

Carátula de validación de vigencia

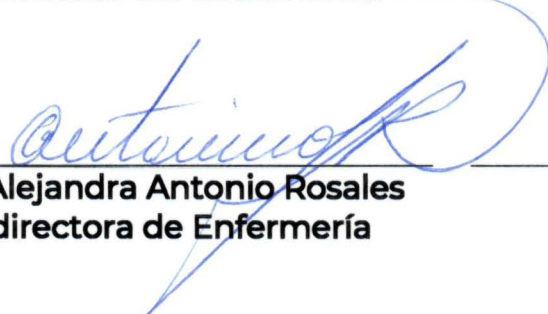
Ciudad de México, a 24 de mayo de 2023

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 Unidad Toco Quirúrgica**, 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:

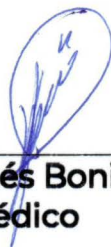
UR	Clasificación	Nombre	Homoclave	Fecha de publicación/ difusión	Fecha de revisión
Subdirección de Enfermería	MPT	Manual de Procedimientos Técnicos de la Unidad Toco Quirúrgica	INPER-NIS-0164	31/01/2023	08/06/2022

Responsable del documento

Autorizó



Mtra. Alejandra Antonio Rosales
Subdirectora de Enfermería



Dr. Manuel Cortés Bonilla
Director Médico



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA**

JUNIO 2022



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

INDICE

I. OBJETIVO DEL MANUAL

II. MARCO JURÍDICO

III PROCEDIMIENTOS:

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍISIS
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. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL
10. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA
11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS
12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL
14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA
15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN
19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN
20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y MNTD. DE BALÓN DE BAKRI
21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA
23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA
24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN
25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA
26. INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA
27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL
28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA
29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO
30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA
31. MANIOBRAS DE LEOPOLD
32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
33. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL
34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

35. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN
36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA
37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA
38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO
39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES
40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN
41. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)
42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES
43. VENDAJE MAMARIO

IV. HOJA DE FIRMAS



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir de forma detallada las técnicas de los procedimientos realizados por el personal de enfermería en la Unidad Toco Quirúrgica, para el correcto desempeño de sus funciones en dicha área.



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

II. MARCO JURÍDICO

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, se encuentra sustentado en el siguiente marco jurídico-normativo:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 4. Promulgada el 5 de febrero de 1917.

LEYES

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal vigente.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

Ley de Planeación.

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

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

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal del Derecho de Autor.

Ley Federal del Trabajo.

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley de Infraestructura de la Calidad.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General de Salud.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

REGLAMENTOS

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Reglamento de Insumos para la Salud.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas.

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.

Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

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 Sanidad Internacional.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.

Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.

Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Reglamento del Registro Público de la Propiedad Federal.

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Reglas de operación del Fondo de Salud para el Bienestar.

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.

Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

Decreto por el que se reforma la Fracción VII del Artículo 5 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, para quedar como sigue: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para la salud reproductiva y perinatal.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA 1

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.



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA-1-2002, 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-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

Normas Oficiales Mexicanas SSA2

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.

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

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.

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Normas Oficiales Mexicanas SSA3

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

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

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

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

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-019-SCT2/2015, 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.



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

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.

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.

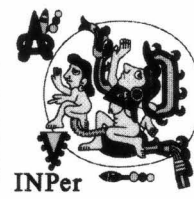
Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

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.



SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

III. Procedimientos



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA**



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

OBJETIVO

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROCLÍSIS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

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

2. Del personal asistencial

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



1. ALIMENTACIÓN POR GASTROSCLÍSIS

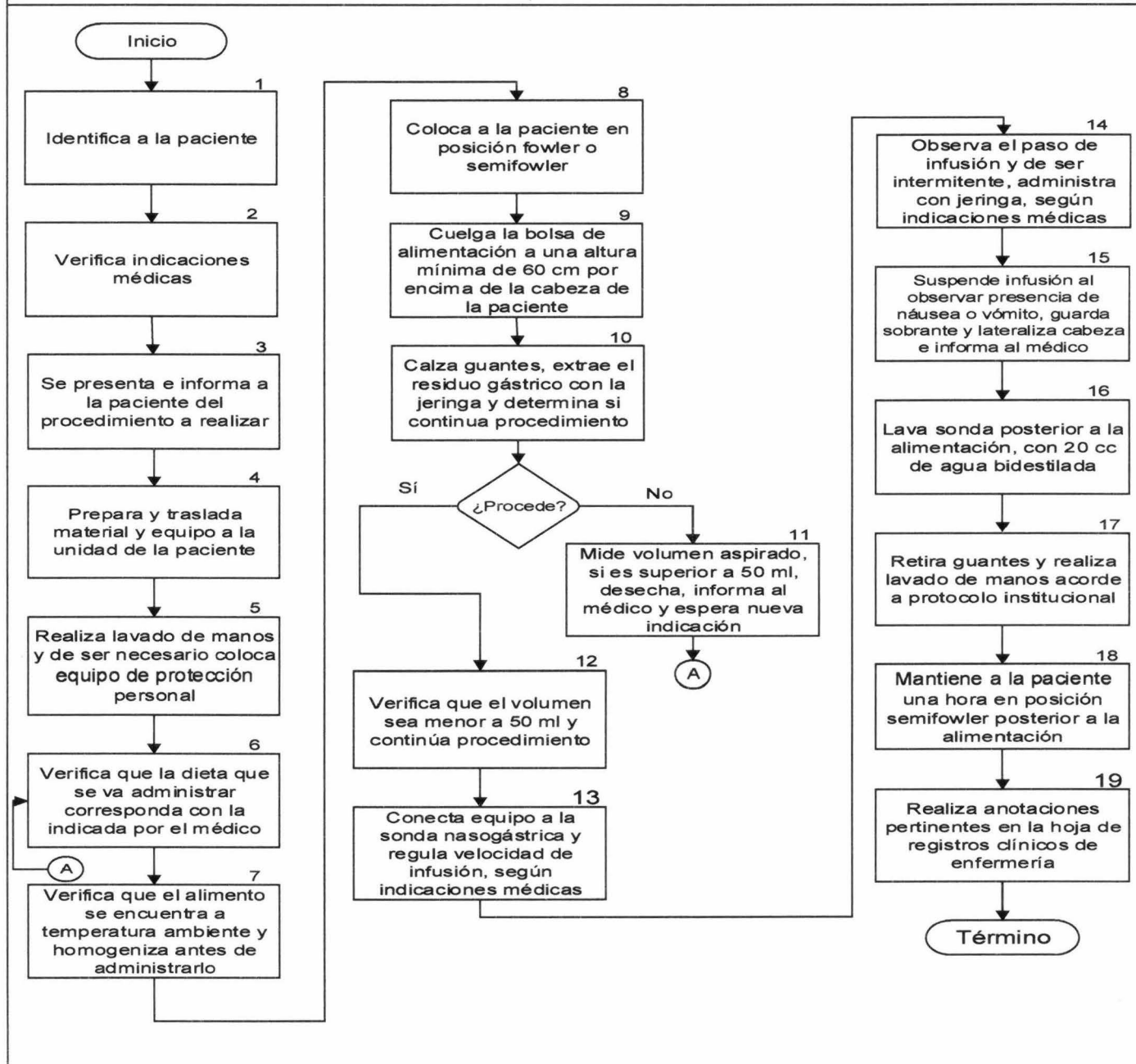
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos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

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROSCLÍISIS

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

1. ALIMENTACIÓN POR GASTROSCLÍISIS

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

OBJETIVO

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio

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

2. Del personal asistencial

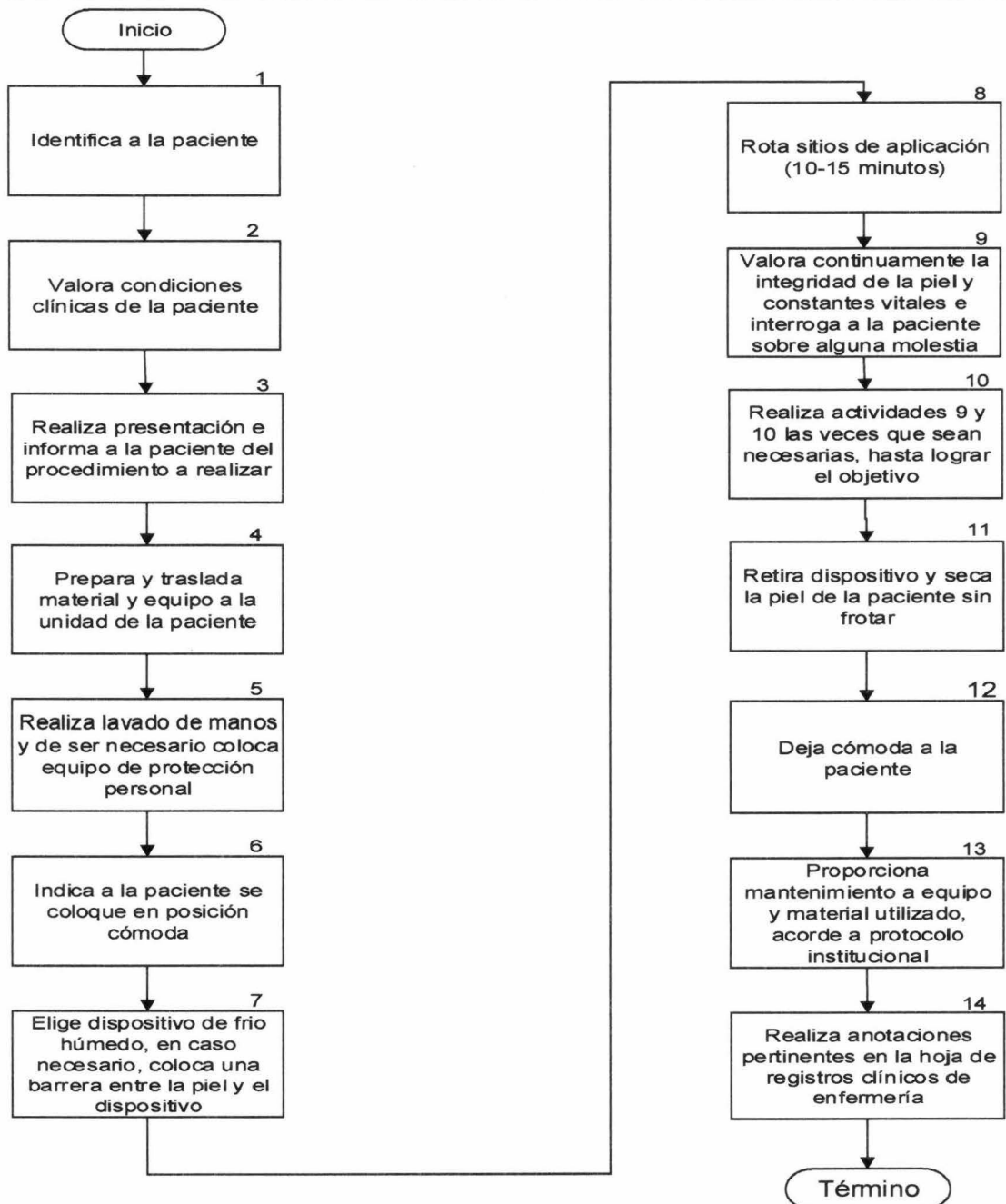
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Realizar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Valorar características y condiciones de la piel antes, durante y después del procedimiento.
- Conocer el manejo no farmacológico del dolor.
- Valorar las necesidades reales o potenciales de la paciente para que se encuentre segura, tranquila y cómoda.
- Preparar material y equipo necesarios para el procedimiento.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería de acuerdo con las políticas institucionales.

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

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

2. APLICACIÓN DE FRÍO HÚMEDO

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

3. ASEO GENITOURINARIO

3. ASEO GENITOURINARIO



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

3. ASEO GENITOURINARIO

OBJETIVO

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

3. ASEO GENITOURINARIO**POLITICAS DE OPERACIÓN****Será obligación:****1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio**

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

- Conocer la normativa antes mencionada.
- Realizar la acción esencial 1 "Identificación del paciente", de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.
- Conocer y aplicar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario que se requieran durante el procedimiento.
- Aplicar los indicadores de enfermería: trato digno, prevención de infecciones por sonda vesical instalada, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, registro clínico de enfermería de acuerdo con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad de Salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer anatomía y fisiología del aparato genitourinario femenino.



DÍA	MES	AÑO
08	06	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
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.

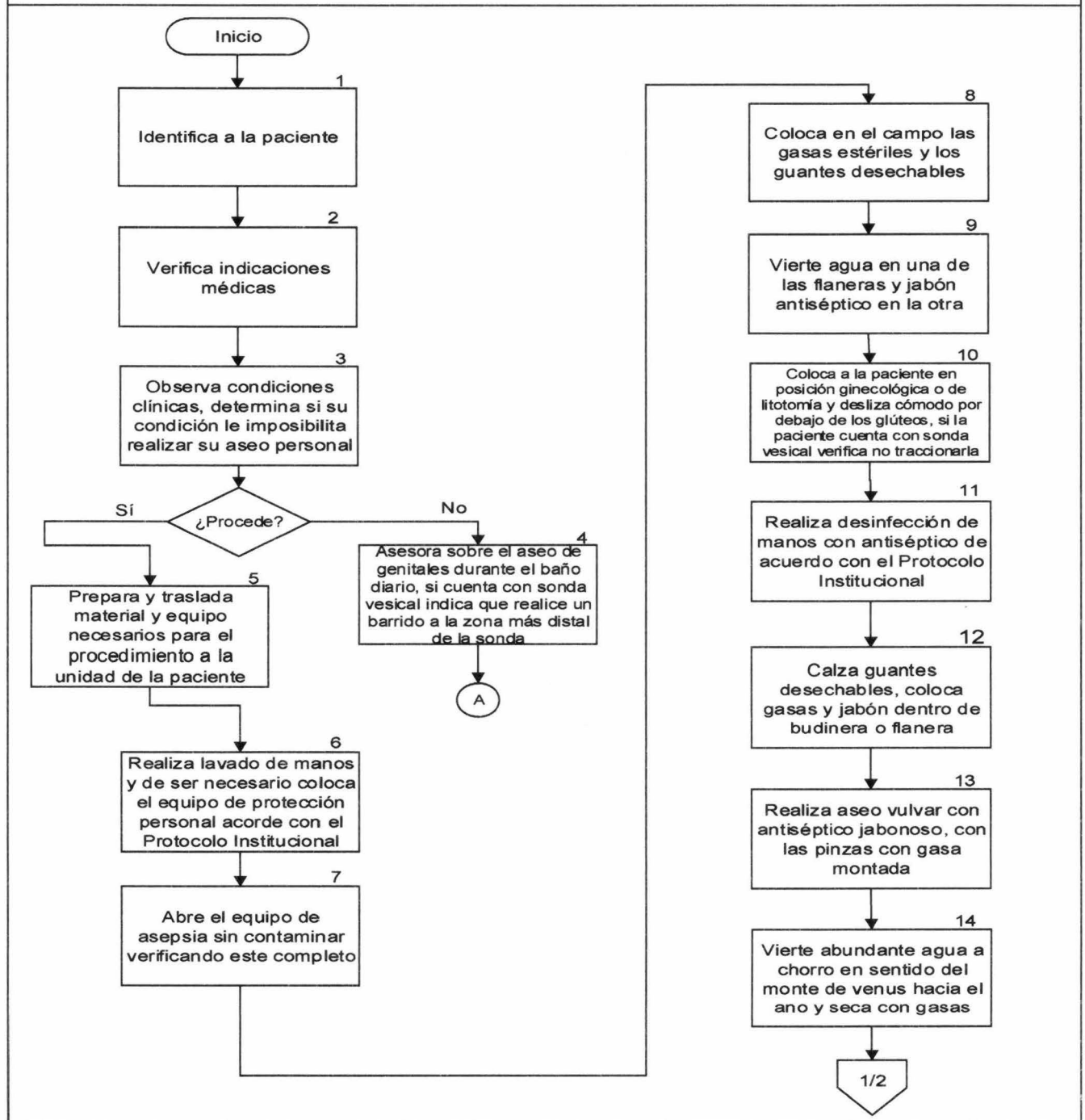
3. ASEO GENITOURINARIO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT .No.	DESCRIPCIÓN
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



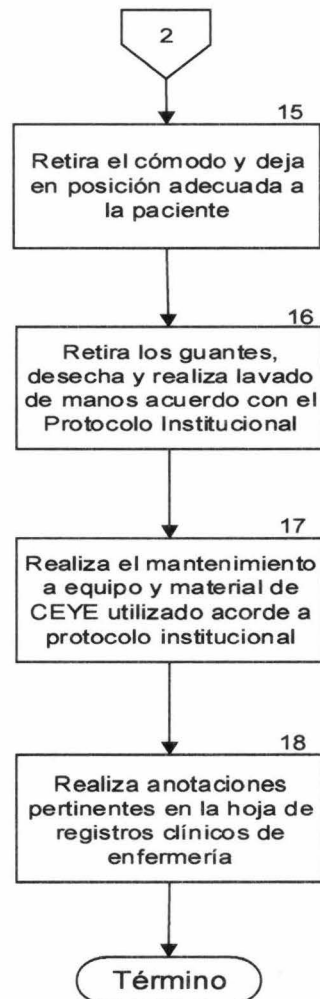
3. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial



3. ASEO GENITOURINARIO

Enfermera Asistencial



4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

OBJETIVO

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

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

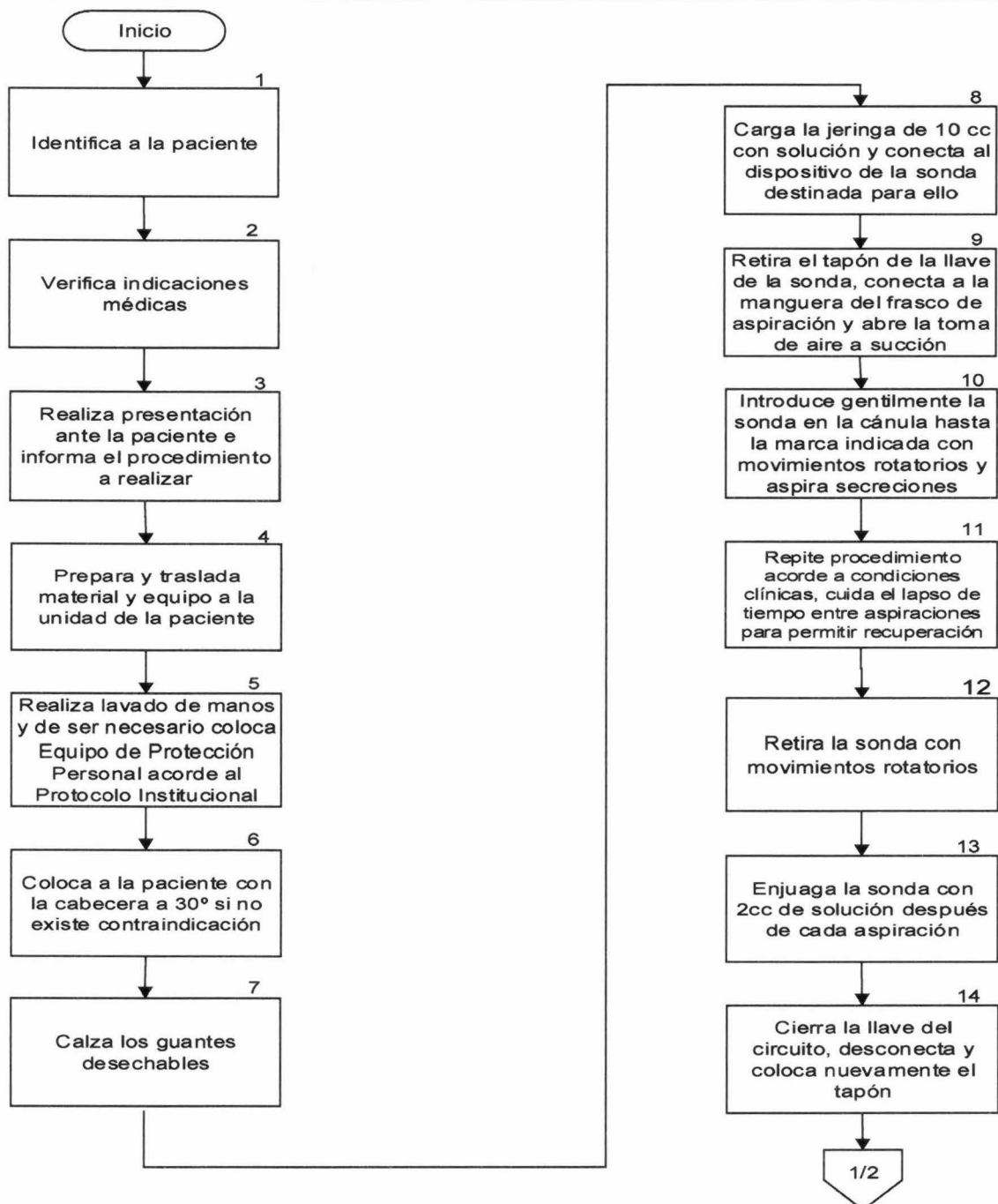
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Circuito cerrado
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación ante la paciente e informa el procedimiento a realizar.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza 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

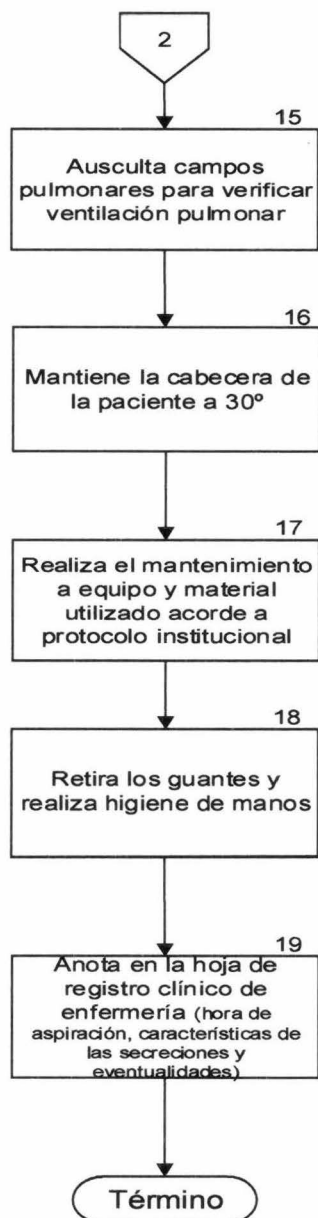
4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial



4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial



4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Circuito abierto
Enfermera 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
Enfermera 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	Ausculata 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.

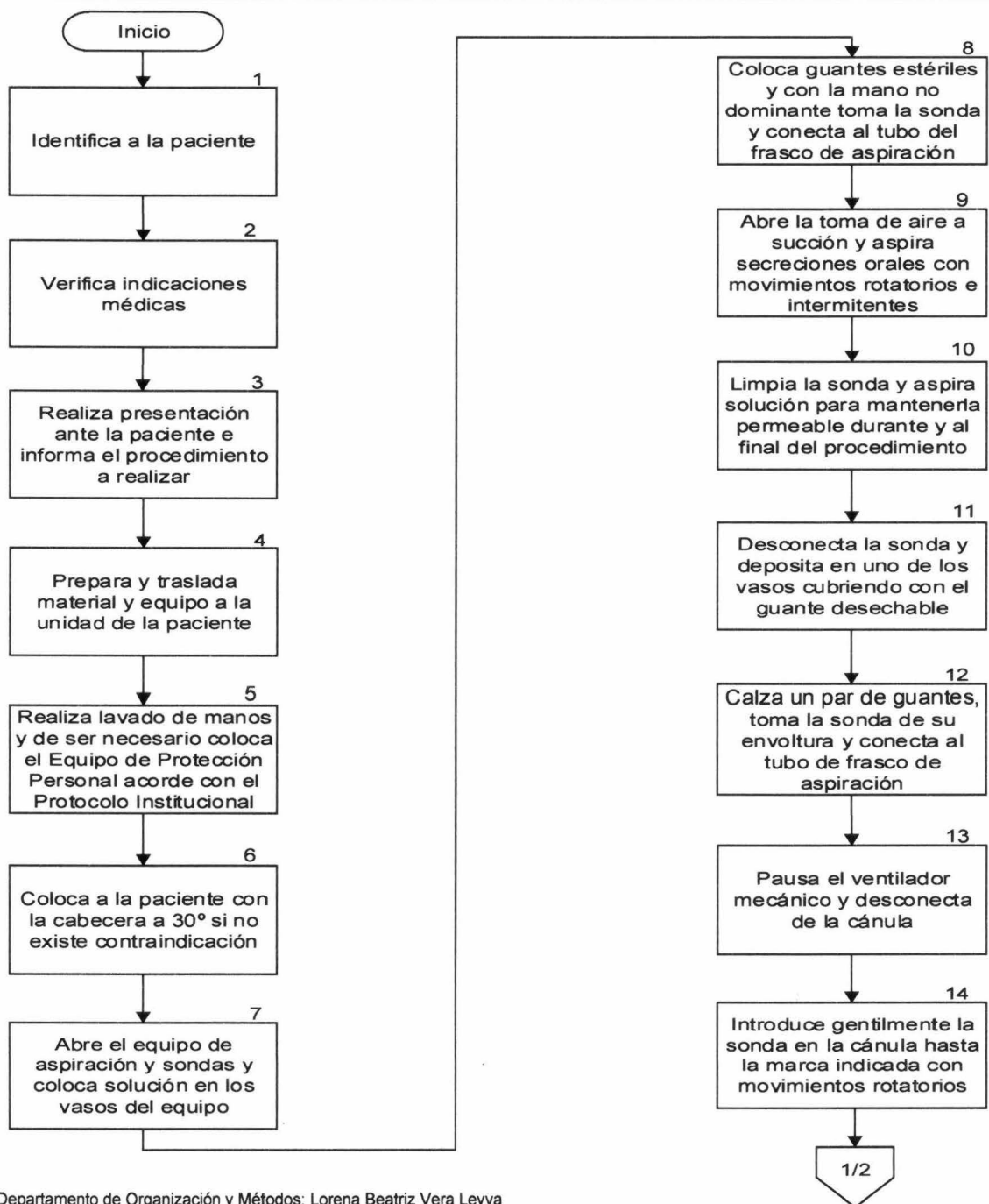
4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN Circuito abierto
Enfermera asistencial	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

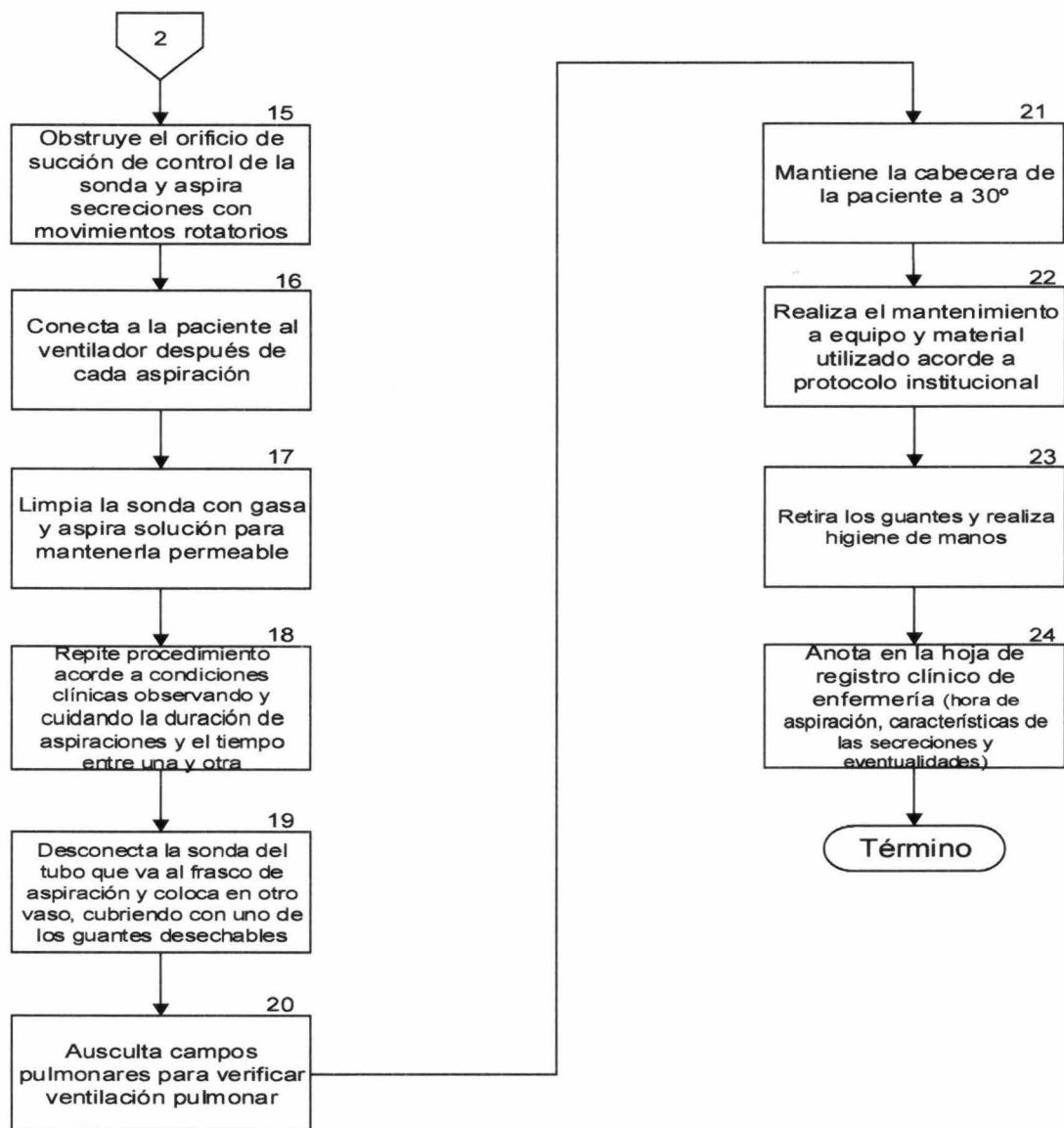
Enfermera Asistencial





4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL



DÍA	MES	AÑO
08	06	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.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL**POLITICAS DE OPERACIÓN**

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad:
 - o NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - o NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - o NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - o NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - o 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.
 - o 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- 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 cuenta con el material y equipo necesario para el procedimiento:
 - o Doppler fetal.
 - o Gel conductor

2. De la enfermera asistencial

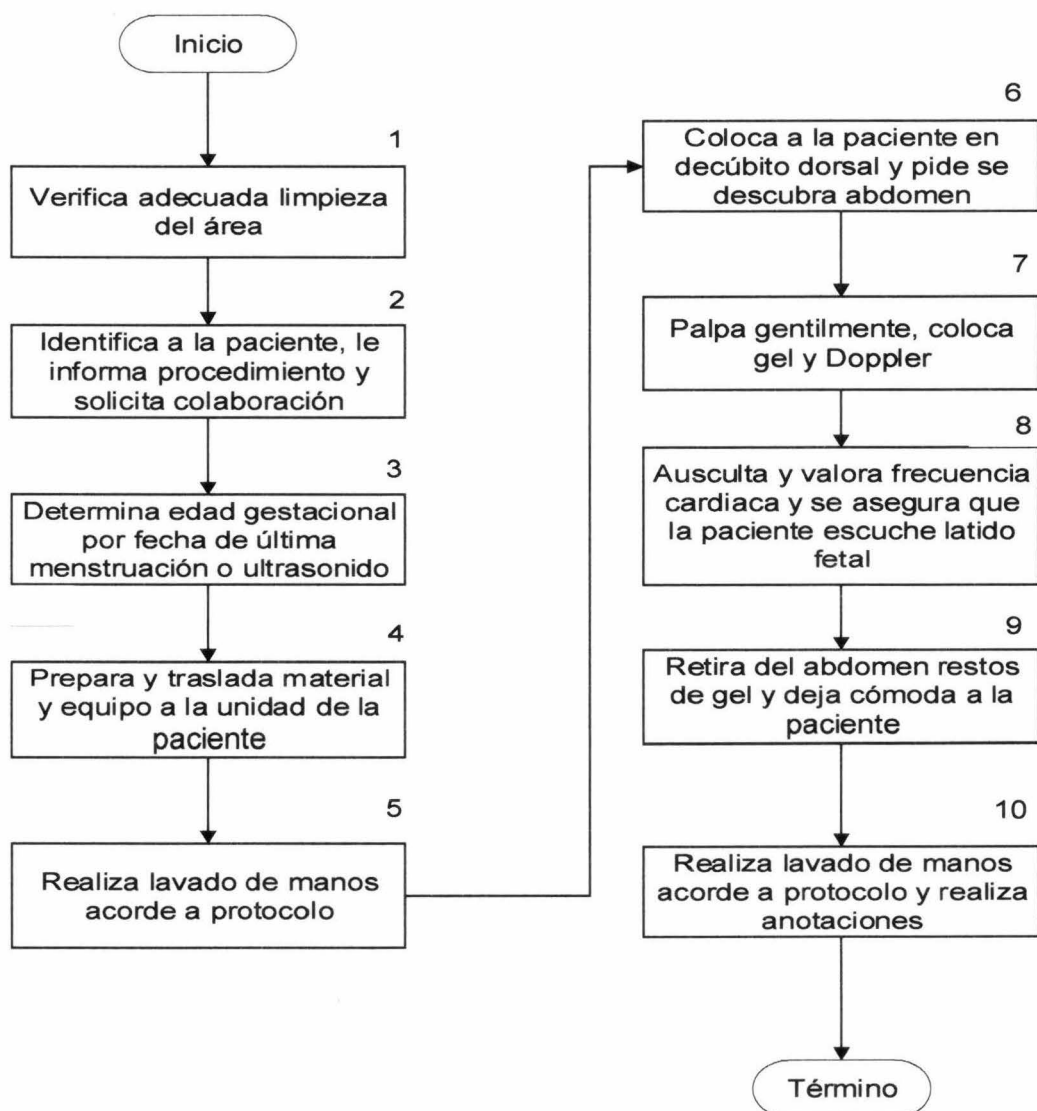
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplica las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal a partir de la semana 12 de gestación.
- Conocer la cifra normal de frecuencia cardiaca fetal acorde a semanas de gestación.
- Notificar a médico tratante sobre los hallazgos encontrados.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde a protocolo institucional.

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Verifica la adecuada limpieza del área física por el personal de intendencia.
	2	Identifica a la paciente, le informa procedimiento a realizar y solicita su colaboración.
	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 y le pide que se descubra el abdomen.
	7	Palpa gentilmente para determinar el fondo uterino, coloca gel conductor y Doppler acorde a semanas de gestación (ANEXO).
	8	Ausulta y valora frecuencia cardiaca fetal por 60 segundos, se asegura que la paciente escuche el latido fetal.
	9	Retira del abdomen restos de gel conductor y deja cómoda a la paciente.
	10	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional y realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Enfermera Asistencial

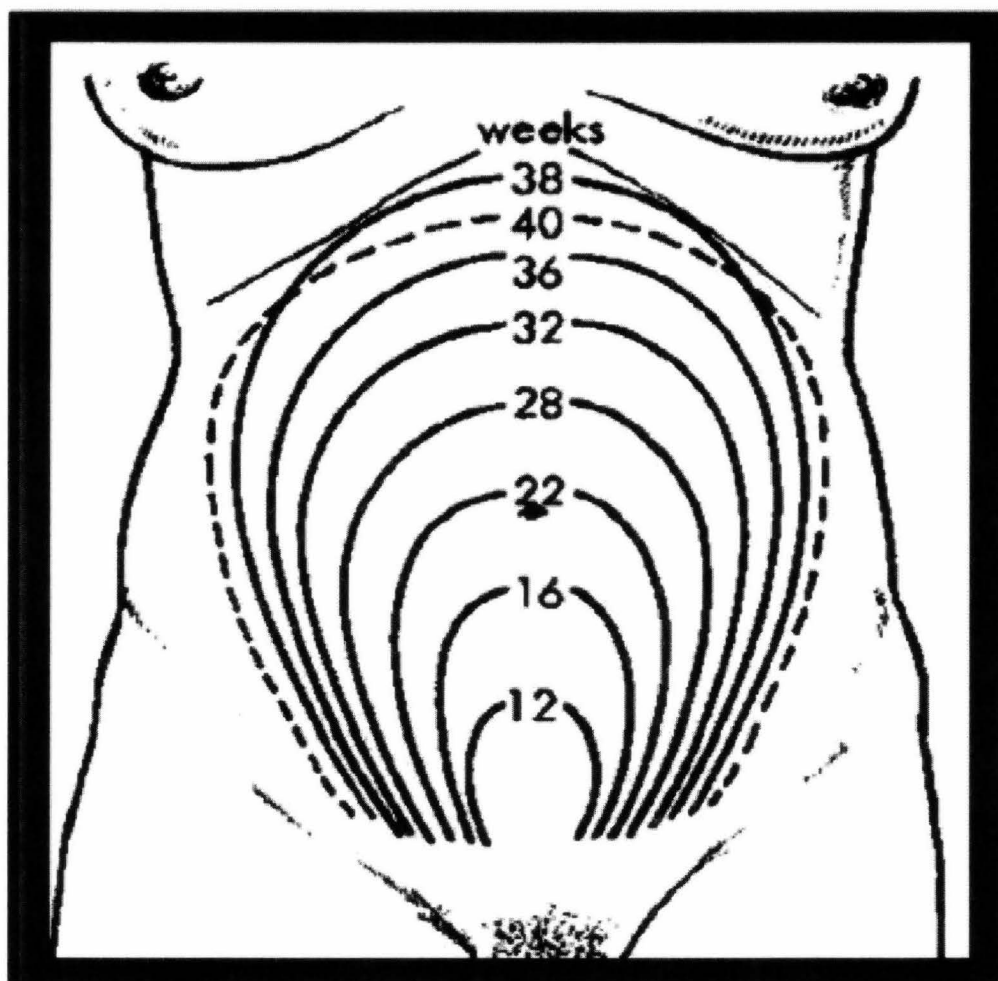


DÍA	MES	AÑO
08	06	22

5. AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

ANEXO

Altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, a partir de 28 semanas, realiza maniobras de Leopold, coloca Doppler a nivel del hombro anterior.



Referencia:

- 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
08	06	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

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-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 anti embolicas de diversas tallas.
- Asegurar que el personal a su cargo cuente con la capacitación de colocación de medias anti embolicas
- Verificar el cumplimiento del procedimiento.

2. De la Enfermera Asistencial:

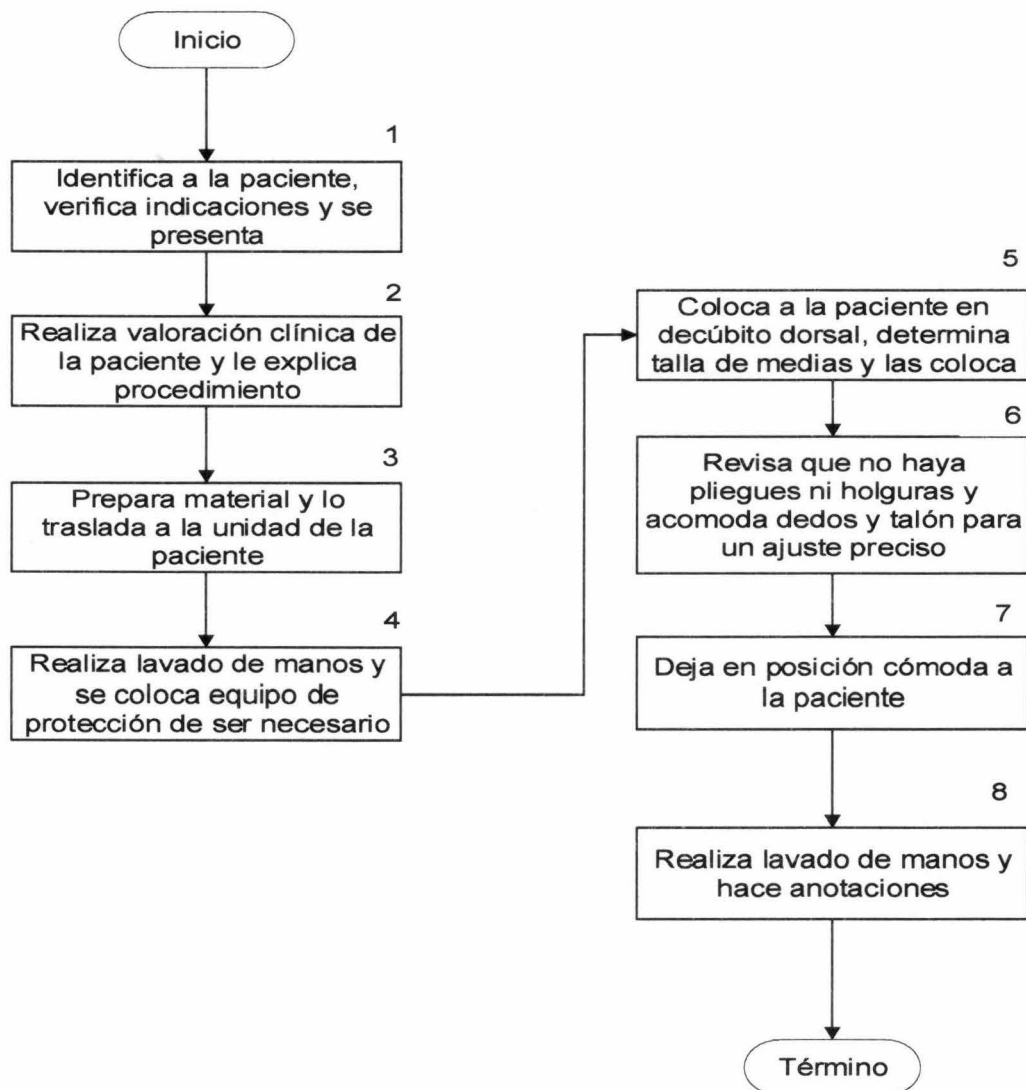
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Conocer las medidas esenciales para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

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas y se presenta.
	2	Realiza valoración clínica de las condiciones de la paciente y le explica el procedimiento.
	3	Prepara el material y lo traslada a la unidad de la paciente.
	4	Realiza lavado de manos y se coloca equipo personal de protección acorde a normativa institucional de ser necesario.
	5	Coloca a la paciente en decúbito dorsal con miembros pélvicos extendidos, determina la talla correcta de la media con la ayuda de la tabla de tallas (ANEXO 1) y coloca las medias (ANEXO 2).
	6	Revisa que no haya pliegues, ni holguras y coloca correctamente los dedos y el talón para un ajuste preciso.
	7	Deja en posición cómoda a la paciente
	8	Realiza lavado de manos y hace anotaciones en registros clínicos de enfermería
		Termina procedimiento

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

6. COLOCACIÓN DE MEDIAS ANTIEMBÓLICAS

ANEXO 1

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

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
3. (entre 2.5 y 5 cm por debajo del pliegue rodilla).



ANEXO 2

Sujetando la media, introducir la mano hasta la altura del talón.



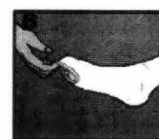
Con el centro del talón cogido, revolver la media de dentro hacia fuera hasta la altura del talón.



Posicionar la media sobre el pie y el talón, asegurándose que el talón esté perfectamente centrado.



Comenzar a deslizar lentamente hacia arriba el cuerpo de la media



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

DÍA	MES	AÑO
08	06	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.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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

Será Obligación:

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

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

2) Del (a) Enfermera Asistencial:

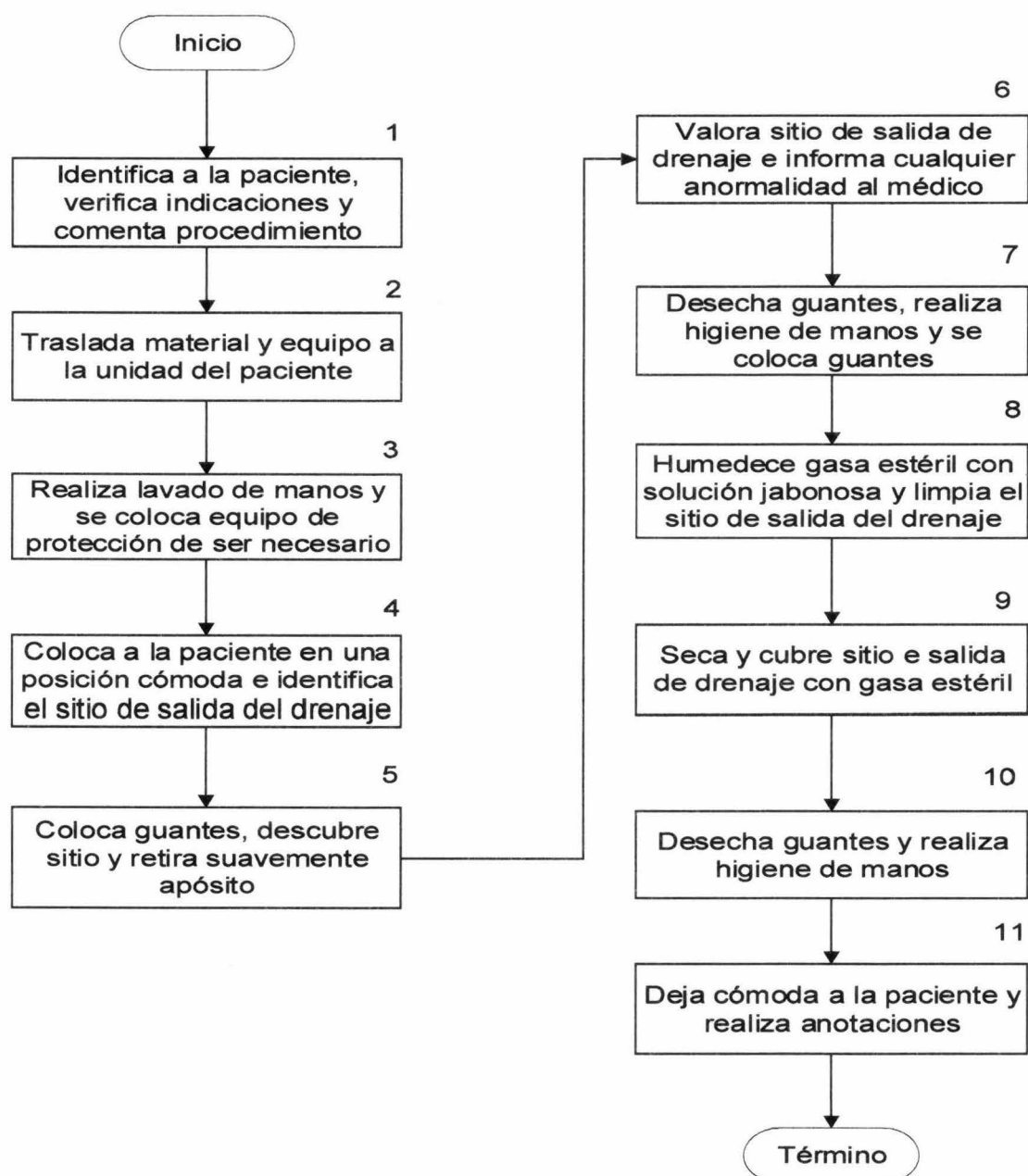
- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo necesarios para realizar el procedimiento.
- Llevar a cabo las precauciones estándar acorde al protocolo institucional.
- Respetar los principios de asepsia y antisepsia.
- Conocer los diferentes tipos de drenajes y comprobar permeabilidad e integridad de la piel.
- Valorar las condiciones de la paciente para realizar el procedimiento.
- Identificar si existen alergias a algún excipiente para la realización de la curación.
- Identificar la existencia de alteraciones, respetando el máximo la intimidad de la persona.
- Observar las características del drenado y vacía por razón necesaria el contenedor.
- Cambiar la bolsa colectora o reservorio, en drenajes cerrados con aspiración, cuando esté llena en sus 2/3 partes a fin de mantener una succión efectiva.
- Realizar las anotaciones correspondientes en los Registros Clínicos de Enfermería.

