SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD VICTORIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

OCTUBRE, 2022

IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL	
NOMBRE Y CARGO	**FIRMA**
ELABORÓ: LIC. EN ENF. PED. YADIRA ORTIZ ESCOBAR **COORDINADORA DE ÁREA DE UNIDAD DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS**	
E.E.C. SANDRA LIZET CONTRERAS LOPEZ **PERSONAL ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE UCIP**	
LIC. EN ENF. PED. VERONICA BUDAR BAEZ **PERSONAL ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE UCIP**	
REVISÓ: LIC. MARTINA COLCHADO RAMOS **SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA**	
AUTORIZÓ: DR. VICENTE ENRIQUE FLORES RODRÍGUEZ **DIRECTOR GENERAL**	
Elaborado con base en estructura 2020 este documento se integra de 170 fojas útiles **Fecha de Validación: Octubre 2022**	

INDICE

I. MARCO JURIDICO 4
II. PROCEDIMIENTOS 12
1.- PROCEDIMENTO PARA EL LAVADO CLINICO DE MANOS 13
2.- PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN ESTADO CRÍTICO 19
3.- PROCEDIMIENTO HIGIENE DEL PACIENTE Y CUIDADOS DE LA PIEL 25
4.- PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO 32
CRÍTICO 32
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA 38
6.- PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN DE LA PULSIOXIMETRÍA 43
7.- PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE LINEA ARTERIAL 48
8. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE VENOCLISIS 54
9. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACION DE ACCESO VENOSO CENTRAL 60
10. PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL 67
11. PROCEDIMIENTO PARA LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL. 73
12. PROCEDIMIENTO PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO. 80
13.- PROCEDIMIENTOS DE TECNICA PARA TOMA DE MUESTRA DE SECRECIÓN TRAQUEAL. 86
14.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA HEMOCULTIVO 91
15. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO 98
16. PROCEDIMIENTO DE LA TECNICA PARA LA MEDICION DE LA PRESION INTRACRANEANA 103
17.- PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA INTRAPLEURAL 108
18. PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN LUMBAR 115
19. PROCEDIMIENTO PARA LATOMA DE MUESTRA DE MÉDULA ÓSEA 122
20. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA 129
21. PROCEDIMIENTO PARA LA ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROSTOMIA 135
22. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL EN EL HOMBRE 140
23. PROCEDIMIENTO PARA INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL EN LA MUJER 147
24. PROCEDIMIENTO PARA LA EXTUBACIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL 154
25. PROCEDIMIENTO PARA COLOCACION DE LA NUTRICION PARENTERAL 160
26. PROCEDIMIENTO PARA ALIMENTACION ENTERAL 166

I. MARCO JURIDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
  D.O.F. 5-XI-1917, Reforma D.O.F. 27-XII-2013 D.O.F 28-05-2021

LEYES

- Ley de Asistencia Social
  D.O.F 09-IX-2004, última Reforma 11-V-2022

- Ley de los Institutos Nacionales de Salud
  D.O.F 26-V-2000, última Reforma 11-V-2022

- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B del artículo 123
  D.O.F 28-XII-1963, última Reforma 18-II-2022

- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares
  D.O.F 05-VII-2010

- Ley General en Salud
  D.O.F 07-II-1984, última Reforma 16-V-2022

- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
  D.O.F 02-VIII-2006, última Reforma 18-V-2022

- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
  D.O.F 08-X-2003, última Reforma 18-I-2021

REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley de Promoción y Desarrollo de Bioenergéticos
  D.O.F 18-VI-2009

- Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
  D.O.F 18-I-1988, última Reforma 28-XII-2004

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
  D.O.F 20-II-1987, última Reforma 26-VI-2014

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
  D.O.F 14-V-1986, última Reforma 17-VII-2018

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
  D.O.F 05-IV-2004, última Reforma 12-XII-2014

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
  D.O.F 18-II-1985

- Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
  D.O.F 30-XI-2012

- Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
  D.O.F 31-X-2014

- Decreto por el cual se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con domicilio en el Municipio de Ciudad Victoria, en el Estado de Tamaulipas y que tendrá por objeto proveer servicios médicos de alta especialidad con enfoque regional.
  D.O.F. 14-XII-2009

- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
  D.O.F. 3-VI-1996.

