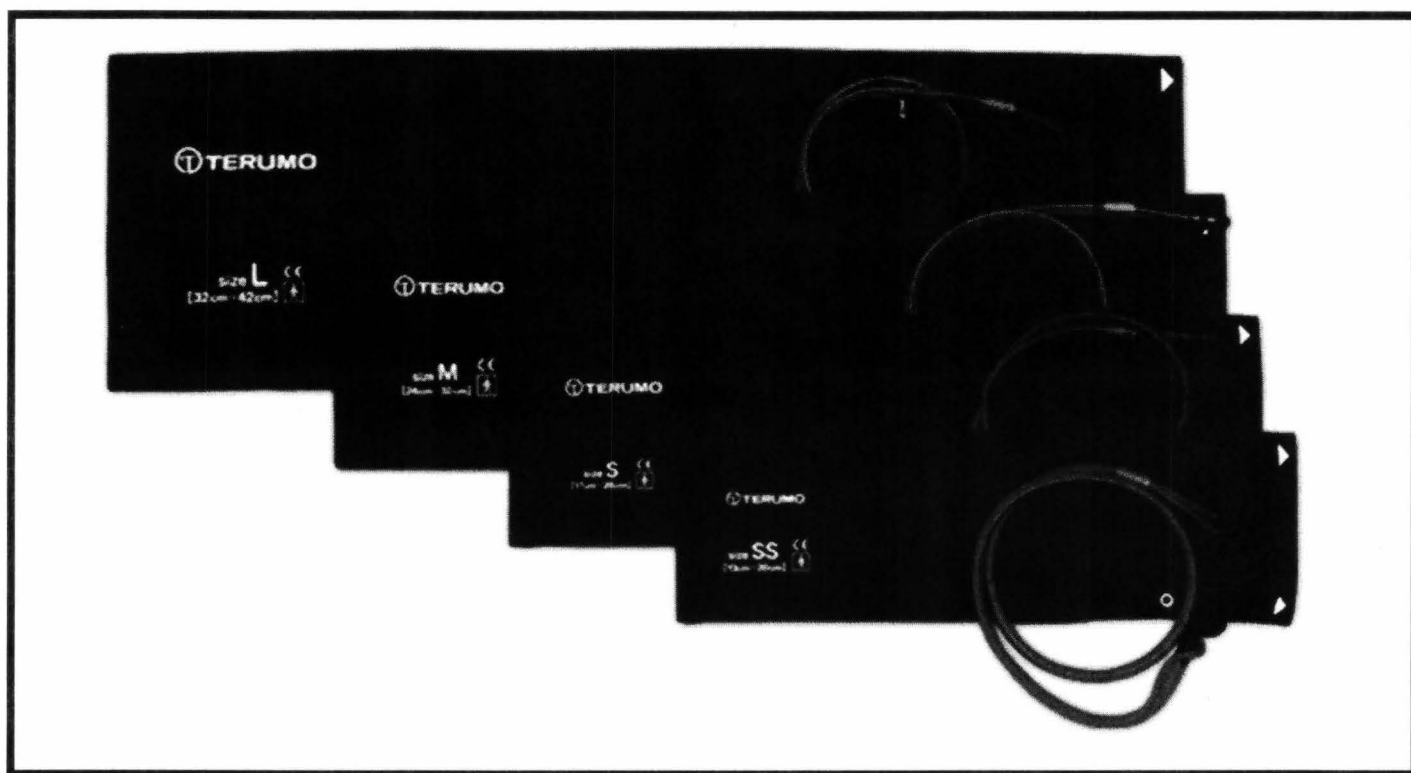
Profesional de Enfermería Asistencial



30. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

ANEXO

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



REFERENCIAS

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN



31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

31. 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.



31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

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

2. De la enfermera asistencial

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

31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
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.