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial		SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)
	1	Identifica a la paciente, verifica indicación médica y le informa el procedimiento a realizar.
	2	Traslada material y equipo a la unidad del paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el Protocolo Institucional.
	4	Coloca al paciente en posición que facilite el procedimiento y la mantenga confortable e identifica el sitio de salida del drenaje y sistema.
	5	Coloca guantes, descubre sólo el sitio de salida del drenaje y retira suavemente el apósito (humedece de ser necesario con Cloruro de Sodio 0.9%).
	6	Valora las características del sitio de salida del drenaje, los bordes circundantes, tipo de exudado e identifica sangrado, signos de infección o cualquier anomalía para dar aviso al médico.
	7	Desecha guantes, realiza higiene de manos y se coloca guantes estériles.
	8	Toma la gasa estéril, humedece con solución jabonosa y solución cloruro de sodio 0.9%, y limpia de acuerdo a los principios de asepsia hasta que observe limpio el sitio de salida del drenaje.
	9	Seca y cubre el sitio de salida del drenaje con gasa estéril sellando los bordes cuando aplique con apósito transparente.
	10	Desecha guantes y realiza higiene de manos.
	11	Deja en una posición cómoda a la paciente y realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial SISTEMA ABIERTO (PENROSE, BIOVAC)

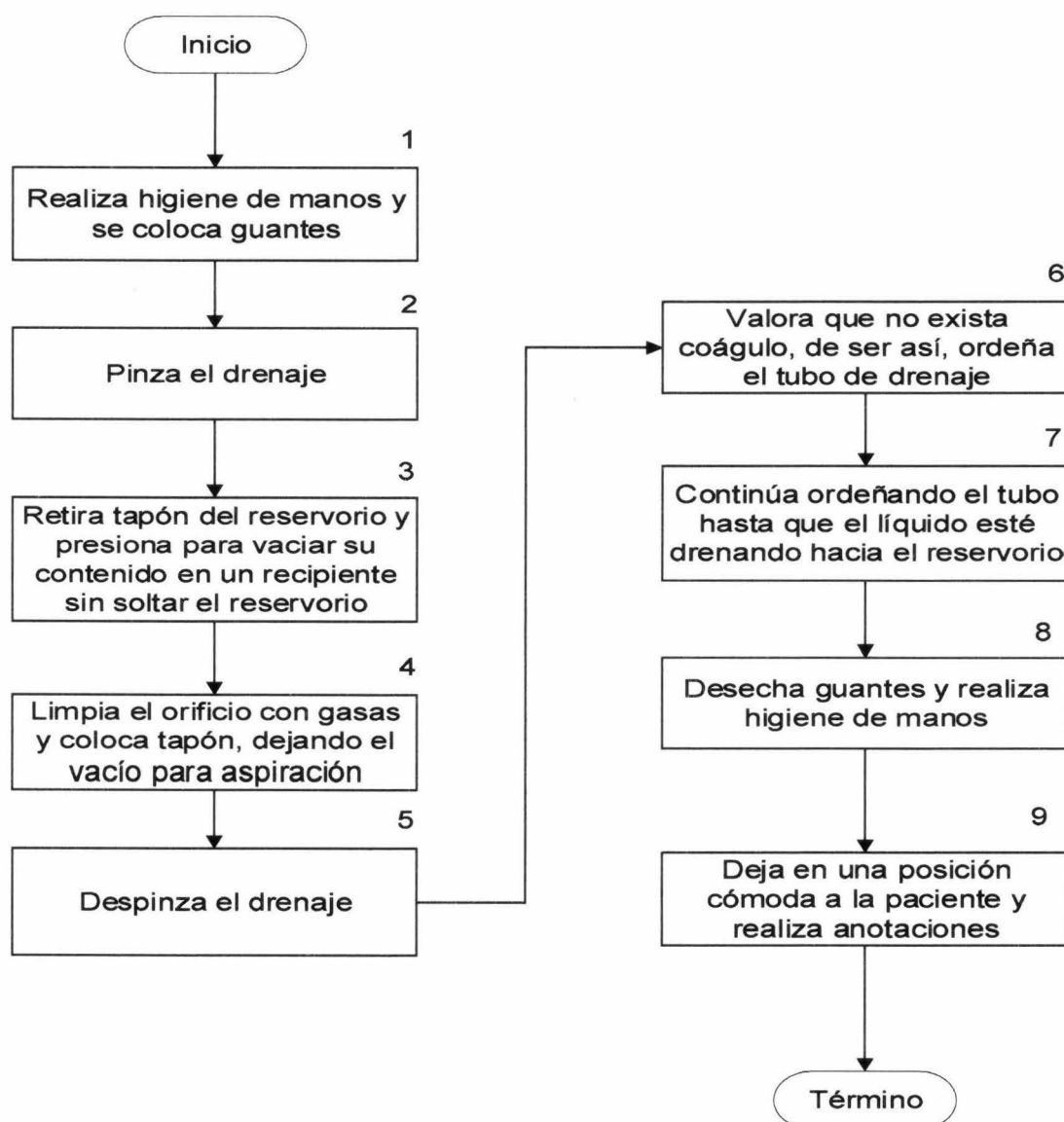


7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial		SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO
	1	Realiza higiene de manos y se coloca guantes.
	2	Pinza el drenaje.
	3	Retira el tapón del reservorio y presiona el centro para vaciar su contenido en un recipiente graduado sin soltar el reservorio.
	4	Limpia el orificio de salida con gasas y vuelve a colocar el tapón, permitiendo que siga produciendo el vacío necesario para la aspiración.
	5	Despinza el drenaje.
	6	Valora que no exista coágulo u otro material bloqueando el drenaje, de ser así, ordeña el tubo de drenaje (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) .
	7	Continúa ordeñando el tubo hasta que el líquido esté drenando hacia el reservorio.
	8	Desecha guantes y realiza higiene de manos.
	9	Deja en una posición cómoda a la paciente y realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial SISTEMA ABIERTO: VACIADO DE RESERVORIO

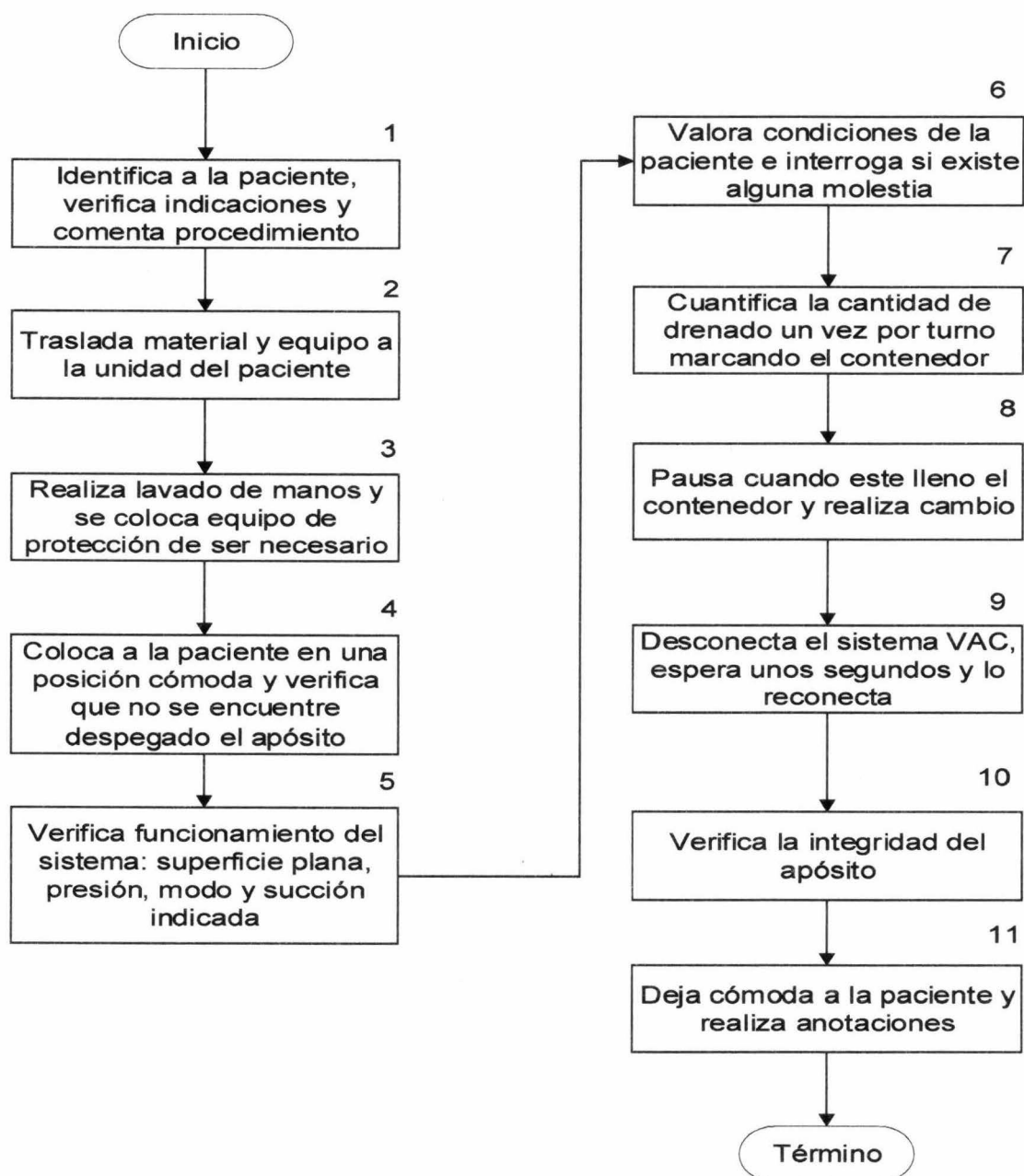


7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial		SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)
	1	Identifica a la paciente, verifica indicación médica y le informa el procedimiento a realizar.
	2	Traslada material y equipo a la unidad del paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el Protocolo Institucional.
	4	Coloca a la paciente en posición que facilite el procedimiento y la mantenga confortable, y verifica que no se encuentre despegado el apósito.
	5	Verifica el adecuado funcionamiento del sistema: superficie plana, presión, modo y succión indicada.
	6	Valora las condiciones de la paciente e interroga si existe alguna molestia.
	7	Cuantifica la cantidad de drenado una vez por turno marcando el contenedor.
	8	Pausa el funcionamiento cuando se encuentre lleno el contenedor, pinza el tubo de succión, desconecta el tubo proximal a la paciente y presiona las pestañas que se encuentran al costado del canister para la expulsión del equipo y realiza cambio.
	9	Desconecta el Sistema VAC (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), espera unos segundos y reconecta el Sistema VAC (retira las gasas de los extremos del tubo, conecta el tubo al contenedor, abre las pinzas, enciende bomba de succión e inicia la terapia, el equipo recuperará los ajustes introducidos antes de pausarla).
	10	Verifica la integridad del apósito.
	11	Deja en una posición cómoda a la paciente y realiza anotaciones correspondientes en los registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

7. CUIDADOS DE DRENAJES (ABIERTOS Y CERRADOS)

Enfermera Asistencial
SISTEMA CERRADO (SISTEMA VAC)





DÍA	MES	AÑO
08	06	22

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

8. CUIDADOS DE ESTOMAS

OBJETIVO

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 (a) jefe de servicio o encargada.

- 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) De (a) enfermera asistencial.

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

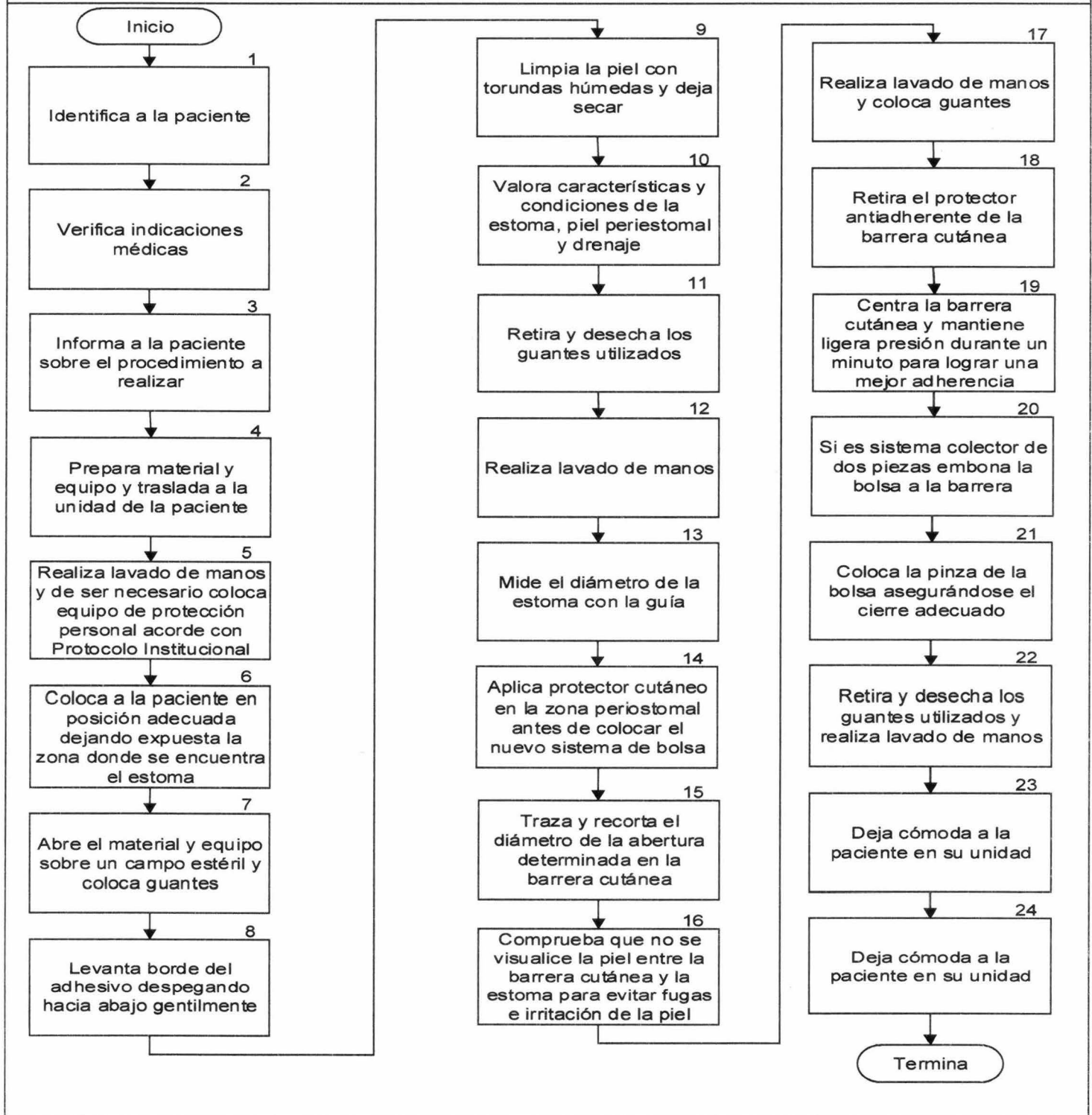
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
	4	Prepara material y equipo y traslada a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario 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)
Enfermera 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>

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

OBJETIVO

Remover materia orgánica con un agente químico.

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

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

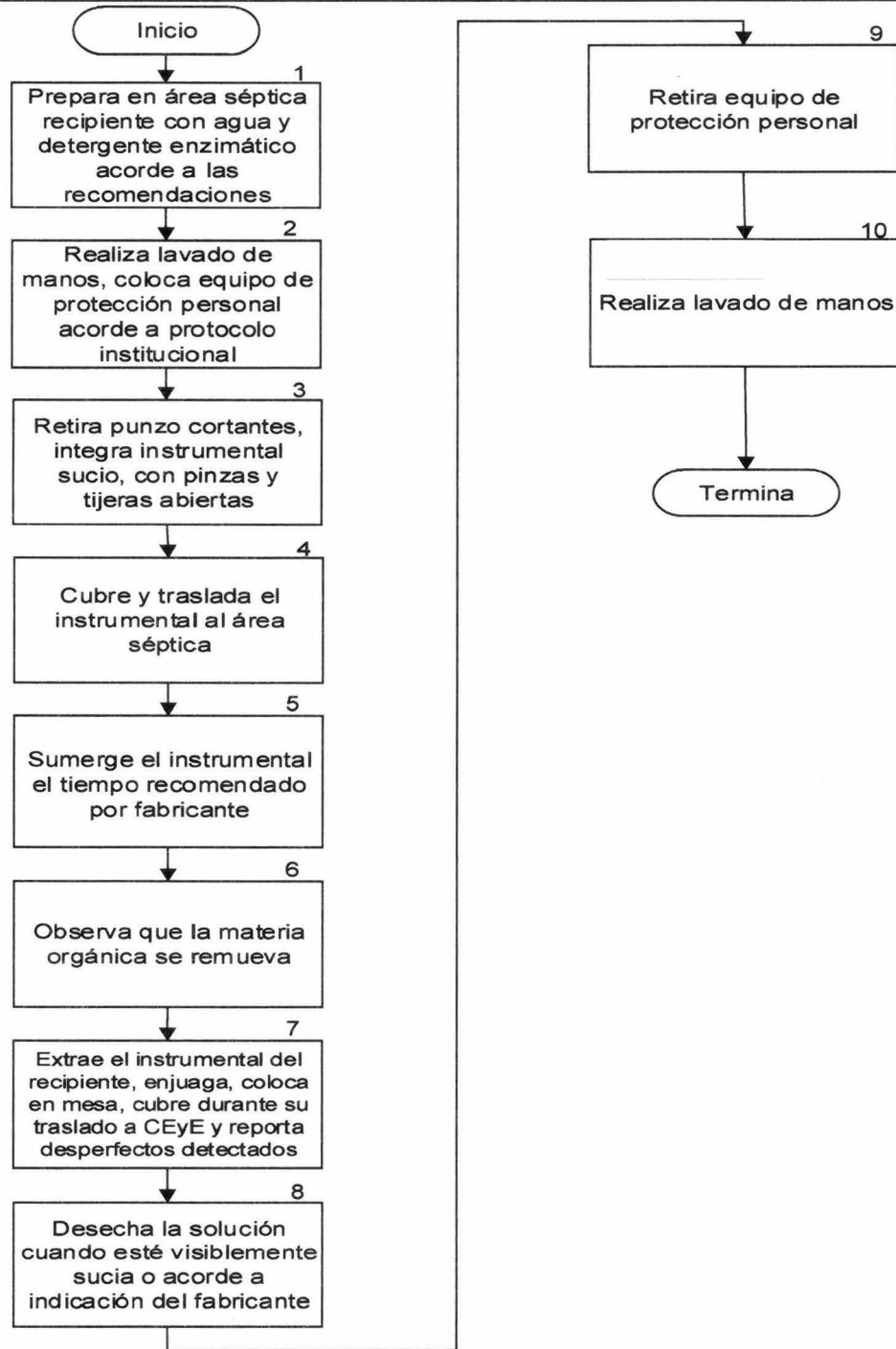
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar principio de la descontaminación.
- Conocer y aplicar las precauciones estándar de acuerdo con la OMS.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar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

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

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

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
08	06	22

9. DESCONTAMINACIÓN DE INSTRUMENTAL

Bibliografía

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO:

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

10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA**POLÍTICAS DE OPERACIÓN****Será obligación****1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio:**

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
- 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
- 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
08	06	22

10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

- **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 el procedimiento
- Tener conocimientos de anatomía y fisiología del aparato respiratorio
- Conocer las posibles complicaciones.
- Monitorizar continuamente los signos vitales y saturación de oxígeno >90%
- 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

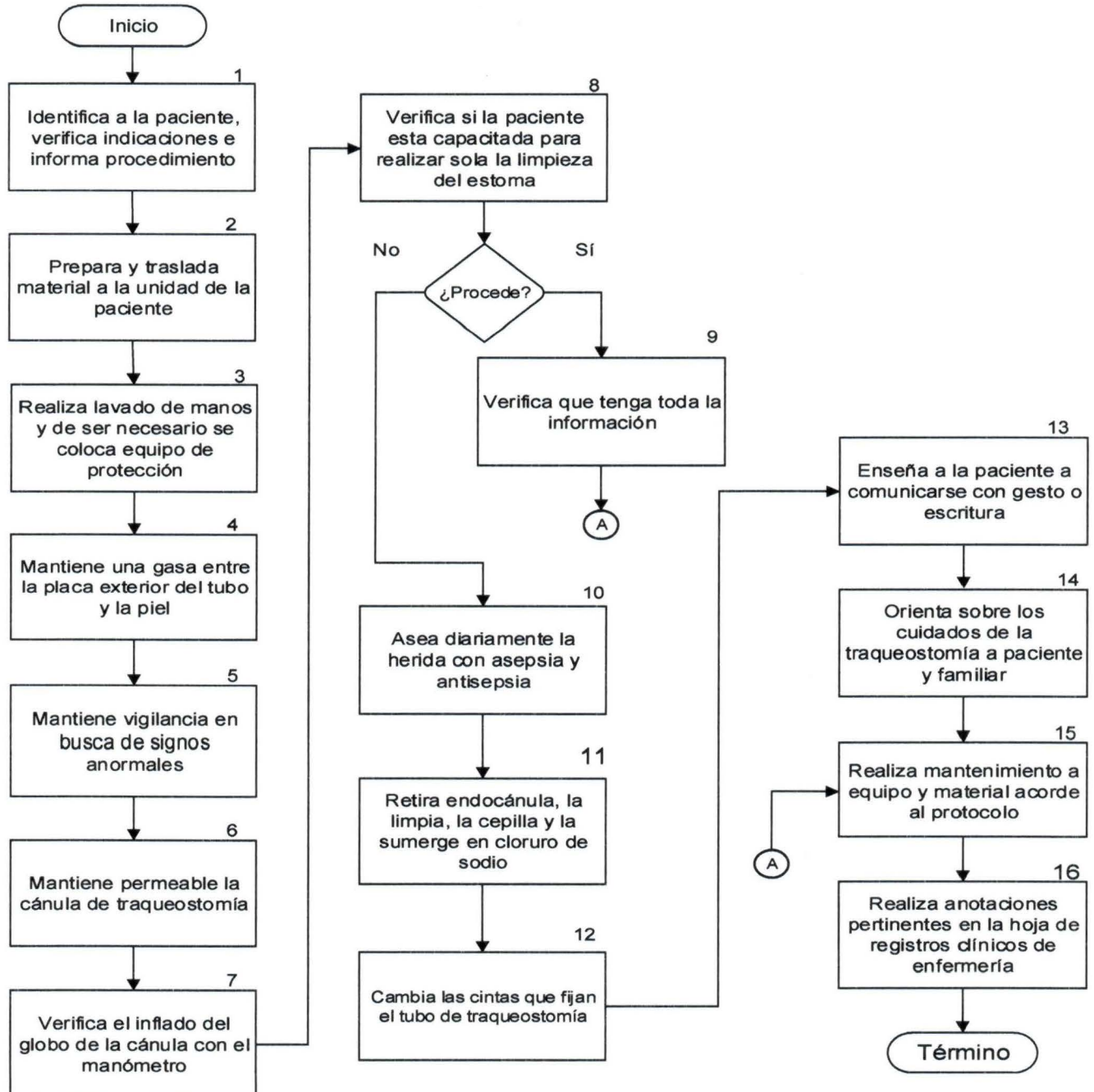
10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN CUIDADOS GENERALES
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas, se presenta e informa el procedimiento a realizar y si sus condiciones clínicas lo permiten solicita su colaboración.
	2	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	4	Mantiene una gasa entre la placa exterior del tubo y la piel colocada en forma de "U" de ser necesario cambia previa asepsia.
	5	Mantiene vigilancia estrecha de la zona en busca de signos anormales.
	6	Mantiene permeable la cánula de traqueostomía mediante el uso de endocánula.
	7	Verifica el inflado del globo de la cánula de traqueostomía con el manómetro la cual no debe exceder los 22mnHg y de ser necesario aspira secreciones.
	8	Verifica si la paciente está capacitada para realizar sola la limpieza de la estoma.
		¿Procede?
	9	Sí: Verifica que cuente con toda la información y pasa a Act. 15.
	10	No: Asea diariamente la herida con cloruro de sodio al 0.9% bajo técnica de asepsia y antisepsia.
	11	Retira la endocánula, la limpia, la cepilla y la sumerge por 20 minutos en cloruro de sodio al 0.9% antes de volver a colocarla
	12	Cambia las cintas que fijan el tubo de traqueostomía por razón necesaria.
	13	Enseña a la paciente a comunicarse mediante gestos o escritura si está consciente
	14	Proporciona educación y orientación sobre los cuidados de la traqueostomía y manejo de secreciones a la paciente y familiar.
	15	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	16	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería
Termina procedimiento		



10.- INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

08	06	22
----	----	----

11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

OBJETIVO

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



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

08	06	22
----	----	----

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

2. Del (a) enfermera (o) asistencial

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
 - a) Antes de tocar a la paciente.
 - b) Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
 - c) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
 - d) Después de tocar a la paciente.
 - e) Después del contacto con el entorno de la paciente.
- El procedimiento de lavado de manos con agua y jabón tendrá una duración de 40 a 60 segundos.
- El procedimiento de la desinfección de manos con gel a base de alcohol tendrá una duración de 20 a 30 segundos.
- No usar uñas postizas cuando esté en contacto directo con los pacientes.
- Mantener las uñas cortas.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
4

FECHA

DÍA MES AÑO

11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

08 06 22

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



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

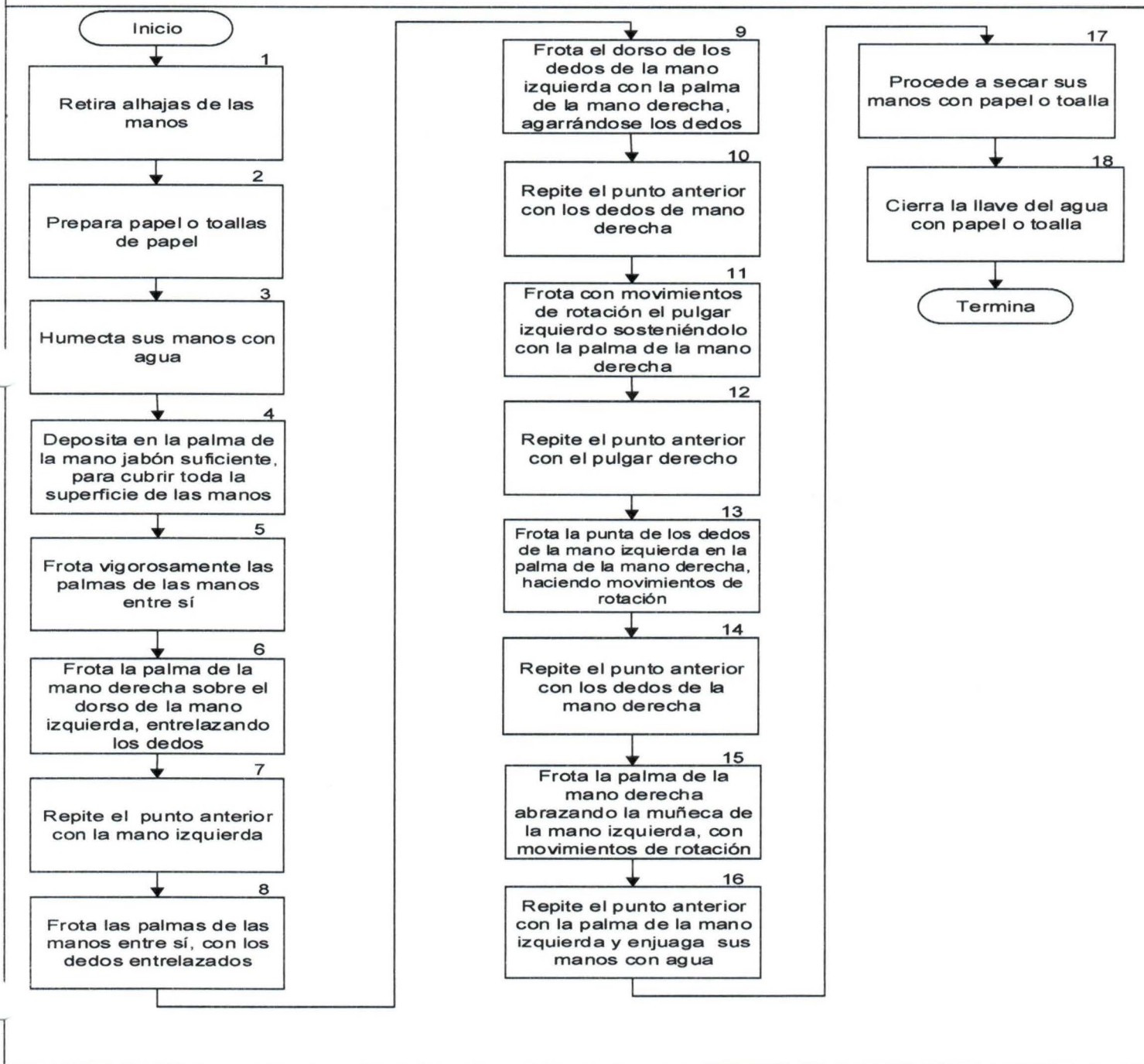
08	06	22
----	----	----

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



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

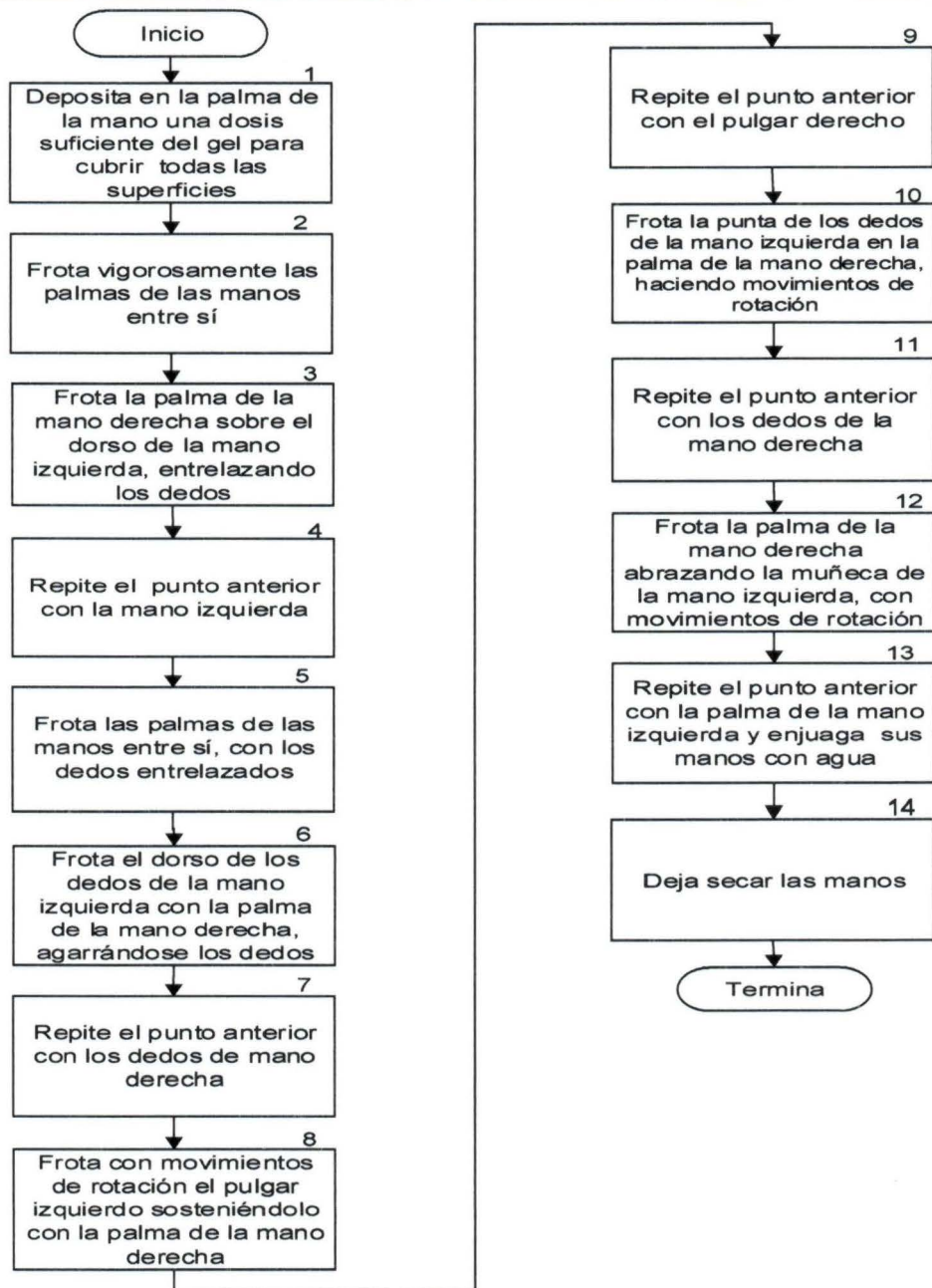
08	06	22
----	----	----

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



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Enfermera Asistencial



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

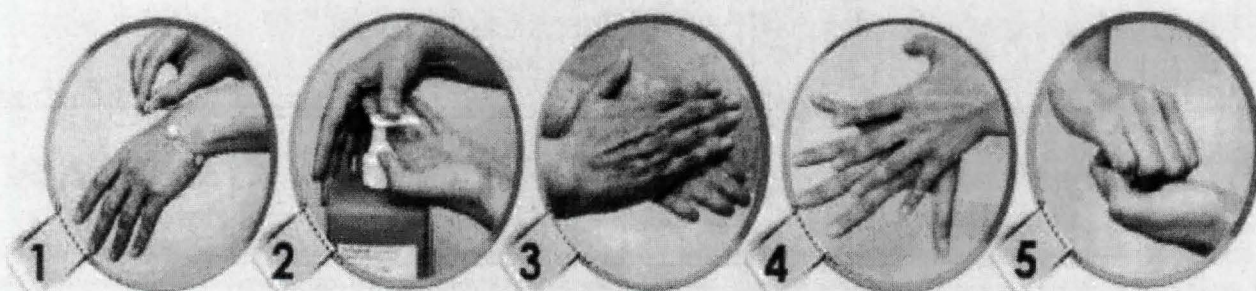
ANEXO



11. HIGIENE DE MANOS: LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

Alcohol - Gel | 20 a 30 seg

HIGIENE DE MANOS



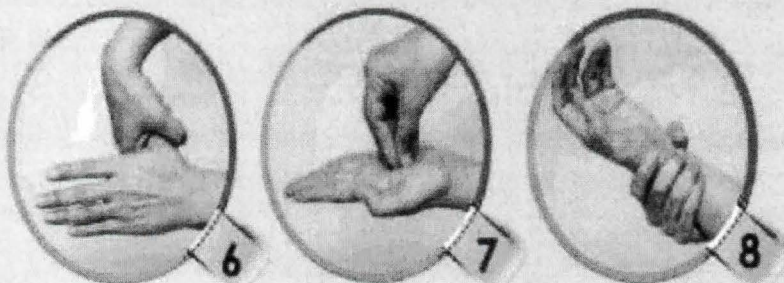
Retire joyería

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

Frote palmas entre 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

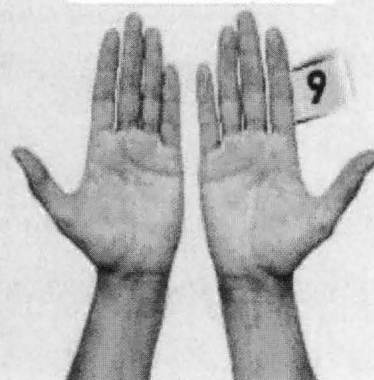


Frote punta de dedos contra palma en movimiento de rotación y viceversa

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO
PERIFÉRICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

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

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del Jefe/a de Servicio

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

12. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

1. Del Profesional de Enfermería Asistencial.

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

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

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

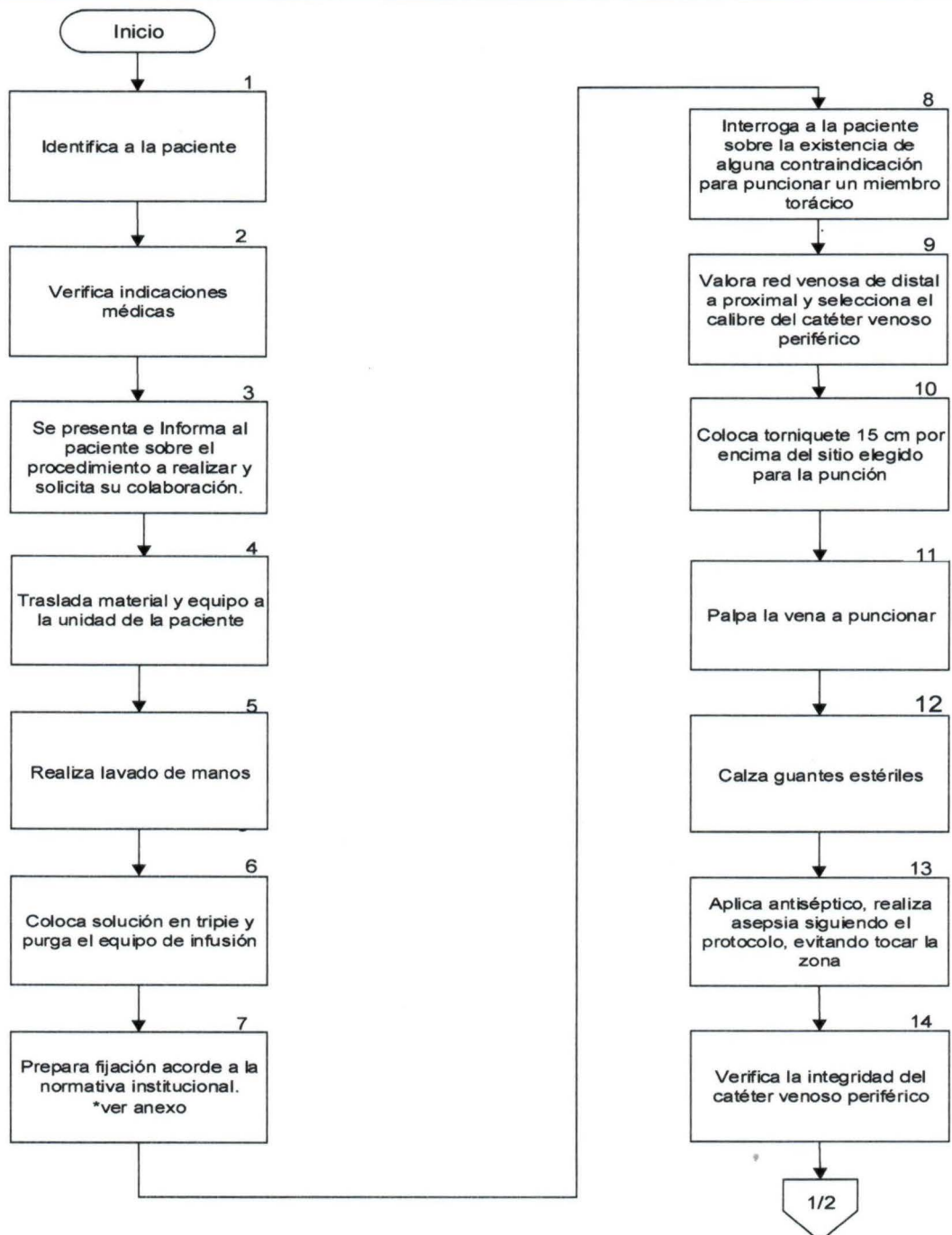
12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

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



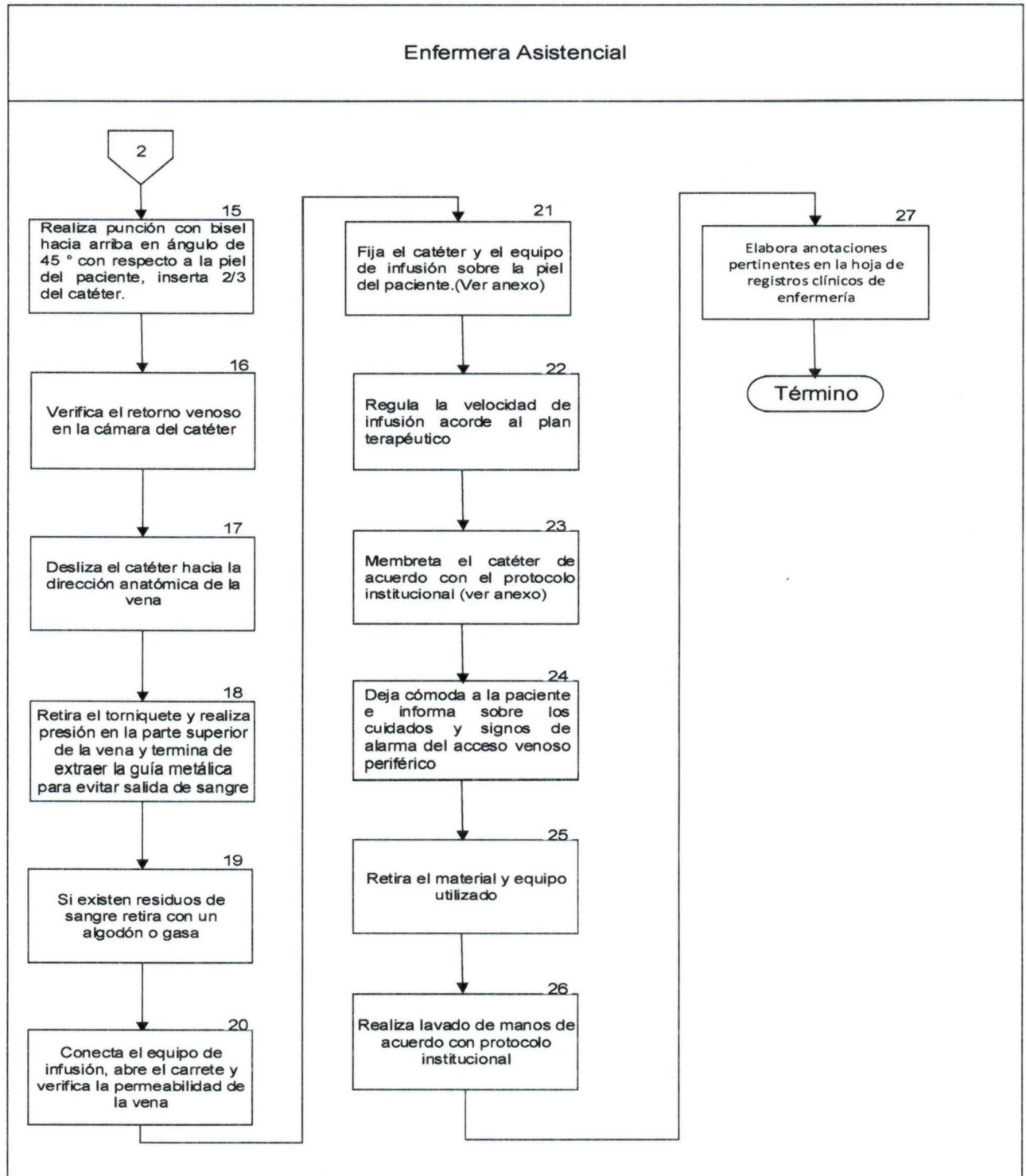
12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial





12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

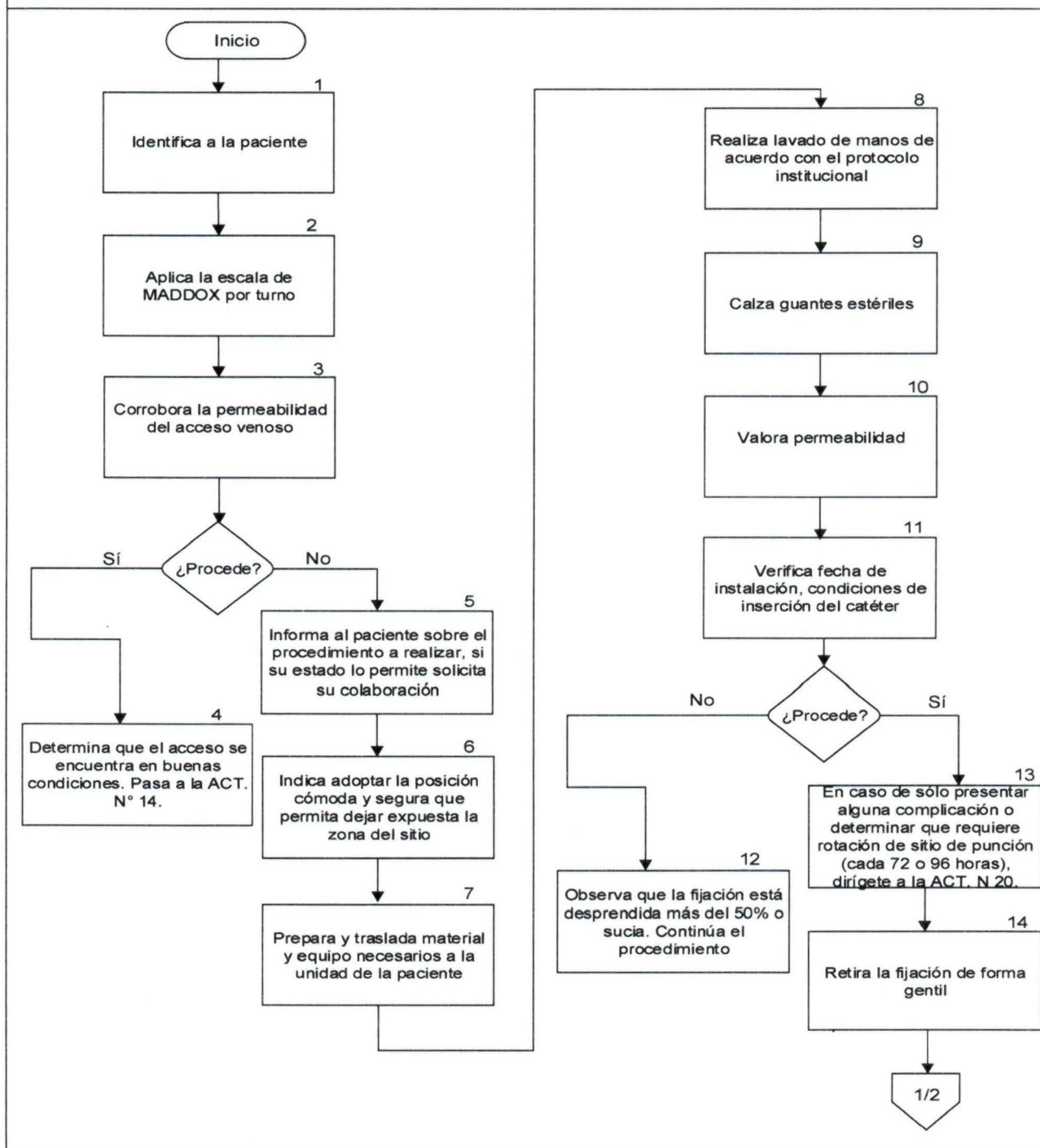
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO
Profesional de Enfermera Asistencial	1	Identifica al paciente.
	2	Aplica la escala de MADDOX por turno.
	3	Corroborar la permeabilidad del acceso venoso.
		¿Procede?
	4	Sí: Determina que el acceso se encuentra en buenas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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