ACUERDOS

- Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables
  D.O.F 11-02-2005

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.
  D.O.F 28-XII-2021

- Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos.
  D.O.F 17-I-2011

- Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.
  D.O.F. 24-XII-2002

- Acuerdo número 55 por el que se integran patronatos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los Institutos Nacionales de Salud.
  D.O.F. 20-IV-1987

- Acuerdo número 71 por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.

D.O.F. 20-IV-1987

- Acuerdo número 79 relativo a la aplicación instrumentación y actualización del Manual para la Referencia y Contra referencia de pacientes y envío de muestras y especímenes.
  D.O.F 13-IX-1988

- Acuerdo número 130 por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
  D.O.F. 6-IX-1995.

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del programa Nacional de Certificación de Hospitales.
  D.O.F. 01-IV-1999

- Acuerdo 29, 1256-2000, mediante el cual se expide el Reglamento para la Atención de Quejas Médicas
  D.O.F. 18-IV-2000.

NORMAS

- NOM-001-SSA1-2010, Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
  D.O.F 26-I-2011

- NOM-002-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA2-1993, para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia
  D.O.F 11-X-1994

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

D.O.F 26-X-2012

- NOM-007-SSA2-2016, 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.
  D.O.F 07-IV-2016

- NOM-010-SSA2-2010, Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
  D.O.F 15-X-2010

- NOM-015-SSA2-2010, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
  D.O.F 23-XI-2010

- NOM-017-SSA2-2012, Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica
  D.O.F 19-II-2013

- NOM-034-SSA3-2013, Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria
  D.O.F 23-IX-2014

- NOM-030-SSA2-2009, Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica
  D.O.F 13-VII-2012

- NOM-031-SSA2-1999, Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño
  D.O.F 9-II-2001

- NOM-034-SSA2-2013, Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento
  D.O.F: 24-VI-2014

- NOM-005-SSA2-1993 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar
  D.O.F 21-I-2004

- NOM-006-SSA2-2013 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013 Para la prevención y control de la tuberculosis
  D.O.F 13-XI-2013

- NOM-009-SSA2-2013 Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013 Promoción de la salud escolar
  D.O.F 09-XII-2013

- NOM-014-SSA2-1994 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico uterino.
  D.O.F 18-V-2007

- NOM-035-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012 Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
  D.O.F 07-I-2013

- NOM-036-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
  D.O.F 28-IX-2012

- NOM-037-SSA2-2012 Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012 Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias
  D.O.F 13-VII-2012

- NOM-038-SSA2-2010 Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
  D.O.F 27-X-2010

- NOM-039-SSA2-2002 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
  D.O.F 09-III-2017

- NOM-041-SSA2-2011 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama
  D.O.F 09-VI-2011

- NOM-045-SSA2-2005 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales
  D.O.F 20-XI-2009

- NOM-046-SSA2-2005, Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
  D.O.F 24-03-2016

OTRAS DISPOSICIONES

- Edición 2018 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos
  D.O.F 23-XI-2018

- Quincuagésima Primera Actualización del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables.

D.O.F. 03-VIII-2008

- Aviso por el que se dan a conocer los formatos de solicitudes de acceso a la información, de acceso y corrección de datos personales, y de recurso de revisión, cuya presentación no se realiza a través de medios electrónicos.
  D.O.F. 12-VI-2003

- Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para notificar al Instituto Federal de Acceso a la Información Pública los índices de expedientes reservados.
  D.O.F. 18-VIII-2015

- Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
  D.O.F. 20-II-2004

- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.
  D.O.F.27-VIII-2018

II. PROCEDIMIENTOS

1.- PROCEDIMENTO PARA EL LAVADO CLINICO DE MANOS

2. PROCEDIMENTO PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN ESTADO CRÍTICO

3. PROCEDIMIENTO HIGIENE DEL PACIENTE Y CUIDADOS DE LA PIEL

4.- PROCEDIMIENTO MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIALNO INVASIVA.