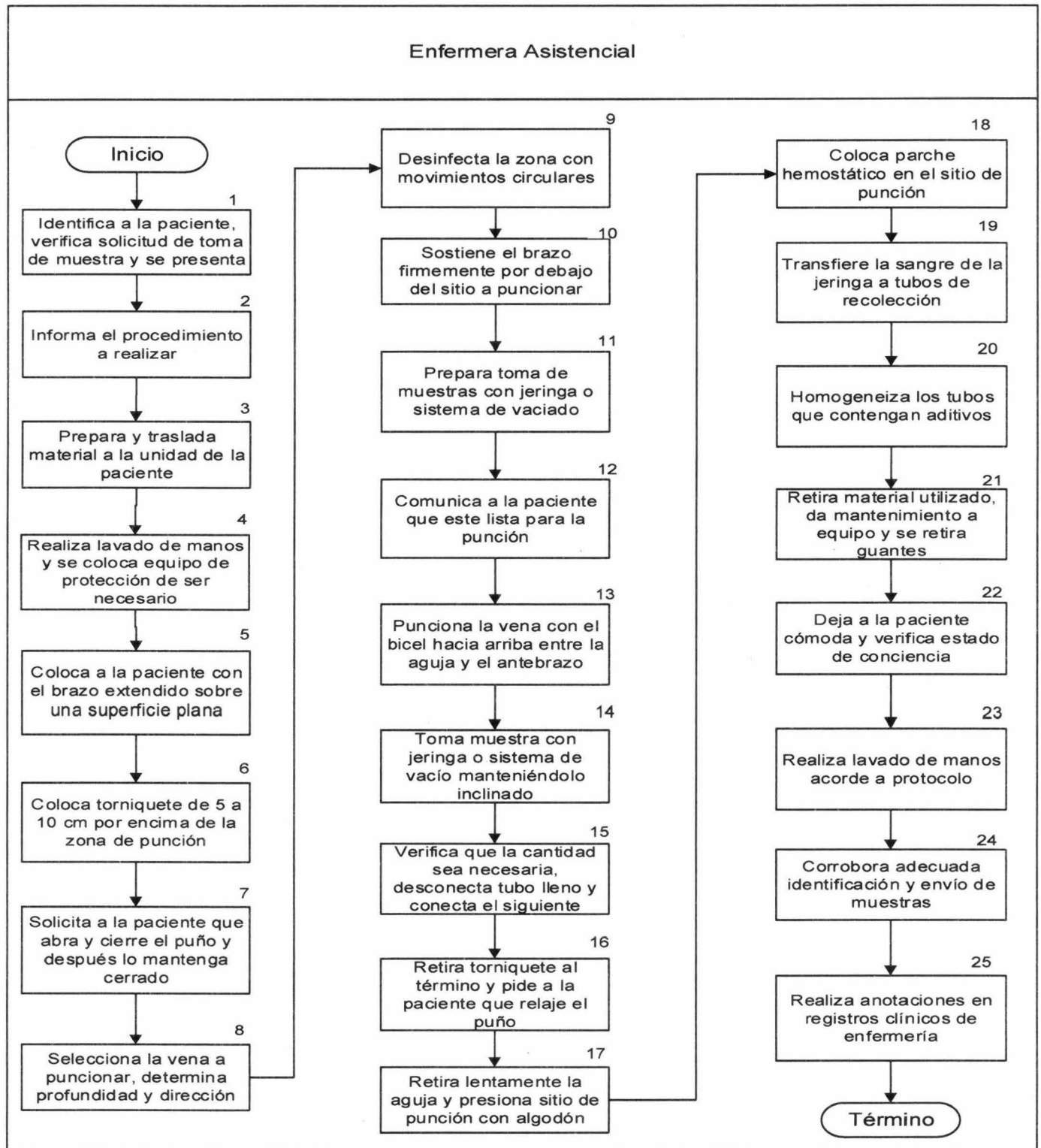
31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN





31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
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.

31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

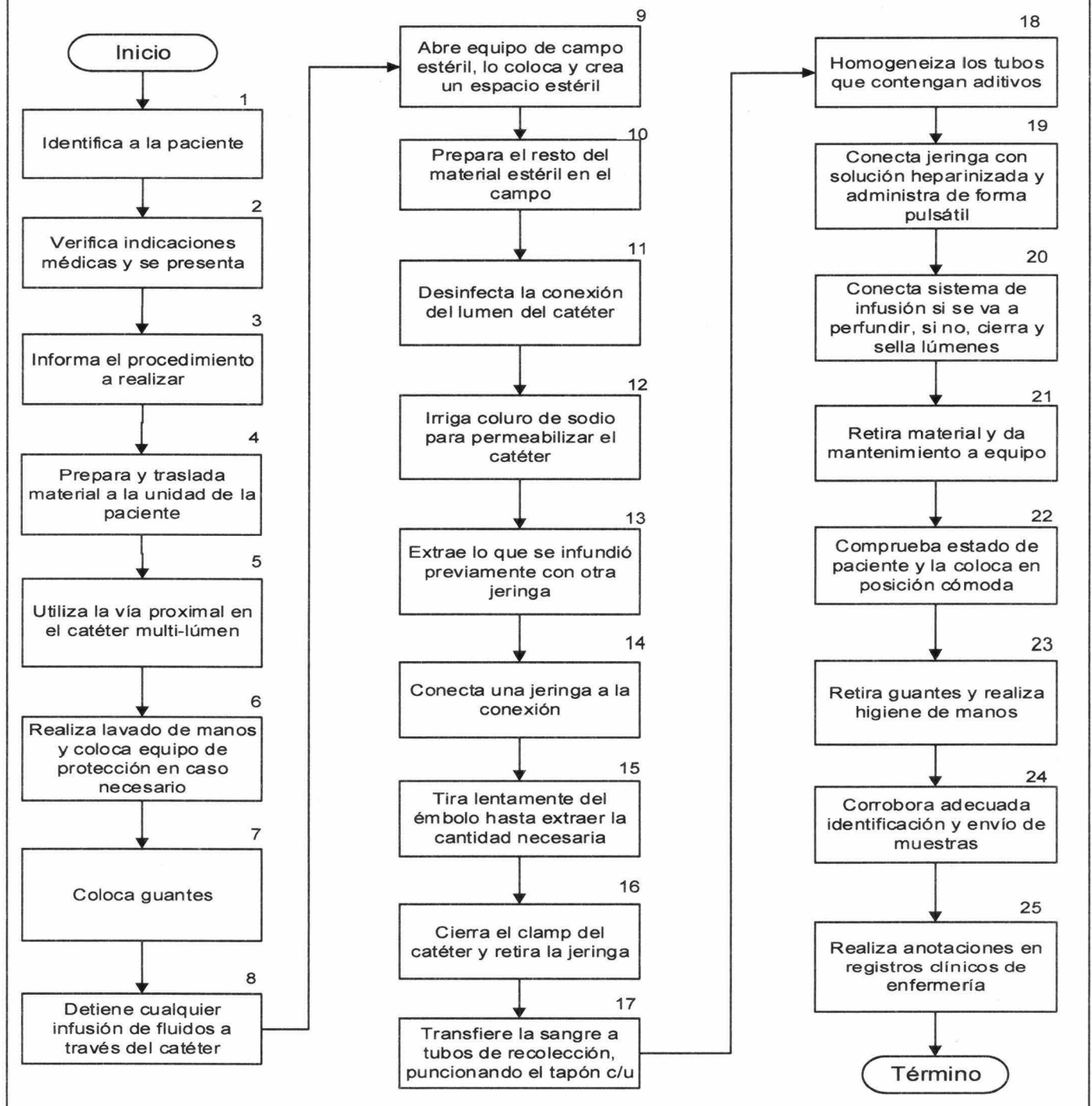
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera adscrita	16	Cierra el clamp del catéter y retira la jeringa.
	17	Transfiere la sangre a los tubos de recolección, puncionando el tapón de cada tubo.
	18	Homogeneiza los tubos que contengan aditivos.
	19	Conecta la jeringa precargada con solución heparinizada 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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

31. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

Enfermera Adscrita



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

31. 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 litio	Química clínica en plasma	5 veces
	Heparina de sodio/litio	Química clínica (urgencias) hematología (fragilidad osmótica)	8 a 10 veces
	EDTA K ₂	Hematología, banco de sangre	8 a 10 veces
	Gel separador y EDTA K ₂	Determinaciones de carga viral	8 a 10 veces
	Oxalato de Potasio/NaF	Química clínica, pruebas de lactato y glucosa	8 veces

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

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](https://fm.uacam.mx/view/download?file=174/adjuntos/taller%20de%20extraccion%20sanguinea.pdf&tipo=paginas)
- <http://www.areasaludplascencia.es/wasp/pdfs/7/711092.pdf>
- <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/4479>

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

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

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

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

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

OBJETIVO

Obtener una muestra de orina con fines diagnósticos y terapéuticos

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

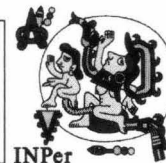
32. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

- Conocer 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
 - PROYECTO de Norma Oficial Mexicana **PROY-NOM-223-SSA1-2002**, Que establece las especificaciones sanitarias de las sondas para drenaje urinario de hule natural estéril modelo Foley y sondas para drenaje urinario de silicón modelo Foley.
- Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Equipo de asepsia (campo estéril, budinera, 2 flaneras y pinza Allis)
 - Guantes estériles
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Jabón
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Sonda vesical (Nelaton 8 FR)
 - 1 jeringas de 10 CC. con aguja
 - Gasas estériles
 - Frascos para muestras estériles.
 - Cómodo
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- Verificar que cuente con la indicación médica.
- Verificar que tenga la requisición impresa de los laboratorios solicitados.
- Conocer políticas propias del instituto.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

**32. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA,
UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)****2. De la enfermera asistencial**

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

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

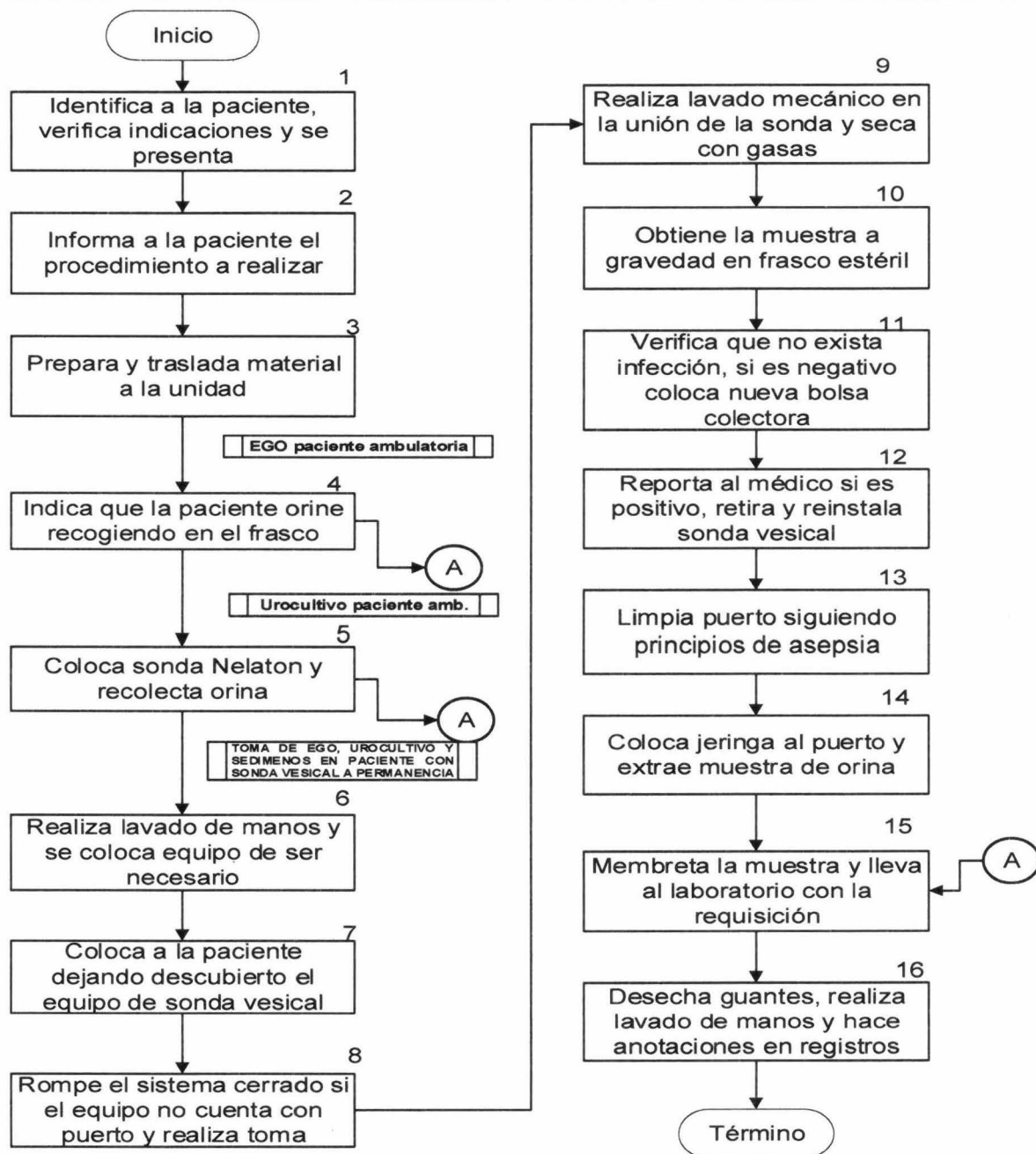
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas, requisición de laboratorios y se presenta.
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar (si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración).
	3	Prepara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