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

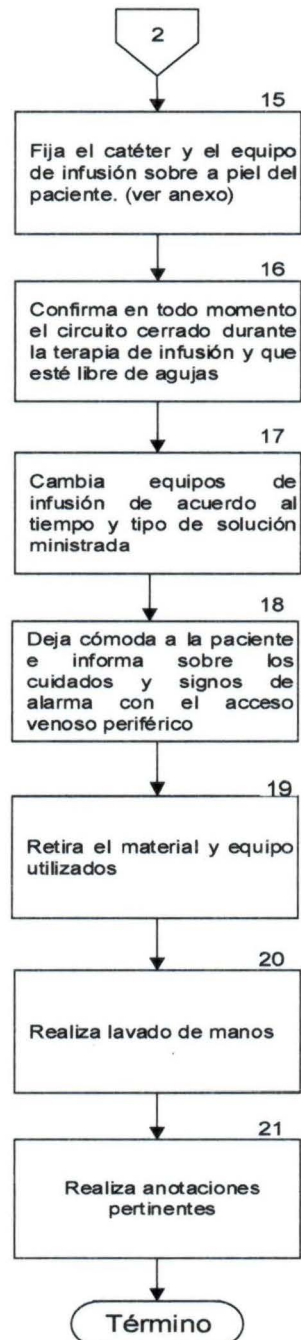
12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial Mantenimiento de Acceso Venoso Periférico



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Enfermera Asistencial

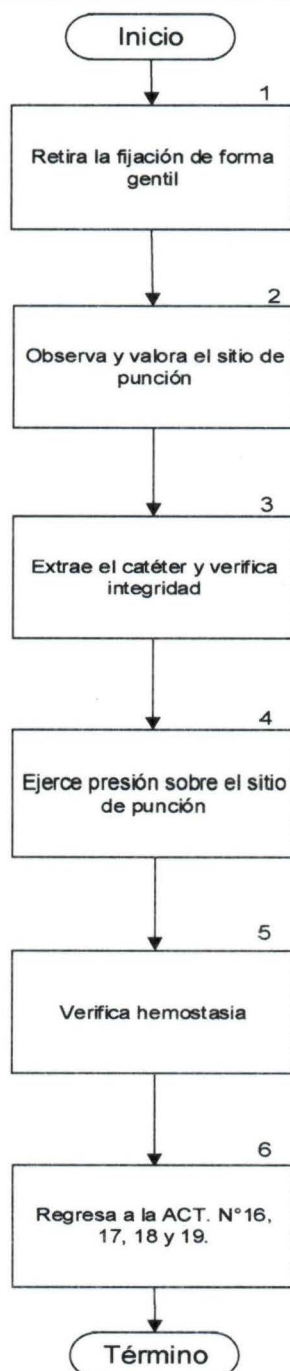


12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

ENFERMERÍA ASISTENCIAL RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO



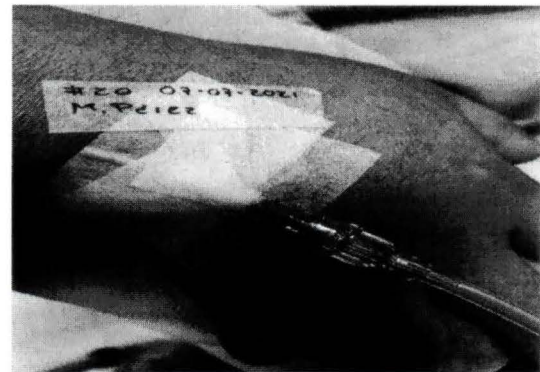
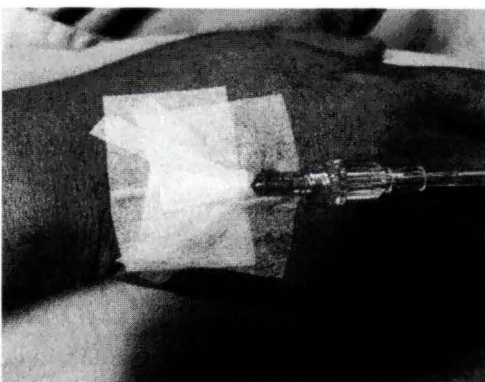
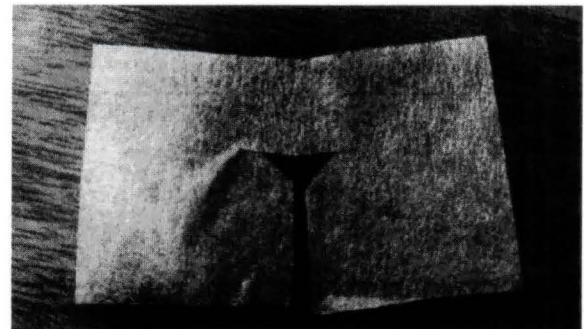
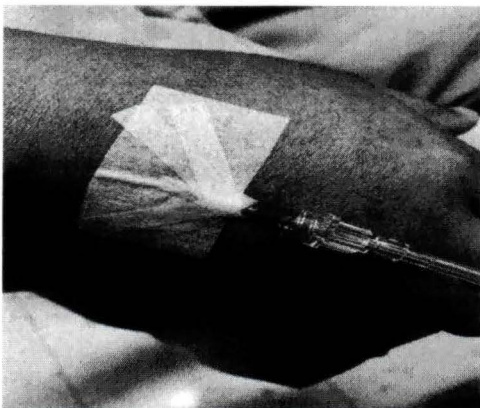
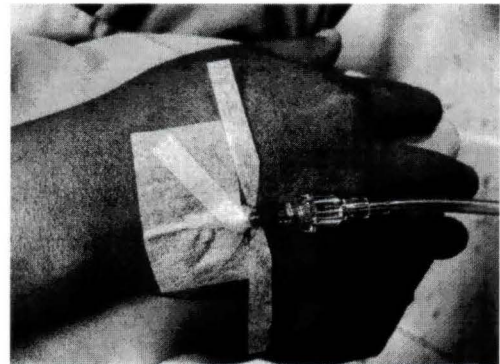
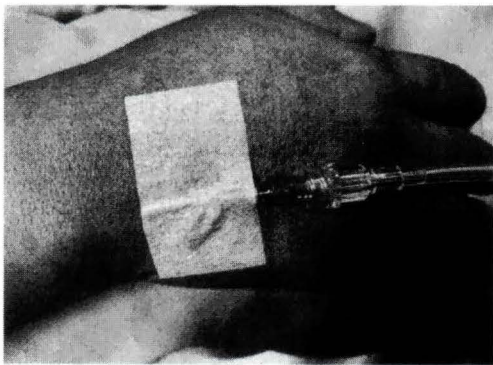
12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

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

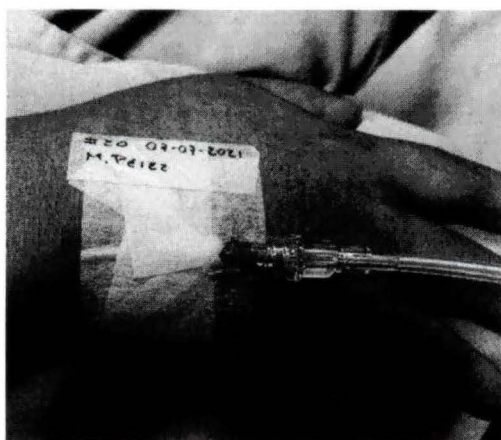


12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

FIJACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO CON MICROPORE O TELA ADHESIVA



12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

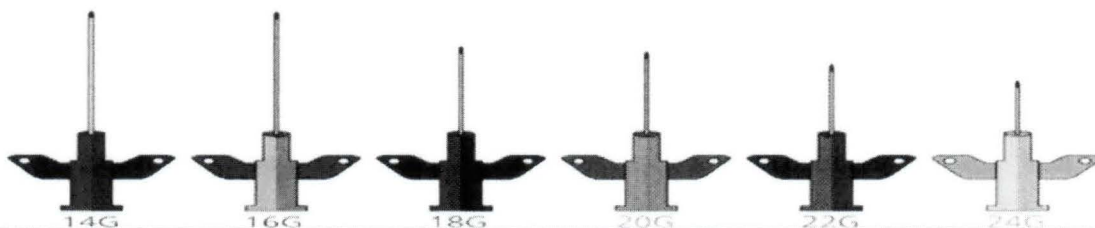


CAMBIO DE EQUIPOS DE ACUERDO AL TIPO DE SOLUCIÓN.

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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.



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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

ESCALA DE MADDUX

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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

SELECCIÓN DE VENA A PUNCIÓNAR.

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

12. INSTALACIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

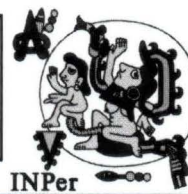
Referencias Bibliográficas.

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-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo. Obtenido de:
<http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087semarnatssa.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/087semarnatssa.html>
4. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
Obtenido en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
Obtenido:
<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm#:~:text=Esta%20Norma%20Oficial%20Mexicana%20establece,m%C3%A9dicos%20prestados%20por%20los%20hospitales.>
6. Técnica de cateterismo venoso periférico.
Universidad nacional autónoma de México facultad de medicina departamento de cirugía.
Marzo 2019.
Obtenido de:
<file:///C:/Users/ANTONIO/Downloads/Canalizacio%CC%81n-Venosa-Perife%CC%81rica-Act.-Marzo-2020.pdf>
7. Recomendaciones sobre mejores prácticas en el manejo de los catéteres venosos periféricos cortos. Secretaria General de Salud. Primera edición 2020.
Obtenido de: file:///C:/Users/ANTONIO/Downloads/recomendaciones_manejo_cateteres.pdf



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

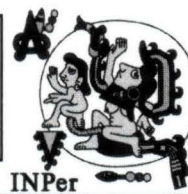
FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL



13. INSTALACIÓN DE Sonda VESICAL

OBJETIVO

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



13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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



13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

2. De la enfermera asistencial

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

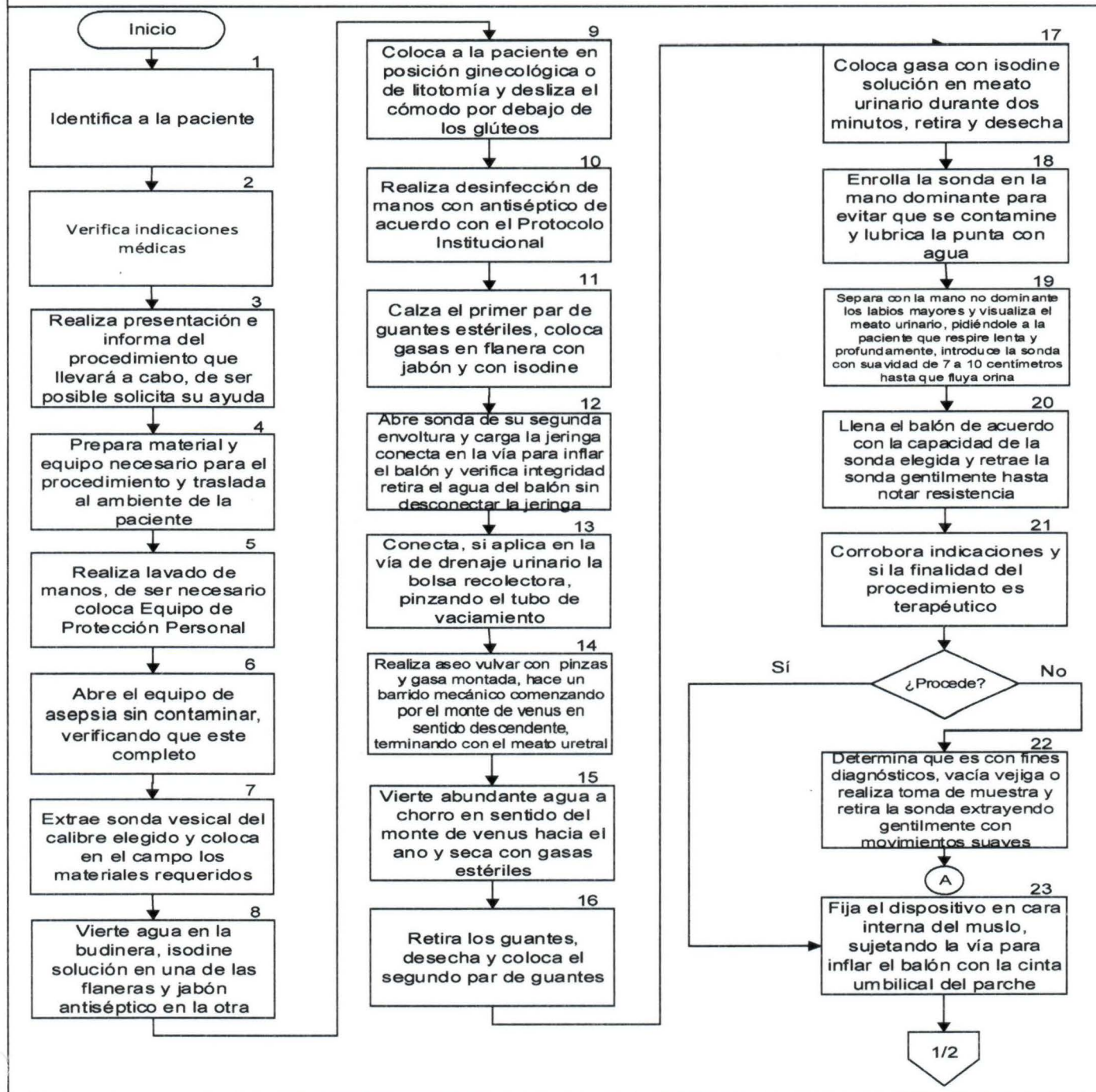
13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

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.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

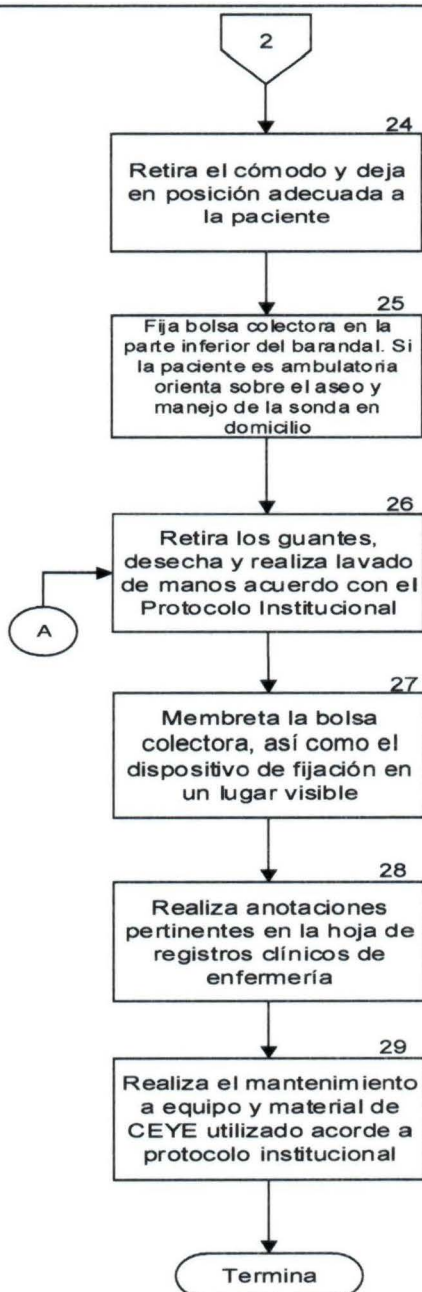
Enfermera Asistencial



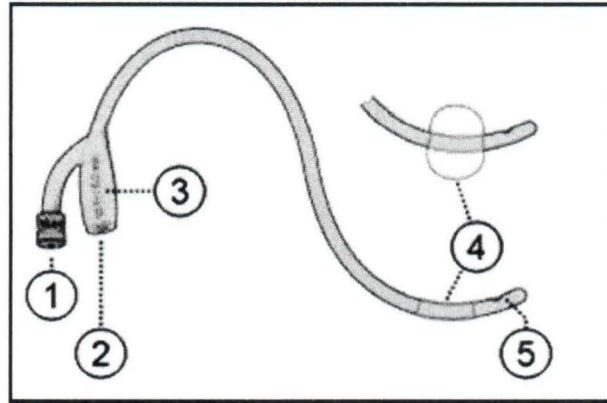
DÍA	MES	AÑO
08	06	22

13. INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL

Enfermera Asistencial



13. 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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
2

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. Del (a) jefe de servicio y/o encargado (a) 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 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
08	06	22

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

2. Del personal 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)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza su presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara 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 nariz 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

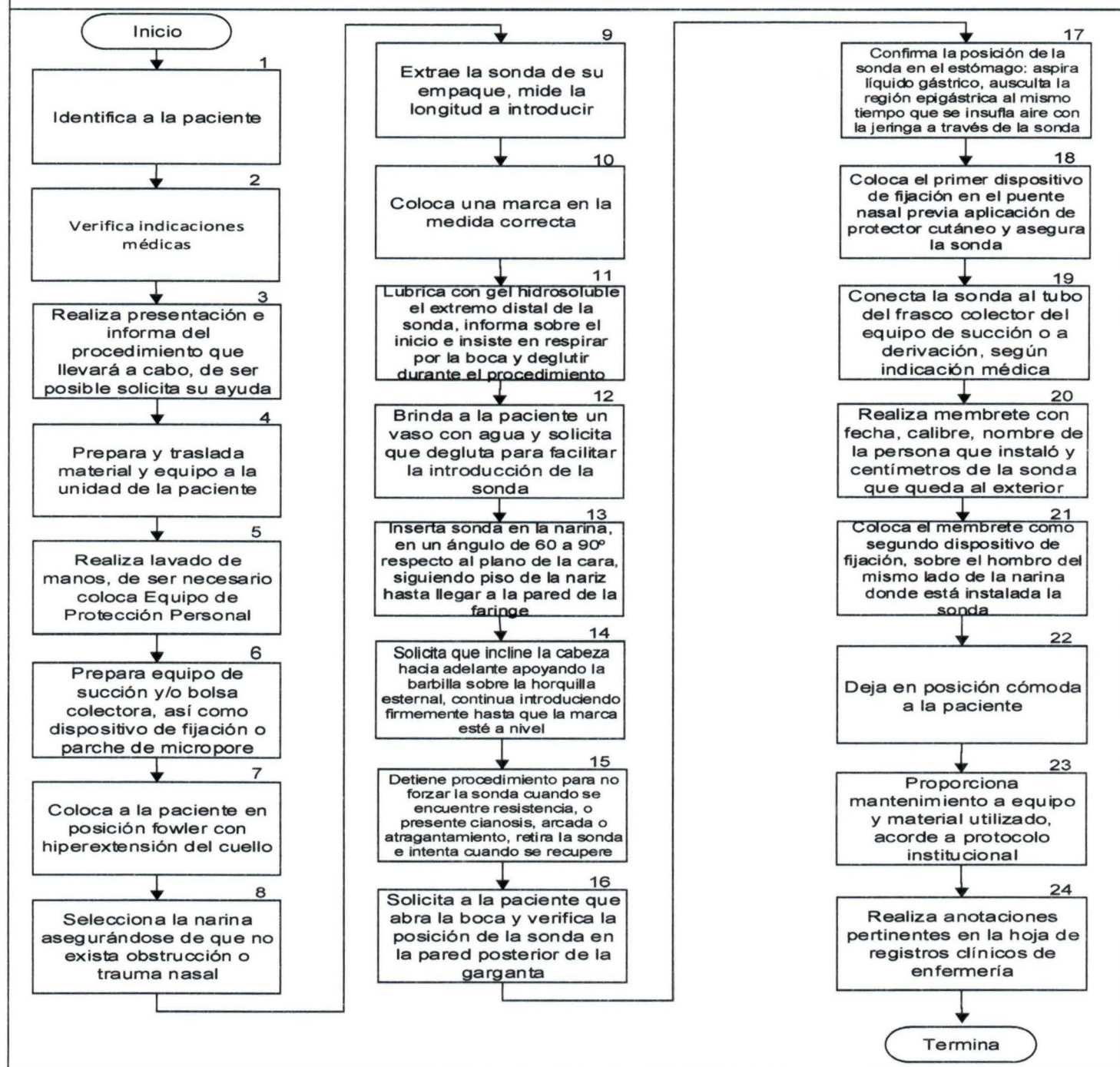
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Instalación de Sonda Nasogástrica)
Enfermera asistencial	13	Inserta la sonda gentilmente en la nariz de la paciente, en un ángulo de 60 a 90° respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar a la pared de la faringe.
	14	Solicita a 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 nariz.
	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)
Enfermera 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



14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (Mantenimiento de Sonda Nasogástrica)
Enfermera 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

14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

(Mantenimiento de sonda nasogástrica)

Enfermera Asistencial

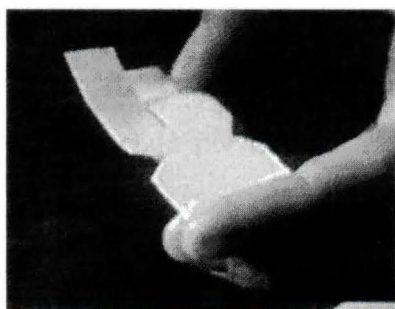
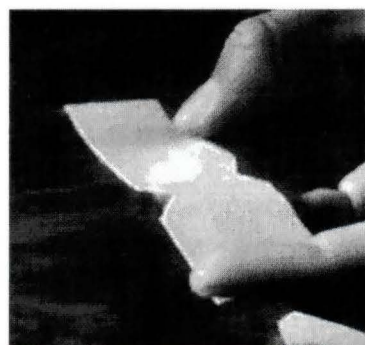
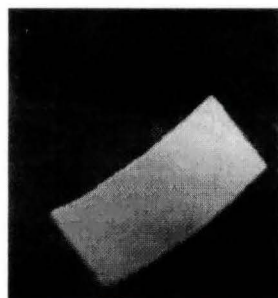


14. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE SONDA NASOGÁSTRICA

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.	





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA
OBSTÉTRICA

15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

15. 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
08	06	22

15. 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.

15. 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.

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

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN Pérdida sanguínea 500 a 1000 cc.
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica y cuantifica la pérdida hemática y estado clínico de la paciente.
	2	Aplica código h y solicita ayuda.
	3	Establece un líder del equipo y responsable de la lista de cotejo.
	4	Traslada el carro de paro y caja roja a la unidad de la paciente.
	5	Coloca puntas nasales con oxígeno de 3 a 5 litros por minuto, mantener una saturación de oxígeno mayor 90%.
	6	Canaliza dos acceso venosos (calibre 14 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).

15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN Pérdida sanguínea 500 a 1000 cc.
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	Transfunde 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 Pérdida 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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

15. 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. Perdida 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

15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA
OBSTÉTRICA

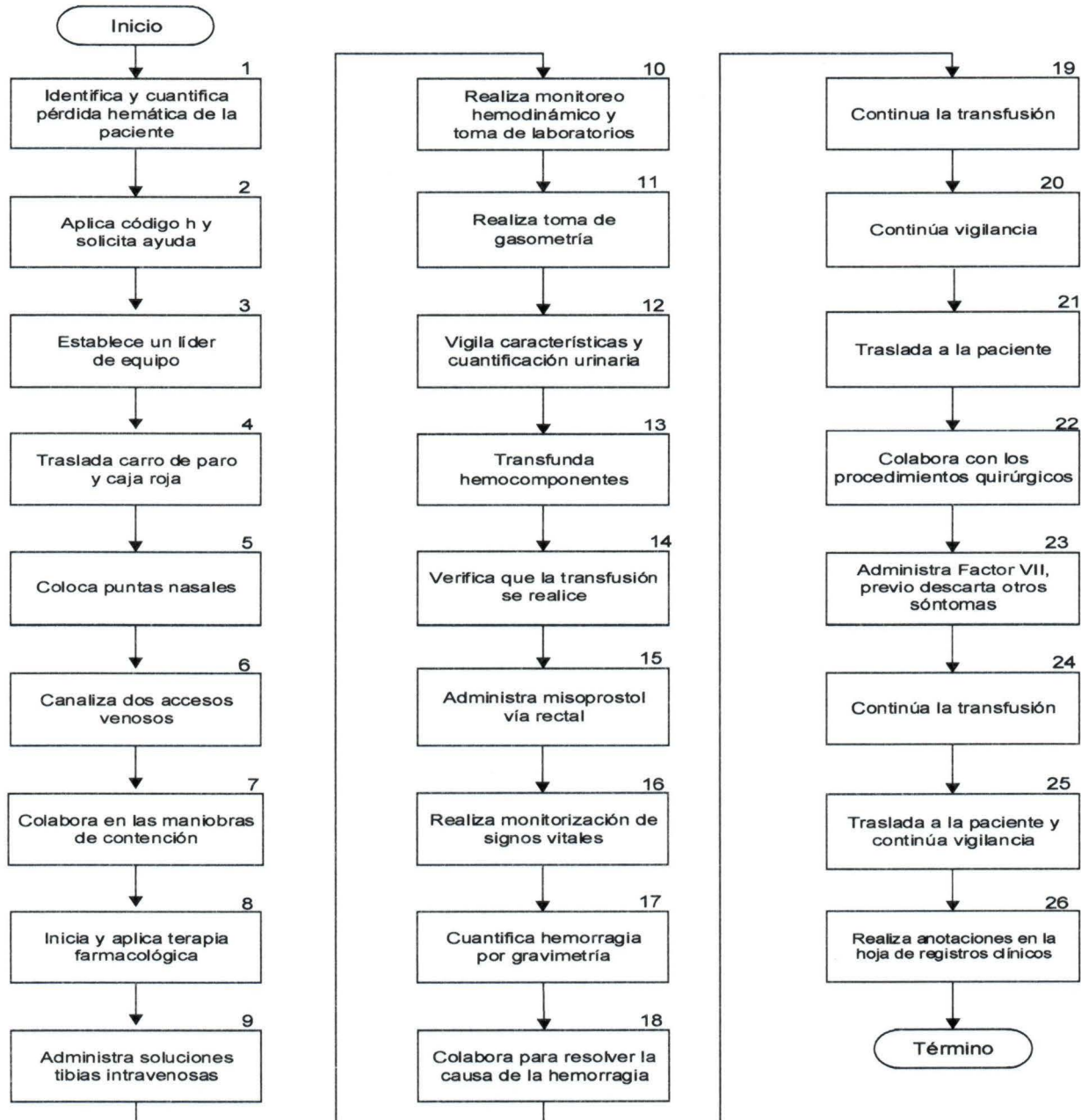
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	23	Administra factor VII activado recombinante de acuerdo a indicación médica. Previo a su uso descarta: hipotermia, hipocalcemia, acidosis y contar con niveles de fibrinógeno normales.
	24	Continúa con transfusión si está 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		



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Profesional de Enfermería Asistencial

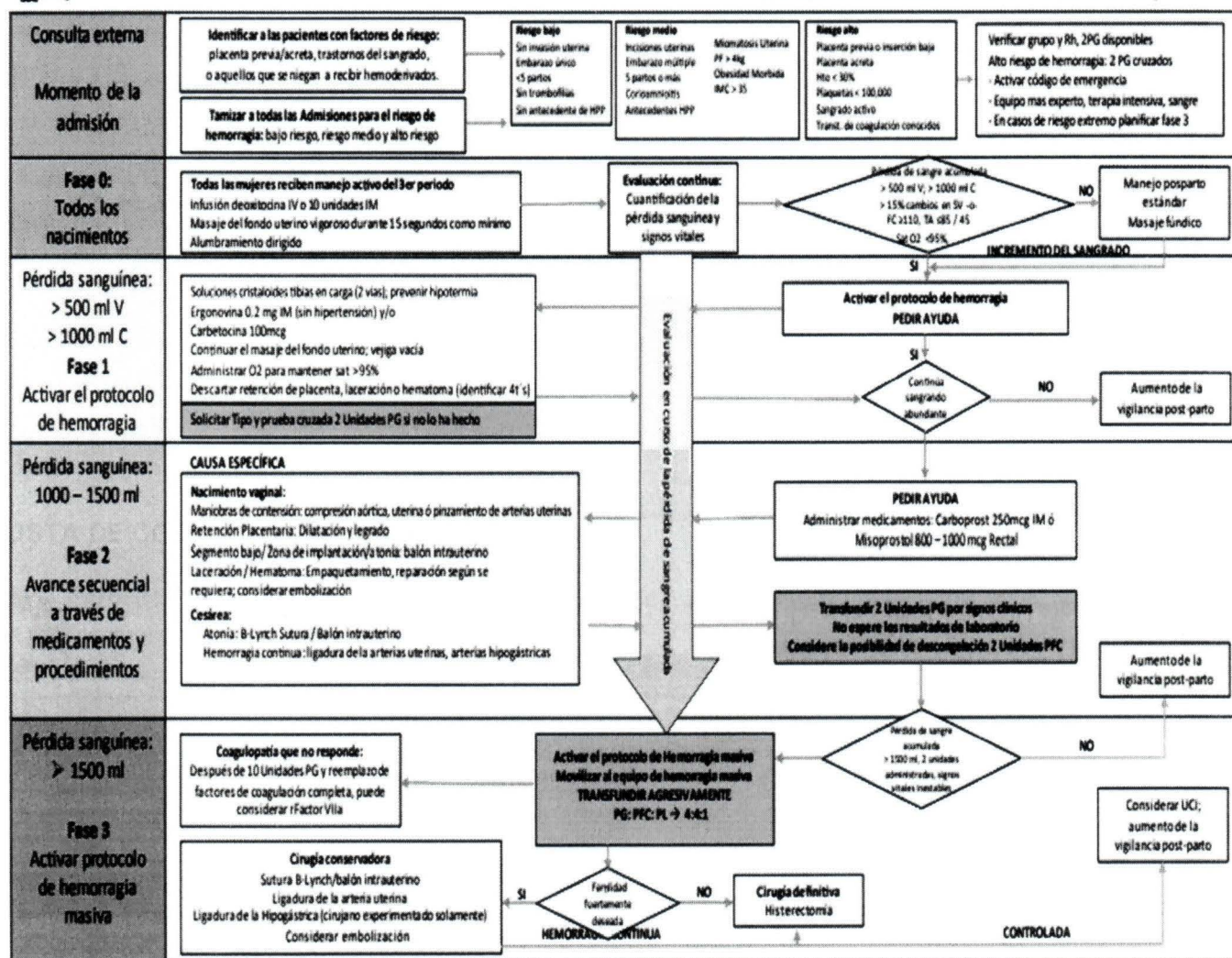


15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

LISTA DE COTEJO



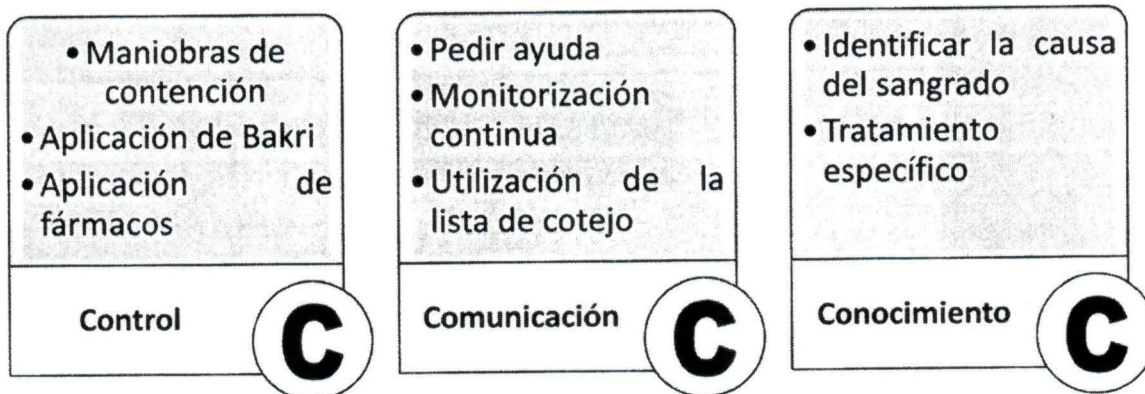
ADAPTACIÓN DEL DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, INPer





15. INTERVENCIONES EN LA PACIENTE CON HEMORRAGIA
OBSTÉTRICA

ALGORITMO DE LAS 3 "C"





DÍA	MES	AÑO
08	06	22

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

2. Del enfermera (o) asistencial

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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.
	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.

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

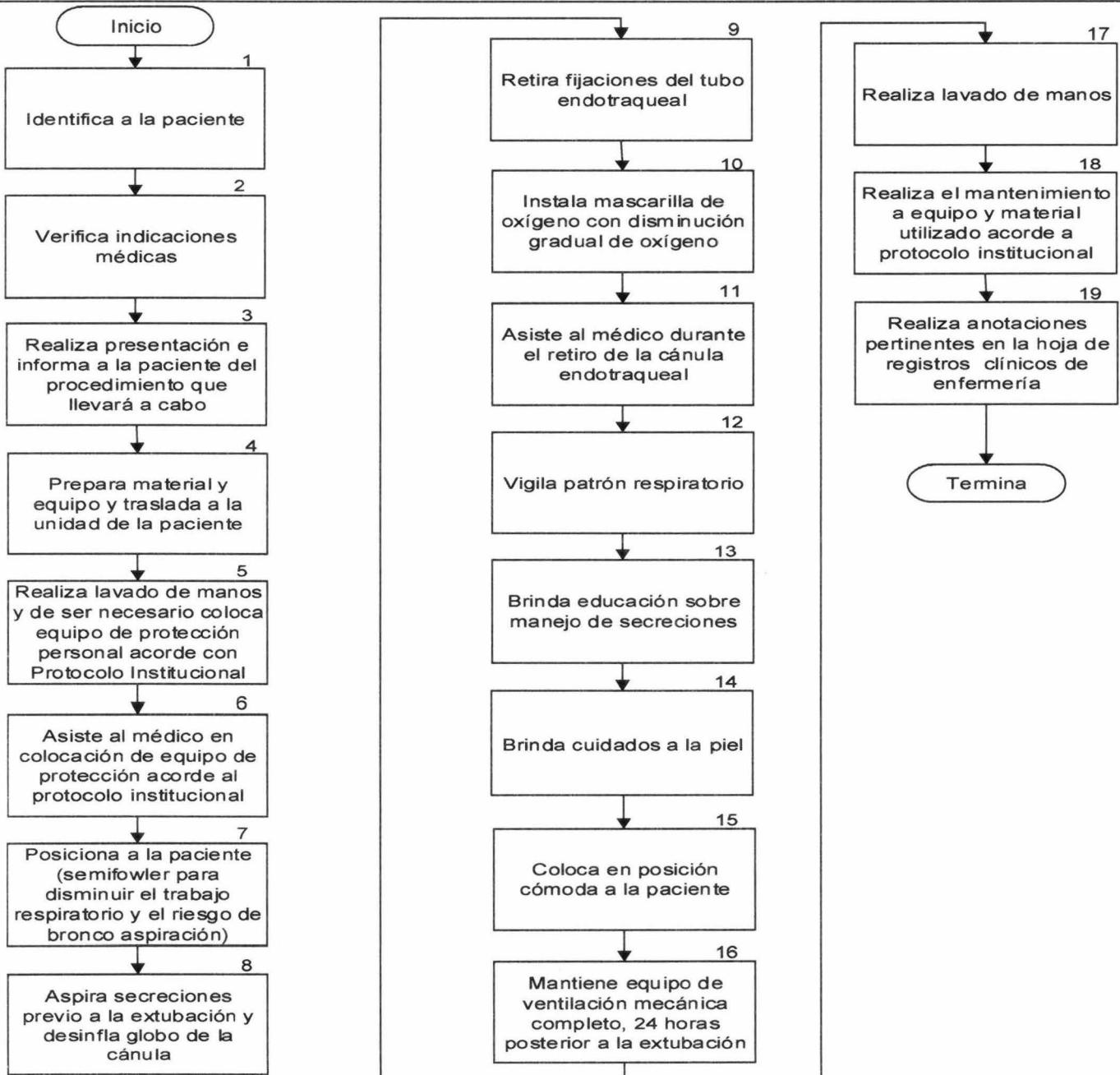
08	06	22
----	----	----

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera 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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

16. INTERVENCIÓN DURANTE LA EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Enfermera Asistencial



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

16. 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-

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO

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

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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 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.

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

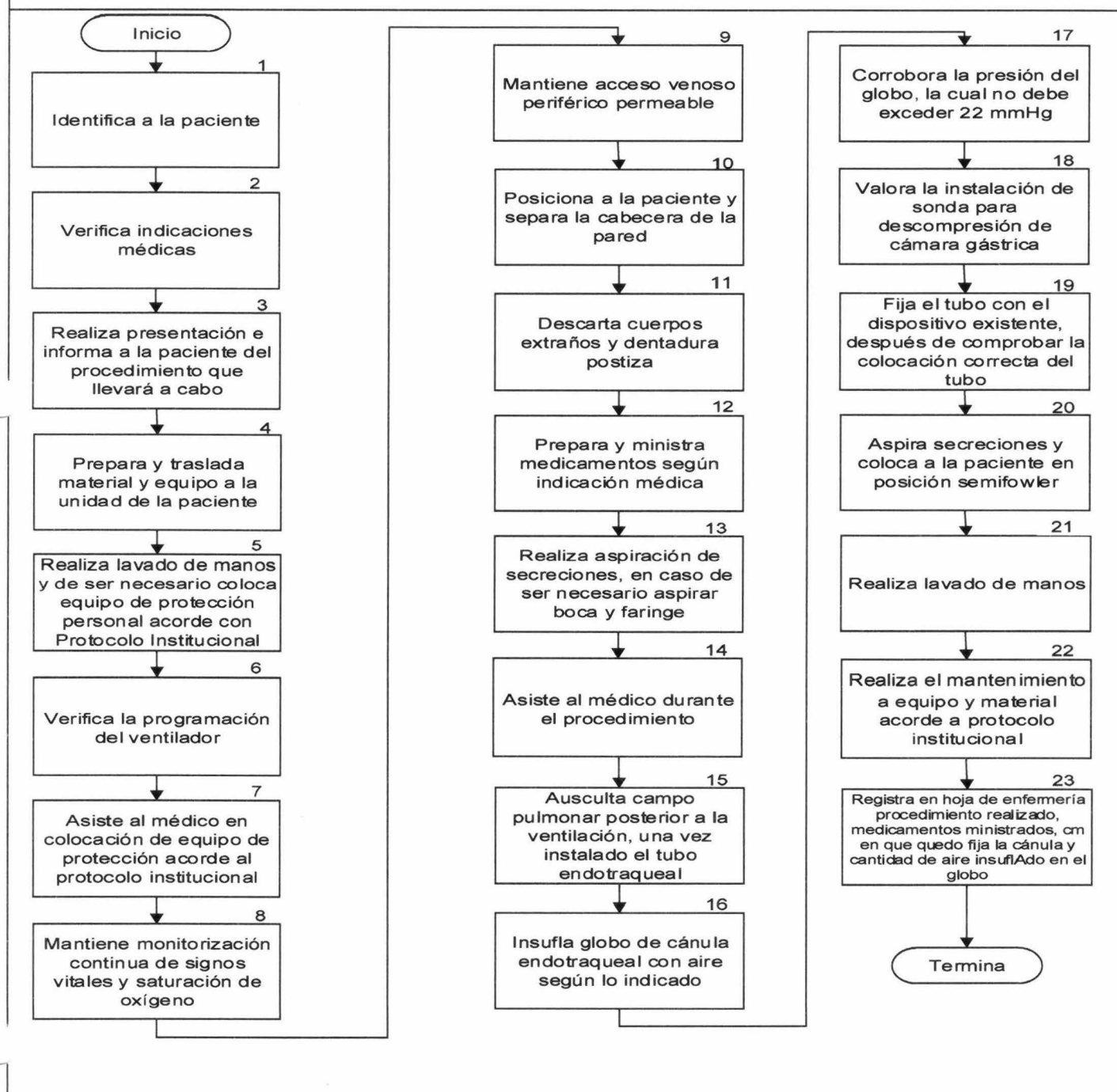
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado 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.

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	14	Asiste al médico durante el procedimiento.
	15	Ausulta 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		

17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Enfermera Asistencial



17. INTERVENCIÓN DURANTE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

08	06	22
----	----	----

REFERENCIAS

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

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCCIÓN – CONDUCCIÓN

OBJETIVO

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

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

1. De la enfermera 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-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, Para la vigilancia epidemiológica.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012**, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
 - Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (2015).
 - Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2019).
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Corroborar las indicaciones médicas.
- Garantizar que el servicio cuente con el equipo y material necesario.
 - Guantes
 - Cubre bocas
 - Termómetro
 - Baumanometro
 - Estetoscopio
 - Oxímetro
 - Agujas de diferentes calibres
 - Jeringas
 - Soluciones (Agua inyectable, Glucosada, Hartmann, Cloruro de sodio 0.9%)
 - Equipo de infusión venosa
 - Apósito transparente
 - Micropore y/o tela adhesiva
 - Llaves de 3 vías

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

- Medias antitrombóticas
- Cardiotocografo completo
- Toma de pared de gases medicinales
- Borbotador de oxígeno con flujómetro
- Doppler fetal
- Difusor y esencias para aromaterapia
- Equipo de sonido para musicoterapia
- Pelota de pilates
- Cojín de equilibrio de pilates
- Mascarilla reservorio o puntas nasales para adulto
- Jalea lubricante aséptica
- Aceite esencial para masaje
- Cojín térmico y/o de semillas

- Corroborar que el personal cuente con la capacitación para el cuidado del binomio durante la inducción del trabajo de parto.
- Verificar que el personal a su cargo realice el procedimiento acorde a protocolo institucional.

2. Del (a) enfermera asistencial.

- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer el procedimiento a realizar con la paciente.
- Explicar y verificar que la paciente comprenda: las razones por la cual se ingresó con el plan de inducto-conducción, procedimientos a realizar, modalidades de apoyo, métodos para alivio de dolor, alternativas u opciones en caso de fracaso de inducto-conducción, así como riesgos y beneficios de éste.
- Verificar que los procedimientos se realicen acorde a protocolo institucional.
- Notificar al médico de las alteraciones materno fetales identificadas.
- Respetar privacidad e intimidad durante el proceso.
- Realizar anotaciones en los registros clínicos de enfermería.

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

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.
	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 a protocolo institucional.
	6	Aplica e identifica el riesgo de caídas acorde a protocolo institucional, coloca el indicador correspondiente.
	7	Realiza valoración integral, identifica necesidades y registra signos vitales acorde a condiciones clínicas de la paciente.
	8	Asegura acceso venoso permeable para ministración de medicamentos intravenosos y soluciones.
	9	Realiza maniobras de Leopold y ausculta frecuencia cardíaca fetal.
	10	Realiza monitoreo cardiotocográfico, acorde a condiciones clínicas de la paciente: • Intermitente • Continuo
	11	Asiste al médico durante la exploración ginecológica, registra condiciones cervicales y características de pérdidas transvaginales.

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	12	Registra ministración de medicamento (si aplica): • Hora • Dosis • Vía • Nombre del médico que lo ministra
	13	Asiste a la paciente para adoptar una libre posición, posterior a 30 minutos después de la colocación de medicamento por vía vaginal.
	14	Vigila la aparición de efectos secundarios.
	15	Identifica las etapas clínicas del trabajo de parto.
	16	Realiza intervenciones acorde a respuestas humanas. • Hidratación • Confort • Orientación y acompañamiento
	17	Aplica técnicas no farmacológicas para manejo del dolor en trabajo de parto (VER ANEXO). • Técnicas de respiración. • Técnicas de relajación. • Musicoterapia. • Aromaterapia. • Termoterapia. • Masoterapia. • Compresión. • Esferodinamia.
	18	Prepara y ministra oxitocina acorde a indicaciones médicas.
	19	Colabora durante la analgesia obstétrica.
	20	Coloca medias antitrombóticas y realiza lavado de manos.
	21	Realiza el mantenimiento a equipo y material acorde a protocolo institucional.