6.- PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÒN DE LA PULSIOXIMETRIA

7. PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN DE LINEA ARTERIAL

8. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

9. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE ACCESO VENOSO CENTRAL

10. PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

11. PROCEDIMIENTO PARA LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

12. PROCEDIMIENTO PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO.

13.- PROCEDIMIENTO DE TECNICA PARA TOMA DE MUESTRA DE SECRECIÓN TRAQUEAL.

14. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA HEMOCULTIVO

15. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO

16. PROCEDIMIENTO DE LA TECNICA PARA LA MEDICION DE LA PRESION INTRACRANEANA

17. PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA INTRAPLEURAL

18. PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN LUMBAR

19. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE MÉDULA ÓSEA

20. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

21. PROCEDIMIENTO PARA LA ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROSTOMIA

22. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL EN EL HOMBRE

23. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL EN LA MUJER

24. PROCEDIMIENTO PARA LA EXTUBACIÓN NUTRICIÓN PARENTAL

25. PROCEDIMIENTO PARA COLOCACION DE LA NUTRICION PARENTERAL

26. PROCEDIMIENTO PARA ALIMENTACION ENTERAL

1.- PROCEDIMENTO PARA EL LAVADO CLINICO DE MANOS

1.-PROPÓSITO

Eliminar la flora transitoria de las manos de todo el personal de enfermería, con la finalidad de prevenir la propagación de microorganismos entre pacientes y profesionales de la salud.

2.-ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3.-POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios del lavado clínico de manos

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.5.- Ejecutar los cinco momentos para el lavado clínico de manos, y son:

3.5.1.-Antes del contacto directo con el paciente

3.5.2.-Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo, a pesar del uso de guantes

3.5.3.-Despues del contacto con fluidos o secreciones corporales

3.5.4.-Despues del contacto con el paciente

3.5.5.-Despues del contacto con objetos en el entorno del paciente

3.6.-Mantener las uñas cortas y sin esmalte

3.7.-Retirar de las manos reloj, anillos y pulseras

3.8.-El lavado clínico de manos con agua y jabón tiene una duración de 40-60 segundos