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

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	9	Realiza lavado mecánico en la unión de la sonda a la bolsa recolectora con jabón, enjuaga y seca con gasas.
	10	Obtiene la muestra a gravedad en frasco estéril.
	11	Toma tira reactiva verificando que no exista presencia de infección. Si el resultado es negativo coloca la nueva bolsa colectora
	12	Reporta al médico en caso de que sea positivo y retira sonda vesical; reinstala sonda vesical realizando el procedimiento *Instalación de Sonda Vesical* del Manual Técnico de Procedimientos de Enfermería
	13	Limpia el puerto con agua y jabón siguiendo los Principios de Asepsia, si el equipo cuenta con puerto para toma de muestras.
	14	Conecta jeringa con aguja al puerto y extrae la muestra de orina.
	15	Membreta la muestra de acuerdo con el protocolo institucional y lleva al laboratorio con la requisición.
	16	Desecha los guantes, realiza lavado de manos de acuerdo con el Protocolo Institucional y hace las anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

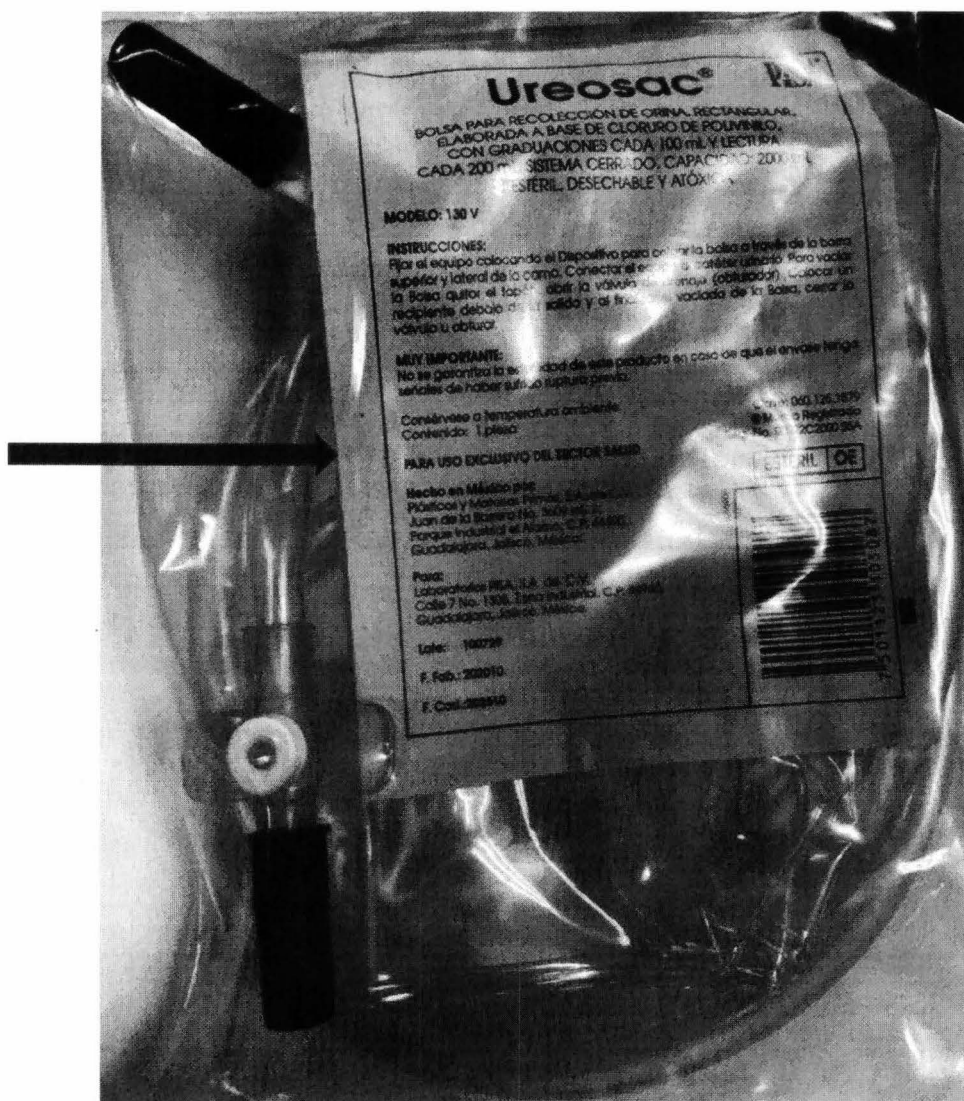
32. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)