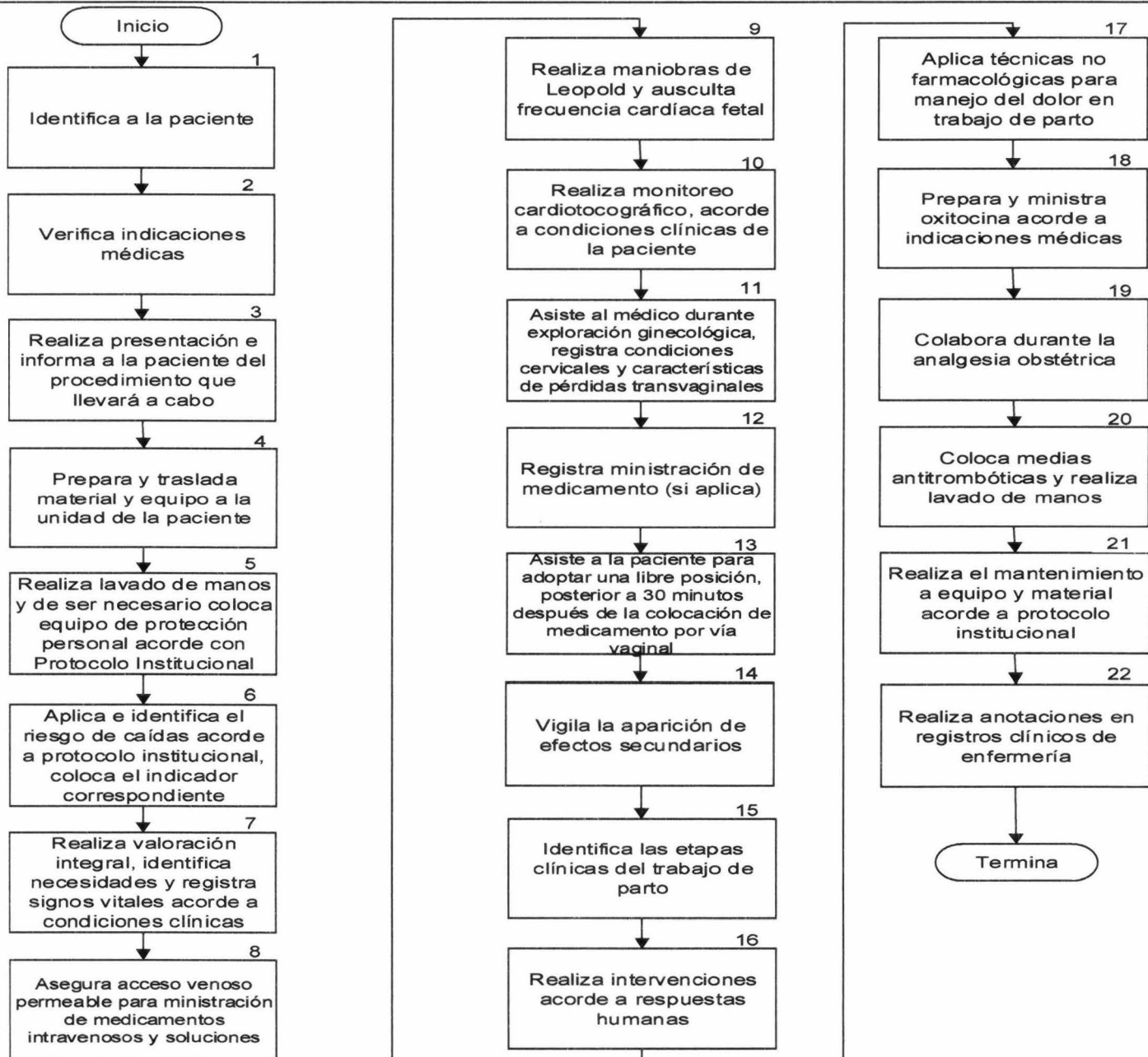


18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	22	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

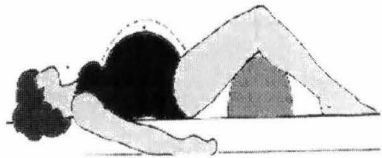
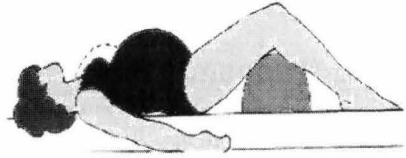
18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Enfermera Asistencial



18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

ANEXO

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

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

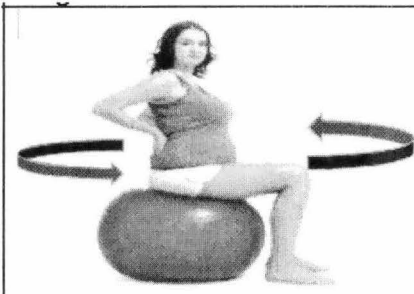
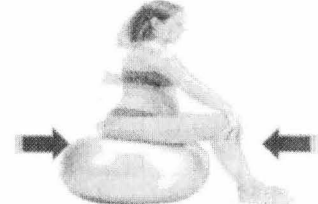
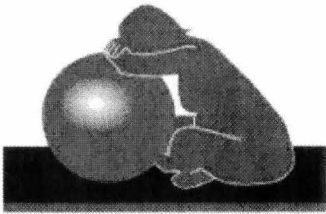
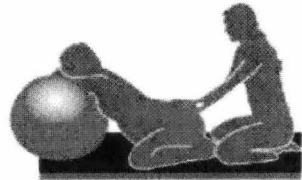
Técnicas de respiración

Tipo de respiración	Descripción	Imagen
2. Respiración durante contracciones	Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la fase activa del trabajo de parto impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto y así sirve para controlar el dese de pujar cuando todavía no es el momento. En esta etapa se respirar de forma jadeante pero para no hiperventilarse, han de ser combinadas con respiraciones abdominales o torácicas profundas. 1. En el momento que inicia la contracción se debe realizar 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones. 2. En el momento en que la contracción se encuentra en su máxima intensidad se deberán realizar 5 respiraciones jadeantes: a. Inspirar de forma profunda por la nariz y espirar por boca de manera rápida y realizando un tipo sonido de jadeo (como un corredor en una carrera). 3. Cuando la contracción este desapareciendo y se sienta con menos intensidad se realizarán 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones.	

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

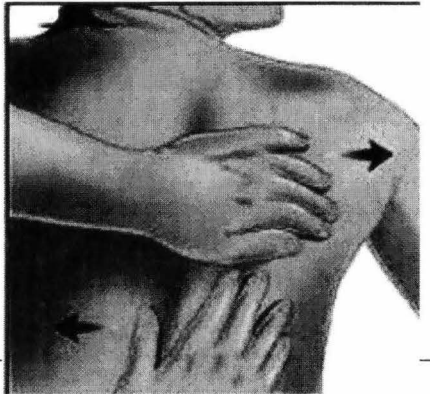
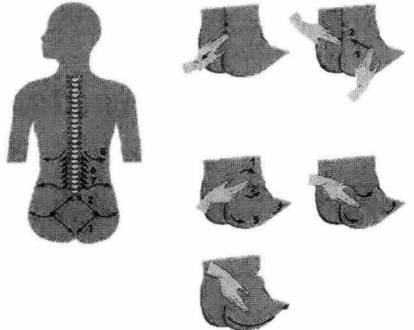
Termoterapia		
Área	Efectos	Efectos
Uso de compresas húmedas, cojines de semillas o bolsas de gel térmico	Lumbar	• Técnica útil para disminuir el dolor del parto inmediatamente después de la compresión tibial entre madres nulíparas en la primera etapa del parto. La compresión cálida no causa efectos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

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

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

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

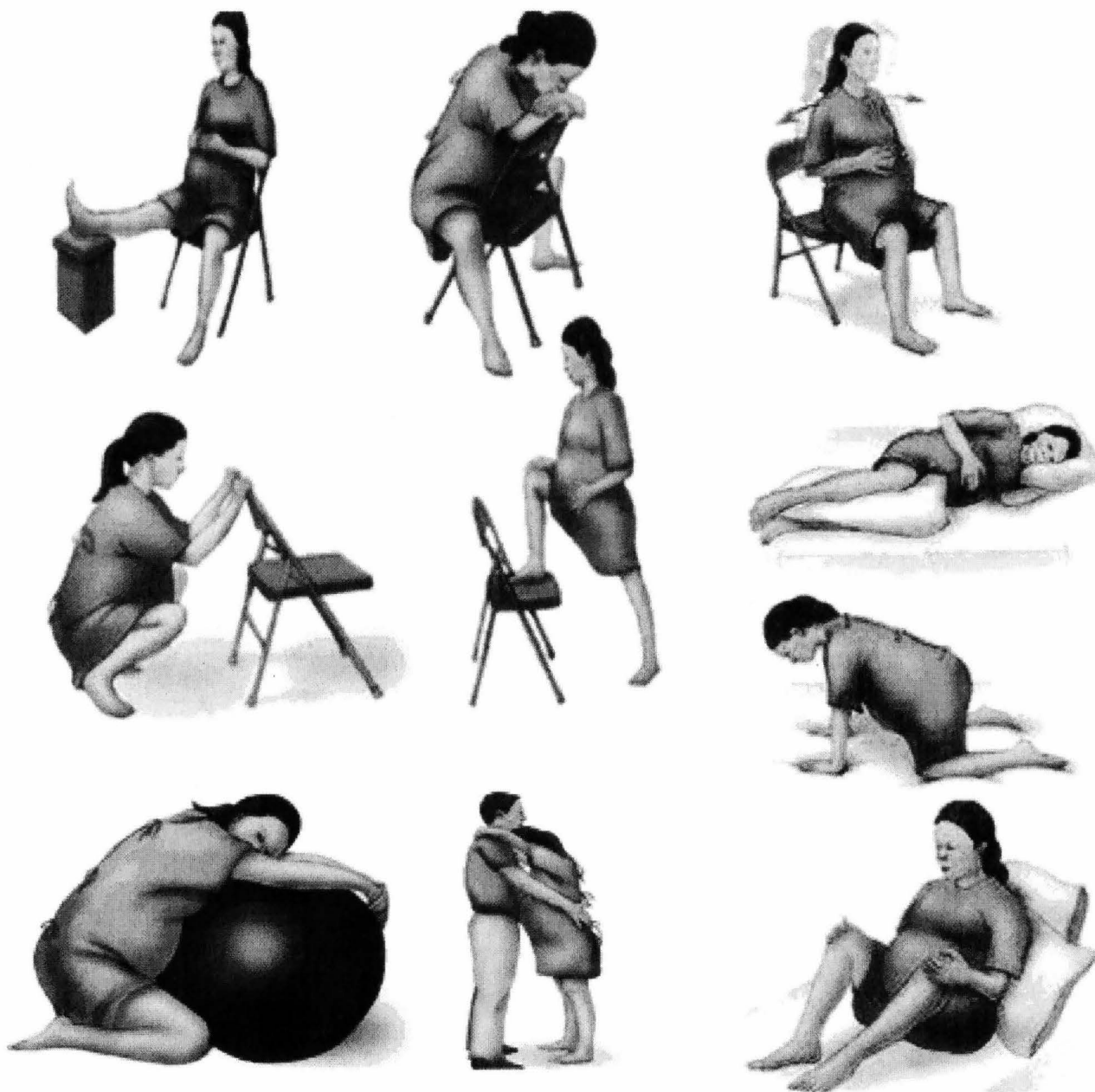
Masoterapia

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

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

Ejercicios de profilaxis obstétrica

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



HOJA		
15		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
08	06	22

18. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA INDUCTO – CONDUCCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <file:///C:/Users/invenfermeria.2/Downloads/NOM-019-SSA3-2013.pdf>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico. Disponible en: <file:///C:/Users/invenfermeria.2/Downloads/NOM-004-SSA3-2012.pdf>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2010**, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4151/salud/salud.htm>
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, Para la vigilancia epidemiológica. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012**, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
- NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (www.gob.mx)
- Recomendaciones de la OMS Para la conducción del trabajo de parto. Disponible en: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- JR, H. (s.f.). MINISTERIO DE SALUD. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN



19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

OBJETIVO

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

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana:
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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.
 - Bomba de infusión.
 - Equipo para bomba de infusión.
 - Jeringas.
 - Cloruro de sodio 0.9%
 - Guantes no estériles.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

- Torundas o toallas alcoholadas.
- Tococardiógrafo.
- Monitor de signos vitales.

2. 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 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
 - 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.

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

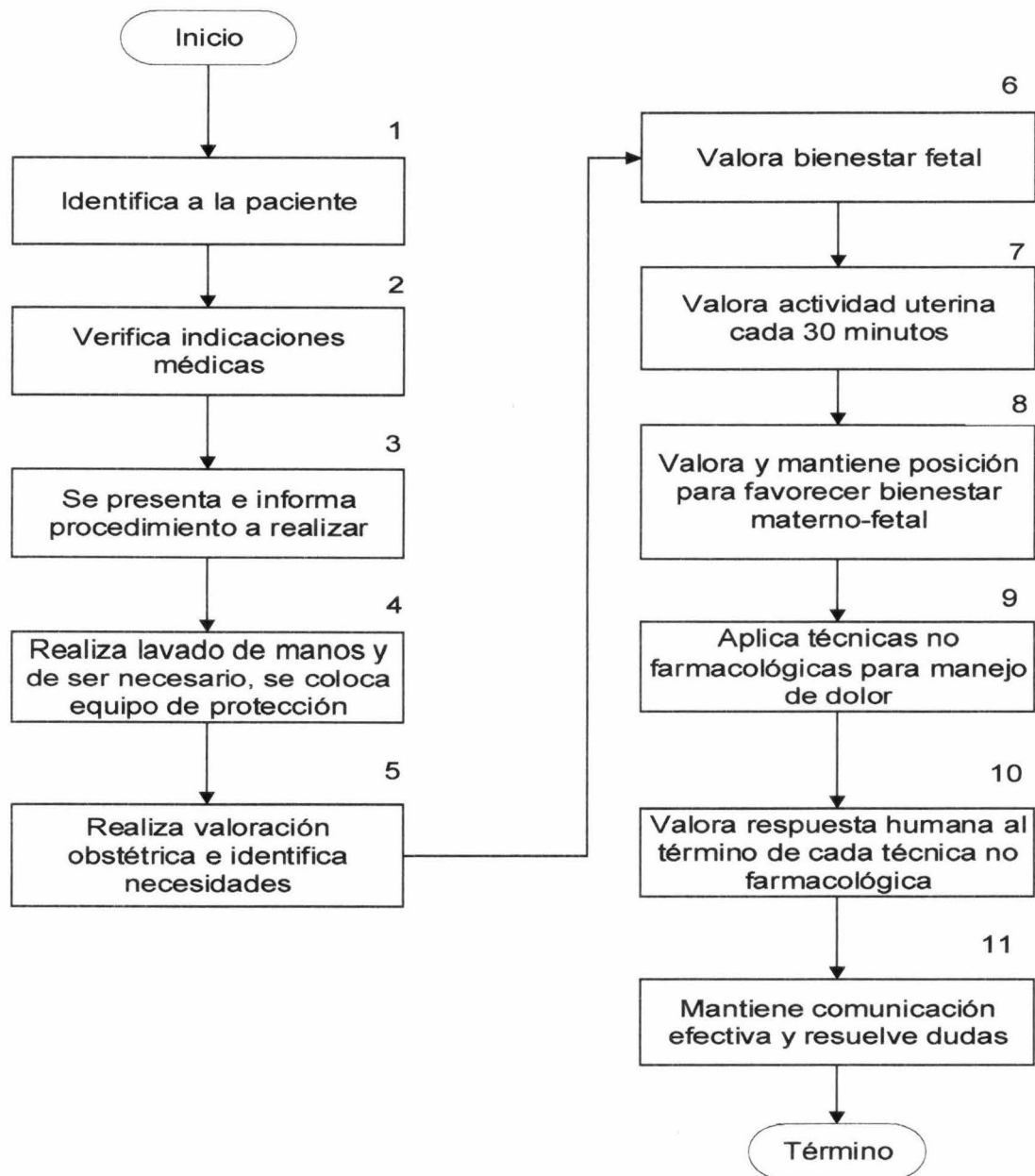
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial		MANEJO NO FARMACOLÓGICO
	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones medicas
	3	Se presenta e informa a la paciente del procedimiento. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	5	Realiza valoración obstétrica e identifica necesidades acorde a condiciones clínicas.
	6	Valora el bienestar fetal: • 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
08	06	22

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

Enfermera Asistencial
MANEJO NO FARMACOLÓGICO

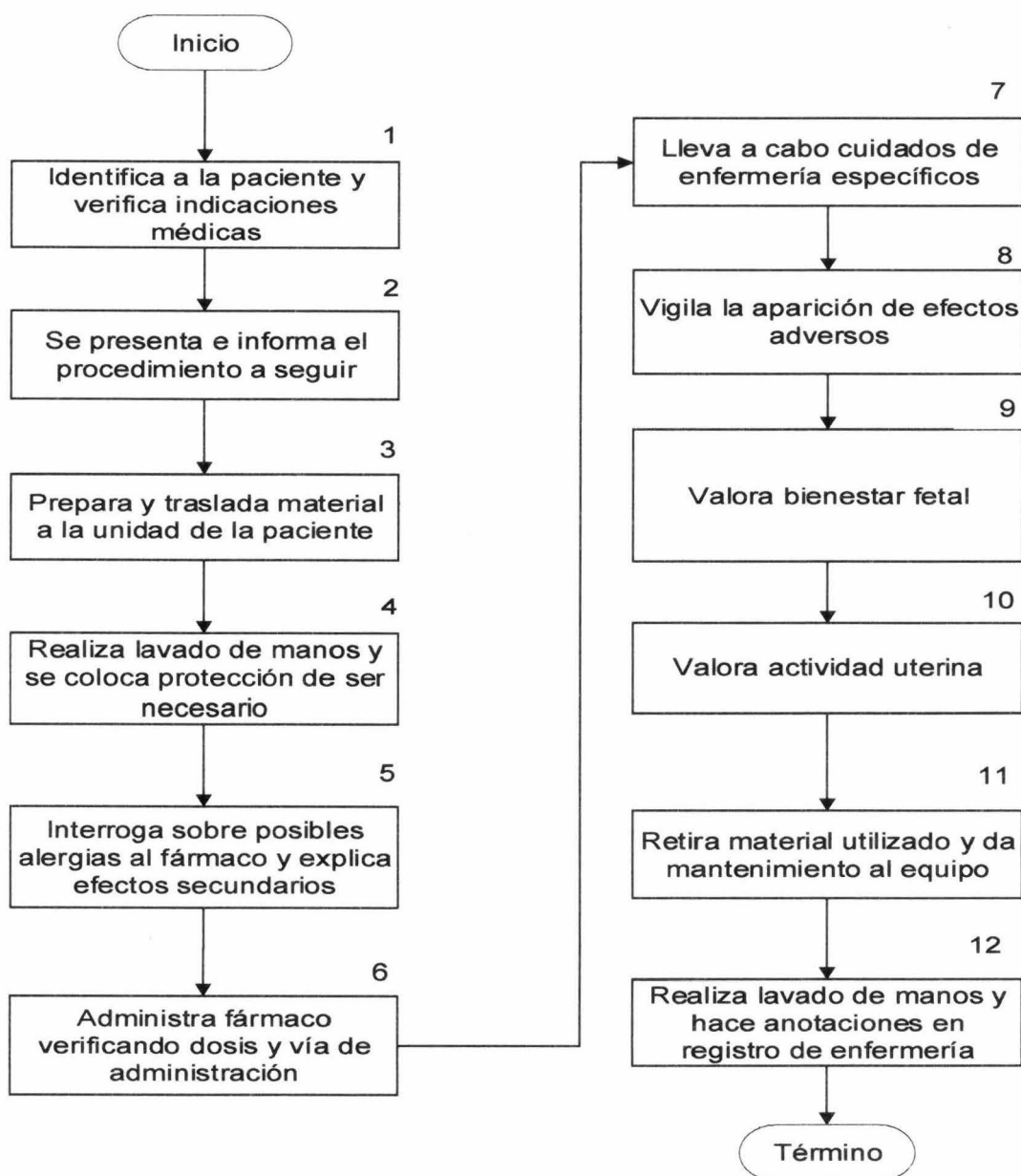


19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

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

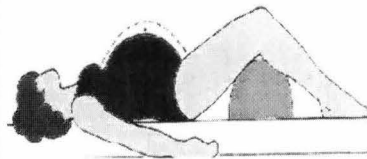
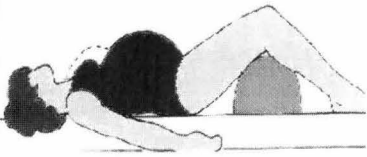
19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

Enfermera Asistencial MANEJO NO FARMACOLÓGICO



19. 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
08	06	22

19. 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.

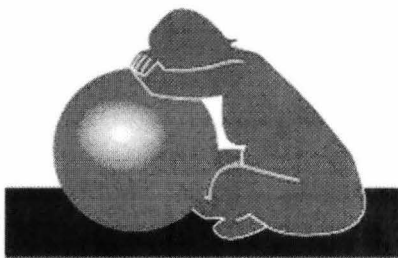
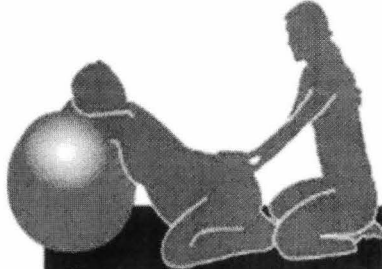
1. En el momento que inicia la contracción se debe realizar 3 respiraciones profundas: inspirar por nariz expandiendo todo el tórax y se espira por boca vaciando todos los pulmones.
2. En el momento en que la contracción se encuentra en su máxima intensidad se deberán realizar 5 respiraciones jadeantes: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



19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

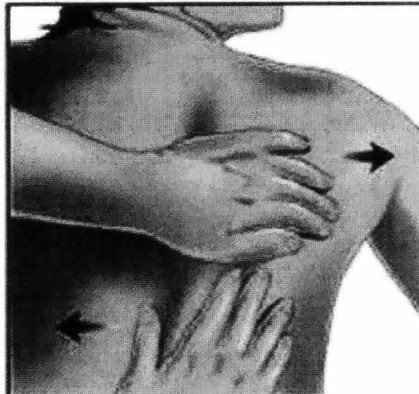
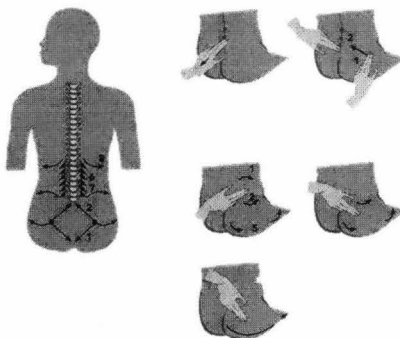
Termoterapia		
Método	Área	Efectos
Uso de compresas húmedas, cojines de semillas o bolsas de gel térmico	Lumbar	- Técnica útil para disminuir el dolor del parto inmediatamente después de la compresión tibial entre madres nulíparas en la primera etapa del parto. La compresión cálida no causa efectos nocivos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

19. 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 delante y al mismo tiempo se apoya en la pelota, va a realizar balanceos de un lado al otro sintiendo el desplazamiento del peso sobre los isquiones.	
Posición "Mahoma"	En este ejercicio se ubica con las rodillas separadas y los pies juntos encima de una colchoneta, debe inclinar el tronco hacia adelante, con las manos envía el balón hacia la misma dirección hasta apoyar los antebrazos en el punto más lejano sobre el balón.	

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

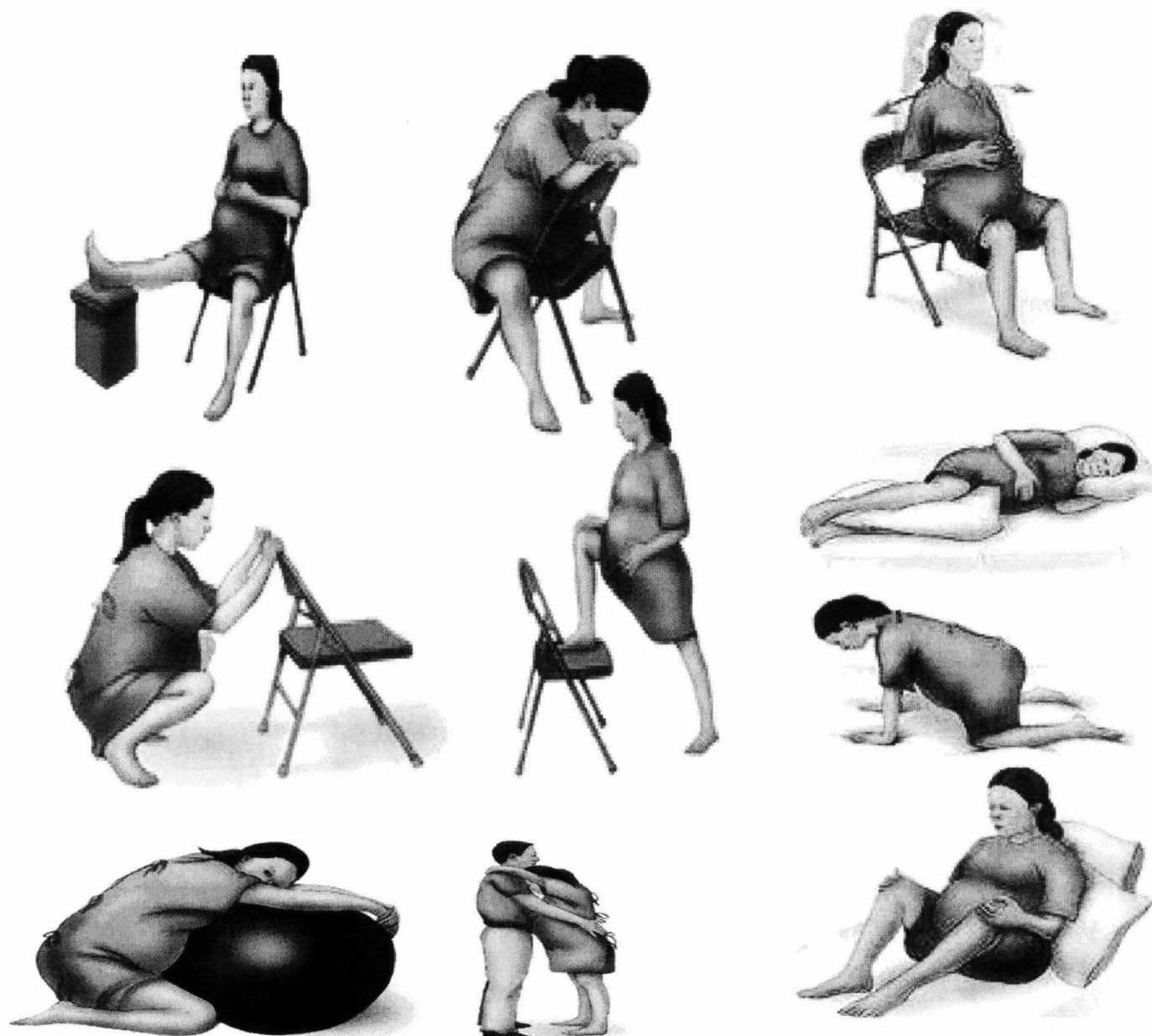
Masoterapia

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.	

19. INTERVENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL MANEJO DE UTEROINHIBICIÓN

Ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica

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



19. 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 horas.	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 ministrar 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.

19. 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. Ministran 1 gr de gluconato de calcio en infusión intravenosa durante 5 a 10 minutos en caso de intoxicación, previa indicación médica.

19. 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 de parto prematuro. An. Fac. Cienc. Méd. [Internet] 2020 [consultado 2021 Junio 28]; 53(3): 115-130. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI



20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

OBJETIVO

Colaborar en la instalación del balón intrauterino y establecer las condiciones óptimas para su funcionamiento.

20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

POLITICAS DE OPERACIÓN

Sera 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-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-007-SSA2-2016**. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- 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:
 - Balón de Bakri.
 - Guantes estériles
 - Llave de 3 vías
 - Gasas estériles
 - Cloruro de sodio 0.9%
 - Sonda vesical
 - Bolsa de drenaje
 - Oxitócicos según prescripción
 - Espejo vaginal con pinzas
 - Jeringas 60 cc



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

**20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI****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.
- Corroborar con cuánto líquido se insufló el balón.
- Verificar el gasto de la sonda.
- Monitorizar signos vitales.
- Vigilar el fondo y tono uterino.
- Vigilar y cuantificar el sangrado transvaginal.
- Suministrar oxitócicos prescritos (oxitocina a infusión continua para 24 horas o carbetocina según se indique).
- Preparar el material y equipo necesarios.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.



20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN INSTALACIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde al protocolo institucional.
	6	Asiste al médico en la instalación de sonda vesical y colocación de balón intrauterino.
	7	Fija la sonda vesical y balón intrauterino con los siguientes datos: • Fecha y hora de instalación • Cantidad de cc insuflados (Ver anexo)
	8	Membreta la bolsa de drenaje con la leyenda "balón de Bakri".
	9	Valora y cuantifica el gasto uterino.
	10	Cuantifica el gasto urinario.
	11	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	12	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.

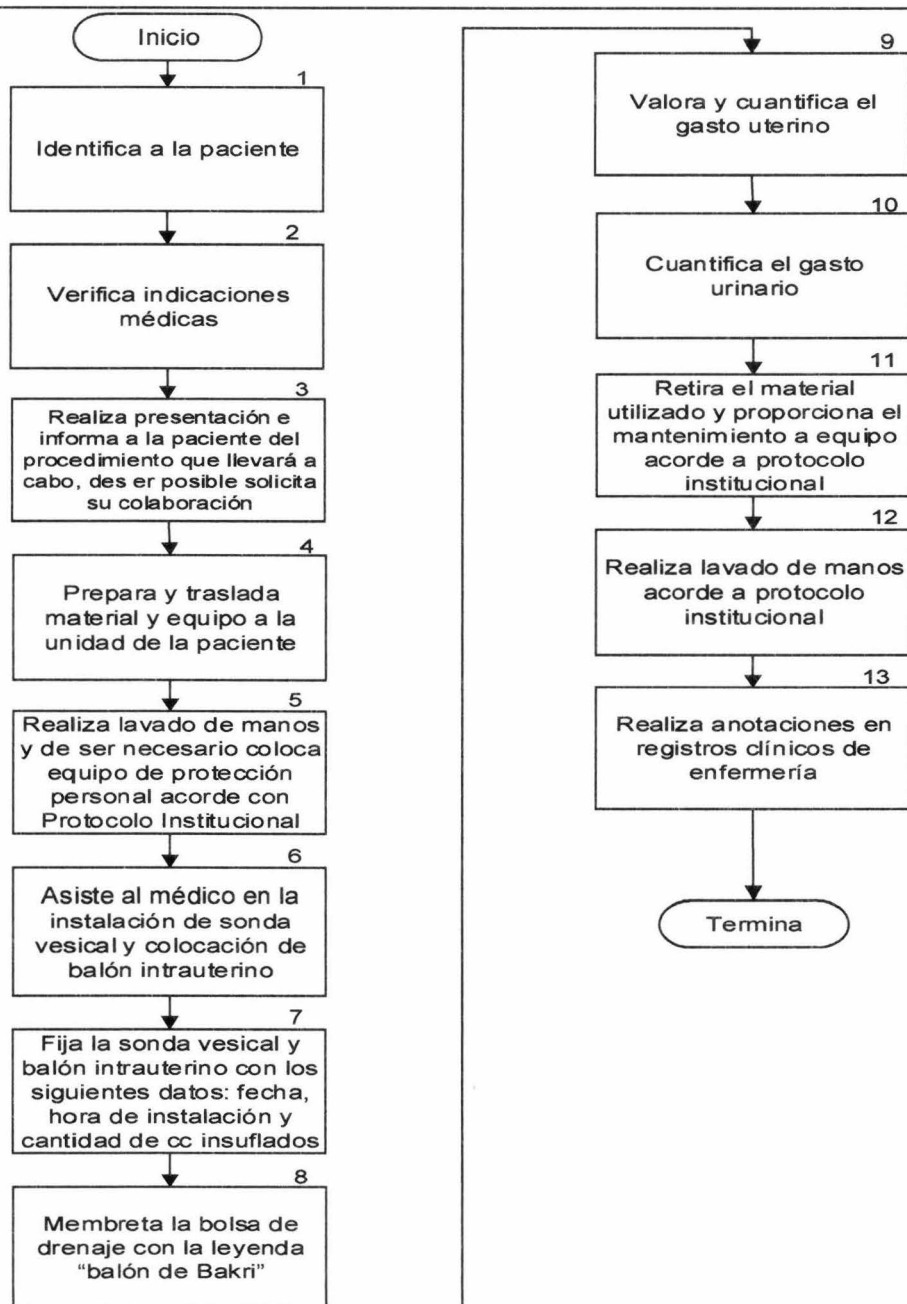


20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN INSTALACIÓN
Enfermera asistencial	13	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería. Termina Procedimiento

20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

Instalación
Enfermera Asistencial



**20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI**

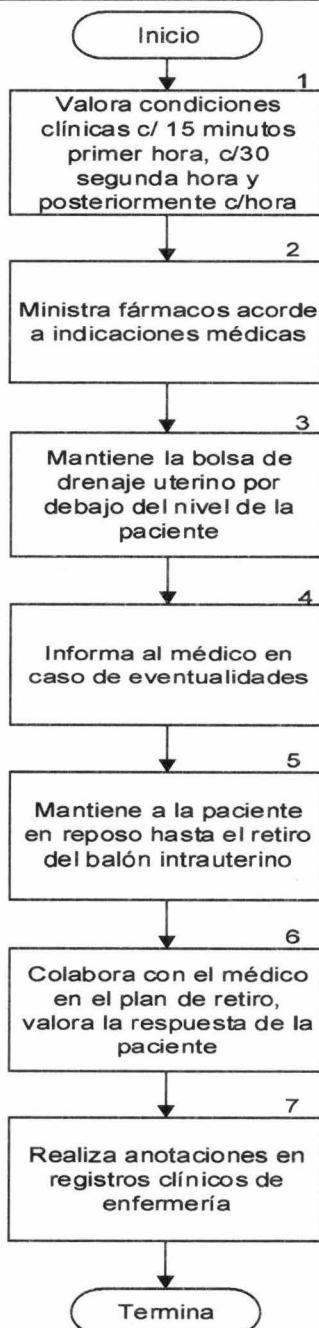
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN MANTENIMIENTO
Enfermera asistencial	1	Valora condiciones clínicas de la paciente: c/ 15 minutos durante la primer hora, c/30 minutos durante la segunda hora y posteriormente cada hora. - Estado hemodinámico - Gasto uterino - Nivel de dolor - Fondo y tono uterino - Gasto urinario
	2	Ministra fármacos acorde a indicaciones médicas.
	3	Mantiene la bolsa de drenaje uterino por debajo del nivel de la paciente.
	4	Informa al médico en caso de eventualidades.
	5	Mantiene a la paciente en reposo hasta el retiro del balón intrauterino.
	6	Colabora con el médico en el plan de retiro, valora la respuesta de la paciente.
	7	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento



20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

Mantenimiento

Enfermera Asistencial





20. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN Y
MANTENIMIENTO DE BALÓN DE BAKRI

Referencias

- FASGO. Actualización de consenso de obstetricia FASGO 2019, hemorragia postparto. [Internet] 2019 [consultado 25 junio 2021] Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/images/Manual-Breve-Emergencia-Obstetrica.pdf>
- Robles-Elías FJ, Meade-Treviño P., Fernández-Lara JA, et al. Taponamiento intrauterino con balones hidrostáticos: revisión narrativa. Rev Ginecol Obstet Mex [2020] Internet [consultado 25 junio 2021]; 88(12). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom2012g.pdf>

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO
CENTRAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO
CENTRAL

OBJETIVO

Colaborar en la instalación de un acceso venoso a nivel central con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012** que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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.
 - 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.
- 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.
- Verificar que se cuente con el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - Kit de instalación de catéter venoso central:
 - Equipo de aseo de piel
 - Bulto de campos de 90x90
 - Bata estéril
 - Guantes de cirujano estériles
 - Catéter venoso central (Mahurkar, Niagara) (bilumen, trilumen)

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

- Gasas estériles
- Sutura de Nylon
- Mango y hoja de bisturí #15
- Porta agujas
- Jeringa de 10 cc y 3 cc
- Agujas desechables #20, #21 y #25
- Xilocaína al 2%
- Guantes desechables institucionales
- Gorro y cubrebocas
- Agua estéril
- Solución antiséptica
- Mesa auxiliar para colocar el equipo y material estéril
- Equipo de ministración para sistema cerrado de Infusión
- Apósito transparente estéril
- Cubeta para desecho
- Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de solución cloruro de sodio 0.9%)

2.- 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.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Conocer y aplicar los principios de asepsia y principios universales.
- Mantener monitorizada a la paciente durante el procedimiento.
- Conocer el procedimiento.
- Conocer la anatomía del sitio de inserción del catéter.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Manejar el catéter con técnica aséptica.
- Conocer los cuidados del catéter venoso central.
- Preparar el material necesario.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO
 CENTRAL

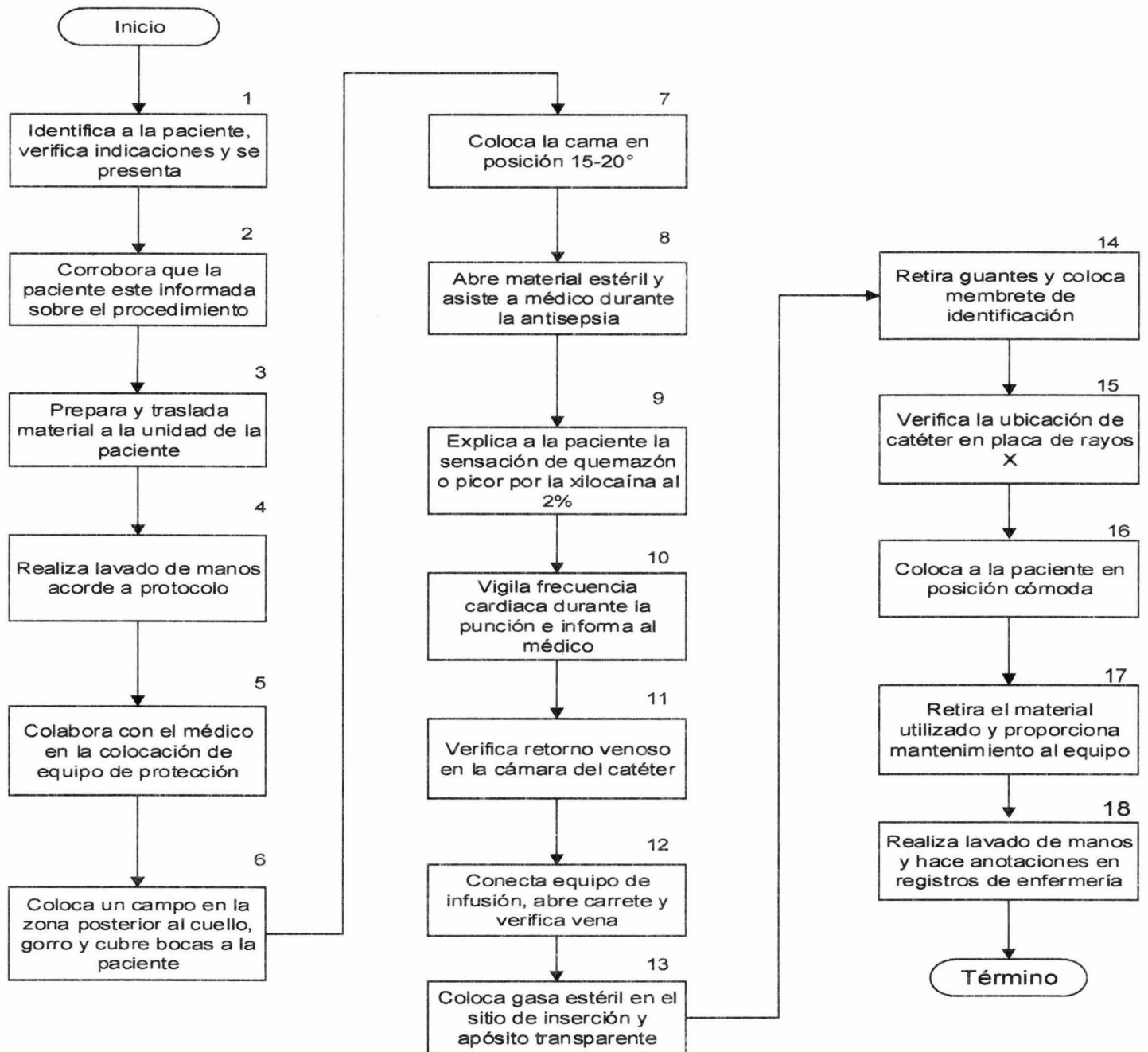
FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas y se presenta
	2	Corroborar que la paciente cuente con la información acerca del procedimiento y 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 acorde al protocolo institucional.
	5	Colabora con el médico en la colocación del equipo de protección personal de acuerdo al protocolo institucional.
	6	Coloca un campo en la zona posterior al cuello, gorro y cubrebocas a la paciente y solicita que gire la cabeza en sentido contrario al sitio de punción.
	7	Coloca la cama en posición de 15-20°.
	8	Abre el material estéril y asiste a médico durante la antisepsia.
	9	Explica a la paciente la sensación de quemazón o picor al sentir la xilocaína al 2%.
	10	Vigila la frecuencia cardiaca durante la punción, introducción de la guía, dilatador y el catéter, e informa inmediatamente al médico en caso de producirse arritmia.
	11	Verifica retorno venoso en la cámara del catéter.
	12	Conecta el equipo de infusión, abre el carrete y verifica permeabilidad de la vena.
	13	Coloca una gasa estéril en el sitio de inserción por 24 horas y apósito transparente estéril, una vez asegurado el catéter.
	14	Retira guantes y coloca membrete de identificación: nombre de quién instaló, fecha de instalación, número en que queda fijo y calibre. (VER ANEXO)
	15	Verifica la ubicación de catéter en placa de rayos X.
	16	Coloca a la paciente en posición cómoda.
	17	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento al equipo acorde a protocolo institucional.
	18	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional y hace anotaciones en registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Enfermera Asistencial



21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

ANEXO

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

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

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

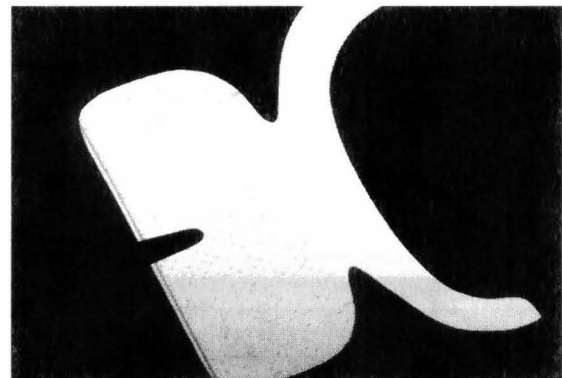
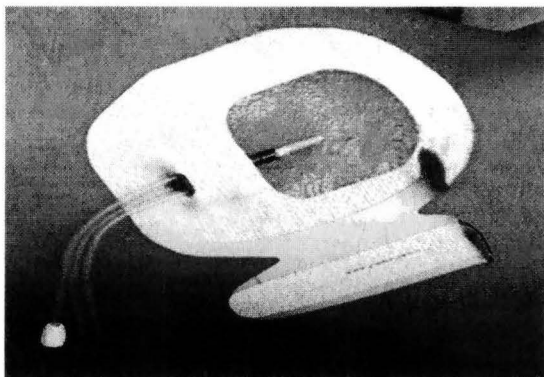
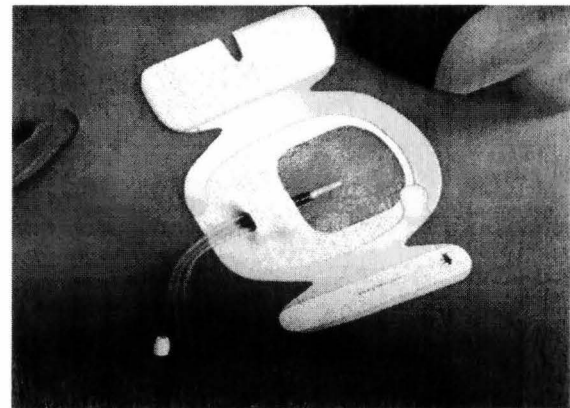
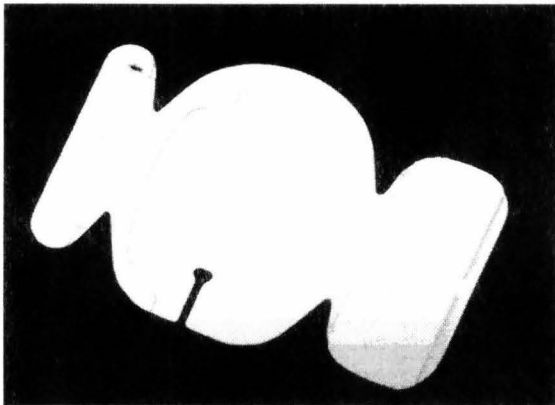
Cubrir con apósito transparente verificando que no exista acodamiento del catéter, cubrir en su totalidad la mariposa de fijación dejando libres los lúmenes del catéter.

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

Retirar el papel protector de las orillas del apósito.

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

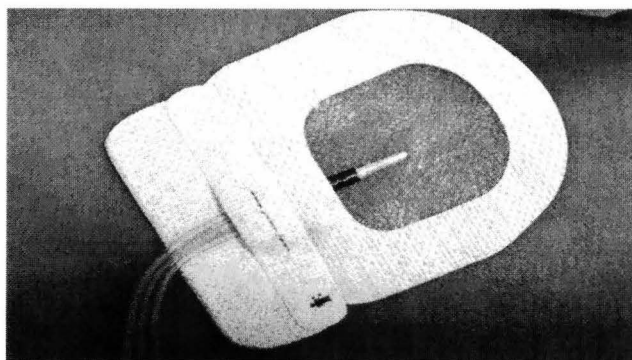
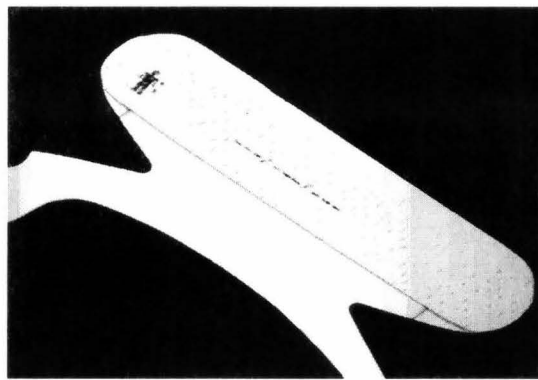
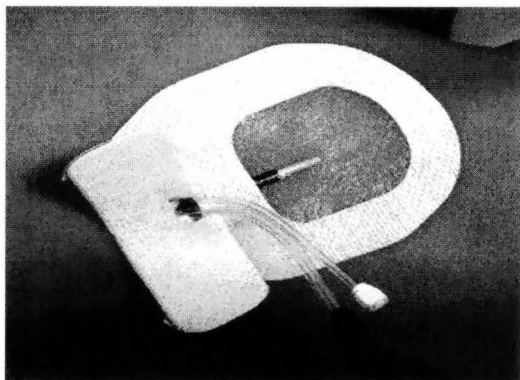
Fijar los lúmenes del catéter con la cinta donde se escriben los datos del catéter.



21. INTERVENCIONES DURANTE LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO
CENTRAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22



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/35QXuoi>.

https://www.elsevier.com/data/assets/pdf_file/0005/1008761/Cateter-venoso-central-colocacion_090420.pdf

22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

OBJETIVO

Asegurar condiciones óptimas de egreso que favorezcan un entorno seguro para la continuidad de la atención.

**22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA****FECHA**

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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-16-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - 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-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los estados unidos mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 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 disponibilidad y presencia de camilleros para la movilización de pacientes.
- Corroborar mantenimiento preventivo de camillas.
- Llevar bitácora de control de mantenimiento del equipo.