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área

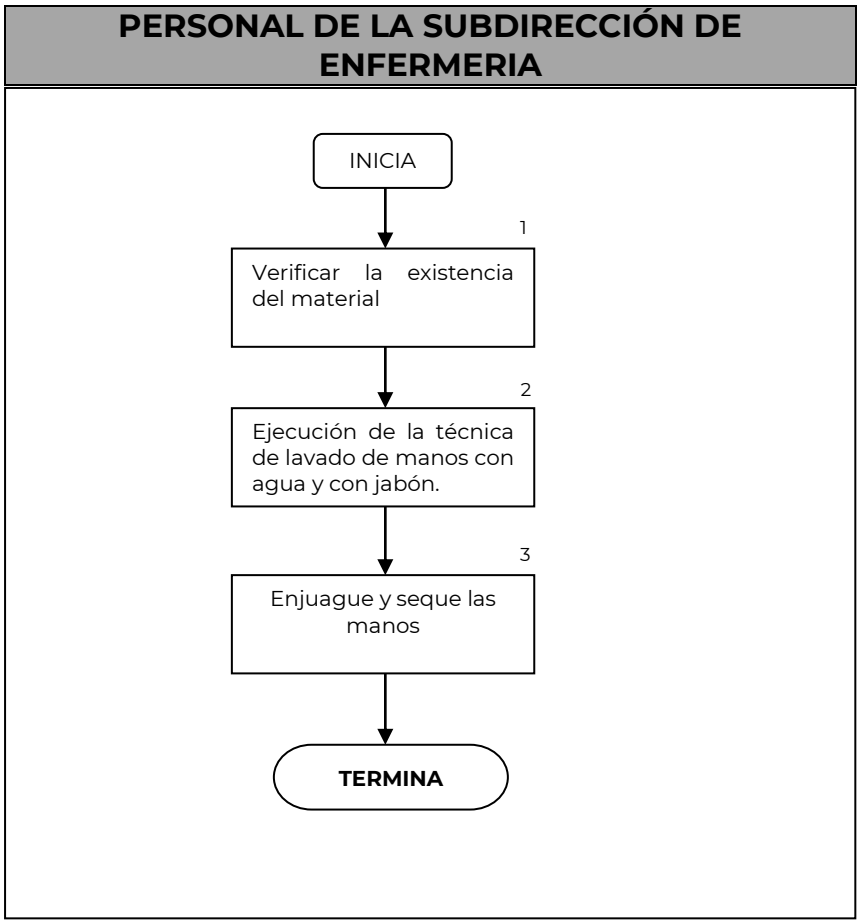
3.10.-Equipo y material

- Agua
- Jabón
- Sanitas

4.-DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la existencia del material -Identificar si existe jabón y sanitas -De no contar con el material, informar a la coordinadora de área	
	2	Ejecución de la técnica de lavado de manos con agua y jabón -Mójese las manos con agua -Deposite en la palma de la mano, una cantidad suficiente de jabón para cubrir la superficie -Frote las palmas de las manos entre sí. -Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa. -Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. -Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. -Frótese con un movimiento de rotación, el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. -Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa	
	3	Enjuague y seque las manos -Enjuague las manos utilizado los mismos pasos que en el lavado -Tome una sanita de un solo uso y séquelas -Sírvase de la toalla para cerrar el grifo -Una vez secas sus manos son seguras **TERMINA**	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6.-DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.1 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7.- REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8.- GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9.-CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10.-ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN ESTADO CRÍTICO

1. PROPÓSITO

Proporcionar una recepción óptima y rápida del paciente que requiere su ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento.

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios en la preparación de la unidad

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3.4.-Aplicación de la NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada

3.5.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas.

3.6.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora del área.