Enfermera Asistencial



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

ANEXOS



Puerto para toma de muestras



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

33. 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.

**33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	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.



33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	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.
	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.



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

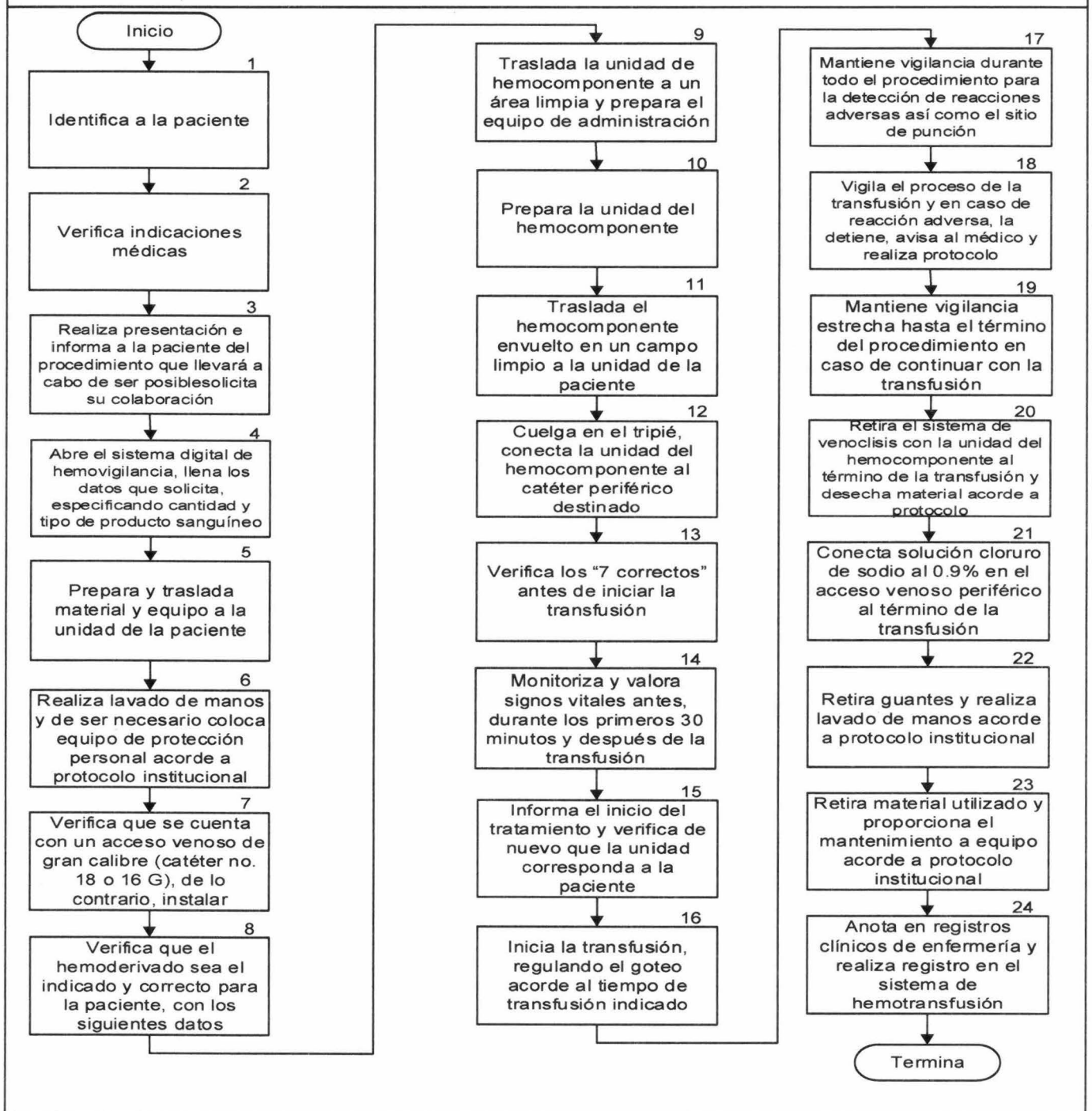
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	21	Conecta solución cloruro de sodio al 0.9% en el acceso venoso periférico al término de la transfusión.
	22	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	23	Retira el material utilizado y proporciona el 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
12	05	22

33. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Enfermera Asistencial



33. 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

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
12	05	22

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO



DÍA	MES	AÑO
12	05	22

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Evaluar la condición clínica de las pacientes para asignar una clasificación de urgencia obstétrica y/o ginecológica, mediante un sistema de semaforización, con la finalidad de brindar una atención inmediata y oportuna a aquellas pacientes que lo requieran.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación

1. Del Jefe(a) y/o encargada del servicio:

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana:
 - 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-005-22ª2-1993**, De los servicios de planificación familiar.
 - 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 019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-034-SSA2-2002**, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-039-SSA2-2014**, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual
 - 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-010-SSA2-2010** Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-014-SSA2-1994** Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-015-SSA2-2010** Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-041-SSA2-2011** Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
 - Lineamiento técnico. Triage Obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. 2016
 - Conocer la Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019 Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas
 - Protocolo "H". Para la atención a la paciente con hemorragia obstétrica.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.



34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

- Asegurar que el personal a su cargo conozca y aplique lo establecido en la Política Institucional de Triage Obstétrico.
- 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 realice acorde a normativa.
- Garantizar que el personal conozca su ubicación física dentro del área de urgencias.
- Asegurar que el personal a su cargo cuente con la capacitación sobre expediente electrónico, así como con usuario y contraseña.
- Garantizar que se cuente con todo el material necesario, así como el adecuado funcionamiento del equipo biomédico y de cómputo:
 - Computadora con expediente electrónico institucional
 - Impresora
 - Mesa de exploración
 - Doppler
 - Esfingomanómetro
 - Estetoscopio
 - Glucómetro (lancetas y tiras reactivas)
 - Termómetro
 - Torundas o toallas alcoholadas
 - Gel hidrosoluble
 - Gel transductor
 - Guantes
 - Cinta métrica
 - Bitácora de registro diario
 - Pluma
 - Frascos estériles para muestras
 - Tiras reactivas de uro análisis
- Asignar diariamente personal capacitado en la realización del triage.
- Verificar el llenado adecuado de formato de triage en el expediente electrónico.
- Coordinar el trabajo del equipo multidisciplinario para la atención de las pacientes
- Colocar flujograma del procedimiento de triage obstétrico en un lugar visible.

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

2. De la Enfermera Asistencial:

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada
- Realizar 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 recepción y verificación de la limpieza del área física por turno
- Verificar que se cuente con todo el material necesario, así como el adecuado funcionamiento del equipo biomédico y de cómputo.
- Contar con usuario y contraseña del expediente electrónico.
- Llenar adecuadamente el formato correspondiente en expediente electrónico.
- Ubicar a la paciente en el ambiente correspondiente o silla acorde a la clasificación obtenida

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

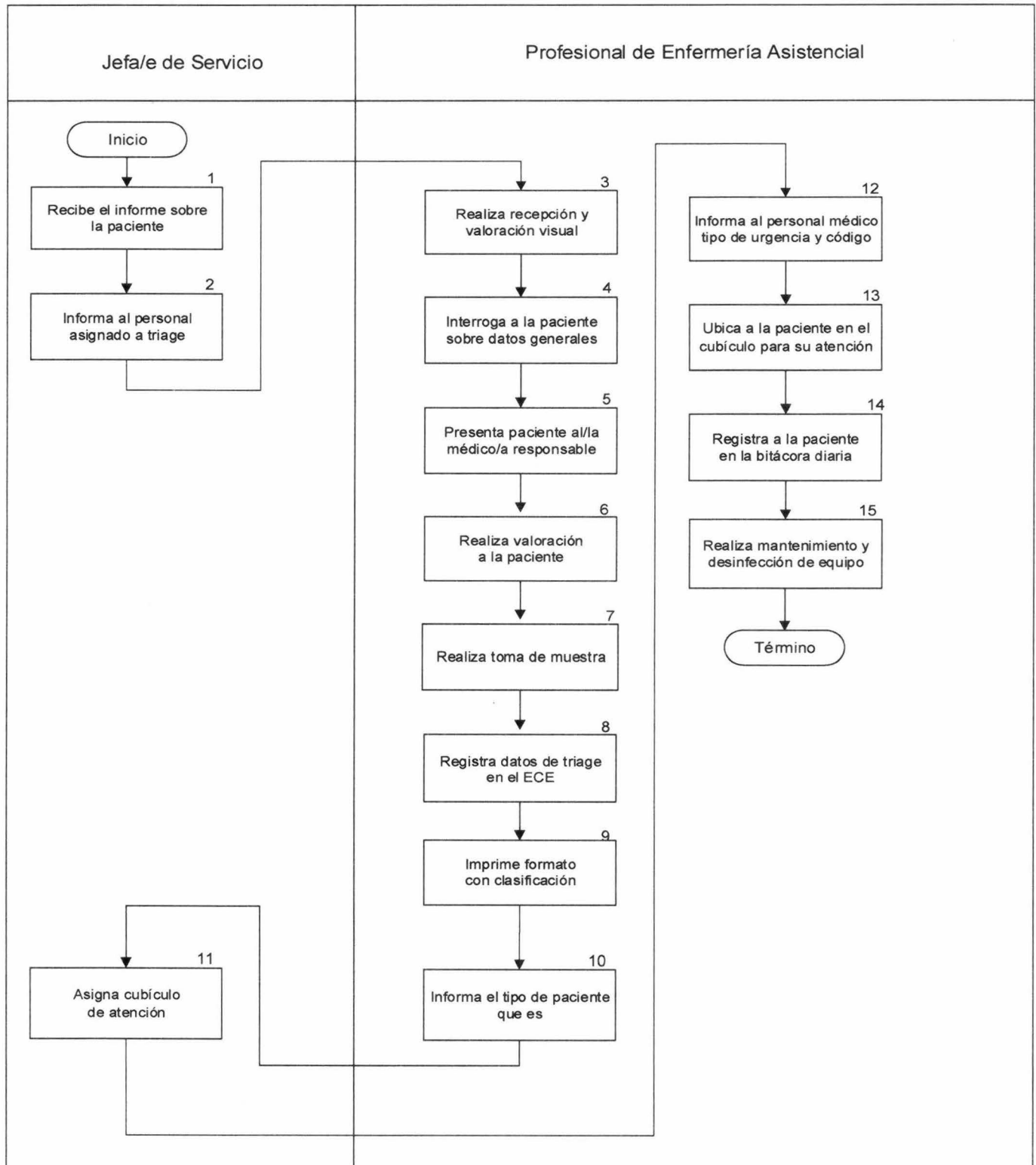
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No	DESCRIPCIÓN
Jefe y/o encargada del servicio	1	Recibe el informe de personal de admisión sobre la paciente y motivo de consulta.
	2	Informa al personal asignado a triage la presencia de la paciente y motivo de consulta.
Enfermera asistencial	3	Realiza recepción y valoración visual del estado general de la paciente.
	4	Interroga motivo de consulta, datos generales (edad, gestas, paras, abortos, patologías de base, tratamiento, etc.), solicita estudios de laboratorio y/o gabinete que presente la paciente.
	5	Presenta paciente a médico responsable del área.
	6	Realiza interrogatorio y valoración focalizada de la paciente: • Signos vitales. • Valoración obstétrica.
	7	Realiza toma de muestras para diagnóstico (hemoglucotest, reactivo urinario).
	8	Registra datos obtenidos en el apartado de triage obstétrico o ginecológico en expediente electrónico.
	9	Imprime formato con clasificación acorde a los parámetros capturados: • Código Verde • Código Amarillo • Código Rojo (VER ANEXO)
	10	Informa a la jefa de servicio el tipo de paciente, urgencia que presenta y código
Enfermera jefa de servicio	11	Asigna cubículo de atención y enfermera asistencial encargada de la paciente.