**22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA**

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

2. De la enfermera asistencial

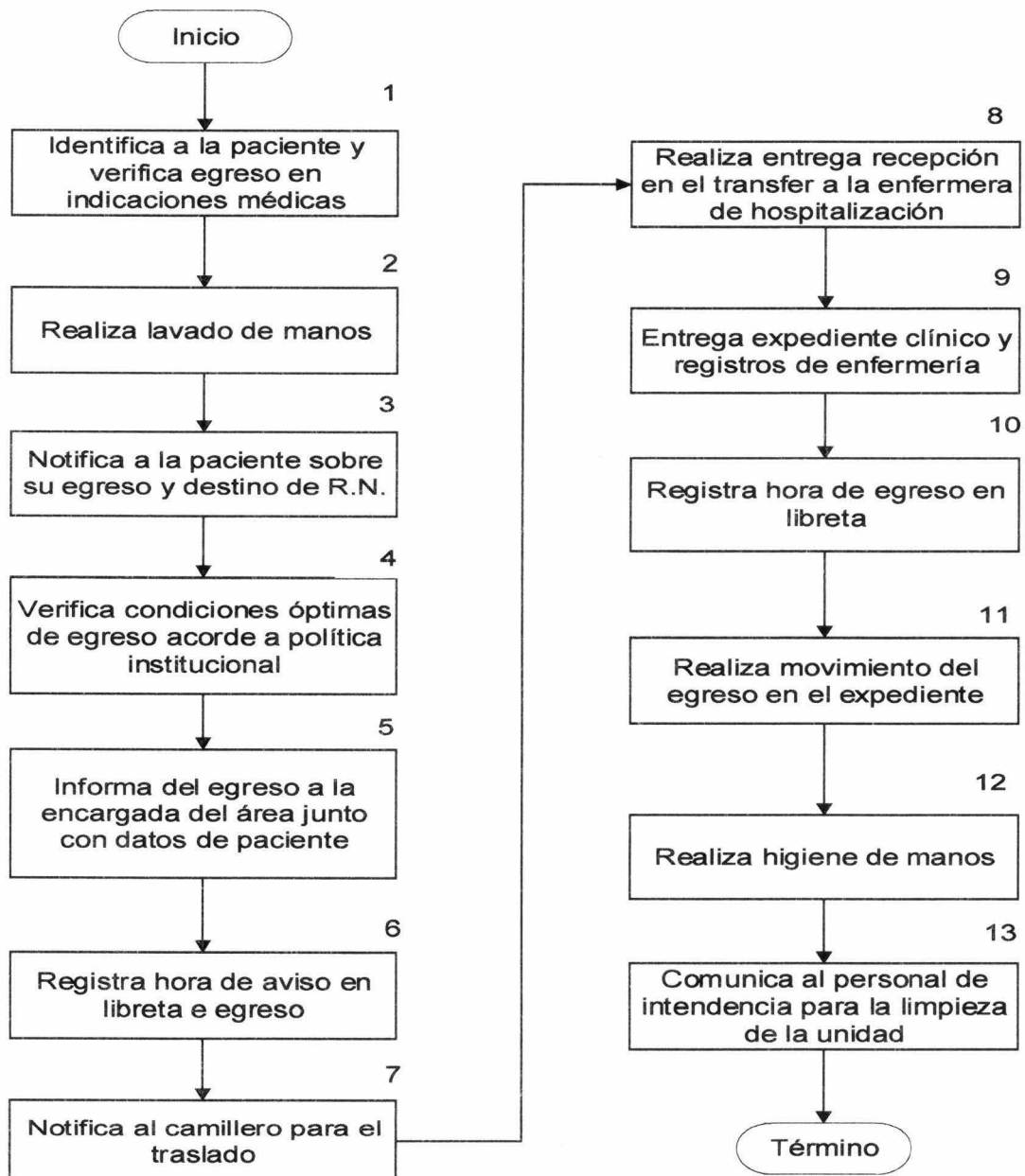
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde a protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS
- Conocer el estado clínico de la paciente.
- Si aplica, la herida debe estar cubierta con gasa y apósito transparente sin datos de sangrado activo.
- Conocer los criterios para poder ser dado de alta el paciente:
 - a) Que respire con facilidad y que en la auscultación los ruidos pulmonares sean claros, además de que las vías respiratorias se mantengan sin medios artificiales.
 - b) Que alcance la estabilidad de los signos vitales.
 - c) Que el dolor haya sido controlado.
 - d) Que conserve los niveles de diuresis horaria.
 - e) En caso de vómito que exista tratamiento establecido
- Debe conocer y valorar la escala ALDRETE (VER ANEXO)
- Previo a egreso deberá drenar la bolsa recolectora de orina.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de cooperación.
- Para egreso a UCIA la enfermera entregara al servicio junto con el médico y el camillero

**22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y verifica su egreso en indicaciones médicas.
	2	Realiza lavado de manos.
	3	Notifica a la paciente sobre su egreso y destino del recién nacido si aplica.
	4	Verifica condiciones óptimas de egreso acorde a política institucional.
	5	Informa del egreso a jefa y/o encargada del área de hospitalización: Datos de identificación, intervención realizada, condiciones clínicas, datos del recién nacido y/o destino si aplica.
	6	Registra hora de aviso en la libreta de egreso.
	7	Notifica al camillero del área para el traslado al transfer.
	8	Realiza entrega recepción en el transfer a la enfermera de hospitalización, comunicando respuestas humanas ante las intervenciones realizadas, para dar continuidad al cuidado.
	9	Entrega expediente clínico y registros clínicos de enfermería con hora de egreso.
	10	Registra hora de egreso en libreta correspondiente.
	11	Realiza movimiento del egreso de la paciente en el expediente electrónico.
	12	Realiza higiene de manos.
	13	Comunica al personal de intendencia para limpieza de la unidad.
Termina Procedimiento		

22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

Enfermera Asistencial



**22. INTERVENCION EN EL EGRESO DE LA PACIENTE
DE LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA**
FECHA
DÍA MES AÑO
08 06 22
ANEXO

Escala de Aldrete Modificada		
Actividad motora	Capaz de movilizar 4 extremidades voluntariamente o en respuesta e indicaciones	2
	Capaz de movilizar dos extremidades voluntariamente o en respuesta e indicaciones	1
	Incapaz de movilizar extremidades	0
Respiración	Capaz de inspirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o inspiraciones superficiales	1
	Apnea	0
Presión arterial sistólica	±20% nivel pre anestésico	2
	±20% a 50% del nivel pre anestésico	1
	±50% nivel pre anestésico	0
Estado de conciencia	Completamente despierto y alerta	2
	Se despierta al llamado, reflejos intactos	1
	No responde	0
Coloración de la piel	Rosada SPO ₂ ≥92% en aire ambiente	2
	Pálida, icterica, grisácea, marmórea SPO ₂ >92% con O ₂ suplementario	1
	Cianótica SPO ₂ <90% con O ₂ suplementario	0

Puntaje ≥ 9 indica que el paciente se encuentra en condiciones de egreso de la unidad Tocoquirúrgica.

REFERENCIAS:

https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1150/c.pdf

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

https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm



HOJA 1		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
08	06	22

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

OBJETIVO

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

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

2. De la enfermera asistencial:

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

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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


23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

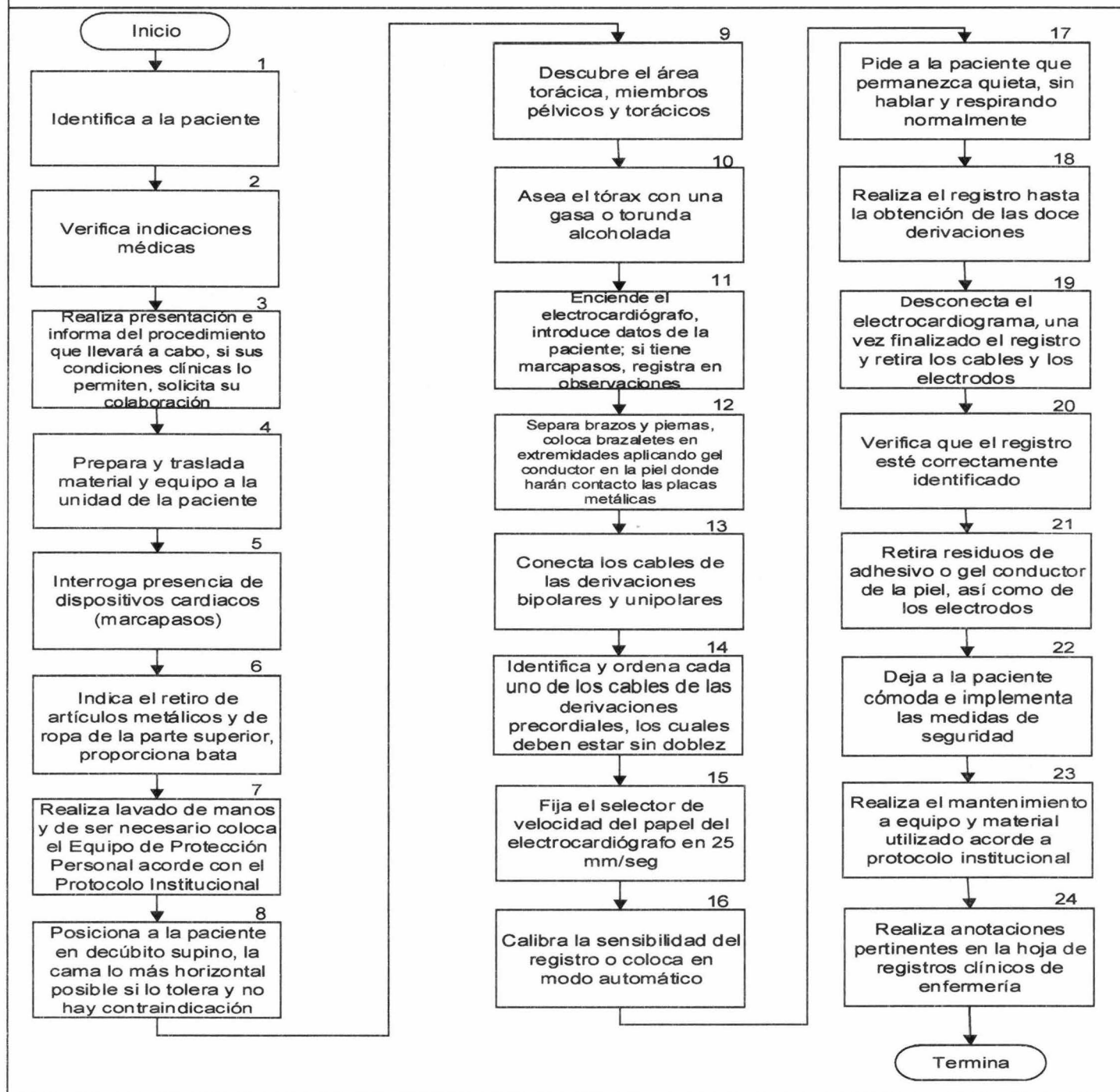
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. (Ver anexo 1). • Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha • Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda • Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo • Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho
	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.
	15	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.
	18	Realiza el registro hasta la obtención de las doce derivaciones.
	19	Desconecta el electrocardiograma, una vez finalizado el registro y retira los cables y los electrodos.
	20	Verifica que el registro esté correctamente identificado.

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	21	Retira residuos de adhesivo o gel conductor de la piel, así como de los electrodos.
	22	Deja a la paciente cómoda e implementa las medidas de seguridad.
	23	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	24	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial





23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente.
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	5	Interroga presencia de dispositivos cardiacos (marcapasos).
	6	Indica el retiro de artículos metálicos y de ropa de la parte superior, proporciona bata.
	7	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el Equipo de Protección Personal acorde con el Protocolo Institucional.
	8	Posiciona a la paciente en decúbito supino, la cama lo más horizontal posible si la paciente lo tolera y no hay contraindicación.
	9	Descubre el área torácica, miembros pélvicos y torácicos.
	10	Asea el tórax con una gasa o torunda alcoholada.
	11	Enciende el electrocardiógrafo e introduce los datos de la paciente: nombre, empezando por los apellidos y número de expediente. En caso de presencia de marcapasos, registra en observaciones.
	12	Intercambia V1 y V2.

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de dextrocardia o de infarto de ventrículo derecho)
Enfermera asistencial	13	Coloca los electrodos de lado derecho en posición equivalente al izquierdo. Estas derivaciones se llamarán V3R, V4R, V5R, V6R. (Ver Anexo 3).
	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.
	15	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.
	18	Realiza el registro hasta la obtención de las doce derivaciones.
	19	Desconecta el electrocardiograma, una vez finalizado el registro y retira los cables y los electrodos.
	20	Verifica que el registro esté correctamente identificado.
	21	Retira residuos de adhesivo o gel conductor de la piel, así como de los electrodos.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
10

FECHA

DÍA MES AÑO

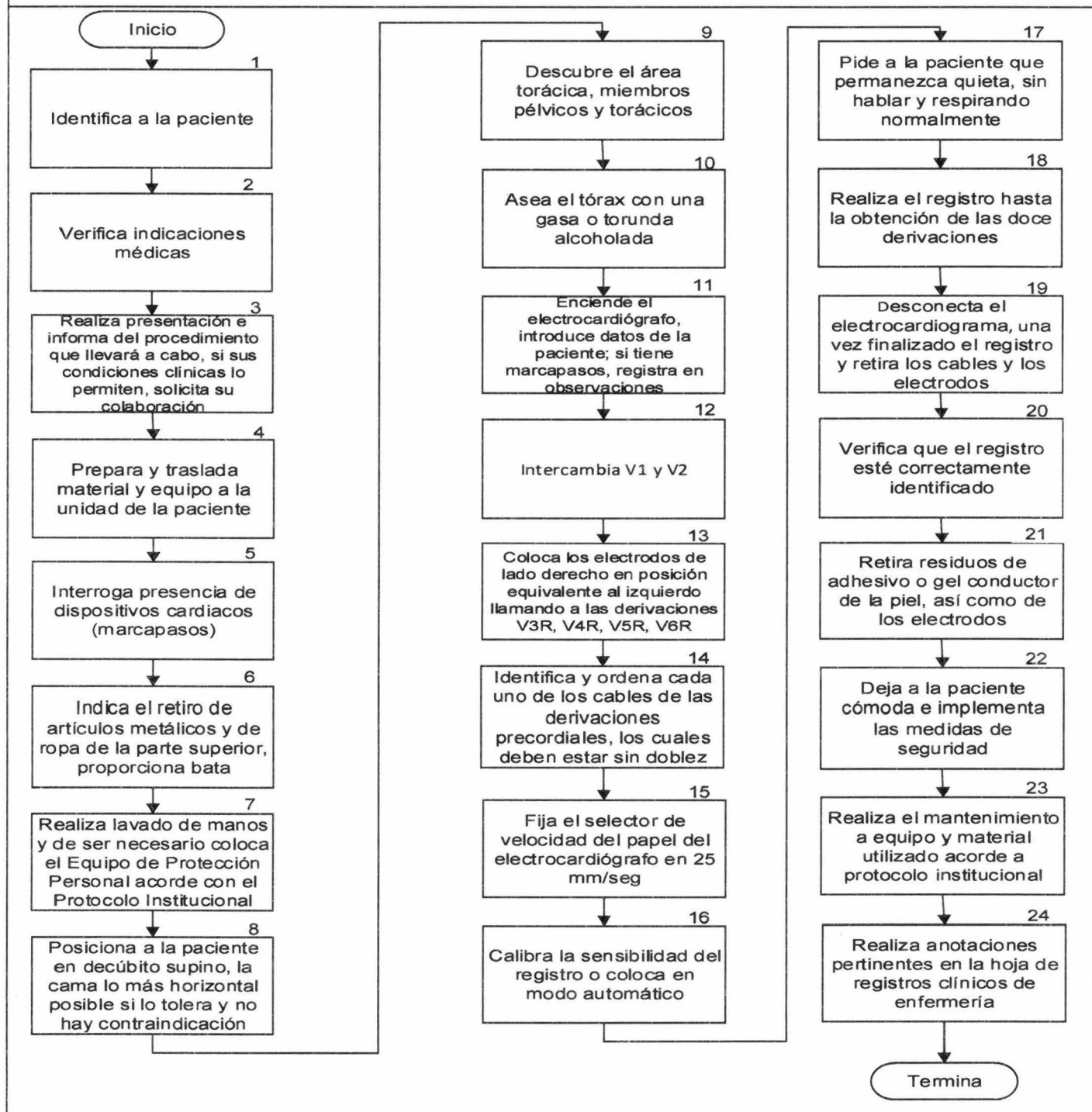
08 06 22

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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




23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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



23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
	13	Conecta los cables de las derivaciones bipolares y unipolares. (Ver anexo 1). • Brazo derecho RA Cable rojo: En muñeca derecha • Brazo izquierdo LA, cable amarillo: En muñeca izquierda • Pierna izquierda LL, cable verde: En tobillo izquierdo • Pierna derecha RL, cable negro: En tobillo derecho
	14	Identifica y ordena cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, los cuales deben estar sin doblez: (Ver anexo 2). • V1 (rojo) Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón. • V2 (amarillo) Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón. • V4 (marrón) Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. • V3 (verde) entre V2 y V4. • V5 (negro) quinto espacio intercostal, en la línea axilar anterior. • V6 (morado) quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media axilar.
	15	Fija el selector de velocidad del papel del electrocardiógrafo en 25 mm/seg.
	16	Calibra la sensibilidad del registro (un mili voltio debe corresponder a un cm de altura, 10mm/mv) o coloca en modo automático.
	17	Pide a la paciente que permanezca quieta, sin hablar y respirando normalmente.

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
15

FECHA

DÍA MES AÑO

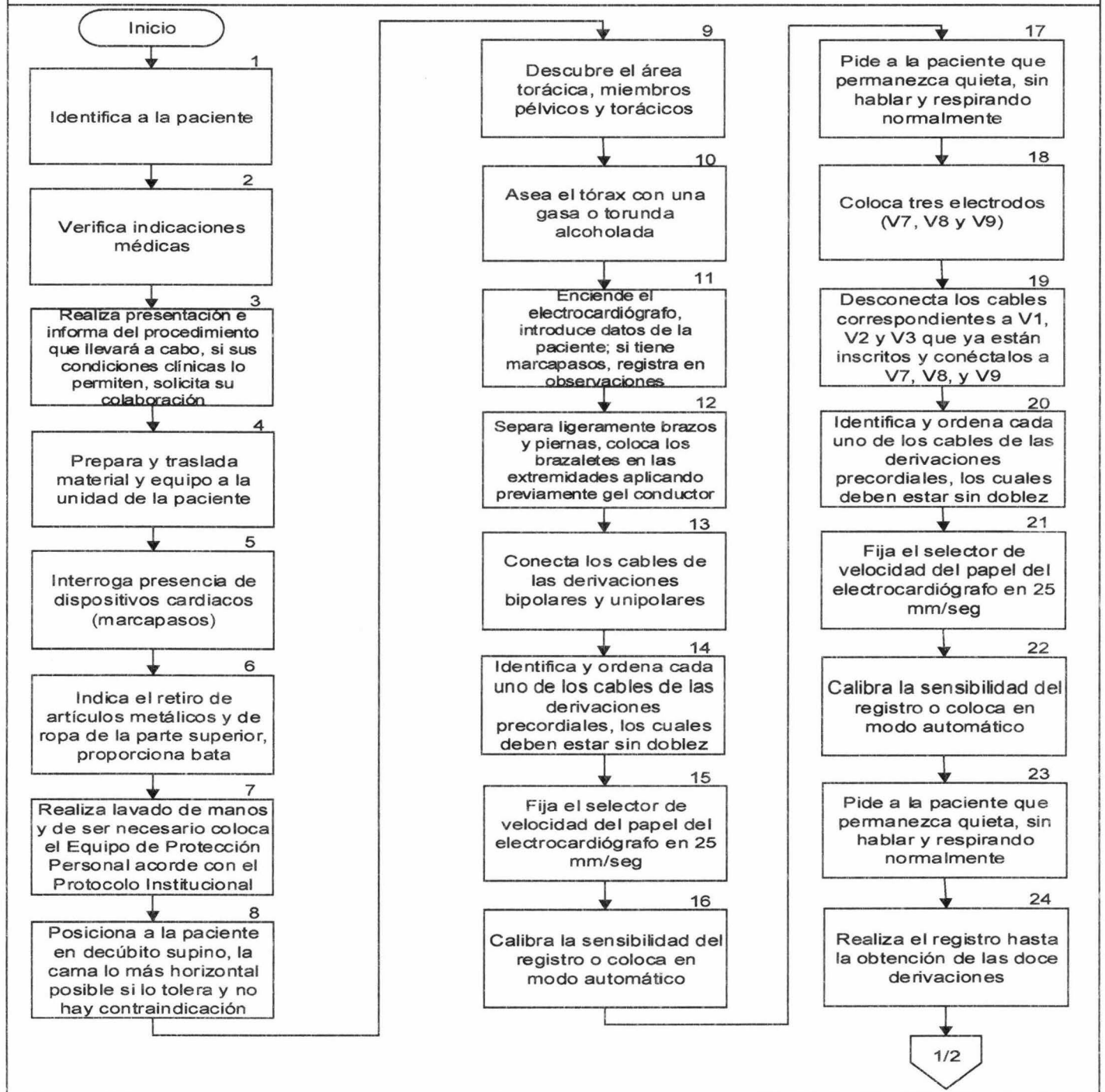
08 06 22

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN (En sospecha de infarto de ventrículo izquierdo extenso o posterior)
	25	Desconecta el electrocardiograma, una vez finalizado el registro y retira los cables y los electrodos.
	26	Verifica que el registro esté correctamente identificado.
	27	Retira residuos de adhesivo o gel conductor de la piel, así como de los electrodos.
	28	Deja a la paciente cómoda e implementa las medidas de seguridad.
	29	Realiza el mantenimiento a equipo y material utilizado acorde a protocolo institucional.
	30	Realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

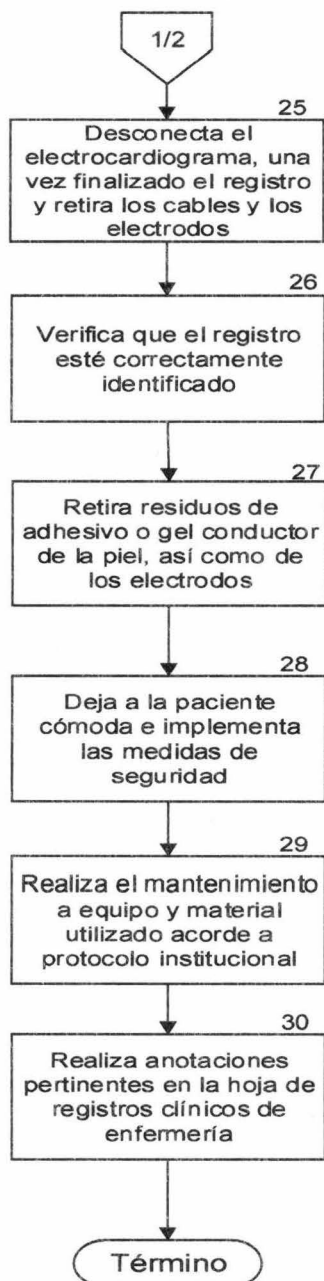
Enfermera Asistencial





23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

Enfermera Asistencial

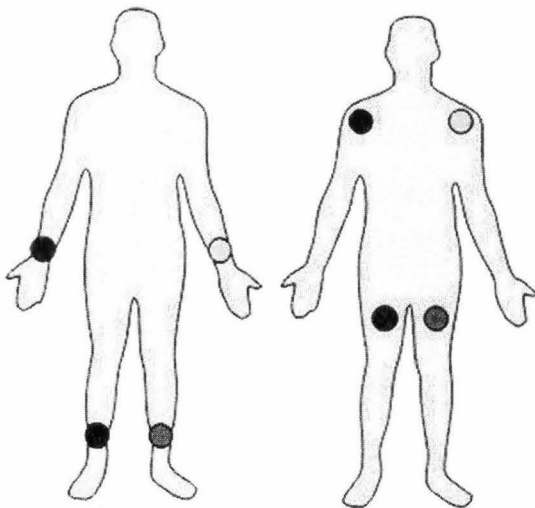




23. INTERVENCIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

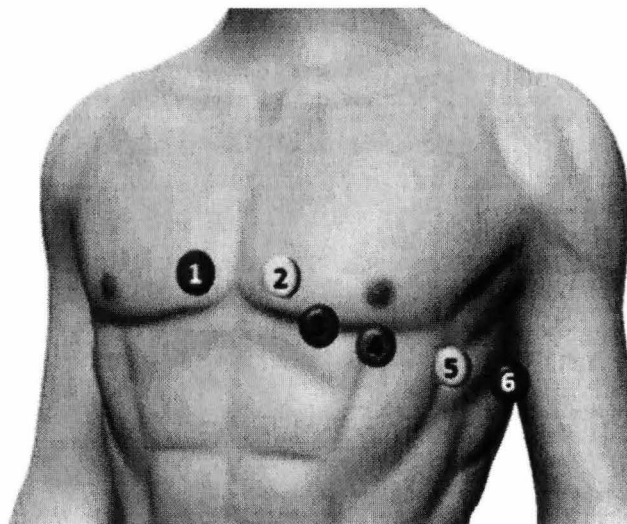
ANEXOS

ANEXO 1



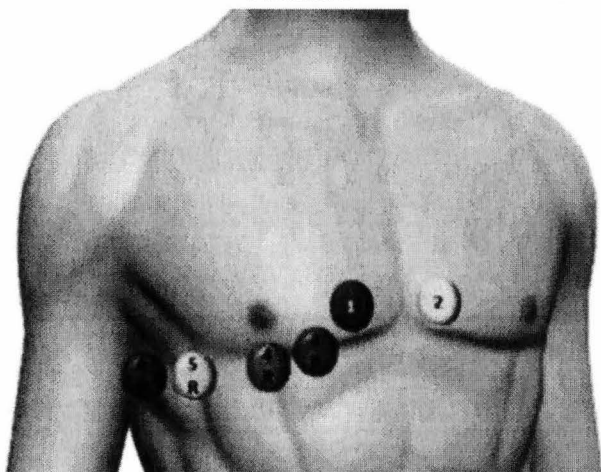
Derivaciones de Bipolares y Unipolares

ANEXO 2



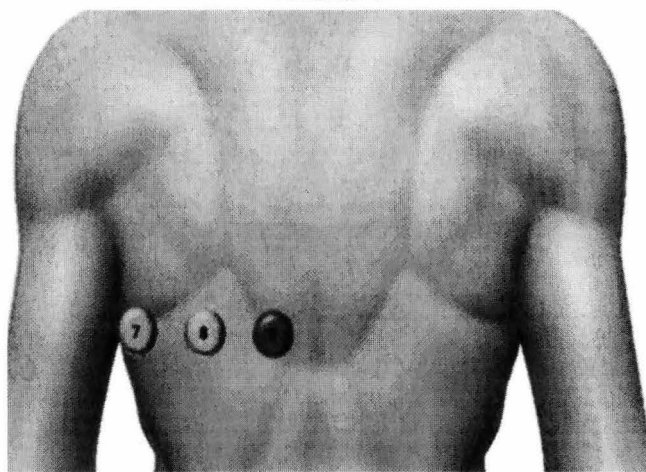
Derivaciones Precordiales

ANEXO 3



Derivaciones Derechas

ANEXO 4



Derivaciones Posteriores



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
19

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

23. 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
08	06	22

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN

OBJETIVO

Asegurar la continuidad de la atención posterior a una intervención gineco- obstétrica en un entorno seguro.

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN

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-16-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - 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-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los estados unidos mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
 - PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-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.
 - Política institucional: Código "H", Para la atención a la paciente con hemorragia Obstétrica.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Realizar el ingreso correspondiente a recuperación en el sistema (expediente electrónico).
- Registrar egreso, en la libreta de procedimientos,

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN

- Verificar disponibilidad y presencia de camilleros para la movilización de pacientes.
- Solicitar mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario y registrar en bitácora.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Contar con el carro de paro completo.

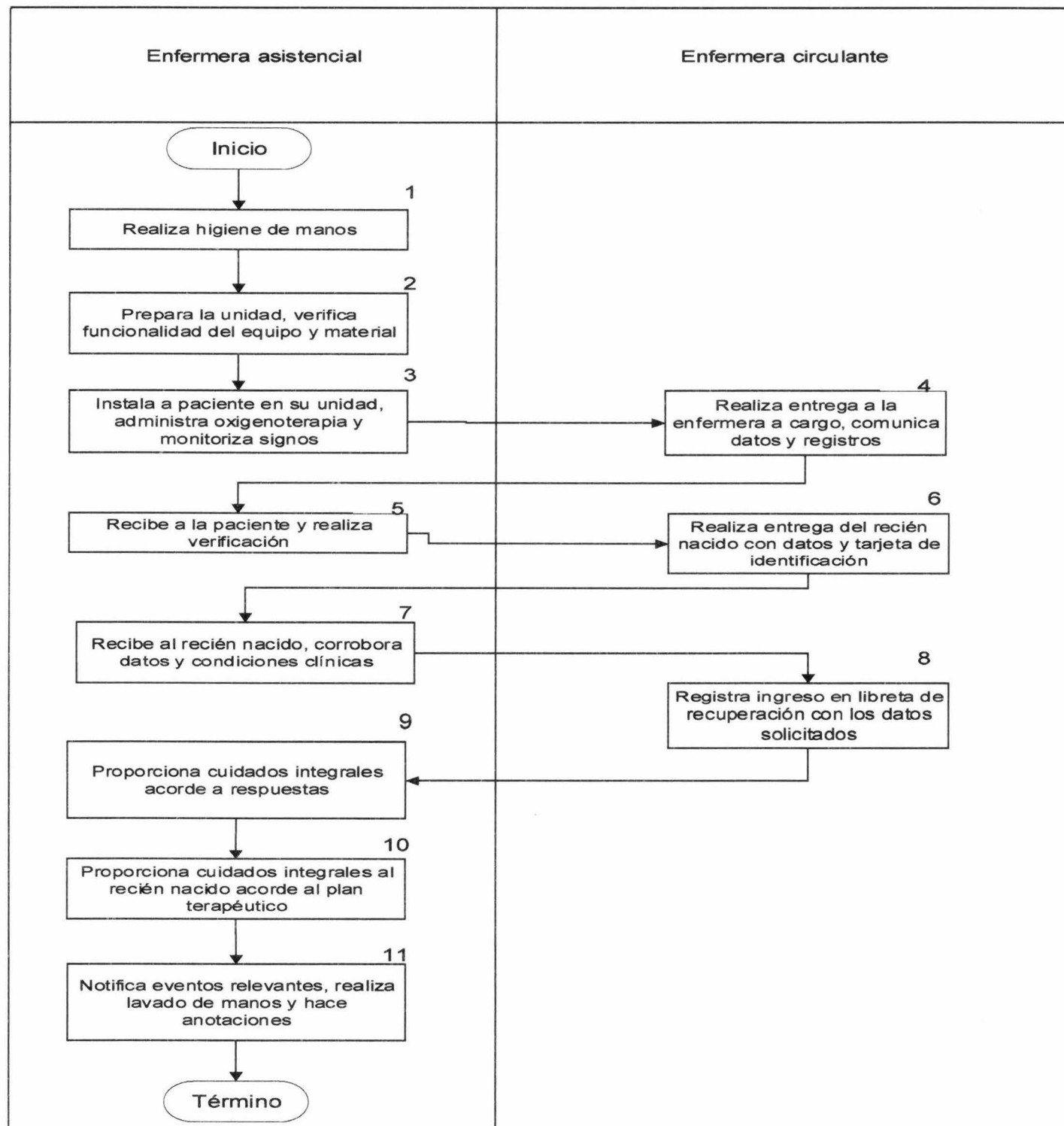
2. De la enfermera asistencial

- 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.
- Considerar que en caso de pérdida gestacional, la recuperación se hará en el área de trabajo de parto.
- Verificar datos correctos de identificación en la pulsera.
- Verificar que el expediente clínico este completo
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de cooperación.
- Instalar a la paciente en su unidad, presentarse y propiciar un ambiente de seguridad y de confort.
- Respetar la individualidad de la paciente
- Proporcionar medidas de protección y seguridad a la paciente
- Proporcionar los cuidados post operatorios: monitorización de constantes vitales, ministración de soluciones, medicamentos, involución uterina, cuidados de herida quirúrgica, en caso de alguna eventualidad notificar al médico.
- Conocer y valorar las escalas: riesgo de caídas, valoración de dolor, LATCH y ALDRETE.

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Realiza higiene de manos
	2	Prepara la unidad, verifica funcionalidad del equipo biomédico y material.
	3	Instala a paciente en su unidad, administra oxigenoterapia si aplica, coloca soluciones en tripie y monitoriza signos vitales.
Enfermera circulante	4	Realiza entrega a la enfermera a cargo de su atención, comunica datos relevantes del procedimiento realizado, datos de nacimiento y destino (si aplica), registros clínicos de enfermería, lista de verificación de cirugía segura, hoja de anestesia.
Enfermera asistencial	5	Recibe e identifica a la paciente, se presenta, corrobora información, valora riesgo de caídas y realiza verificación (estado de conciencia, exploración cefalocaudal; glándulas mamarias, involución uterina y sangrado transvaginal, si aplica; revisa heridas y drenajes, si aplica y permeabilidad de accesos venosos).
Enfermera circulante	6	Realiza entrega del recién nacido identificado en cuna bacinete, si aplica, con datos de nacimiento, condiciones clínicas, registros clínicos de enfermería, indicaciones y tarjeta de identificación.
Enfermera asistencial	7	Recibe al recién nacido, si aplica y corrobora: Datos de pulseras de identificación colocadas en muñeca derecha y tobillo izquierdo con apellidos, fecha, hora y sexo, tarjeta de identificación y condiciones clínicas.
Enfermera circulante	8	Registra ingreso en libreta de recuperación con los datos solicitados.
Enfermera asistencial	9	Proporciona cuidados integrales acorde a respuestas humanas, plan terapéutico y monitorización de signos vitales (primera hora: valora cada 15 minutos; segunda hora: valora cada 30 minutos; tercera hora : valora cada 60 minutos)
	10	Proporciona cuidados integrales a recién nacido acorde a plan terapéutico, si aplica y valora escala de LATCH, signos vitales cada hora y contacto piel con piel.
	11	Notifica al médico eventos relevantes, realiza lavado de manos y hace anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina Procedimiento

24. INTERVENCIONES EN EL INGRESO AL ÁREA DE RECUPERACIÓN



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE
A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE
A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

OBJETIVO

Asegurar condiciones óptimas de ingreso, que favorezcan un entorno seguro para la continuidad de la atención.

25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE
A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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-16-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - 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-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los estados unidos mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer y aplicar indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de salud (INDICAS).
- Realizar el ingreso correspondiente a la unidad toco quirúrgica el sistema (expediente electrónico).
- Registrar el ingreso en la libreta de procedimientos, solicitando nombre completo, número de registro, fecha de nacimiento, grupo sanguíneo, número de cama, médico tratante, procedencia, diagnóstico, semanas de embarazo según sea el caso, gesta, para, aborto, cesárea, plan de ingreso.
- Verificar disponibilidad y presencia de camilleros para la movilización de pacientes.
- Solicitar mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario y registrar en bitácora.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.

25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE
A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

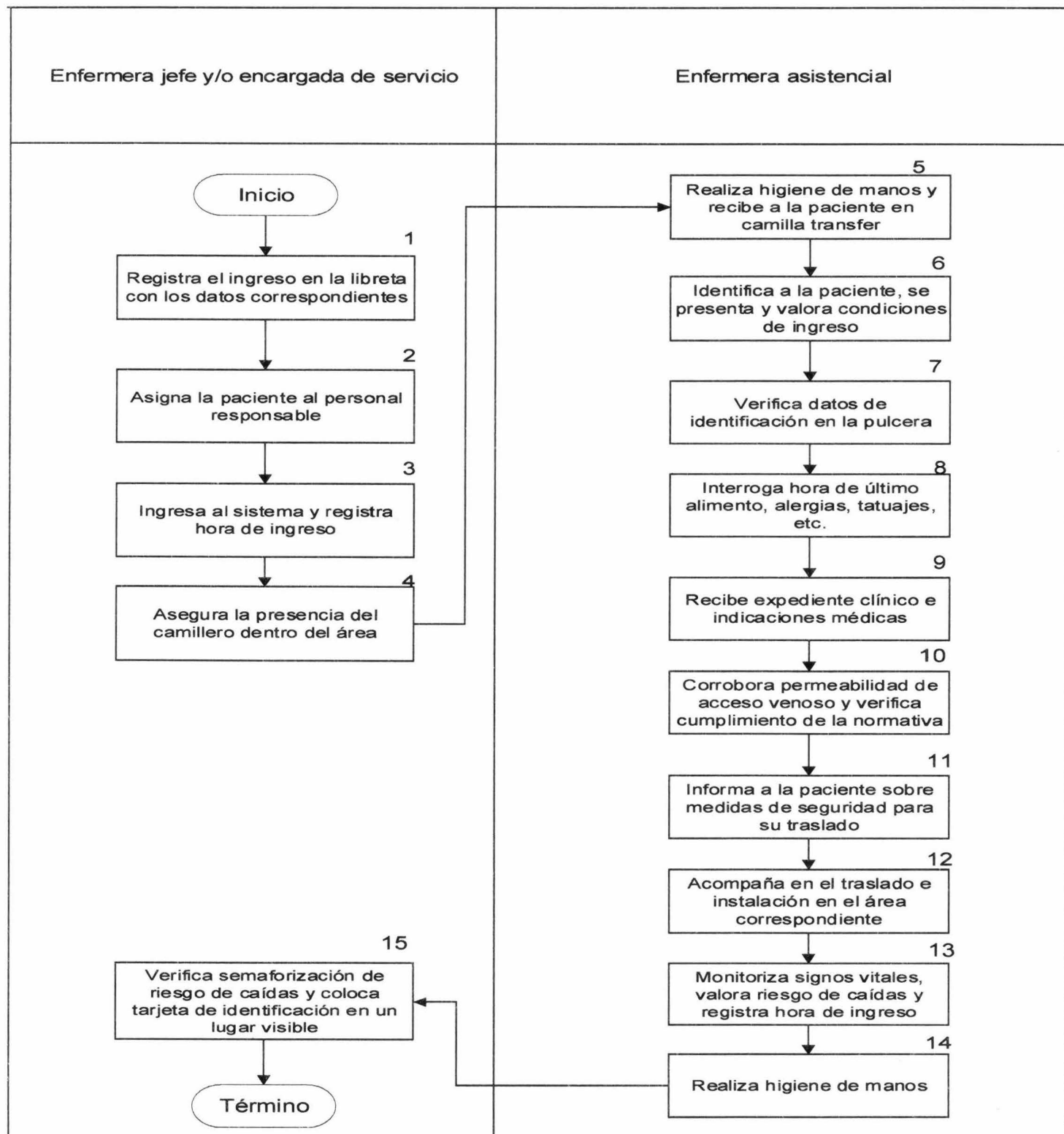
2. De la enfermera asistencial

- 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.
- Verificar datos correctos de identificación en la pulsera de identificación.
- Verificar que la paciente cumpla con las condiciones de ingreso a la unidad. (gorro quirúrgico, cubre boca, careta, botas quirúrgicas y bata institucional, no debe portar alhajas)
- Verificar que el expediente clínico este completo
- Verificar cumplimiento de tratamiento médico previo.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de cooperación.
- Instalar a la paciente en su unidad, presentarse y propiciar un ambiente de seguridad y de confort.
- En caso de emergencia o paciente de UCIA pasa directo a sala en misma camilla/cama de traslado.

**25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE
A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA**

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera jefe y/o encargada de servicio	1	Registra el ingreso en la libreta con los datos correspondientes.
	2	Asigna la paciente al personal responsable
	3	Ingresa al sistema (expediente electrónico) y registra hora de ingreso en la libreta de procedimientos de enfermería.
	4	Asegura la presencia del camillero dentro del área.
Enfermera asistencial	5	Realiza higiene de manos y recibe a la paciente en camilla en el transfer.
	6	Identifica a la paciente, se presenta y valora visualmente que cumpla condiciones de ingreso.
	7	Verifica y corrobora datos de identificación en la pulsera (apellidos, nombre y fecha de nacimiento) en paciente obstétrica solicita pulseras de recién nacido.
	8	Interroga hora de último alimento, alergias, toxicomanías, tatuajes, prótesis dentales movibles, uñas sin esmaltes y ropa interior.
	9	Recibe expediente clínico (registros clínicos de enfermería, consentimiento informado e indicaciones médicas).
	10	Corrobora permeabilidad de acceso venoso, y verifica cumplimiento de la normativa institucional en soluciones y equipo.
	11	Informa a la paciente sobre medidas de seguridad para su traslado.
	12	Acompaña en el traslado e instalación en el área correspondiente: trabajo de parto y/o salas de expulsión o quirófano
	13	Monitoriza signos vitales, valora riesgo de caídas y registra hora de ingreso en registros clínicos de enfermería.
	14	Realiza higiene de manos
Enfermera jefe y/o encargada de servicio	15	Verifica semaforización de riesgo de caídas y coloca tarjeta de identificación en un lugar visible.
		Termina Procedimiento

25. INTERVENCIONES EN EL INGRESO DE LA PACIENTE
A LA UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

26.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

26.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

26.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO

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

26.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

2. Del (a) enfermera asistencial.

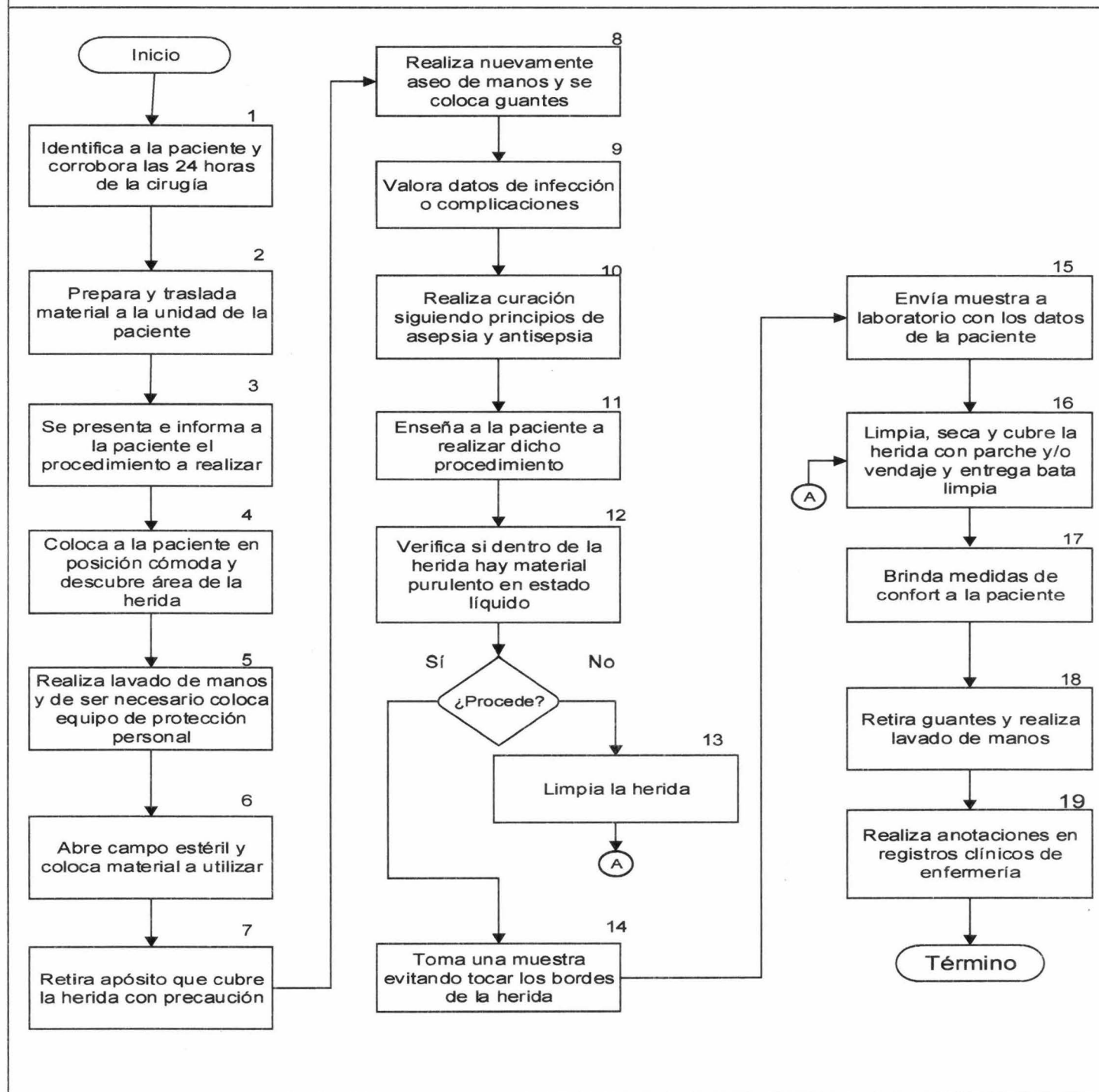
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando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

26.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

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

26.- INTERVENCIONES EN HERIDA QUIRÚRGICA

Enfermera Asistencial



26.- 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.

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

OBJETIVO

Coadyuvar en la colocación de un dispositivo epidural con fines terapéuticos.

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

FECHA

DÍA MES AÑO

08 06 22

POLITICAS DE OPERACIÓN**Será obligación:****1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio**

- Conocer la normatividad oficial mexicana:
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2021**. Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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-006-SSA3-2011**, Para la práctica de la anestesiología.
 - 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 quirúrgicos estériles.
 - Equipo de bloqueo.
 - Equipo de catéter.
 - Anestésico según disponibilidad de la institución.
 - Paquete de gasas estériles.
 - Antiséptico según disponibilidad de la institución
 - Tela adhesiva.
 - Bata estéril

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.

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

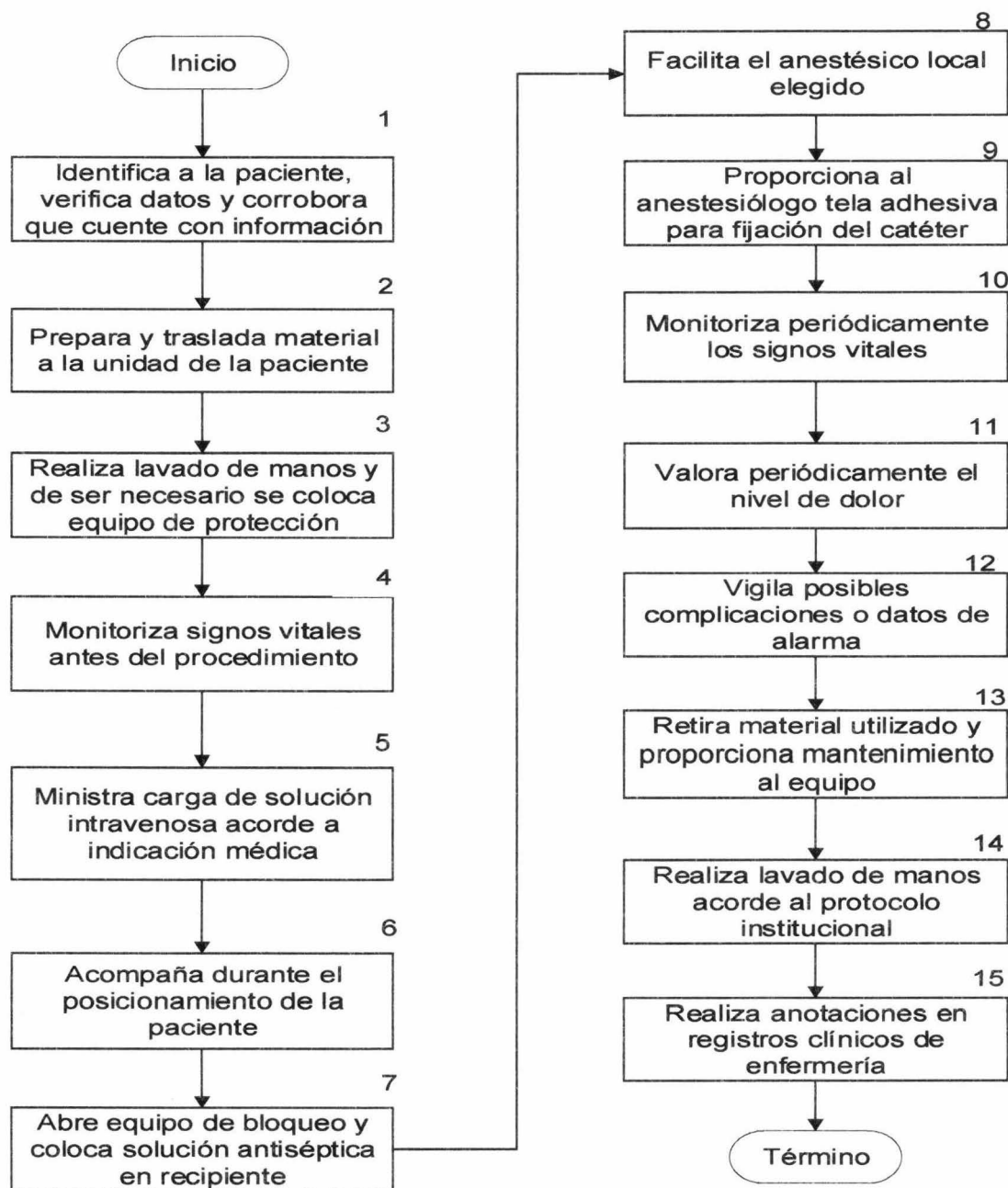
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas de la paciente, valorando su grado de colaboración.
- Conocer el procedimiento.
- Mantener monitorizada a la paciente durante el procedimiento.
- Colaborar con el médico anestesiólogo en la realización del bloqueo epidural.
- Respetar la individualidad de la paciente.
- Conocer las complicaciones asociadas al bloqueo epidural.
- Preparar el material y equipo necesarios.
- Realizar el registro clínico en los formatos correspondientes en la hoja de enfermería acorde al protocolo institucional.