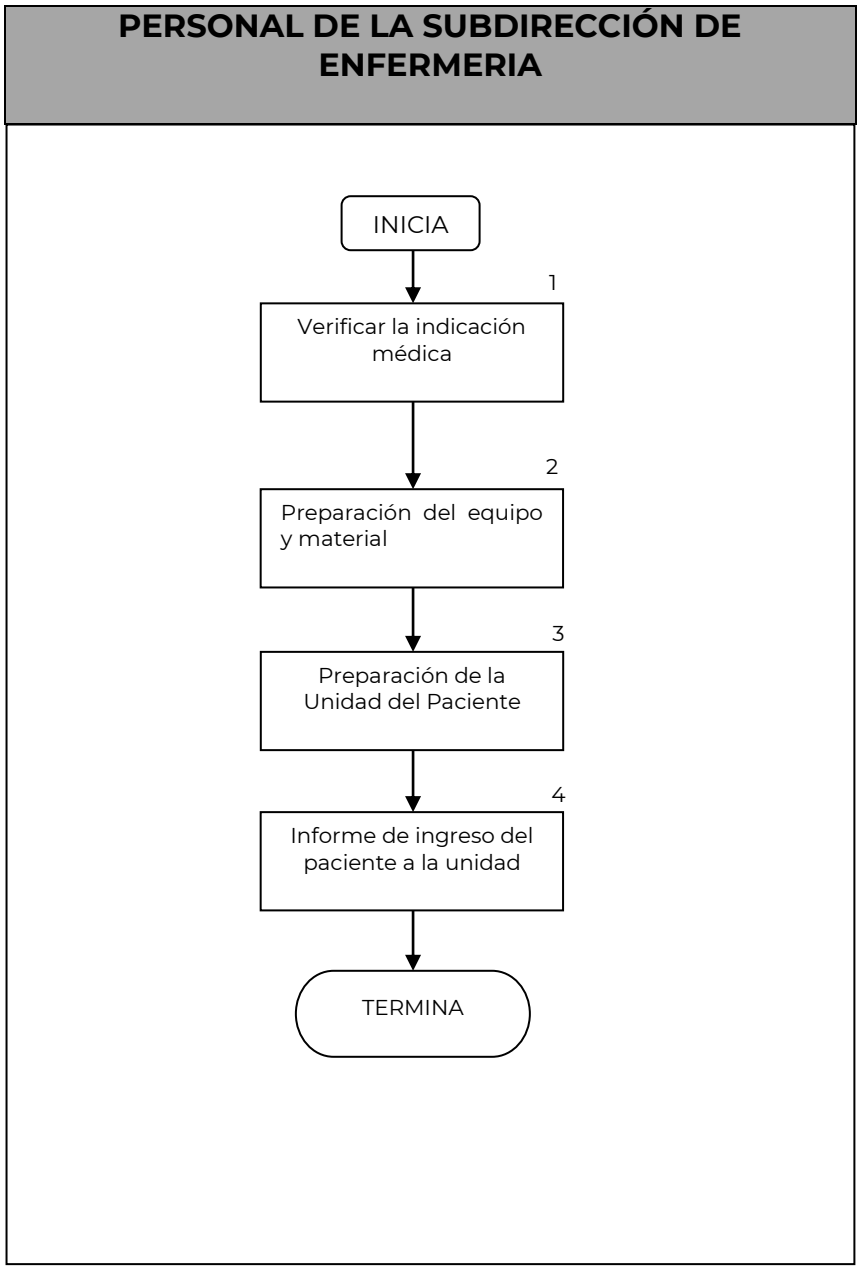
3.7.-Equipo y material

- Cama de posiciones con colchón de aire.
- Sabanas y sujetadores.
- Toma de aire y bolsa aspirador desechable con tubo para aspiración y conector delgado.
- Toma de oxigeno con fluxómetro doble y frasco borboteador con agua estéril.
- Bolsa de reanimación con reservorio y mascarilla de acuerdo a la edad el paciente.
- Flaneras con agua estéril y sonda de aspiración de calibre adecuada a la edad del paciente.
- Guantes desechables, cubre bocas.
- Monitor con cables para electrocardiografía, presión no invasiva, saturación de oxígeno,
- Brazalete de acuerdo a la edad y peso del paciente y buen estado de los mismos.
- Bombas de infusión.
- Mesa Pasteur.
- Estetoscopio, termómetro y cinta métrica.
- Electrodos (5 Pzas)
- Ventilador mecánico con modalidad por presión o volumen.
- Carro Rojo

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Recibir instrucción del médico adscrito para preparar la unidad donde será colocado el paciente que ingresa. -Coordinar la entrega y recepción del paciente con el personal de enfermería del área.	
	2	Preparación del equipo y material -Reunir el equipo y material necesario y trasladarlo a la unidad en donde se recibirá al paciente. -Mantener al alcance el carro rojo.	
	3	Preparación de la Unidad del Paciente -Lavado de manos clínico -Preparar la cama del paciente colocando las sábanas. -Conectar equipo de succión. -Conectar el frasco borboteador con agua estéril al fluxómetro colocado previamente a la toma de oxígeno. -Conectar la bolsa auto inflable con reservorio al frasco borboteador. -Encender monitor cardiaco. -Colocar bombas de infusión en pentapíe. -Conectar y programar el ventilador mecánico.	
	4	Informe de ingreso del paciente a la unidad -Informar al médico que el paciente será transferido a la unidad. -Informar al personal de Enfermería que el paciente ya puede ser transferido a la Unidad. **TERMINA**	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6.-DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7.- REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8.-GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9.-CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10.-ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

3.- PROCEDIMIENTO HIGIENE DEL PACIENTE Y CUIDADOS DE LA PIEL

1. PROPÓSITO

Realizar el aseo general del paciente así como brindar cuidados de la piel en estado crítico ya que es fundamental para el control de infecciones, confort y prevención de ulceras por decúbito.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios del área de cuidados intensivos pediátricos

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

Jabón.