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	12	Informa al personal médico encargado de la atención de la paciente, tipo de urgencia y código.
	13	Ubica a la paciente en cubículo correspondiente para su atención.
	14	Registra paciente en bitácora diaria.
	15	Realiza mantenimiento y desinfección de equipo utilizado. Mantiene el área limpia para una nueva valoración.
		Termina procedimiento.



34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

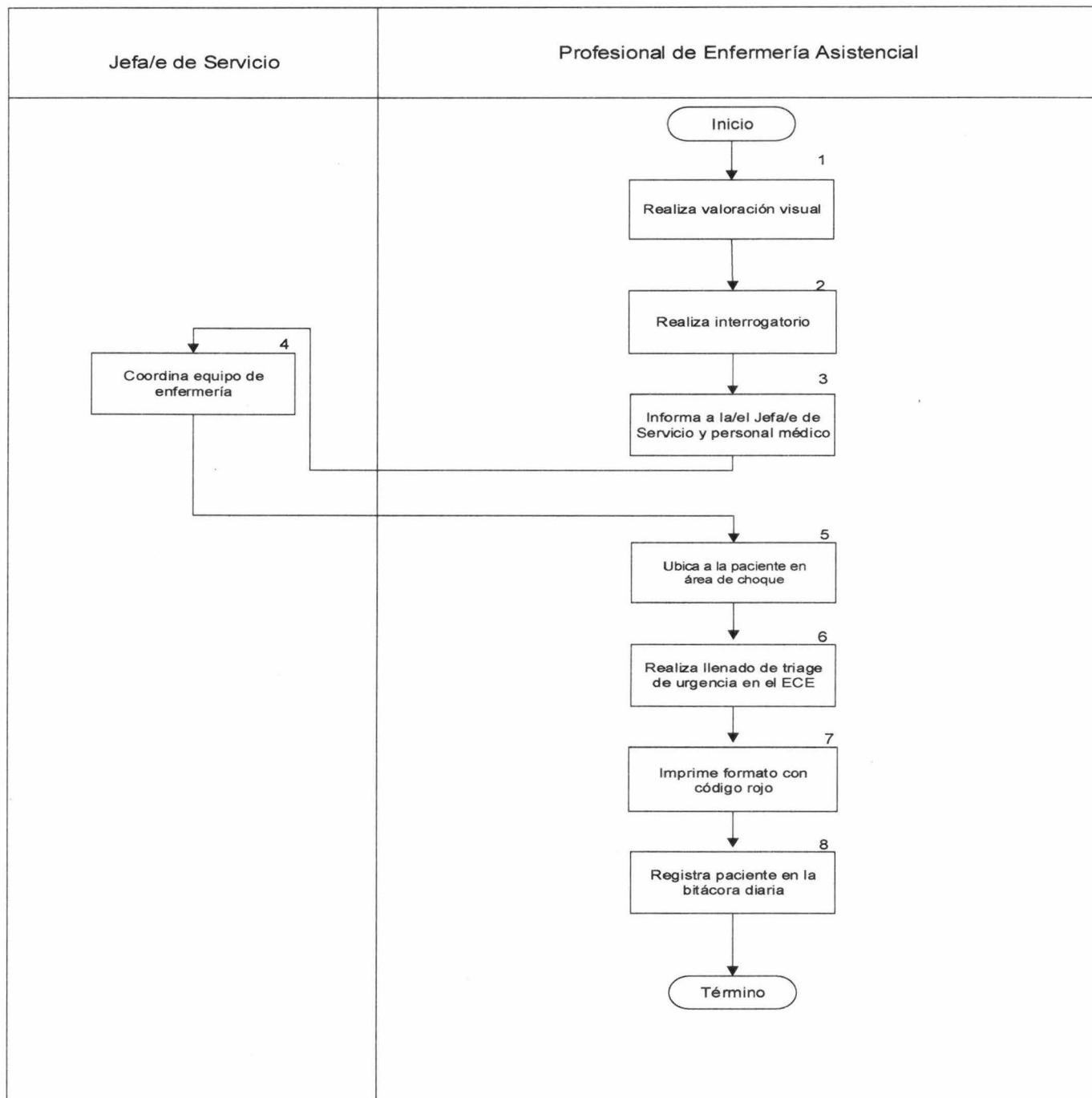




34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial Enfermera jefa de servicio Enfermera asistencial		En caso de emergencia
	1	Realiza valoración visual del estado general de la paciente.
	2	Realiza un rápido interrogatorio para identificar el tipo de emergencia.
	3	Informa a jefe de servicio y médico responsable del área.
	4	Coordina equipo de enfermería para la atención de la paciente dependiendo del tipo de emergencia.
	5	Ubica a la paciente en área de choque para su atención.
	6	Realiza llenado del triage obstétrico o ginecológico de urgencia en expediente electrónico
	7	Imprime formato con código rojo acorde a los parámetros capturados
	8	Registra paciente en bitácora diaria
		Termina procedimiento.

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO



34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO
ANEXO
Anexo 1. Sistema de evaluación del Triage obstétrico

 Apellido paterno:
 Fecha de la atención:
 Fecha de nacimiento:

 Apellido materno:
 Hora:

 Nombre (s):
 No. Expediente:

OBSERVACIÓN

	CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)	CÓDIGO AMARILLO (urgencia calificada)	CÓDIGO VERDE (urgencia no calificada)
Estado de conciencia	Alteraciones (somnolienta, estuporosa, inconsciente)	Consciente	Consciente
Hemorragia	Visible o abundante	No visible o moderada	No visible o escasa
Crisis convulsivas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Respiración	Alterada (frecuencia y profundidad)	Normal	Normal
Color de la piel	Cianótica/acompañada de alteraciones en la respiración	Pálida	Normal