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica sus datos y corrobora que la paciente cuente con la información acerca del procedimiento.
	2	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde al protocolo institucional.
	4	Monitoriza signos vitales y frecuencia cardiaca fetal (si aplica), antes del procedimiento.
	5	Ministra carga de solución intravenosa acorde a indicación médica.
	6	Acompaña durante el posicionamiento de la paciente y vigila los dispositivos instalados.
	7	Abre equipo de bloqueo, equipo de catéter, guantes, gasas y bata; coloca solución antiséptica en recipiente correspondiente.
	8	Facilita el anestésico local elegido.
	9	Proporciona al médico anesthesiologo tela adhesiva para la fijación del catéter una vez instalado.
	10	Continúa monitorizando de manera periódica los signos vitales y frecuencia cardiaca fetal (si aplica), después del procedimiento.
	11	Valora periódicamente el nivel de dolor.
	12	Vigila posibles complicaciones o datos de alarma; si hubiera, informa al médico.
	13	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	14	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	15	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería
		Termina procedimiento

27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

Enfermera Asistencial



27. INTERVENCIONES EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

REFERENCIAS

Fernández García A, Cañadas Nuñez, Góngora Abad MR. Catéter Epidural. [Internet] 2016 [consultado 25 junio 2021]. Disponible en: <https://ajibarra.org/D/post/capitulocateterepidural/>

Protocolos SEGO. Analgesia del parto. Prog Obstet Ginecol [Internet] 2018 [consultado 25 junio 2021]; 51(6):374-83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501308711038>

Sawhney M, Chambers C. Extracción de catéteres epidurales: manual para enfermeras. Rev. Nursing [Internet] 2019 [consultado 25 junio 2021]; 36(4): 41-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538219300962>



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA



28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

28. 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 y fijaciones para la 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



28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	1	Identifica a la paciente
	2	Verifica indicaciones médicas.
	3	Realiza presentación e informa a la paciente del procedimiento que llevará a cabo. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	4	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	5	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con el protocolo institucional.
	6	Mantiene una gasa entre la placa exterior del tubo y la piel colocada en forma de "U" de ser necesario cambia previa asepsia.
	7	Mantiene vigilancia estrecha de la zona en busca de signos anormales.
	8	Mantiene permeable la cánula de traqueotomía mediante el uso de endocánula.
	9	Verifica el inflado del globo de la cánula de traqueotomía con el manómetro la cual no debe exceder los 22mmHg.
	10	Aspira secreciones de ser necesario.
		<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.



28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

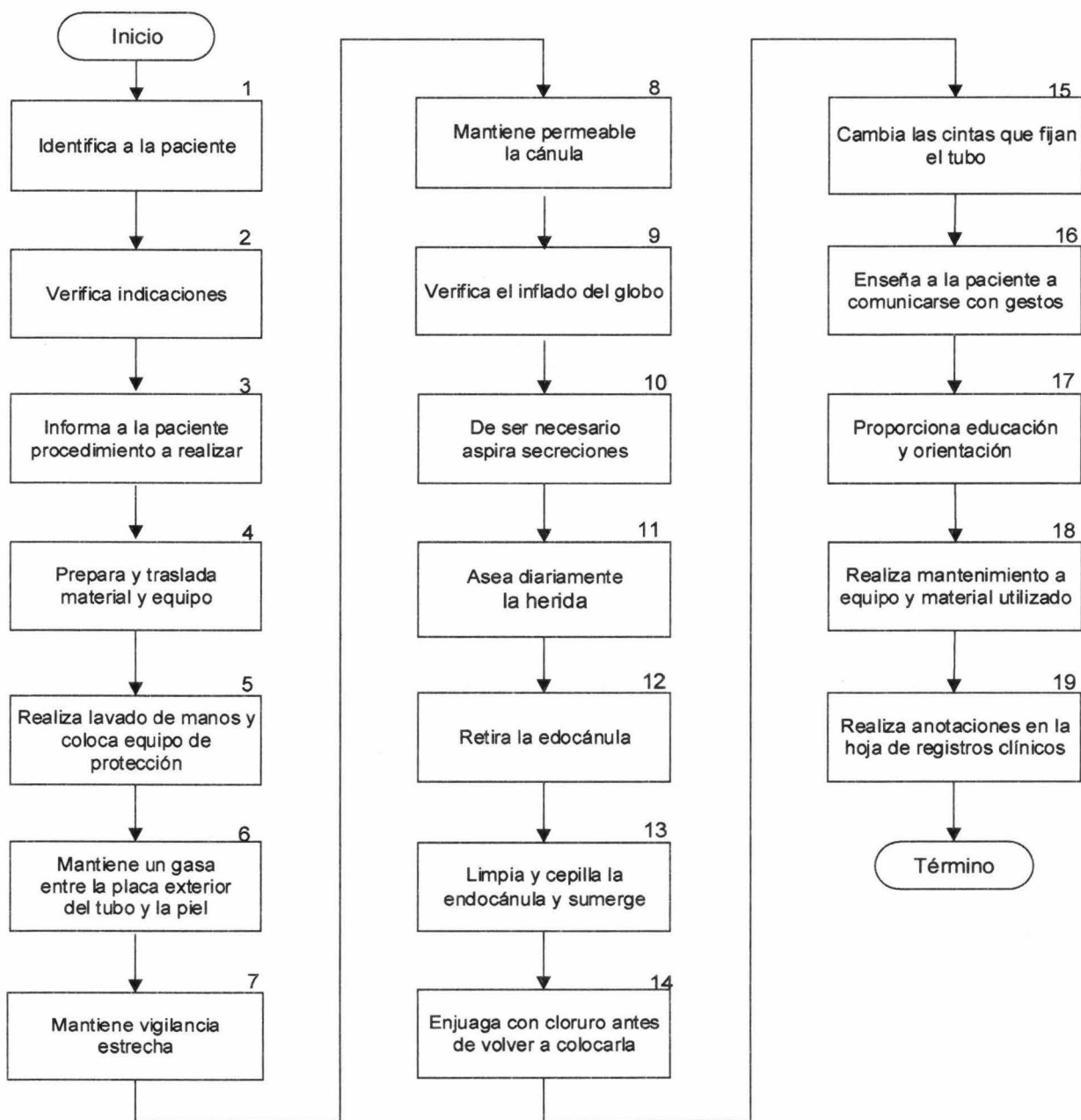
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Asistencial	15	Cambia las cintas que fijan el tubo de traqueostomía por razón necesaria.
	16	Enseña a la paciente a comunicarse mediante gestos o escritura si está consciente
	17	Proporciona educación y orientación sobre los cuidados 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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

Profesional de Enfermería Asistencial





28. INTERVENCIONES EN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

Referencias:

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

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

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

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

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



29. 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.

29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. N°	DESCRIPCIÓN Lavado quirúrgico con cepillo
Profesional de Enfermería Quirúrgica	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.



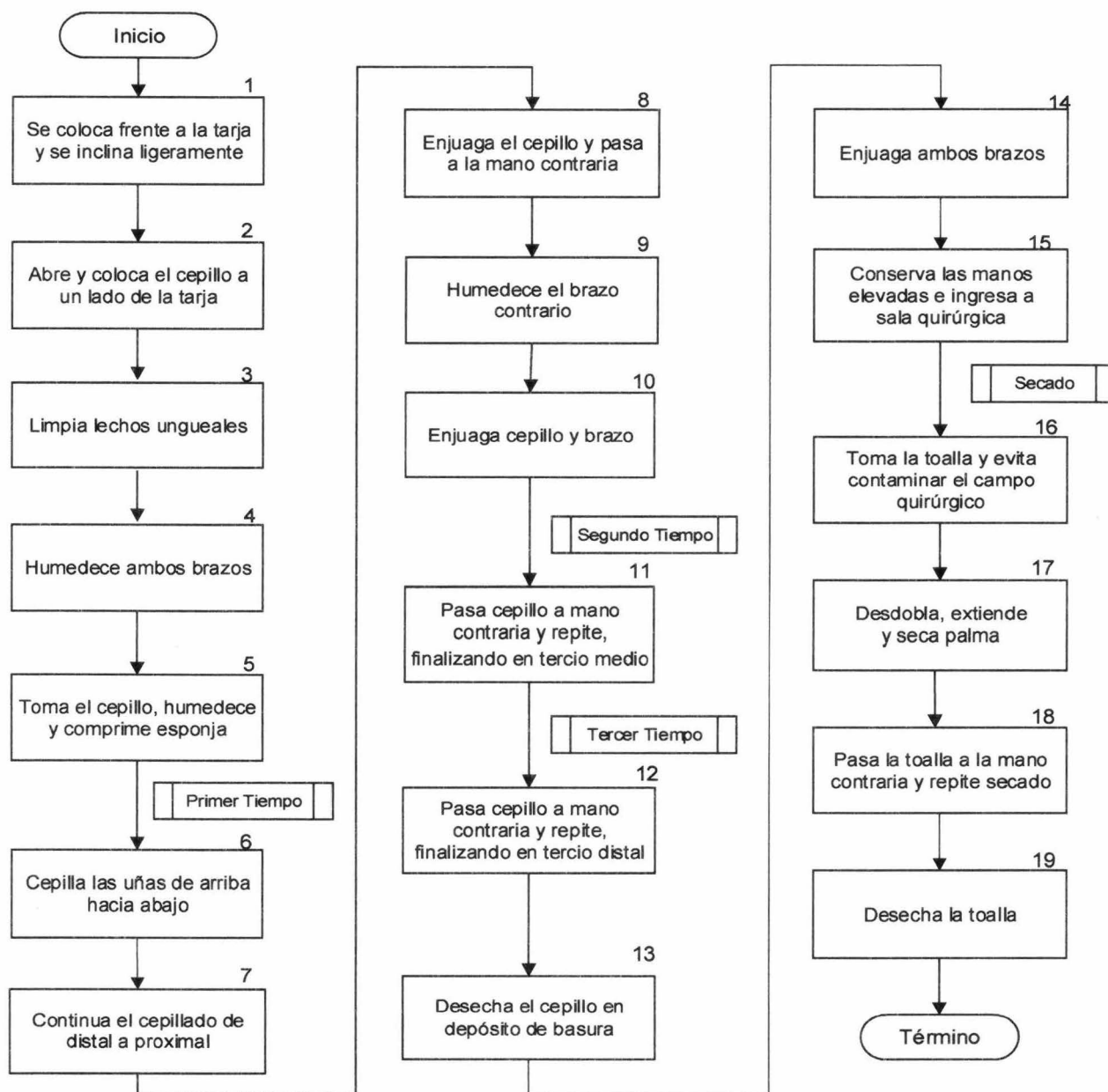
29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

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



29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

Profesional de Enfermería Quirúrgica



29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Quirúrgica		Lavado quirúrgico sin cepillo
	1	Se 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.



29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

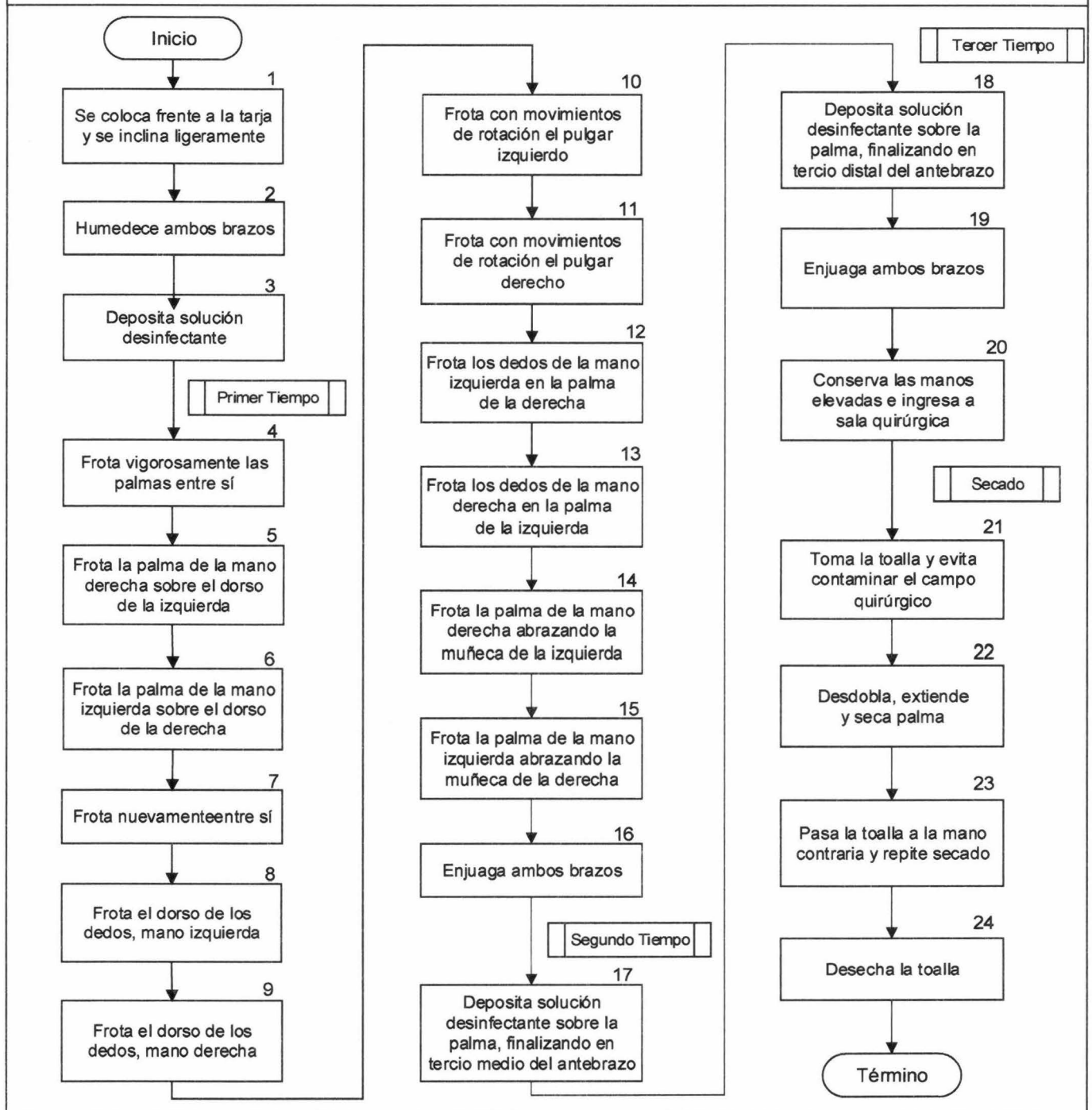
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT.No.	DESCRIPCIÓN
Profesional de Enfermería Quirúrgica	15	Frota la palma de la mano izquierda abrazando la muñeca de la mano derecha, con movimientos de rotación hasta llegar 5 centímetros por arriba del codo.
	16	Enjuaga ambos brazos dejando que el agua escurra hacia el codo.
		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	Desdobla, 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
08	06	22

29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

Profesional de Enfermería Quirúrgica

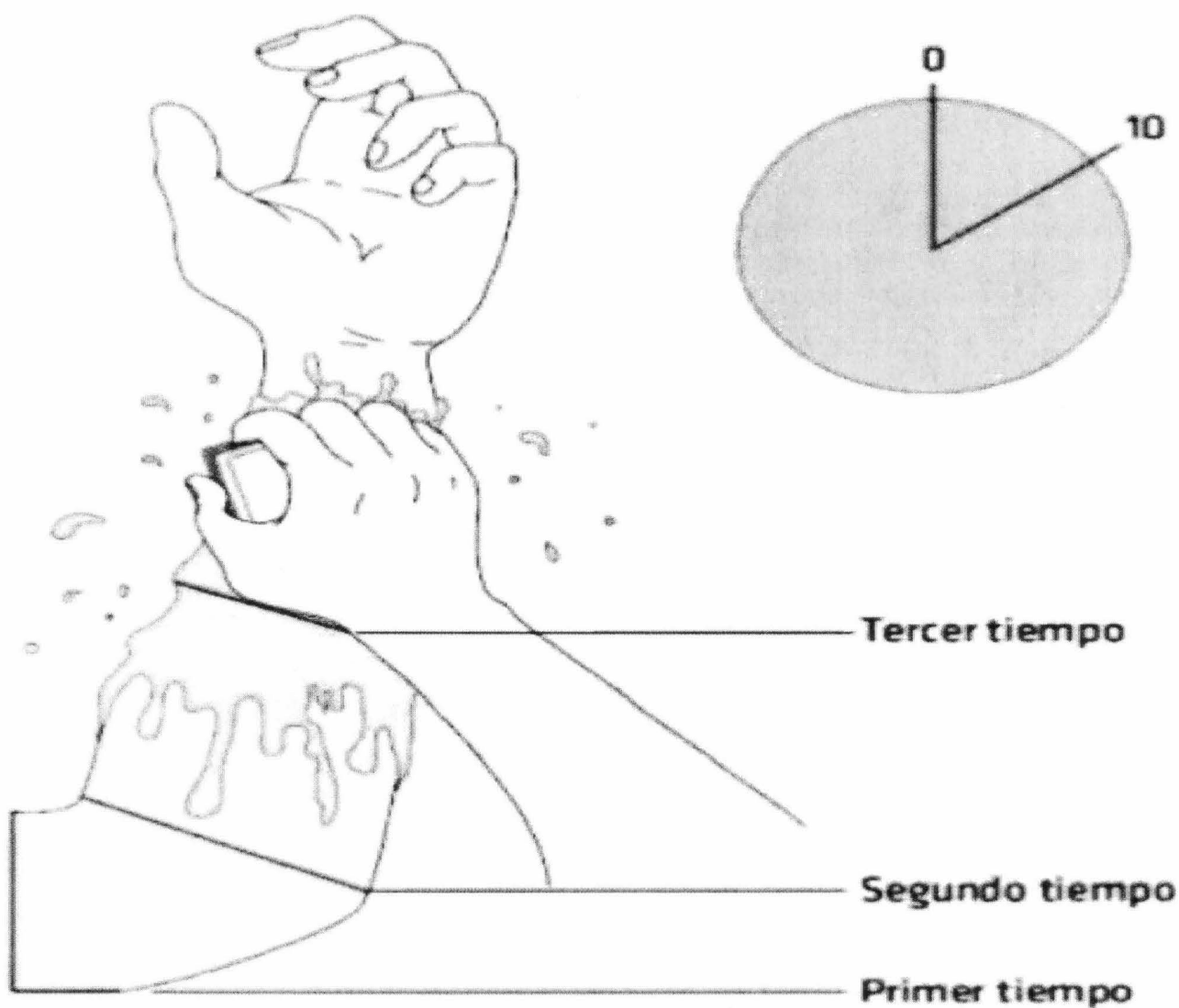


DÍA	MES	AÑO
08	06	22

29. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

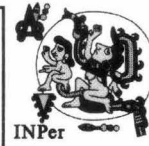
ANEXO

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



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

OBJETIVO

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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-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.

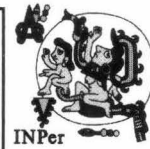
30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

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.

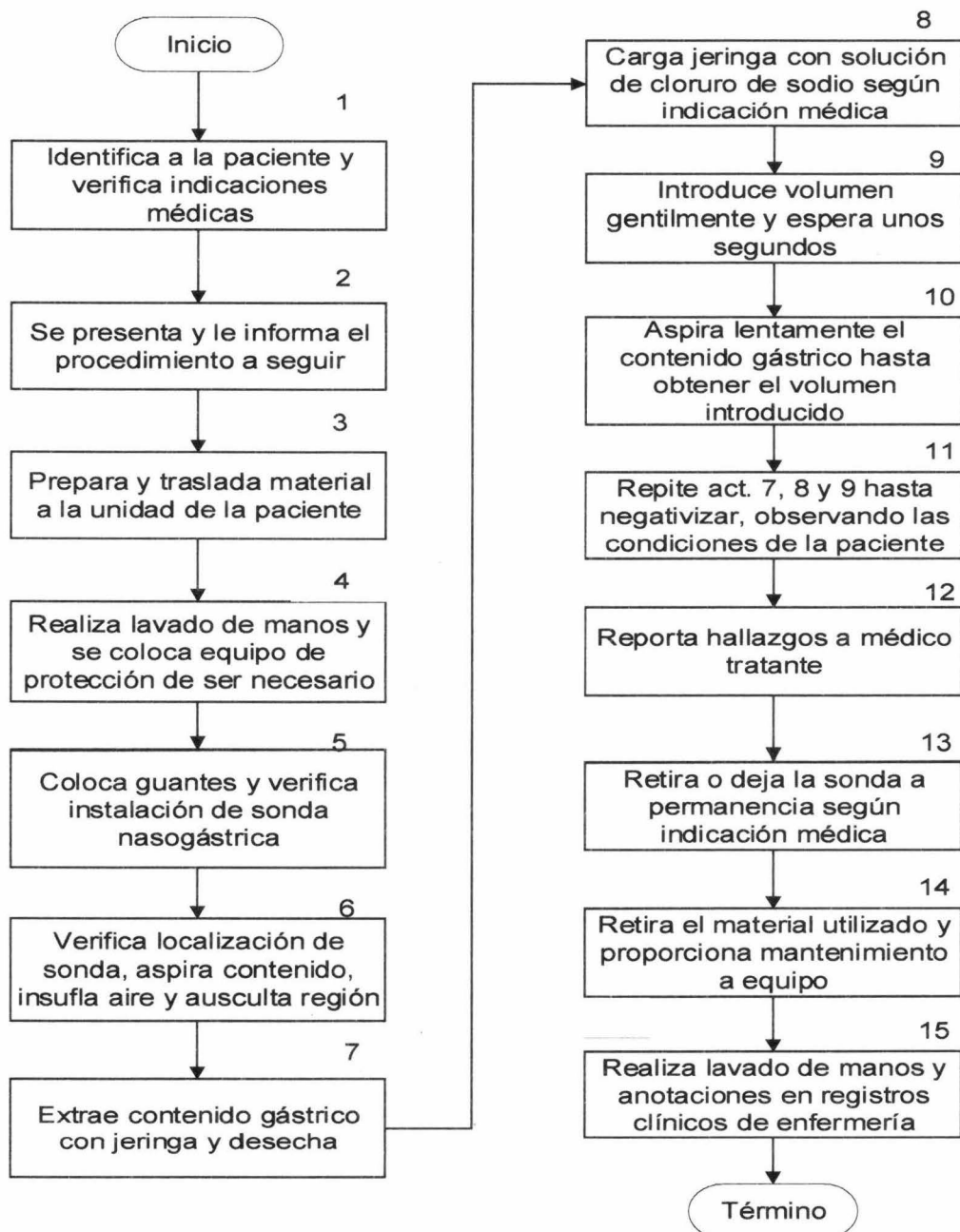
30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y verifica las indicaciones médicas.
	2	Se presenta e informa a la paciente del procedimiento a seguir (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 de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	5	Coloca guantes y verifica instalación de sonda nasogástrica o de lo contrario la instala.
	6	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 e introduce la parte distal de la sonda en el vaso con agua.
	7	Extrae contenido gástrico con jeringa y desecha.
	8	Carga jeringa con solución de cloruro de sodio 0.9% a temperatura según condiciones clínicas de la paciente e indicación médica.
	9	Introduce el volumen gentilmente y espera unos segundos.
	10	Aspira lentamente el contenido gástrico hasta obtener el volumen introducido y observa las características de éste.
	11	Repite actividad 7, 8 y 9 hasta negativizar, observando las condiciones clínicas de la paciente.
	12	Reporta hallazgos a médico tratante.
	13	Retira o deja la sonda a permanencia según indicación médica.
	14	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	15	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional y las anotaciones en los registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento



30. LAVADO GÁSTRICO EN PACIENTE ADULTA

Enfermera Asistencial



30. 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/>

31. MANIOBRAS DE LEOPOLD

31. MANIOBRAS DE LEOPOLD



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

31. MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO

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

31. MANIOBRAS DE LEOPOLD

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana:
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2021. Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental-Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Verificar que el procedimiento se realice acorde a protocolo institucional.
- Conocer las políticas propias del instituto.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).

2. De la enfermera asistencial

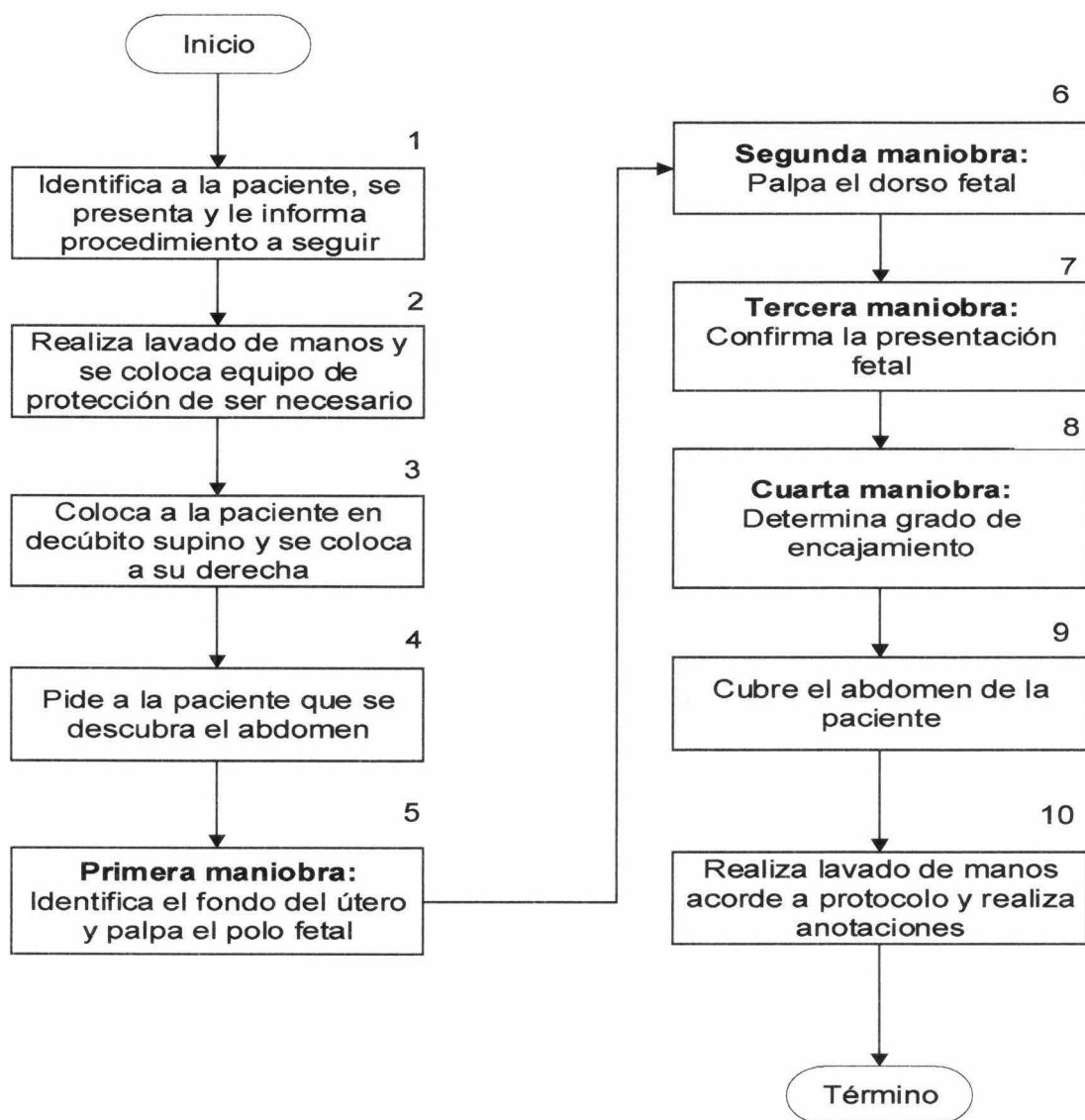
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Realizar lavado de manos respetando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

31. MANIOBRAS DE LEOPOLD

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta y le informa el procedimiento a realizar (si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración).
	2	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde a protocolo institucional.
	3	Coloca a la paciente en posición decúbito supino y se coloca en el lado derecho de la paciente mirando hacia su cabeza.
	4	Pide a la paciente que se descubra el abdomen.
	5	Primer maniobra: Utiliza la palma y el borde cubital de la mano, con los dedos apuntando hacia la cara de la paciente. Identifica el fondo del útero y palpa el polo fetal. Determina qué parte del feto ocupa el fondo uterino (el polo cefálico se palpa como una estructura redonda, rígida y regular, mientras que el polo podálico es una superficie irregular, blanda y no "pelotea". Si no se detecta ningún polo en el fondo uterino, se concluye que el feto está en situación transversa).
	6	Segunda maniobra: Desliza ambas manos desde el fondo del útero hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen, a la derecha e izquierda del útero (el dorso fetal se palpa como una superficie lisa, dura y convexa ubicada en uno de los costados, en el lado opuesto nódulos pequeños, irregulares y numerosos que pueden corresponder a las extremidades).
	7	Tercer maniobra: Coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de la mano derecha a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis del pubis; confirma la presentación fetal; la cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si está encajada y la región pélvica se percibe blanda e irregular.
	8	Cuarta maniobra: Mira hacia los pies de la paciente y coloca los cuatro dedos de cada mano en cada costado de la cavidad pélvica, palpa gentilmente y determina grado de encajamiento.
	9	Cubre el abdomen de la paciente.
	10	Realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional y hace anotaciones en los registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

31. MANIOBRAS DE LEOPOLD

Enfermera Asistencial



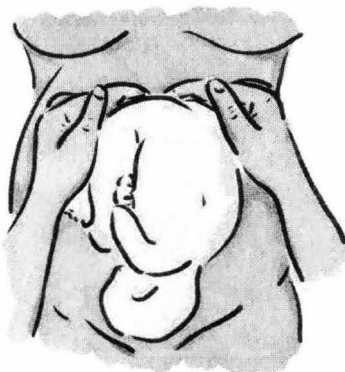
31. MANIOBRAS DE LEOPOLD

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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
08	06	22

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

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

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

FECHA

DÍA MES AÑO

08 06 22

POLITICAS DE OPERACIÓN**Será obligación:****1. De la enfermera jefa del servicio y/o encargada del servicio**

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012 que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-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.
 - 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.
 - Conocer las políticas propias del instituto.
 - Garantizar la disponibilidad y abastecimiento del carro de paro.
 - Contar con el consentimiento informado.
 - Verificar disponibilidad y funcionalidad del equipo ultrasonográfico.
 - Garantizar que el servicio cuente con el material necesario para realizar el procedimiento:
 - Mesa auxiliar para colocar el equipo y material estéril
 - Equipo de aseo de piel.
 - Bulto de campos de 90x90
 - Guantes de cirujano estériles
 - Bata estéril
 - Gorro y cubre bocas
 - Guantes desechables institucionales
 - Gasas estériles
 - Agua estéril

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

- Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de cloruro de sodio 0.9%)
- Apósito transparente estéril.
- Equipo de aseo de piel.
- Bulto de campos de 90x90
- Bata estéril
- Guantes de cirujano estériles
- Gorro y cubrebocas
- Guantes desechables institucionales
- Gasas estériles
- Agua estéril
- Solución heparinizada (1 UI heparina/ 1ML de cloruro de sodio 0.9%)
- Apósito transparente estéril.
- Antiséptico según disponibilidad institucional.

2. De la enfermera asistencial:

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

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y le informa el procedimiento a realizar.
	2	Prepara y traslada el material y equipo a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca equipo de protección personal acorde al protocolo institucional.
	4	Indica la posición cómoda y segura que permita dejar expuesta la zona del sitio donde fue instalado el catéter.
	5	Realiza valoración focalizada de las condiciones generales del catéter (funcionalidad, fijación, fecha).
	6	Verifica permeabilidad del catéter: 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. 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.
	7	Retira fijación anterior si el apósito transparente está desprendido más del 50% o sucio, despegando gentilmente de la piel los bordes del apósito y continuando hacia atrás en 180°, con la técnica "bajo y lento" mientras estabiliza el catéter y la piel aledaña para evitar cualquier daño.
	8	Abre el kit de aseo, realiza desinfección de manos con antiséptico acorde a protocolo institucional y calza guantes estériles.
	9	Realiza la limpieza del sitio de inserción con solución antiséptica, utilizando Alcohol isopropílico (toma la almohadilla alcoholada y limpia el sitio de inserción con movimiento circular; repite el paso abarcando 5 cm a la periferia del sitio de inserción y deja evaporar) o Clorhexidina al 2 %+ alcohol isopropílico al 70% (toma el aplicador y limpia el sitio de inserción, inicia del centro y abarca 5 cm a la periferia y deja actuar el antiséptico de 2 a 3 minutos).

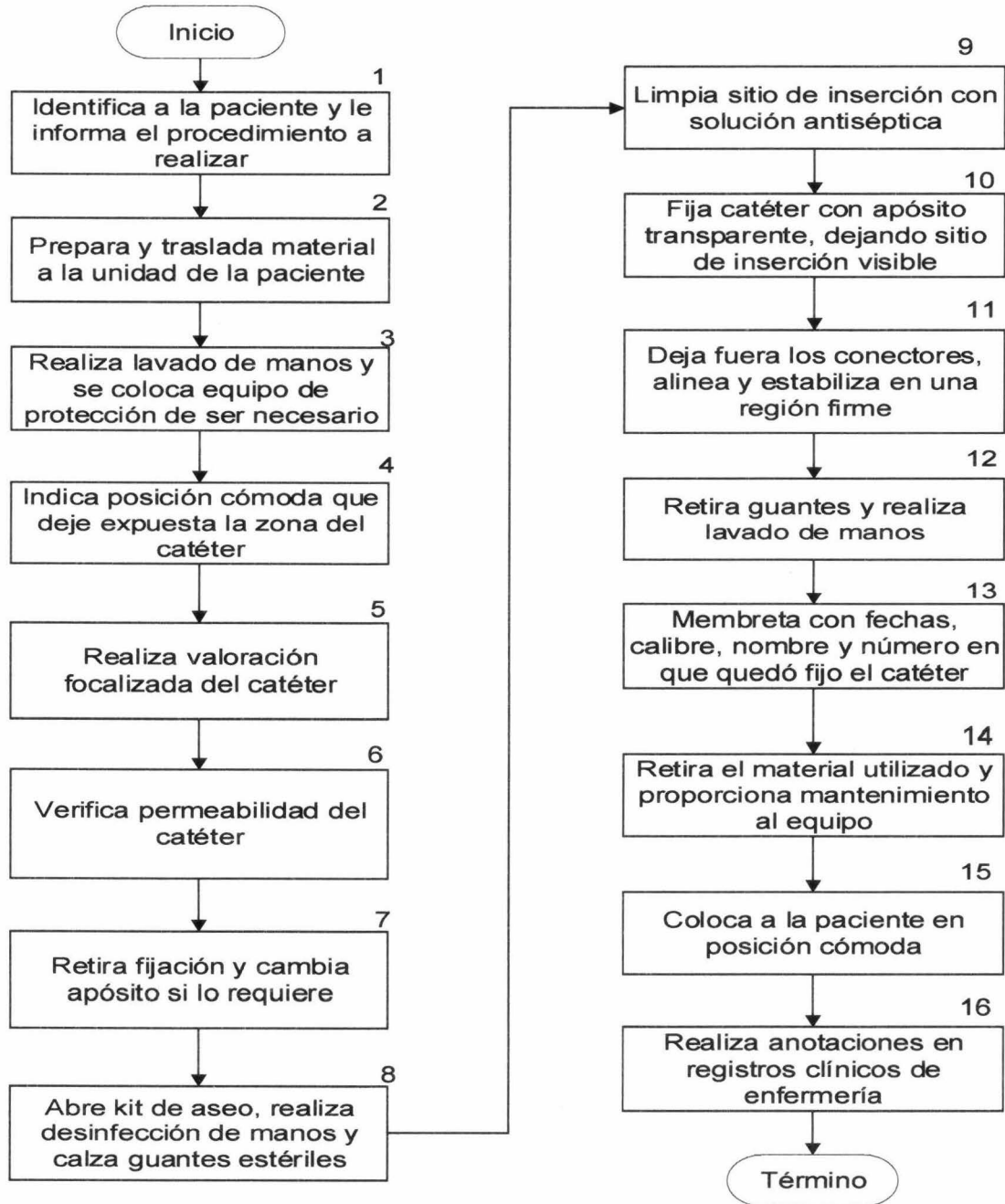
32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	10	Fija catéter con apósito transparente, dejando sitio de inserción visible, evitando acodamiento del catéter.
	11	Deja fuera los conectores, alinea y estabiliza en la región anatómica más plana y firme cercana a la zona.
	12	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	13	Membreta con fecha de instalación y mantenimiento, nombre de quién lo realizó, el calibre y número en que quedó fijo el catéter. (VER ANEXO)
	14	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	15	Coloca a la paciente en posición cómoda.
	16	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
Termina procedimiento		

32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Enfermera Asistencial

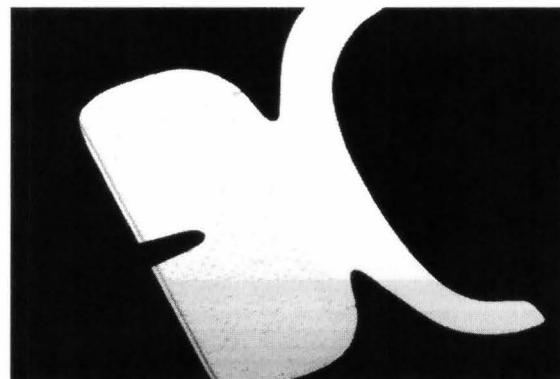
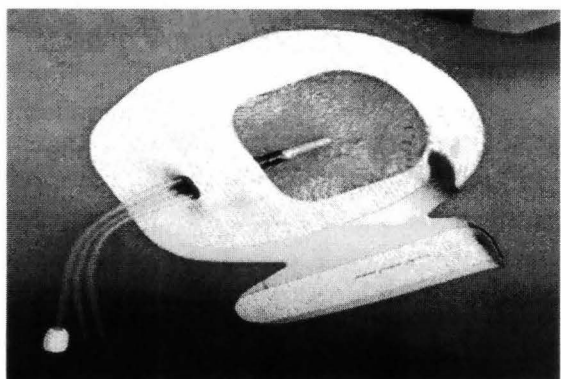
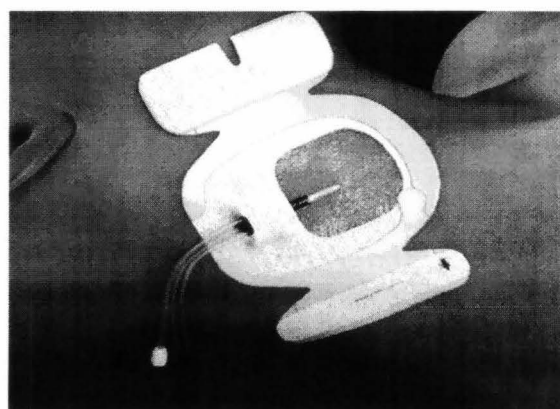
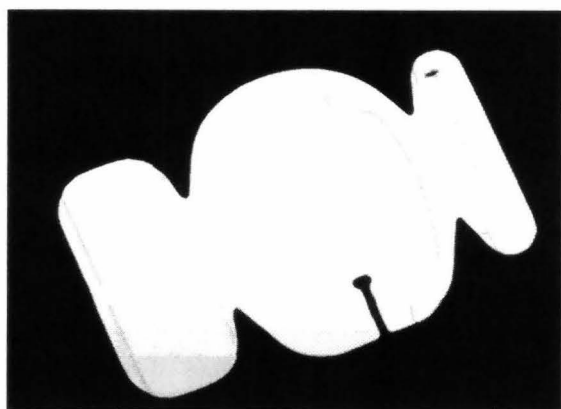


32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

ANEXO

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

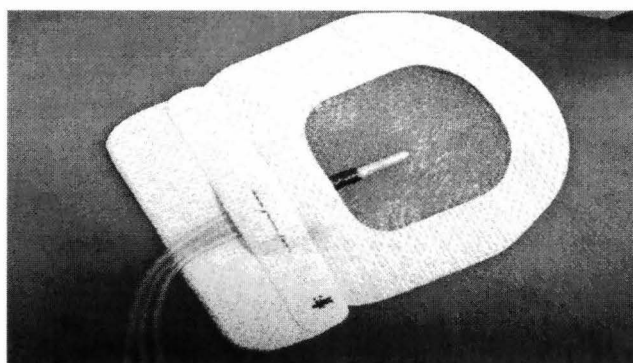
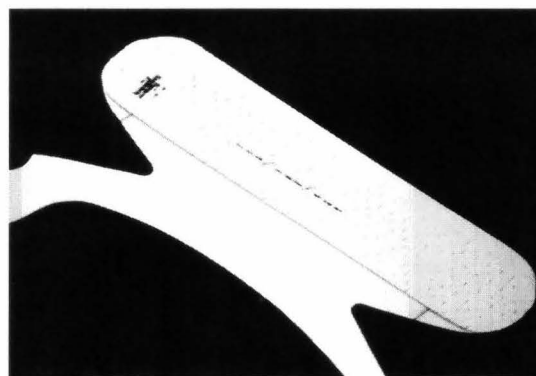
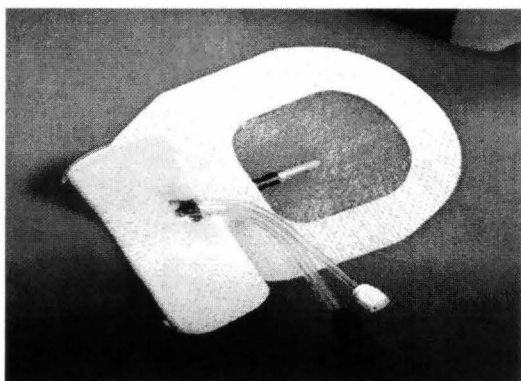
- Durante la instalación del catéter verificar que los puntos de sutura queden alineados evitando acodamiento y/o torsión del catéter.
- En caso de sangrado del sitio de inserción del catéter, colocar una gasa estéril para favorecer la hemostasia (se deberá retirar a las 24hr. de su colocación).
- Cubrir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



32. MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22



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/35QXuoi>.

https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0005/1008761/Cateter-venoso-central-colocacion_090420.pdf

33. MANTENIMIENTO DE Sonda Vesical

33. MANTENIMIENTO DE Sonda Vesical

33. MANTENIMIENTO DE SONTA VESICAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

OBJETIVO

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

33. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL**POLITICAS DE OPERACIÓN****Será obligación:****1. De la enfermera jefa del Servicio y/o encargada del servicio**

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-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 (dos pares)
 - Cubre bocas (acuerdo con protocolo institucional)
 - Gasas estériles
 - Jabón
 - Agua inyectable (tibia de ser posible)
 - Dispositivo de fijación para sonda vesical (membretado con tipo de sonda, calibre de sonda, CC. con los que se llena el balón y fecha de instalación de la sonda vesical)
 - Sonda vesical (Foley, Nelaton o Silicon el calibre dependerá de la valoración a la paciente 8 FR, 14 FR o 16 FR)
 - Bolsa colectora de orina (membretado con nombre de la paciente, fecha de instalación de la sonda vesical, calibre de sonda y cama donde se encuentra la paciente)
 - Cómodo
- Verificar que el procedimiento se realice de manera adecuada.
- Conocer políticas propias del instituto.

33. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL**FECHA**

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

2. De la enfermera asistencial

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

33. MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

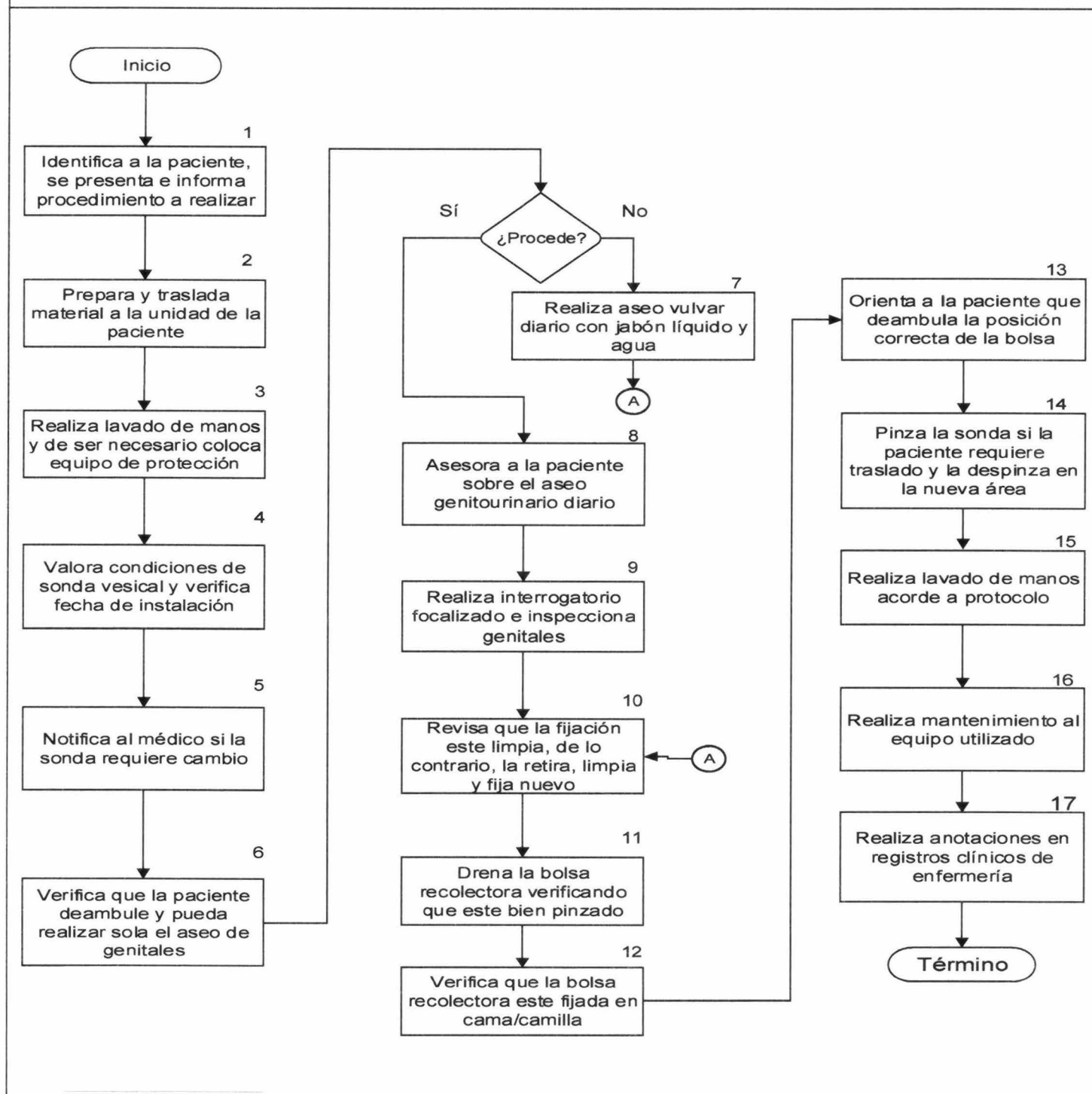
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta y le informa el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	2	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad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

33. MANTENIMIENTO DE Sonda VESICAL

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

33. MANTENIMIENTO DE Sonda VESICAL

Enfermera Asistencial



34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

OBJETIVO

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

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

2. De la Enfermera asistencial:

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

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

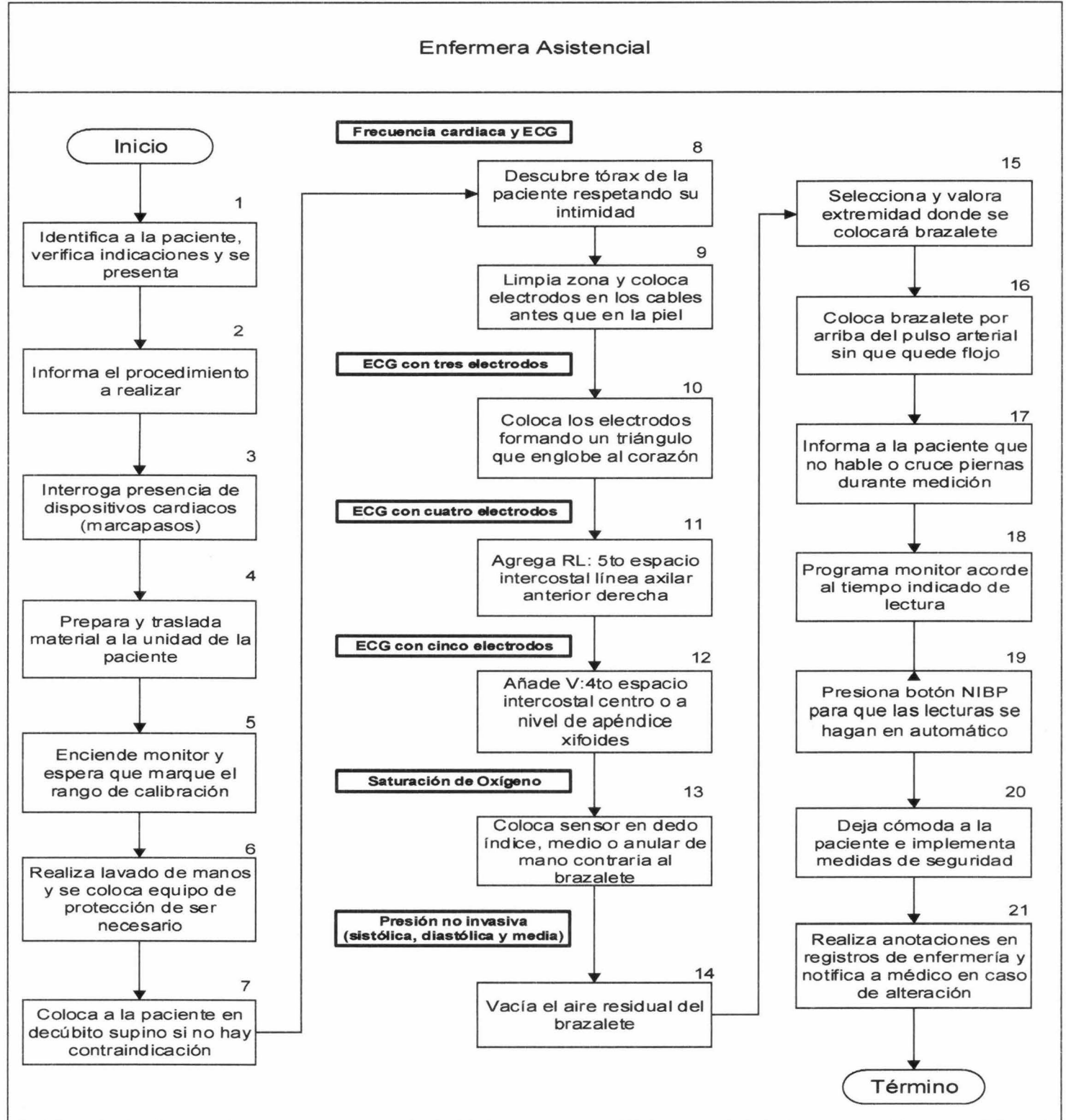
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica indicaciones médicas y se presenta
	2	Informa a la paciente el procedimiento a realizar, si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Interroga presencia de dispositivos cardíacos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

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

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

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

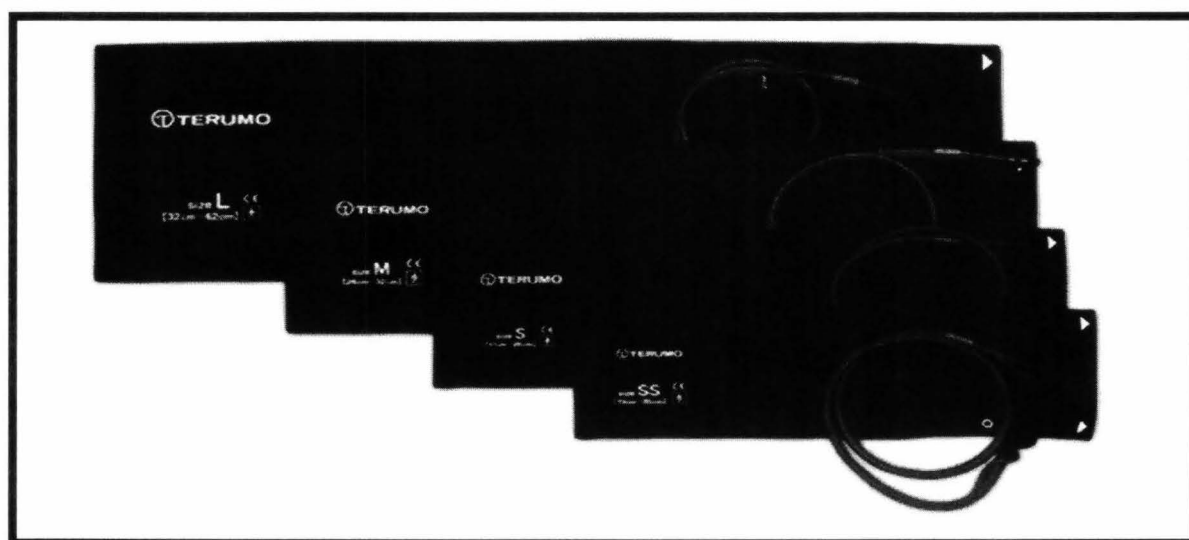
Enfermera Asistencial



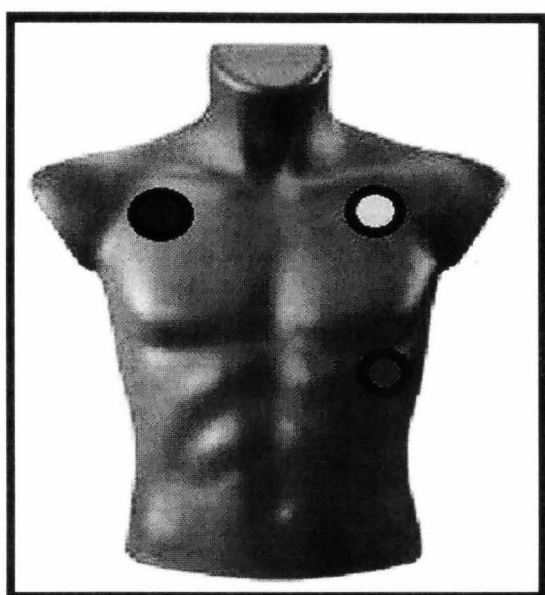
34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

ANEXOS

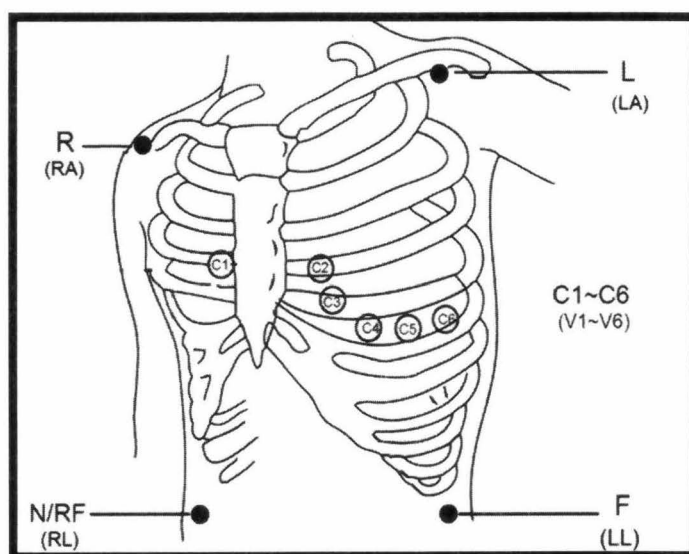
TALLA	DESIGNACIÓN	BRAZALETE	CIRCUNFERENCIA
XL	Extragrande	22 x80 cm	42 a 52 cm
L	Adulto grande	16.5x61 cm	32 a 42 cm
M	Adultos	14x51 cm	26 a 34 cm
S	Jóvenes/ adulto pequeño	8.5x42 cm	20 a 28 cm



ANEXO 1



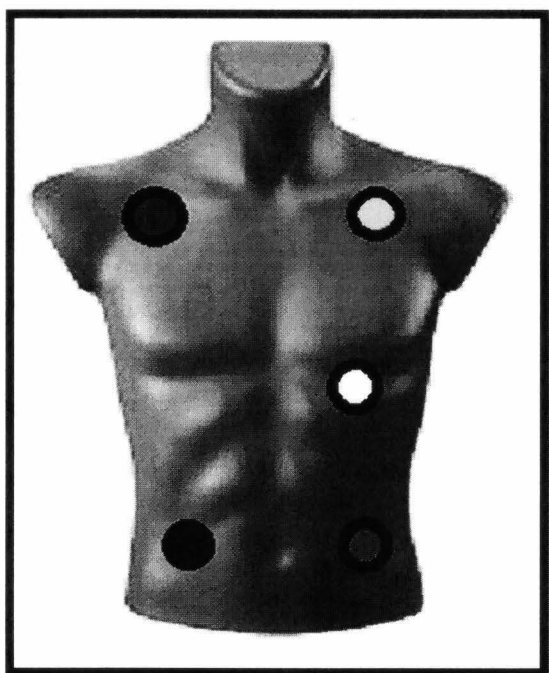
ANEXO 2



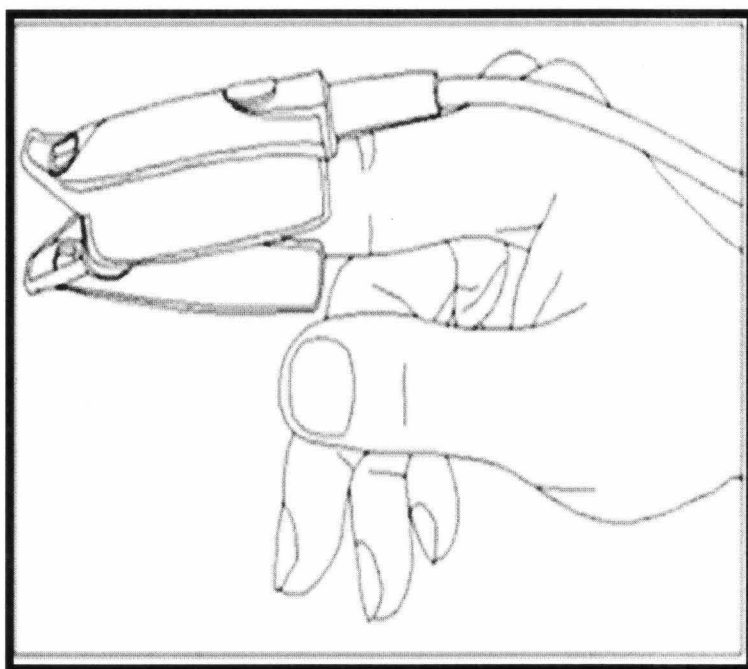
DÍA	MES	AÑO
08	06	22

34. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE SIGNOS VITALES

ANEXO 3



ANEXO 4



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>

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

35. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN

35. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

35. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN

OBJETIVO

Garantizar la seguridad e integridad del paciente durante la movilización, para prevenir complicaciones durante el periodo perioperatorio.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

35. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN**POLITICAS DE OPERACIÓN****Será obligación:****1. De la jefa de servicio y/o encargada del servicio:**

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-16-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
 - 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 disponibilidad y presencia de camilleros para la movilización de pacientes.
- Corroborar mantenimiento preventivo de camillas y mesas quirúrgicas.
- Llevar bitácora de control de mantenimiento del equipo.
- Dar seguimiento al reporte de eventos adversos.
- Asegurar que el servicio cuente con el material suficiente para realizar el procedimiento:
 - Sabana clínica
 - Guantes no estériles

2. De la enfermera asistencial

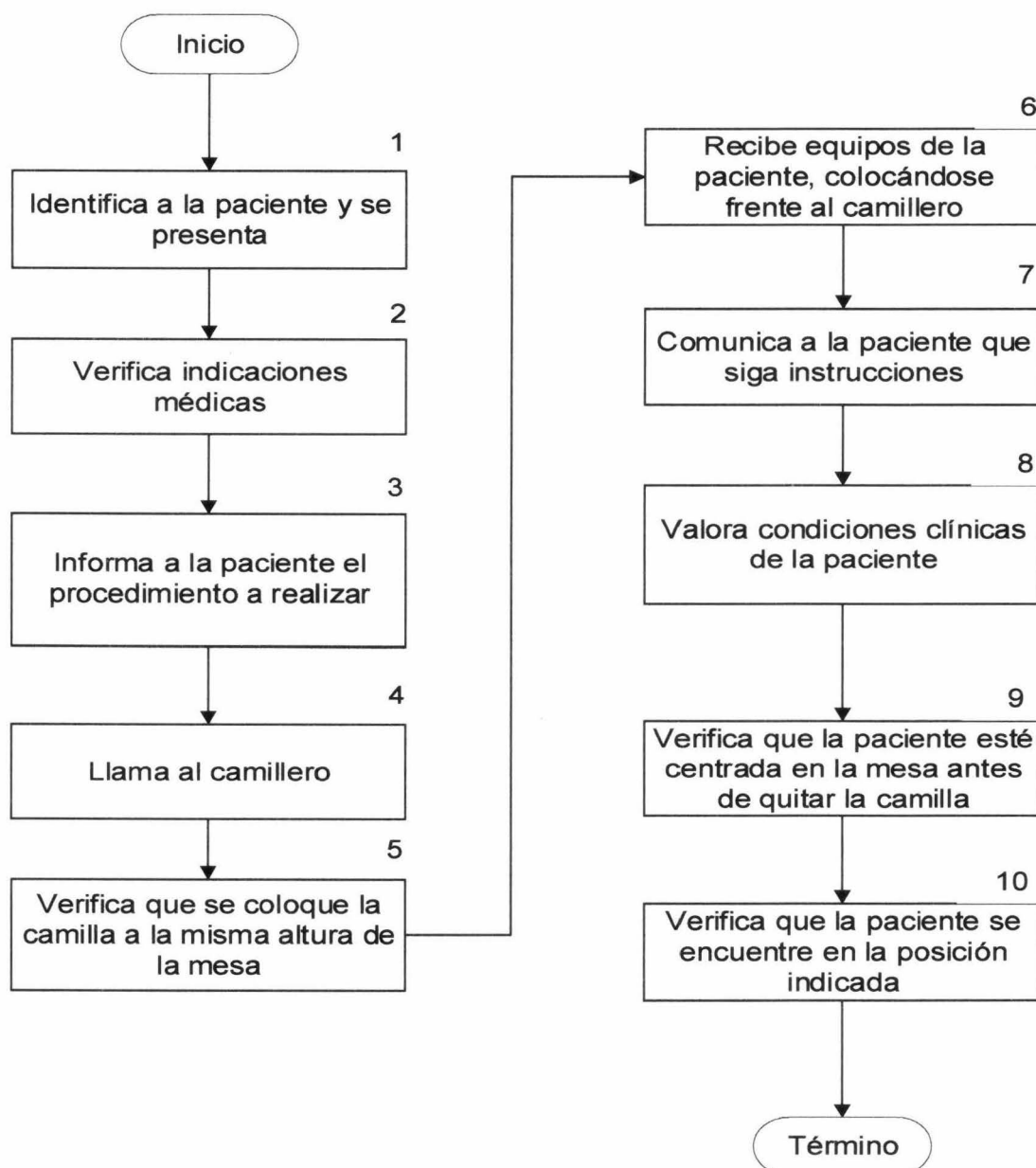
- Conocer y aplicar la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Informar a la paciente sobre las medidas de seguridad en caso de siniestro acorde a protocolo institucional.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al protocolo institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de cooperación.
- Aplicar en todo momento la mecánica corporal.
- Colaborar con el camillero en la manipulación de sondas, drenajes, soluciones intravenosas del paciente.
- Verificar que la movilización se lleve a cabo correctamente.
- Reportar la presencia de evento adverso

35. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y se presenta.
	2	Verifica indicaciones médicas
	3	Informa a la paciente procedimiento a realizar.
	4	Llama al camillero
	5	Verifica que el camillero coloque la camilla a la misma altura de la mesa y que las llantas tengan freno.
	6	Recibe equipos y dispositivos de la paciente, colocándose de lado contrario de la mesa frente al camillero.
	7	Comunica a la paciente que siga las instrucciones e indica que la mesa esta reducida.
	8	Valora condiciones clínicas de la paciente. • Si tiene movilidad solicita su apoyo. • De lo contrario, solicita un apoyo extra.
	9	Verifica que la paciente este centrada en la mesa quirúrgica, antes de que se retire la camilla.
	10	Verifica que la paciente se encuentre en la posición indicada.
		Termina Procedimiento

MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE CAMILLA A MESA DE EXPLORACIÓN

Enfermera Asistencial





DÍA	MES	AÑO
08	06	22

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

OBJETIVO

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

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

POLITICAS DE OPERACIÓN.

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 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.

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

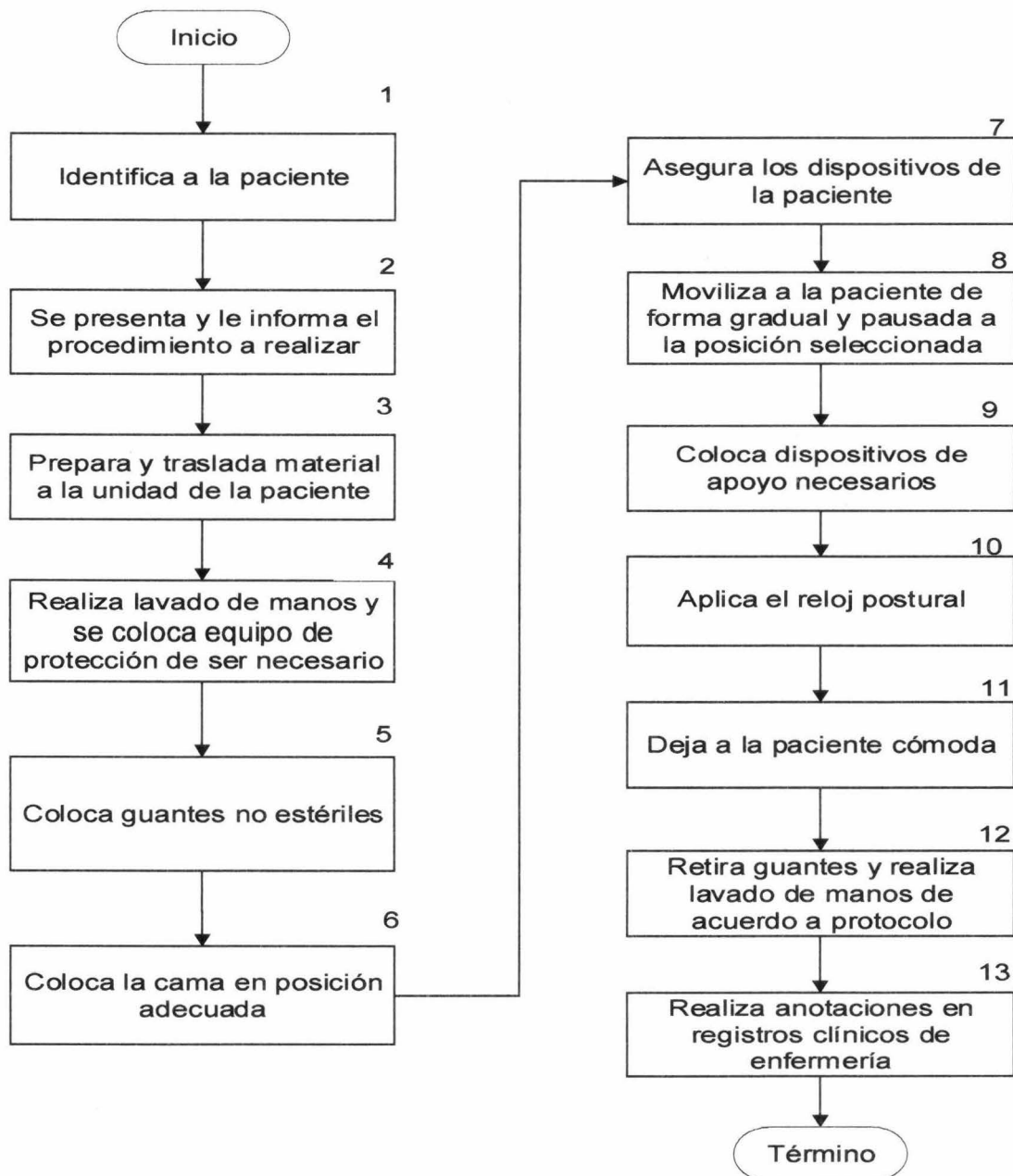
- Conocer anatomía y fisiología del sistema musculo esquelético.
- Conocer las posiciones anatómicas.
- Valorar talla, peso y condición clínica de la paciente.
- Valorar la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización.
- Conocer y aplicar adecuadamente la mecánica corporal.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

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial.	1	Identifica a la paciente.
	2	Se presenta e informa a la paciente sobre el procedimiento a realizar (si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración).
	3	Prepara y traslada material 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 al 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.

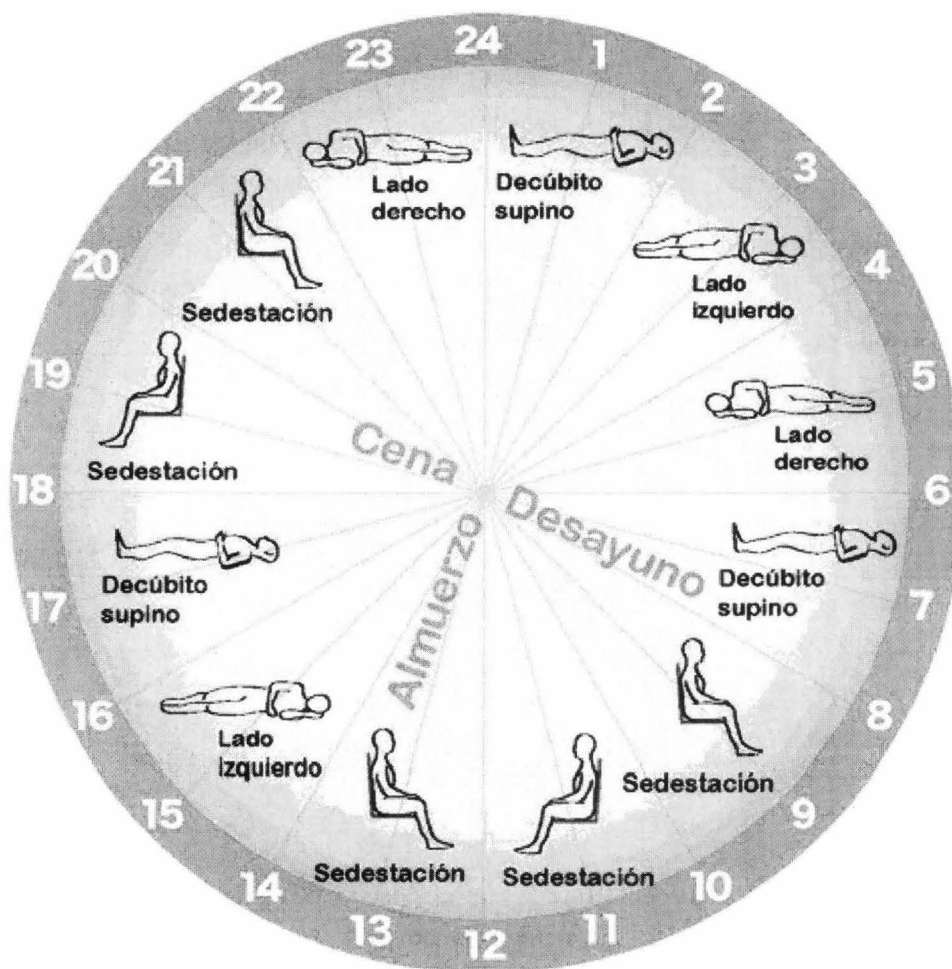
36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

Enfermera Asistencial

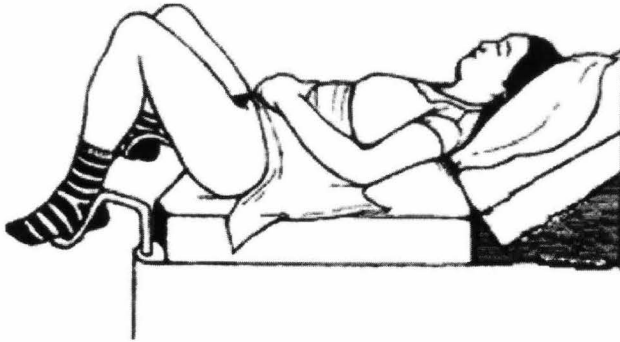


36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

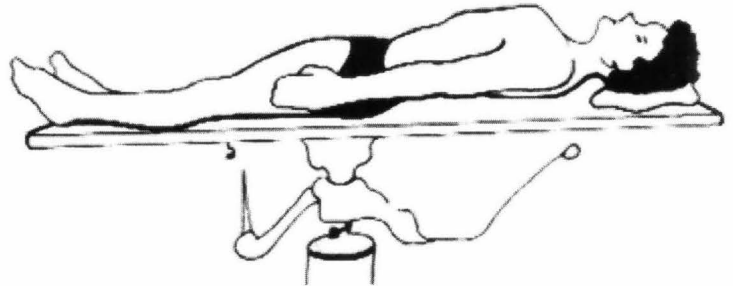
Reloj Postural



36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

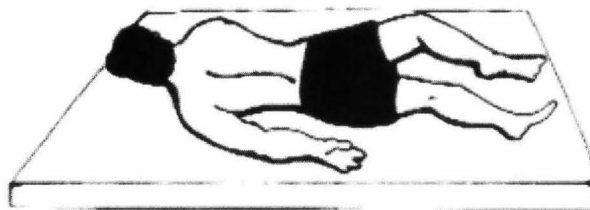
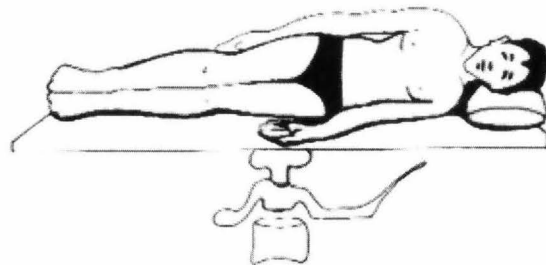


Posición Ginecológica o de Litotomía



Posición Supina

Posición Decúbito lateral (Izquierdo o derecho)

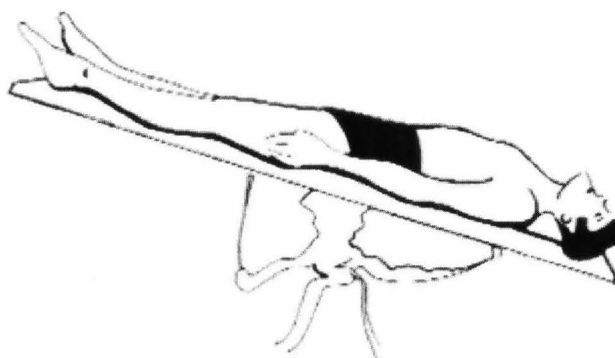


Posición de SIMS/Semiprona
o inglesa

36. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE EN CAMA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22



Posición de Trendelenburg

Referencias bibliográficas:

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

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

OBJETIVO

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

37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

POLÍTICAS DE OPERACIÓN**Será obligación:****1. Del (a) jefe de servicio**

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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 y 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.

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.

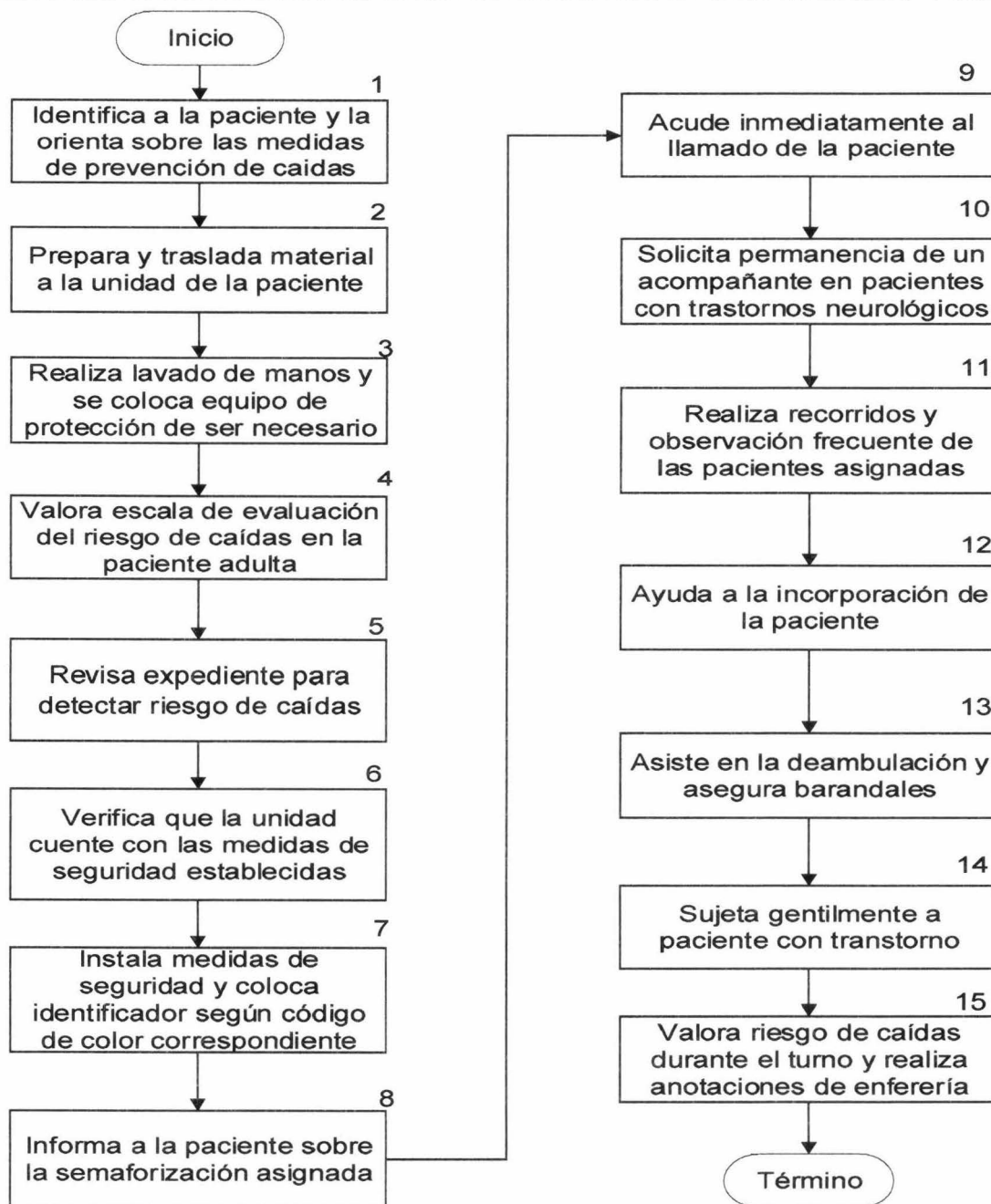
37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA
FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente y la orienta sobre medidas para la prevención del riesgo de caídas: uso del timbre, barandales en alto, colocación de banco de altura, entre otros.
	2	Prepara y traslada material y equipo necesarios para el procedimiento a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde con protocolo institucional.
	4	Valora Escala de evaluación del riesgo de caídas en la paciente adulta acorde a protocolo Institucional (VER ANEXO).
	5	Revisa el expediente para detectar riesgo de caída.
	6	Verifica que la unidad cuente con las medidas de seguridad establecidas.
	7	Instala las medidas de seguridad y coloca el identificador según el código de color que corresponda.
	8	Informa a la paciente sobre la semaforización asignada.
	9	Acude inmediatamente al llamado de la paciente.
	10	Solicita permanencia de un acompañante en pacientes con trastornos neurológicos.
	11	Realiza recorridos y observación frecuente de las pacientes asignadas.
	12	Ayuda a la incorporación de la paciente cuando se levante por primera vez posterior a un procedimiento quirúrgico o haya permanecido en reposo, indica que se siente al borde de la cama por unos instantes y permanezca con ella hasta su incorporación.
	13	Asiste en la deambulaci3n y asegura que los barandales de protecci3n est3n levantados durante el traslado de la paciente en camilla.
	14	Sujeta gentilmente en caso necesario (paciente con trastorno psiquiátrico o neurol3gico), informando al m3dico, la paciente, familiar y/o visitante.
	15	Valora riesgo de caídas durante el turno, actualiza semaforizaci3n, de ser necesario y realiza anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

37. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA PACIENTE ADULTA

Enfermera Asistencial



37. 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	
Limitación física						
Estado mental alterado						
Tratamiento farmacológico que implique riesgo						
Problemas de idioma o socioculturales						
Pacientes sin factores de riesgo						
TOTAL						

PUNTOS Y CÓDIGO PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO		
RIESGO	PUNTAJE	GRÁFICO/ COLOR
Alto Riesgo	4 a 10	
Mediano Riesgo	2 a 3	
Bajo Riesgo	0 a 1	

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
08	06	22

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

38. 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.

38. 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.

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

2. La(el) Jefe de Servicio:

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

3. Personal adscrito al Departamento de Ingeniería Biomédica.

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

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

4. Personal adscrito al Departamento de Conservación y Mantenimiento.

- Acudir a los diferentes servicios para corroborar las condiciones de llenado de tanques de oxígeno.
- Acudir y entrar a los servicios de atención médica para corroborar las condiciones de los tanques de oxígeno.
- Realizar el cambio de tanques de oxígeno vacíos por llenos.
- Realiza el llenado del registro del mantenimiento del tanque de oxígeno en el formato 2500-40
- Solicitar firma en la orden de servicio por el cambio de tanque de oxígeno, como evidencia de control del trabajo realizado.

5. Personal adscrito a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria

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

6. Personal de Enfermería asistencial

- Conocer y aplicar la norma técnica.
- Contar con la preparación y/o capacitación en RCP de paciente adulto y/o neonato de acuerdo al área asignada.

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

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

7. Prestador del Servicio de Farmacia asignado.

- 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.

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

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

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

Personal de Enfermería Asistencial

Inicio

1

Corroborar la distribución y
asignación de trabajo al inicio
del turno

2

Recibe formatos con 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 y que se
encuentren debidamente
señalizados

4

Corroborar con listado en los
cajones N°. 2, 3 y 4 (si aplica),
la cantidad de material de
consumo autorizada y fecha de
caducidad

5

Registra en formato 2500-37, la
recepción del carro de paro

2500-37

6

Reporta a la Jefa (e) y/o
encargada sobre las
condiciones favorables y/o
desviaciones

Término

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

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

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

Personal de Enfermería Asistencial

Inicio

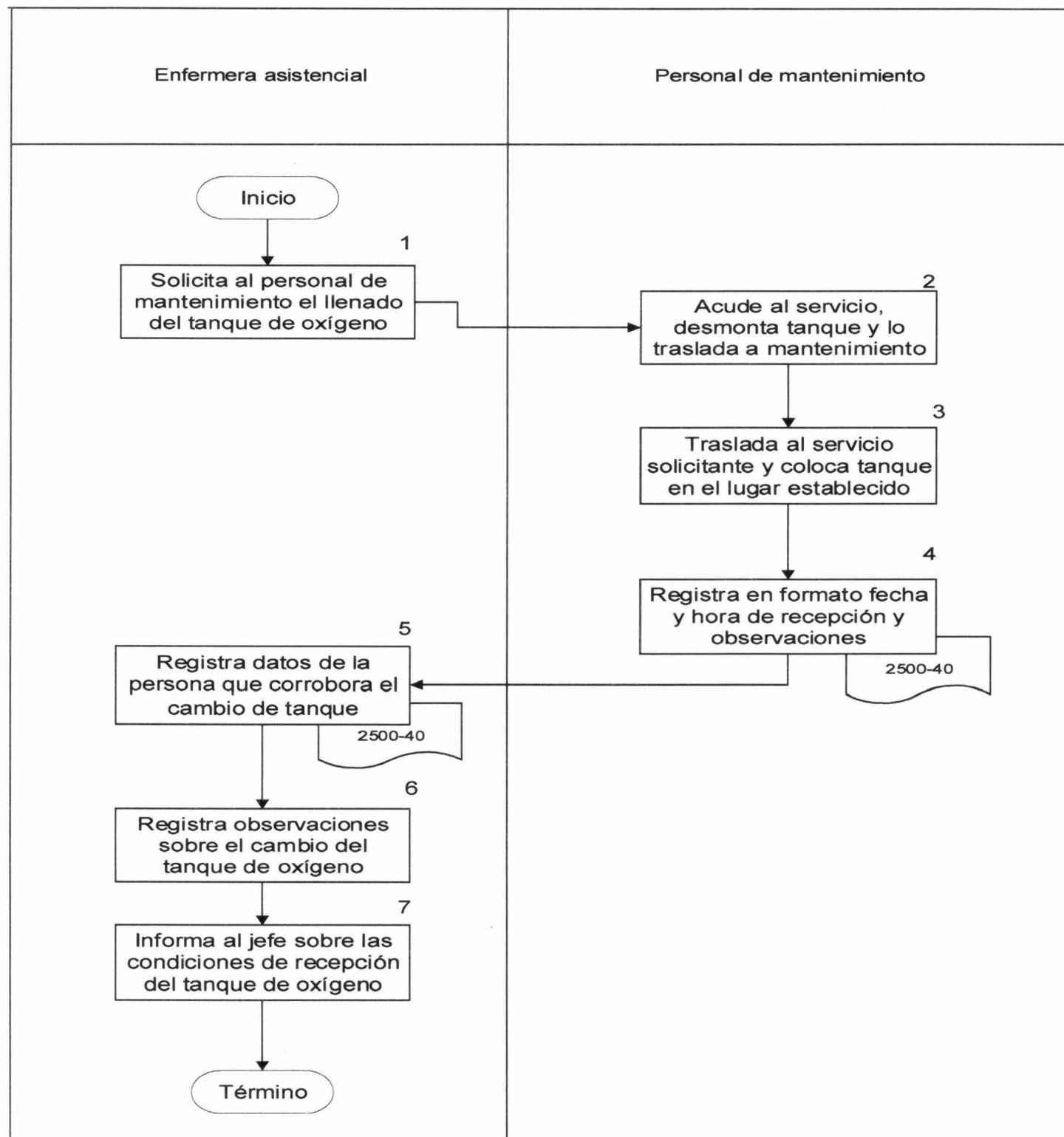
- 1
Recibe Control de seguros
2500-36
- 2
Observa que haya registro de fecha de colocación del seguro, o si abre el carro, registra la nueva fecha
- 3
Verifica que haya registro de la persona que coloca el seguro o, registra el suyo en caso de haberlo cambiado
- 4
Confirma que se encuentra anotado el número del código del seguro o registra de ser necesario.
- 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 anotaciones de anomalías en la recepción del seguro del carro de paro
- 8
Informa sobre condiciones de recepción de seguros para que a su vez comunique a la jefatura del departamento

Término

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

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

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



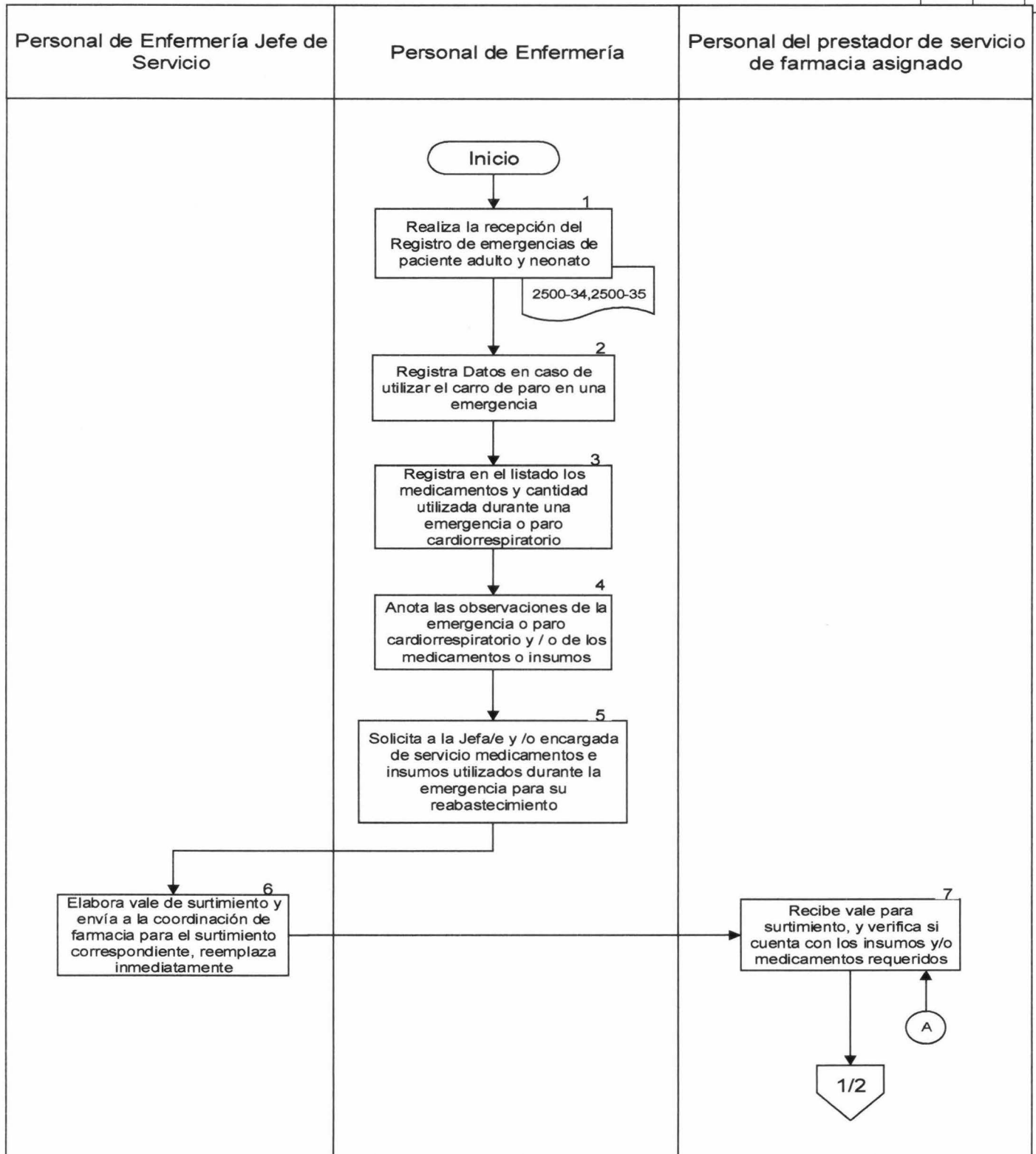
**38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO**