- Gasas e hisopos.
- Apósitos.
- Agua estéril
- Toallas

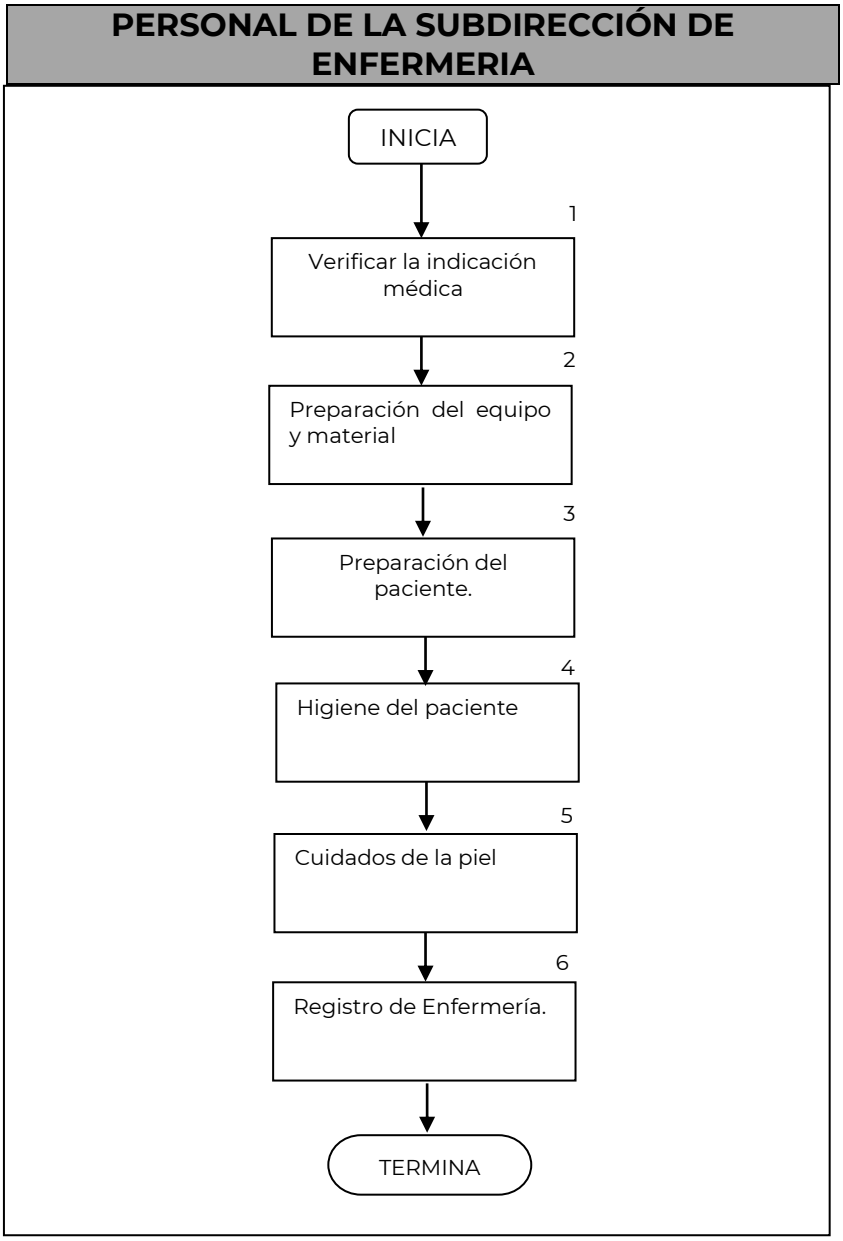
- Ropa para el paciente y para cambio de cama previamente pesada.
- Banja estéril
- Guantes
- Torundas
- Abatelenguas