INTERROGATORIO

Sangrado transvaginal	Abundante	Escaso/moderado	Ausente
Crisis convulsivas	Presentes	Negadas	Negadas
Cefalea*	Presente	Ausente/presente No pulsátil	Ausente
Acúfenos/Fosfenos*	Presentes	Ausentes	Ausente
Epigastralgia/Amaurosis*	Presente	Ausentes	Ausente
Síndrome febril		Presente	Ausente
Salida de líquido amniótico		Claro/verdoso	Negado
Motilidad fetal		Ausente	Presente

*Asociados a algún otro síntoma o signo de la tabla

SIGNOS VITALES

Tensión arterial (Hipertensión)	Igual o mayor a 160 /110 mmHg	Menor a 159/109 mmHg y mayor a 131/91 mmHg	Menor a 130/90 mmHg y mayor a 100/60 mmHg
Tensión arterial (Hipotensión)	Igual o menor a 89/50 mmHg	Menor a 90/51 mmHg y mayor a 99/59 mmHg	
Frecuencia cardíaca	Menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto	Menor a 80/100 latidos por minuto y mayor a 50/60 latidos por minuto	60-80 lpm
Índice de Choque (Frecuencia cardíaca/presión sistólica)	Mayor a 0.8	Entre 0.7 y 0.8	Menor a 0.7
Frecuencia respiratoria	Menor a 16 o mayor a 20 respiraciones por minuto		16 a 20
Temperatura	Menor a 35°C Mayor a 39°C	37.5°C a 38.9°C	Mayor a 35°C Menor a 37.5°C

34. TRIAGE OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

NIVEL DE TRIAGE	TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA
I. EMERGENCIA	La paciente requiere tratamiento inmediato.
II. URGENCIA	La paciente debe ser tratada dentro de los primeros 0-15 minutos
III. URGENCIA MENOR	La paciente debe ser atendida dentro de los primeros 15-30 minutos

REFERENCIAS

[http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/436GER .pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/436GER.pdf)

http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico

DÍA	MES	AÑO
12	05	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

HOJA DE FIRMAS

Autorizó



Dr. Manuel Cortés Bonilla
Director Médico

Revisó



Mtra. Alejandra Antonio Rosales
Subdirectora de Enfermería

Elaboró



E.E.P. Flor Elizabeth Tamariz Velázquez
Supervisora de Enfermería



Mtra. Patricia Rodríguez Trujillo
Supervisora de Enfermería