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

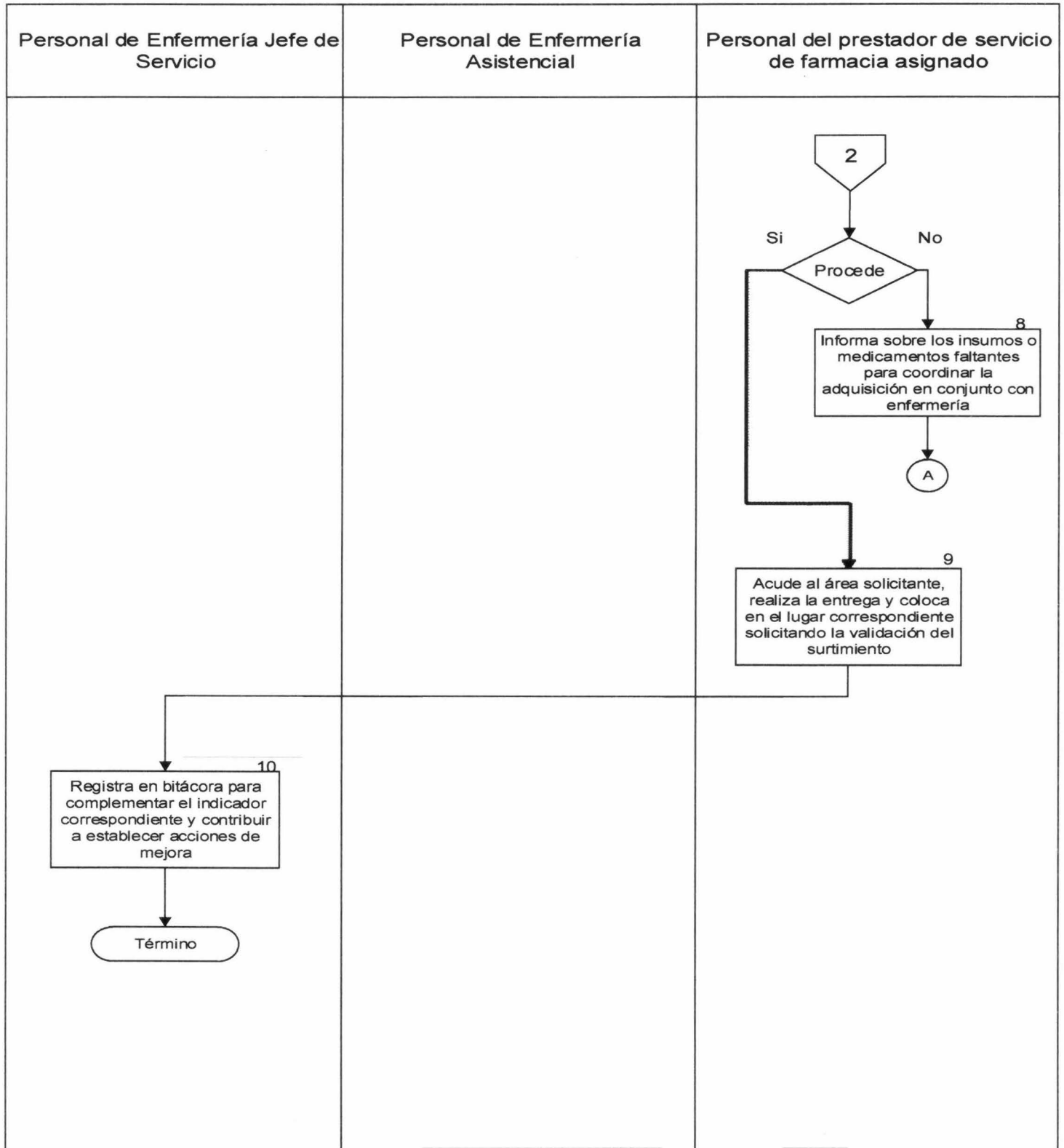
38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN REGISTRO DE EMERGENCIAS (NEONATO Y/O ADULTO)
Personal de Enfermería Jefe de Servicio	6	Elabora vale de surtimiento con base a lo indicado por el personal de enfermería y envía a la coordinación de farmacia para el surtimiento correspondiente. reemplaza inmediatamente después de la emergencia o paro cardiorrespiratorio
Personal del prestador de servicio de farmacia asignado	7	Recibe vale para surtimiento, y verifica si cuenta con los insumos y/o medicamentos requeridos.
	8	¿Procede? No: Informa a la coordinación de Farmacia Hospitalaria sobre los insumos o medicamentos faltantes para que coordine la adquisición en conjunto con enfermería. Regresa actividad N°.7.
	9	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

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



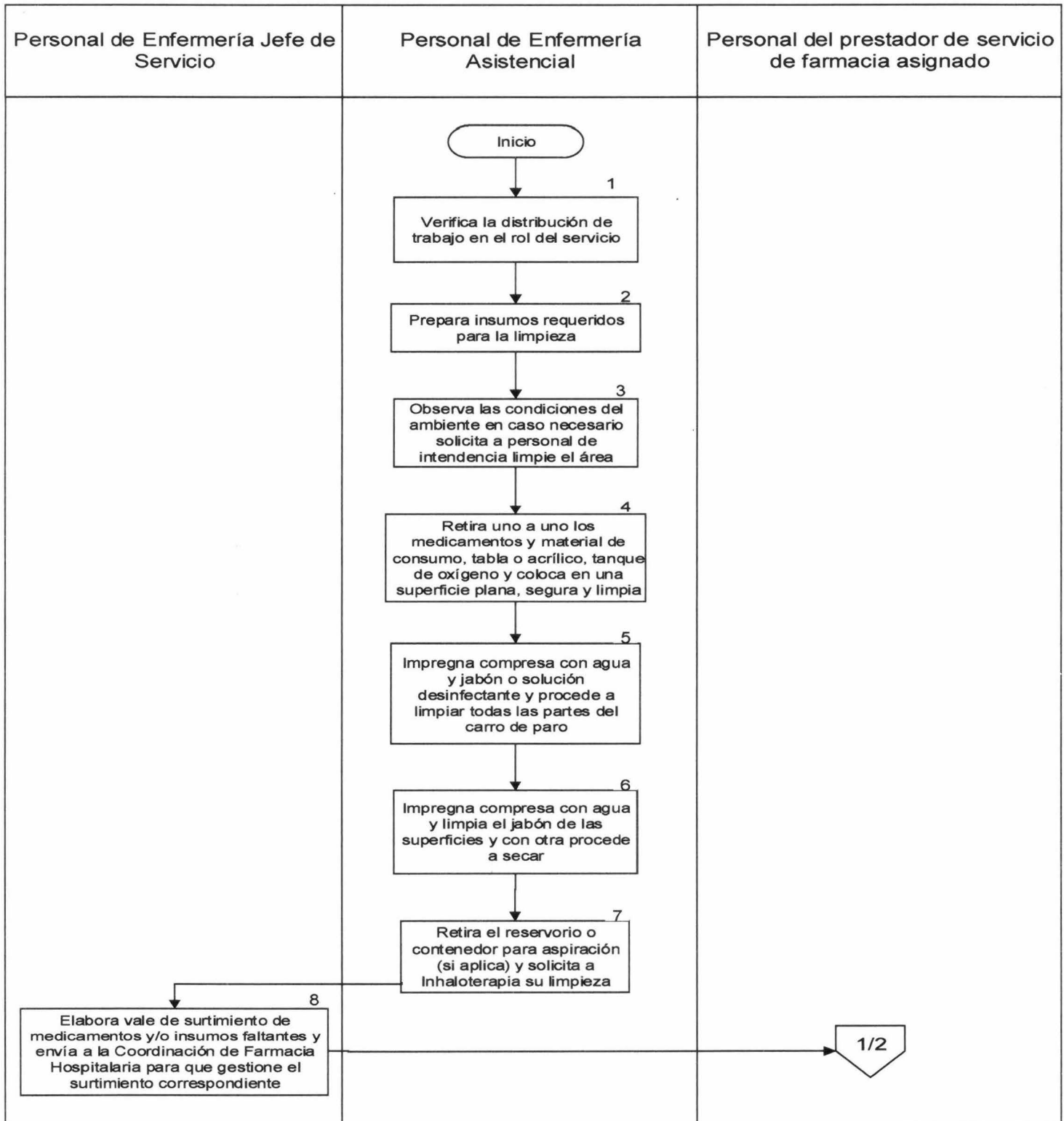
38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN LIMPIEZA DEL CARRO DE PARO
Personal de Enfermería asistencial	1	Verifica la distribución de trabajo en el rol del servicio.
	2	Prepara insumos requeridos para la limpieza (compresas, solución desinfectante o jabón, guantes, mesa Pasteur)
	3	Observa las condiciones del ambiente (limpieza de área física de mesas de trabajo) en caso necesario solicita a personal de intendencia limpie el área.
	4	Retira uno a uno los medicamentos y material de consumo, tabla o acrílico, tanque de oxígeno y coloca en una superficie plana, segura y limpia.
	5	Limpia todas las partes del carro de paro con una compresa impregnada con agua y jabón y retira el exceso
	6	Aplica el desinfectante con una compresa húmeda en cada una de las partes del carro de paro, deja actuar durante 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.
Personal de Enfermería Jefe de Servicio	8	Elabora vale de surtimiento de medicamentos y/o insumos faltantes o con próxima fecha a caducar y envía a la Coordinación de Farmacia Hospitalaria para que gestione con el prestador del servicio de farmacia asignado, el surtimiento correspondiente.
Personal del prestador de servicio de farmacia asignado	9	Recibe vale para surtimiento, y verifica si cuenta con los insumos y/o medicamentos requeridos.
	10	¿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.
	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.

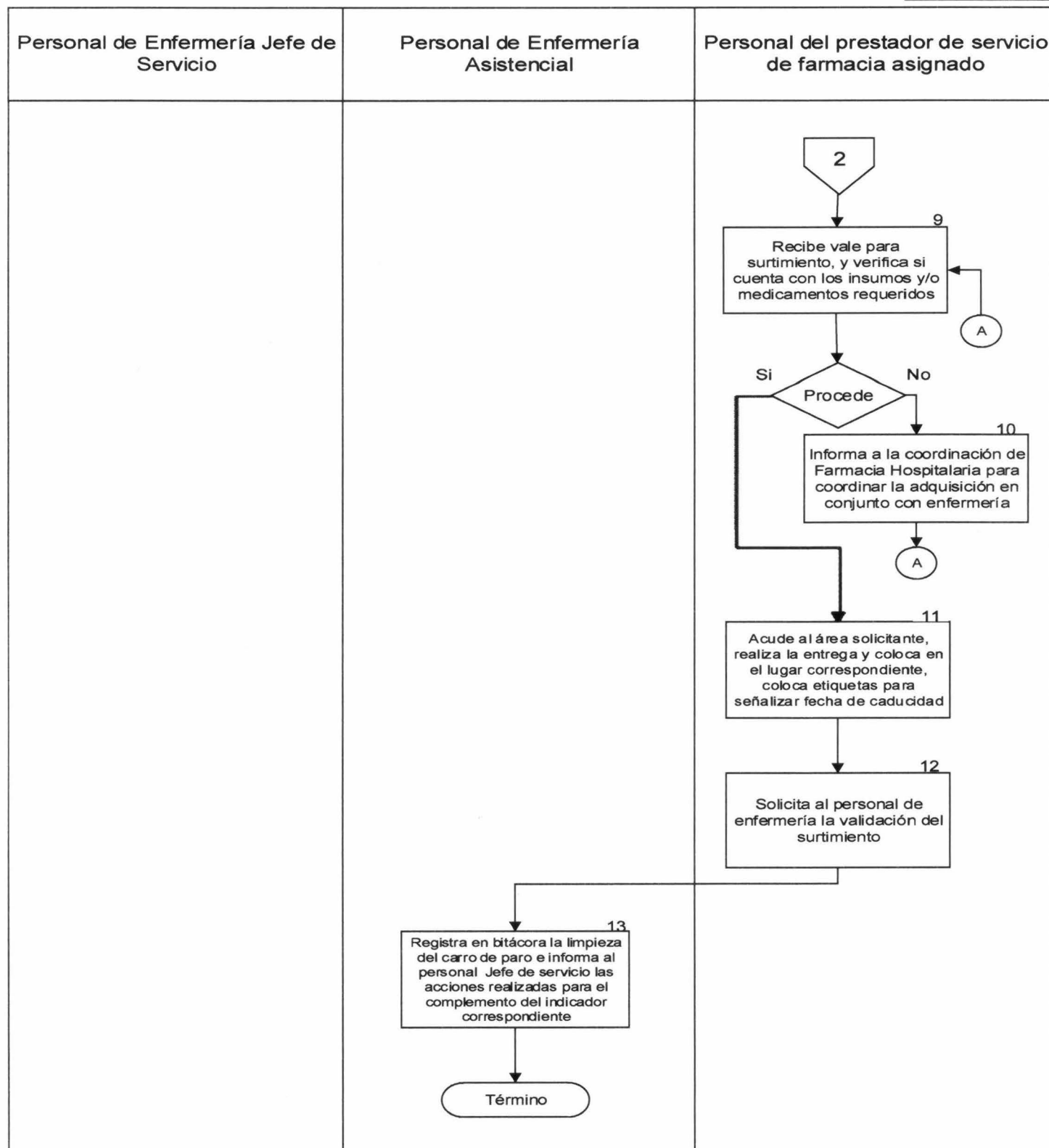
38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CARRO DE PARO

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

38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



38. ORGANIZACIÓN, ABASTECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO
DEL CARRO DE PARO



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

OBJETIVO

Obtener parámetros objetivos de las condiciones clínicas con fines diagnósticos.

39. 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
 - Baumanometro
 - Estetoscopio
 - Satuometro
- Verificar el funcionamiento adecuado del equipo.
- Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo.

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

39. 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.

39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

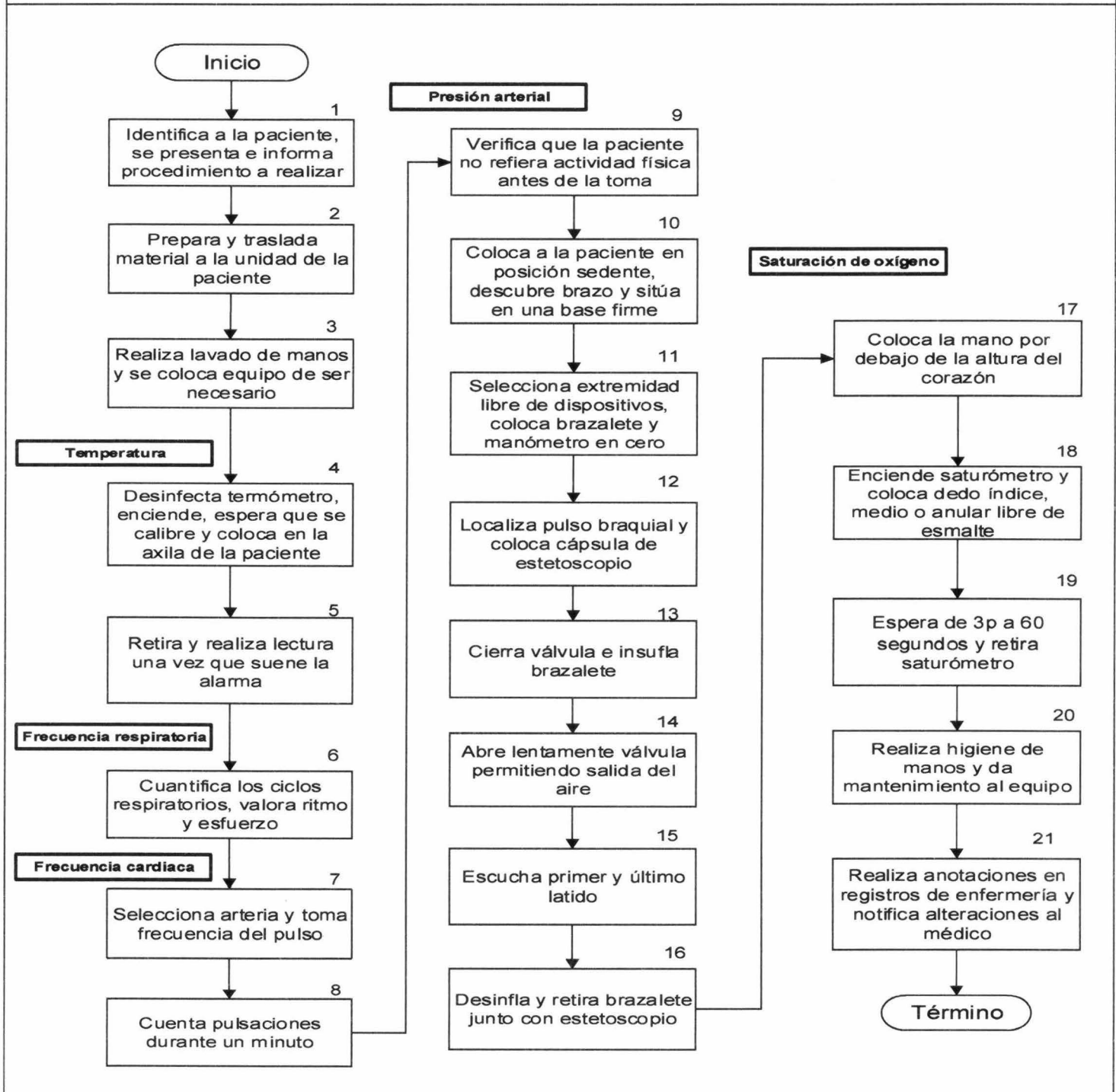
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera Asistencial	1	Identifica a la paciente, se presenta e informa procedimiento a realizar.
	2	Prepara y traslada material y equipo a la unidad de la paciente.
	3	Realiza lavado de manos y de ser necesario coloca el equipo de protección personal acorde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

39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

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

39. VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

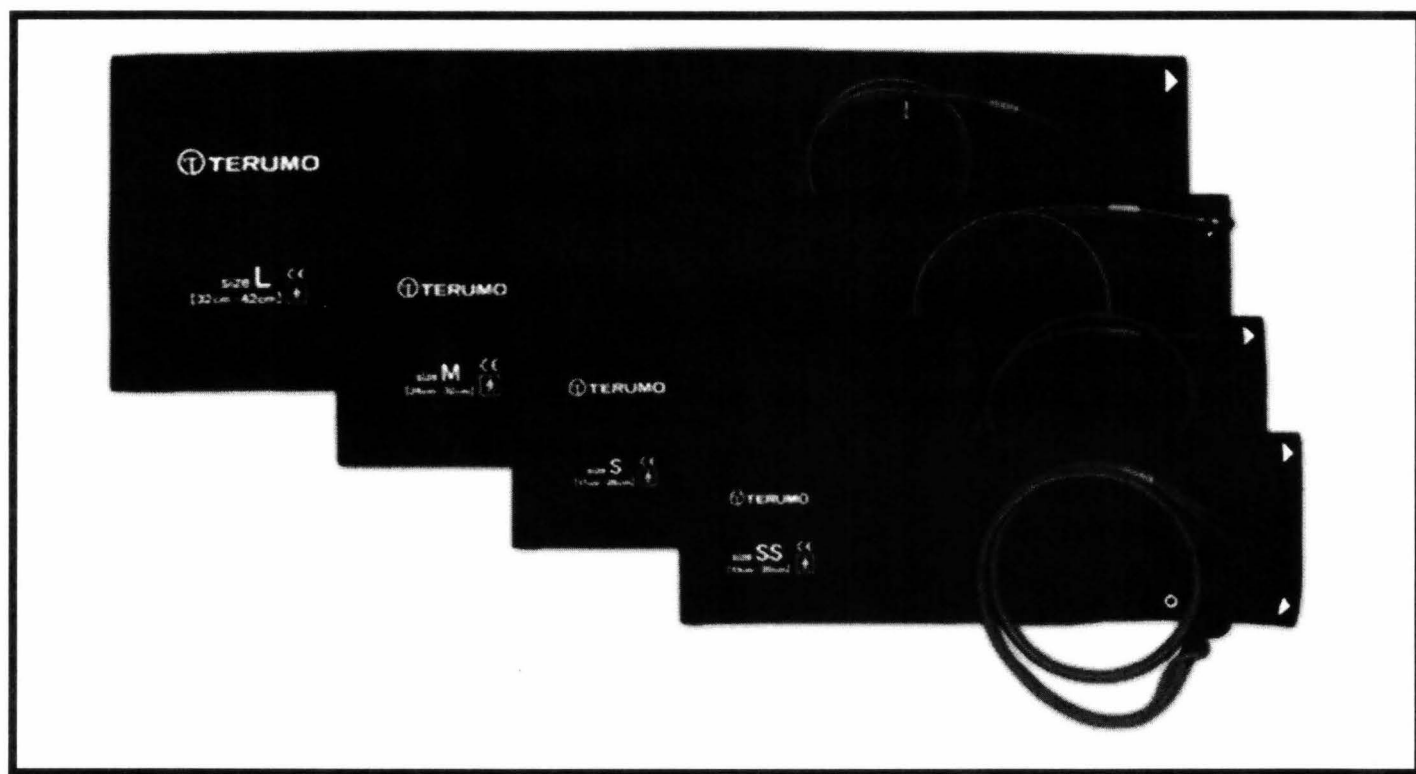
Enfermera Asistencial



39. 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



40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN



40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

OBJETIVO

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

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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-SEMARNAT-SSA1-2002**. Protección ambiental- Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Lineamientos para la toma, manejo y envío de muestras para diagnóstico a la red nacional de laboratorios de salud pública 2020.
 - 40 estándares en la práctica de enfermería de la CONAMED.
- Conocer el procedimiento.
- Verificar que se realice acorde a normativa.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Conocer y aplicar los indicadores correspondientes acorde al sistema nacional de indicadores de salud (INDICAS).
- Verificar que se cuente con el material y equipo necesario para realizar el procedimiento:
 - Toma de muestras por punción
 - Guantes no estériles.
 - Antiséptico según disponibilidad de la institución.
 - Algodón.
 - Jeringa (según cantidad de muestra) o sistema de vacío.
 - Membrete de identificación.
 - Ligadura.
 - Tubos de recolección de muestras.
 - Requisición de laboratorio.
 - Membrete de identificación.

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN**FECHA**

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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

2. De la enfermera asistencial

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

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN
FECHA
DÍA MES AÑO
08 06 22

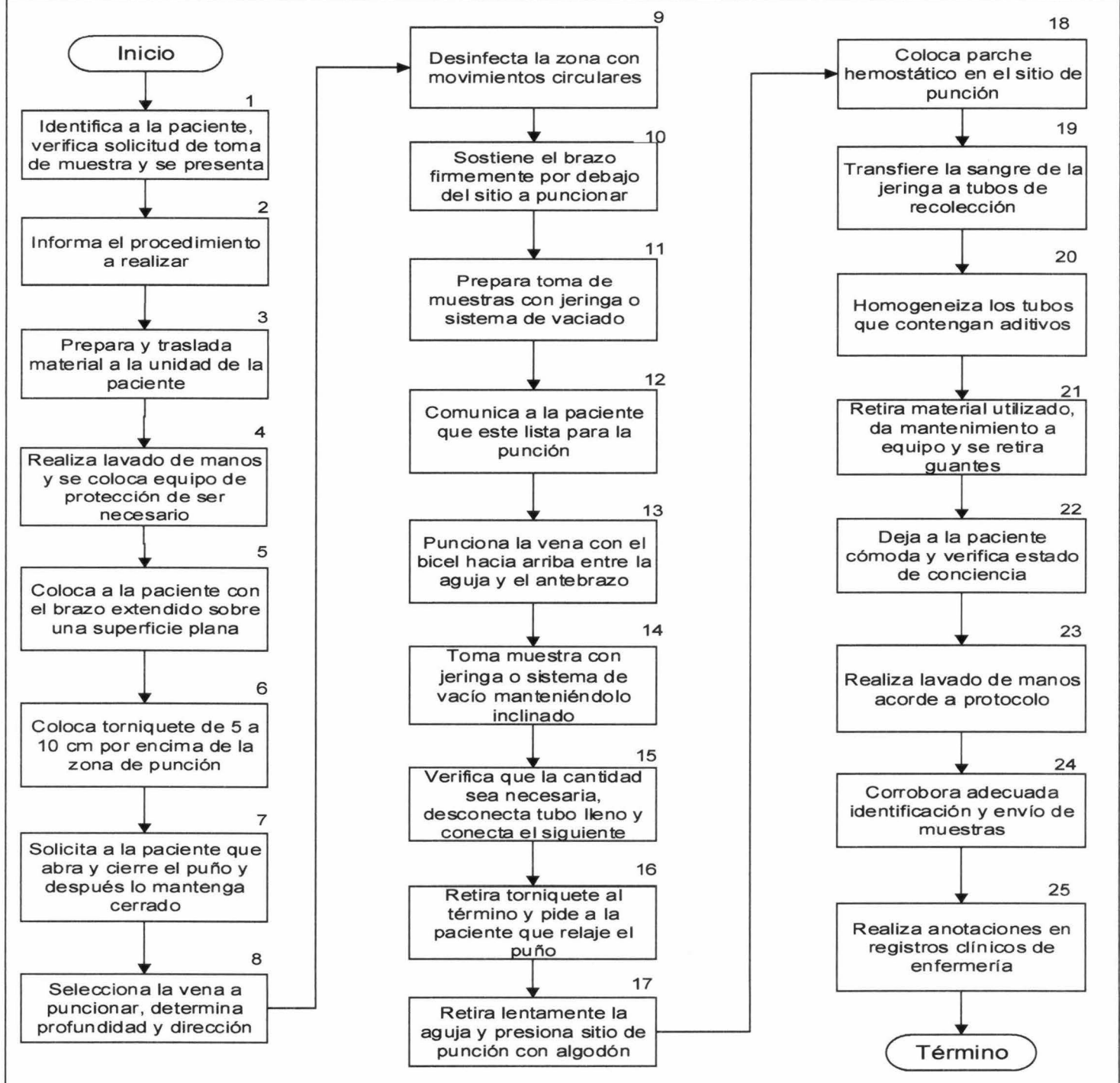
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica la solicitud de toma de muestras y se presenta
	2	Informa a la paciente del procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	Prepara y traslada material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

40. 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	Corrobora la adecuada identificación y envío de muestras.
	25	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería.
		Termina procedimiento

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

Enfermera Asistencial



40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN
FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION
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.

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

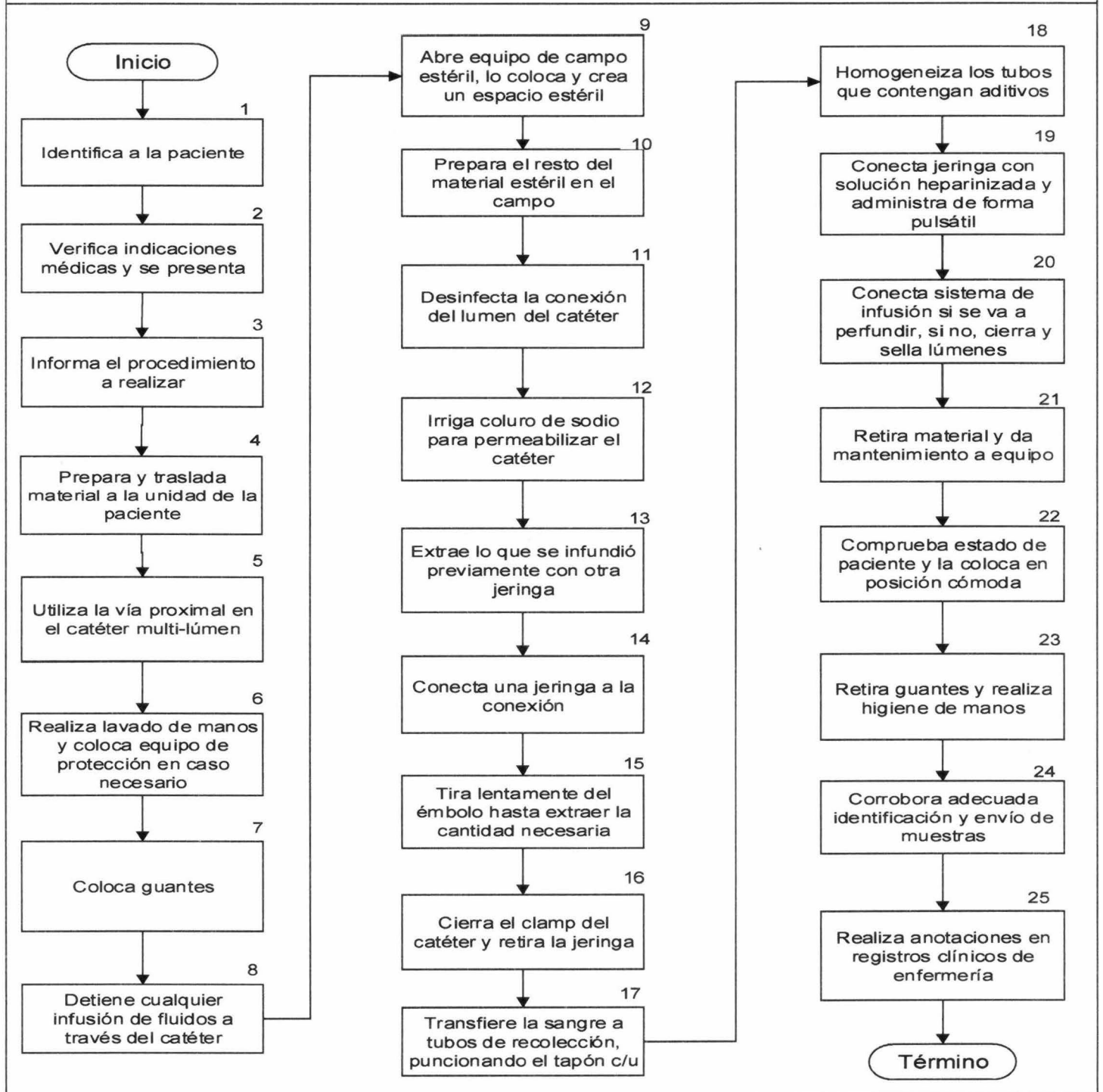
PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION
Enfermera adscrita	16	Cierra el clamp del catéter y retira la jeringa.
	17	Transfiere la sangre a los tubos de recolección, puncionando el tapón de cada tubo.
	18	Homogeneiza los tubos que contengan aditivos.
	19	Conecta la jeringa precargada con solución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

40. TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER Y PUNCIÓN

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

Enfermera Adscrita



40. 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 silicón	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
- <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711092.pdf>
- <https://www.mspps.gov.py/dependencias/imt/adjunto/4479>

Revisó por el Departamento de Organización y Métodos: Lorena Beatriz Vera Leyva



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

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

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

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

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

OBJETIVO

Obtener una muestra de orina con fines diagnósticos y terapéuticos

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

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

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

41. 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.

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

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

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.

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

FECHA

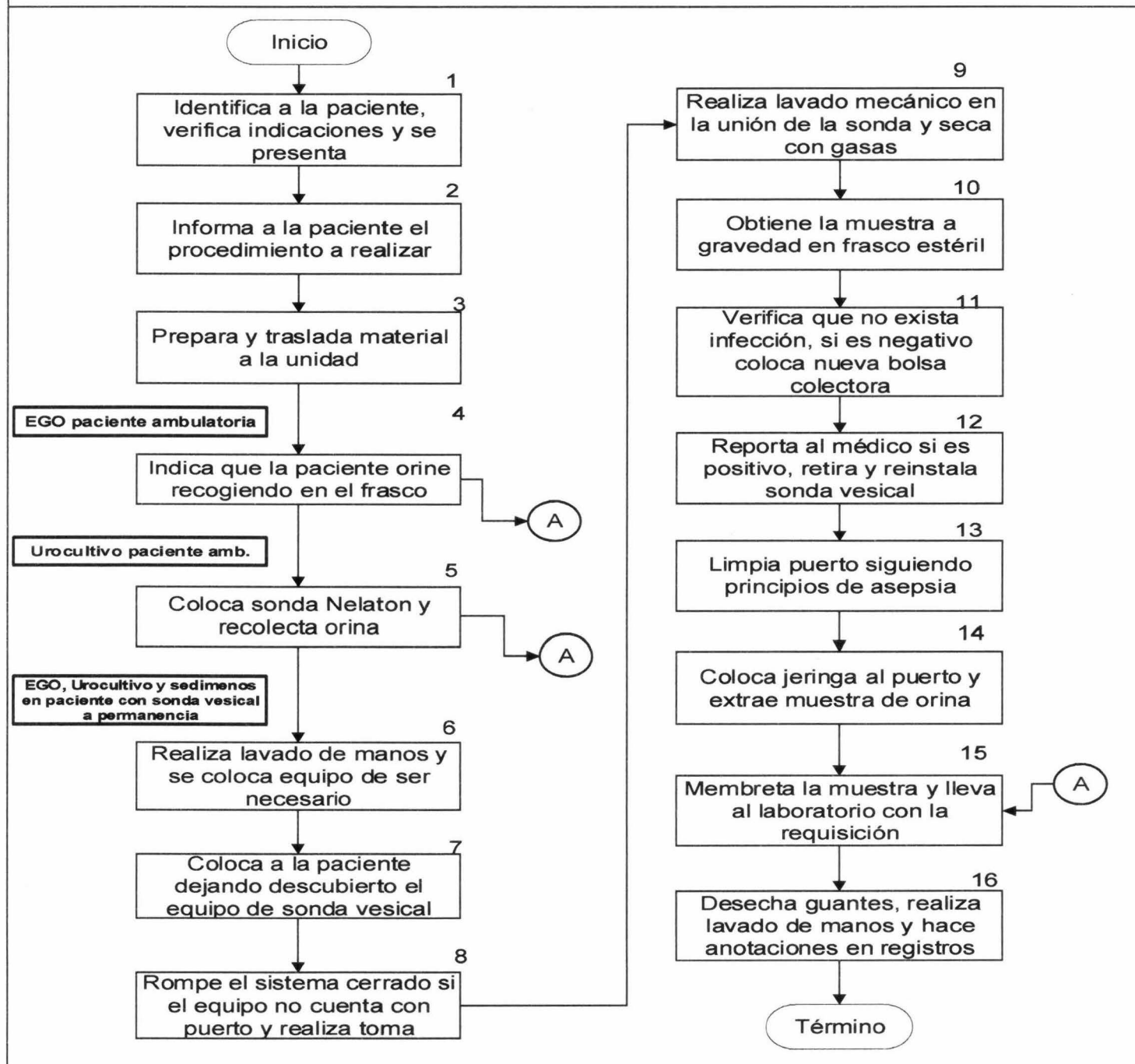
DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

08	06	22
----	----	----

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

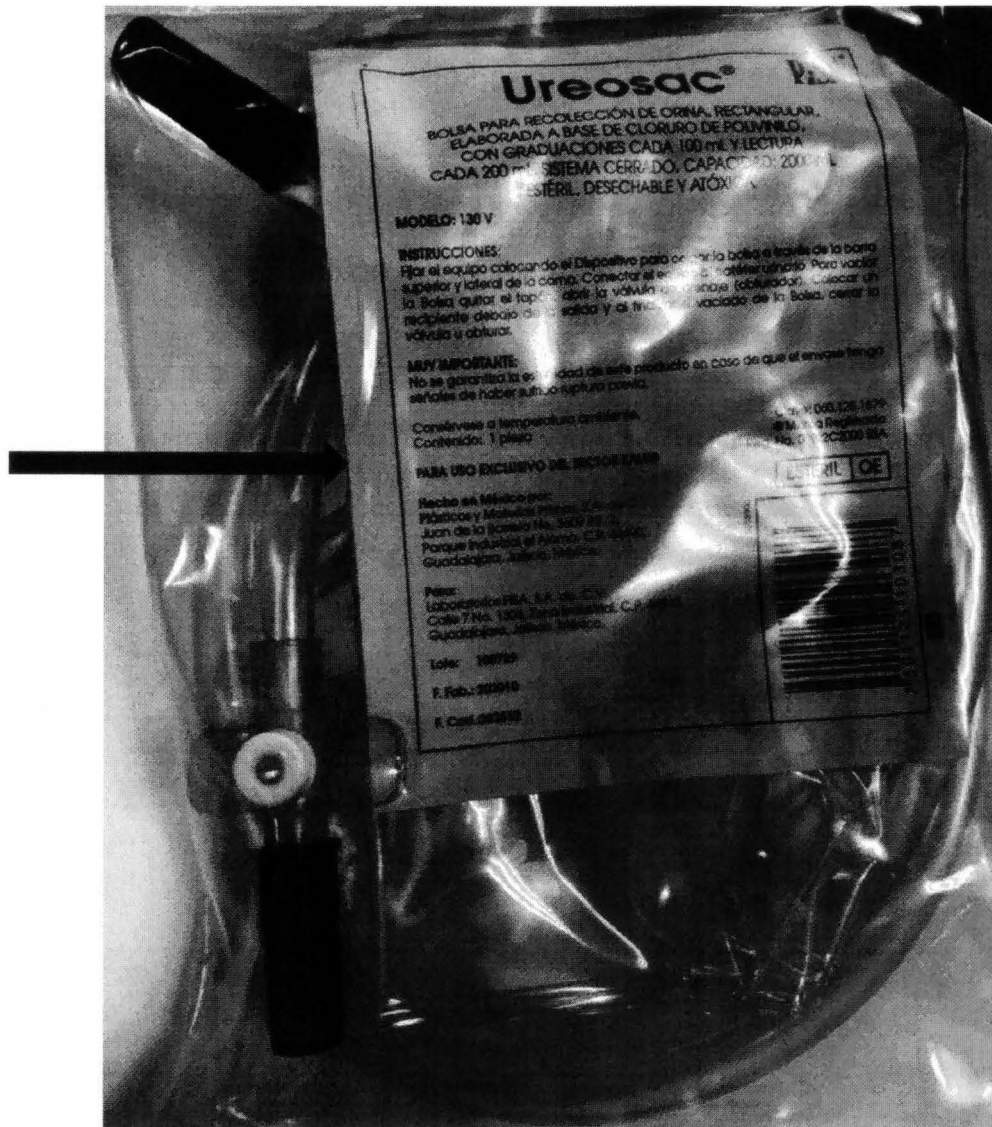
41. TOMA DE MUESTRAS URINARIAS (EXAMEN GENERAL DE ORINA, UROCULTIVO Y SEDIMENTOS)

Enfermera Asistencial



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

ANEXOS



Puerto para toma de muestras

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES



DÍA	MES	AÑO
08	06	22

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

OBJETIVO

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

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

POLITICAS DE OPERACIÓN

Será obligación:

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

- Conocer la Normatividad Oficial Mexicana.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-019-SSA3-2013**, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
 - NORMA Oficial Mexicana **NOM-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 y Contenedor térmico exclusivo.

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.

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES
FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	22

- 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.

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	1	Identifica a la paciente, verifica las indicaciones médicas y se presenta
	2	Informa a la paciente el procedimiento a realizar. Si sus condiciones clínicas lo permiten, solicita su colaboración.
	3	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.
	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	Verifica que se cuenta con un acceso venoso de gran calibre (catéter no. 18 o 16 G). De lo contrario, instalar.
	7	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.
	8	Traslada la unidad de hemocomponente a un área limpia y específica para tal fin y prepara el equipo de administración.
	9	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.
	10	Traslada el hemocomponente envuelto en un campo limpio a la unidad de la paciente.

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES
FECHA

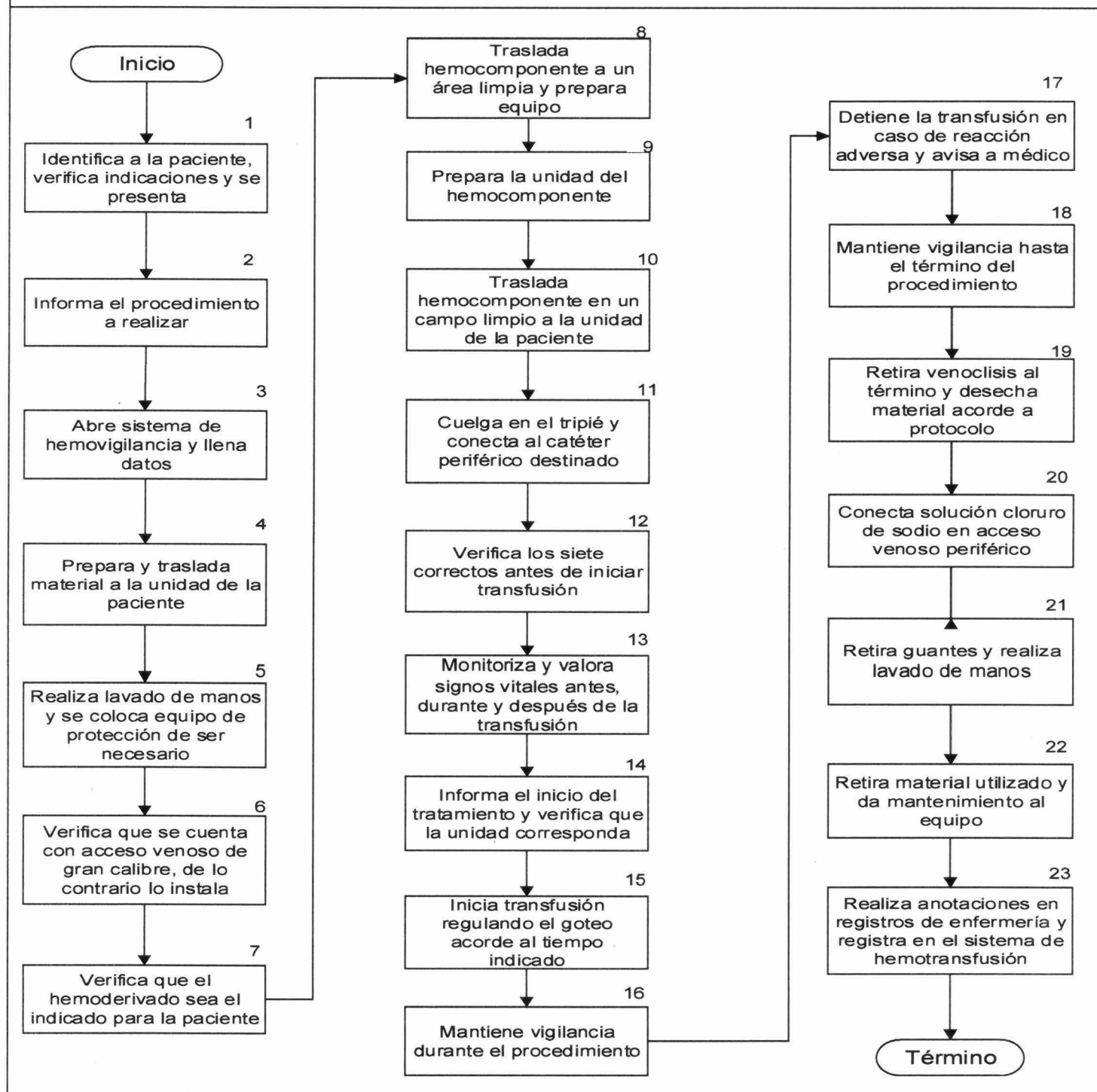
DÍA MES AÑO

08 06 22

PERSONAL QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Enfermera asistencial	11	Cuelga en el tripié y conecta la unidad del hemocomponente al catéter periférico destinado.
	12	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.
	13	Monitoriza y valora signos vitales antes, durante los primeros 30 minutos y después de la transfusión.
	14	Informa el inicio del tratamiento y verifica de nuevo que la unidad corresponda a la paciente.
	15	Inicia la transfusión, regulando el goteo acorde al tiempo de transfusión indicado (VER ANEXO).
	16	Mantiene vigilancia durante todo el procedimiento para la detección de reacciones adversas así como el sitio de punción.
	17	Detiene la transfusión, en caso de reacción adversa, da aviso al médico y realiza el protocolo establecido.
	18	Mantiene vigilancia estrecha, en caso de continuar con la transfusión, hasta el término del procedimiento.
	19	Retira el sistema de venoclisis con la unidad del hemocomponente al término de la transfusión y desecha el material acorde a protocolo institucional.
	20	Conecta solución cloruro de sodio al 0.9% en el acceso venoso periférico al término de la transfusión.
	21	Retira guantes y realiza lavado de manos acorde a protocolo institucional.
	22	Retira el material utilizado y proporciona el mantenimiento a equipo acorde a protocolo institucional.
	23	Realiza anotaciones en registros clínicos de enfermería y realiza el registro en el sistema de hemotransfusión.
		Termina procedimiento

42. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

Enfermera Asistencial



42. 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

43. VENDAJE MAMARIO

43. VENDAJE MAMARIO

43. VENDAJE MAMARIO

OBJETIVO

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

43. VENDAJE MAMARIO**POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

Será Obligación:

1) Del jefe de servicio o encargada.

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

2) De la enfermera asistencial

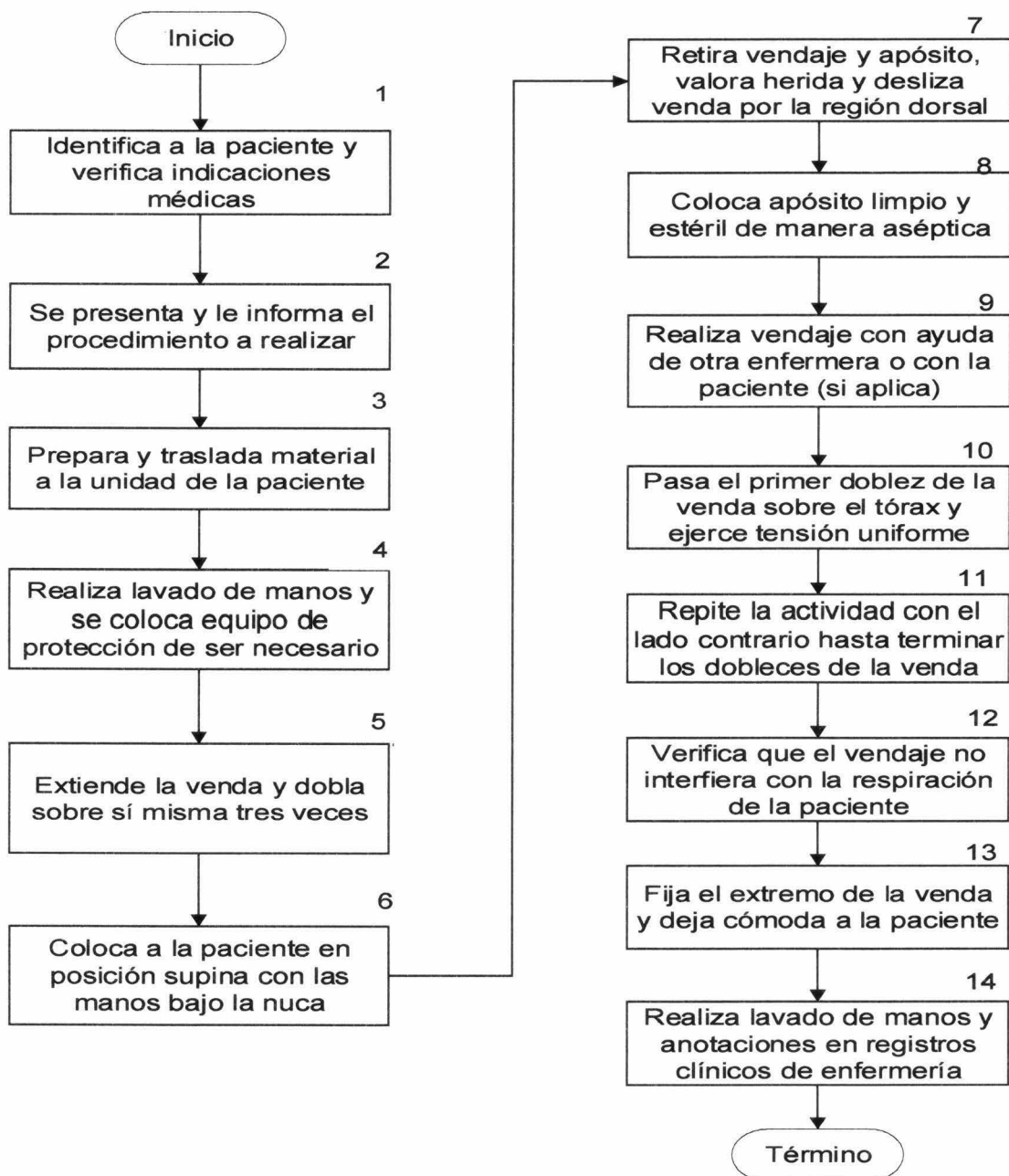
- Conocer la normativa antes mencionada.
- Conocer y aplicar las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.
- Realizar lavado de manos respetando la técnica acorde al Protocolo Institucional y los 5 momentos establecidos por la OMS.
- Preparar el material y equipo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

43. VENDAJE MAMARIO

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

43. VENDAJE MAMARIO

Enfermera Asistencial





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL TÉCNICO DE
PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD
TOCO QUIRÚRGICA**



HOJA
1

FECHA

DÍA	MES	AÑO
08	06	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