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Valoración del paciente -Valorar el estado hemodinámico del paciente para la higiene corporal. -Elegir el momento de mayor estabilidad hemodinámica para realizar la higiene, disminuyendo así el número de manipulaciones -Valoración de la movilización por el facultativo	
	2	Preparación del equipo y material -Lavado clínico de manos -Reunir el equipo y material necesario para la higiene y trasladarlo a la unidad del paciente. -Colocar en mesa Pasteur el material en el orden que se va a utilizar -Cierre las persianas	
	3	Preparación del paciente -Explicar al paciente el procedimiento a realizar y la importancia de su cooperación. -Colocar al paciente en posición decúbito dorsal o semi Fowler si aplica.	
	4	Higiene del paciente -Colocar guantes -Utilizar apósitos humedecidos y con jabón insistiendo en pliegues y zonas interdigitales, seguidas del enjuague con agua templada y secado con la presión suave sobre la piel. -Llevar a cabo el aseo en orden cefalocaudal, aseando por último los genitales.	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5	-Cambiar las sabanas de cama, sucias por limpias y dejar al paciente cómodo. -Realizar aseo con torunda humedecida con agua estéril desde lagrimal hasta zona externa del ojo, siempre cambiando de torunda lubricar y cerrar. -Realizar higiene de fosas nasales con hisopos humedecidos con solución estéril, se asea cavidad cambiando de hisopo en cada fosa. -Asear la cavidad bucal con la ayuda de un abatelenguas con una gasa impregnada de agua estéril o clorhexidina oral. Cuidados de la piel -Realizar los cuidados de la piel conjuntamente con el aseo diario evitando así el número de manipulaciones. -Mantener al niño sobre el colchón anti escaras (silicón o aire). -Colocar cojines suaves en sitios de apoyo. -Mantener la piel seca e hidratada. -Realizar cambios de postura cada tres a cuatro horas, siempre y cuando no estén contraindicadas. -Curación de accesos vasculares centrales cada 7 días o antes si el apósito se observa desprendido o húmedo (cubrirse, no debe mojarse) En periféricos corto se documenta en la NOM-022 Terapia intravenosa -Rotar el sitio del pulsioxímetro. -Asear y aplicar pomadas en genitales cada que sea necesario y de acuerdo a indicación médica.	
	6	Registro de Enfermería. -Realizar registros en la hoja de enfermería anotando la valoración realizada **TERMINA**	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6.-DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7.- REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8.-GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9.-CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10.-ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

4.- PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

1. PROPÓSITO

Mantener una vigilancia estrecha del paciente y sus constantes vitales por medio de un registro continuo.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Aplicación de la NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada

3.5.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.6.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.7.-Equipo y material

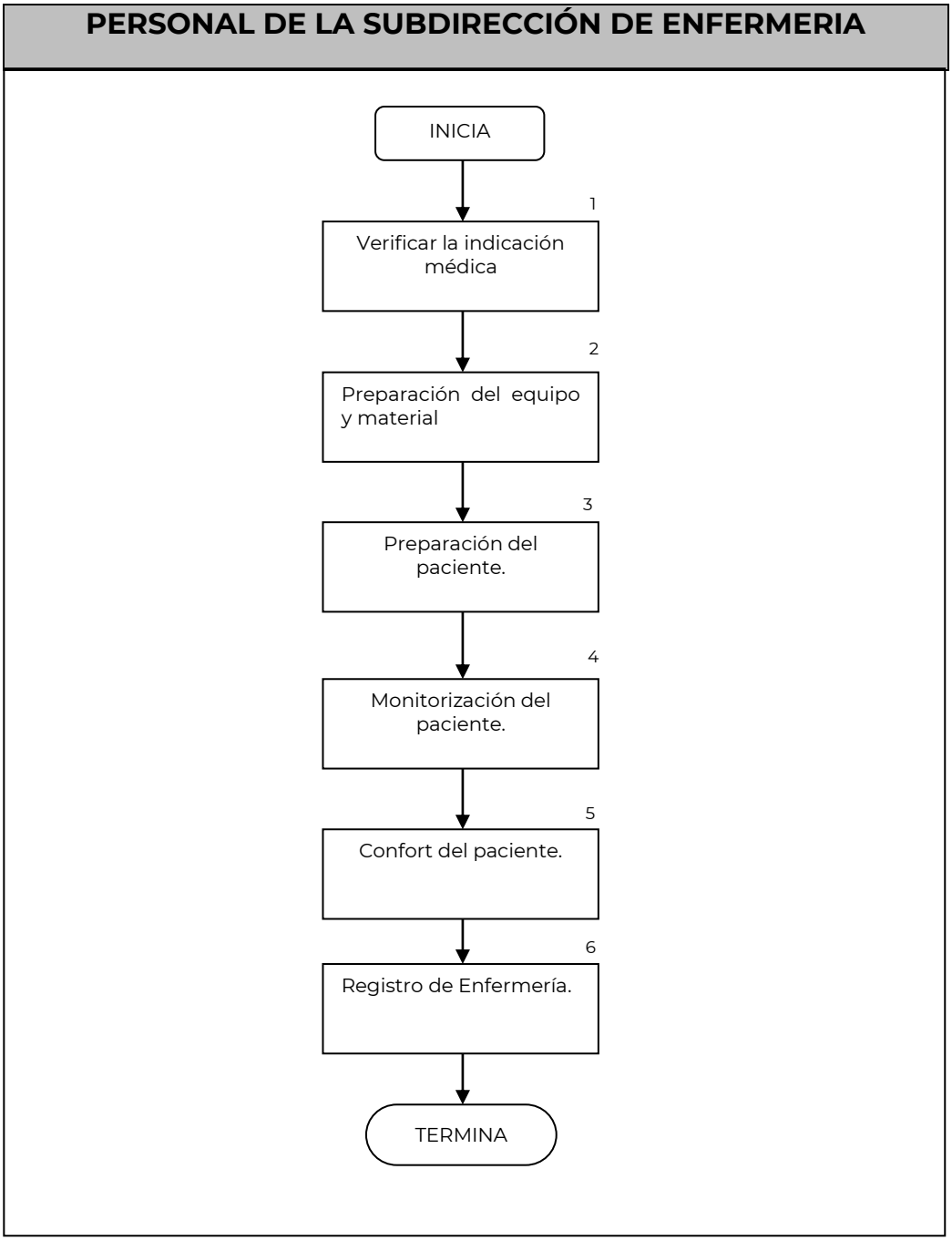
Monitor con módulo de electrocardiograma con cable de tres o cinco derivaciones en buen estado, con cable para módulo de presión arterial no invasiva e invasiva y sensor de temperatura.
Pulsioximetria.
Electrodos cardiacos

4.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar indicación médica de monitorización del paciente.	
	2	Preparación del equipo y material -Encender el monitor y colocar cables de electrocardiograma, presión arterial no invasiva y pulsioxímetro.	
	3	Preparación del paciente -Lavado de manos -Descubra y limpie la piel del paciente. -Colocar al paciente en posición semifowler o de acuerdo a su estado hemodinámica.	
	4	Monitorización del paciente. -Coloque los electrodos y las derivaciones. -RA.- A nivel de la unión del brazo derecho con el torso. -LA.- A nivel de la unión del brazo izquierdo con el torso. -RL.- Colocar en la parte media a nivel umbilical y cresta iliaca derecha. -LL.- Colocar en la parte media a nivel umbilical y cresta iliaca izquierda. -C.- Colocar debajo de la tetilla izquierda sobre el borde costal. -Colocar pulsioxímetro y el sensor de temperatura. -Ajustar los rangos del monitor de acuerdo a la edad así como las alarmas.	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5 6	Confort del paciente -Asegurar los cables a la cama del paciente de tal manera que no lesionen la piel del paciente. Registro de Enfermería. -Realizar registros de las constantes vitales del paciente en la hoja de enfermería anotando observaciones. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA

1. PROPÓSITO

Vigilar y registrar continuamente la presión arterial para diagnosticar alteraciones hemodinámicas

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento.

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios de la toma de la presión arterial no invasiva.

3.4.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3.4.-Aplicación de la NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada

3.5.-Equipo y material

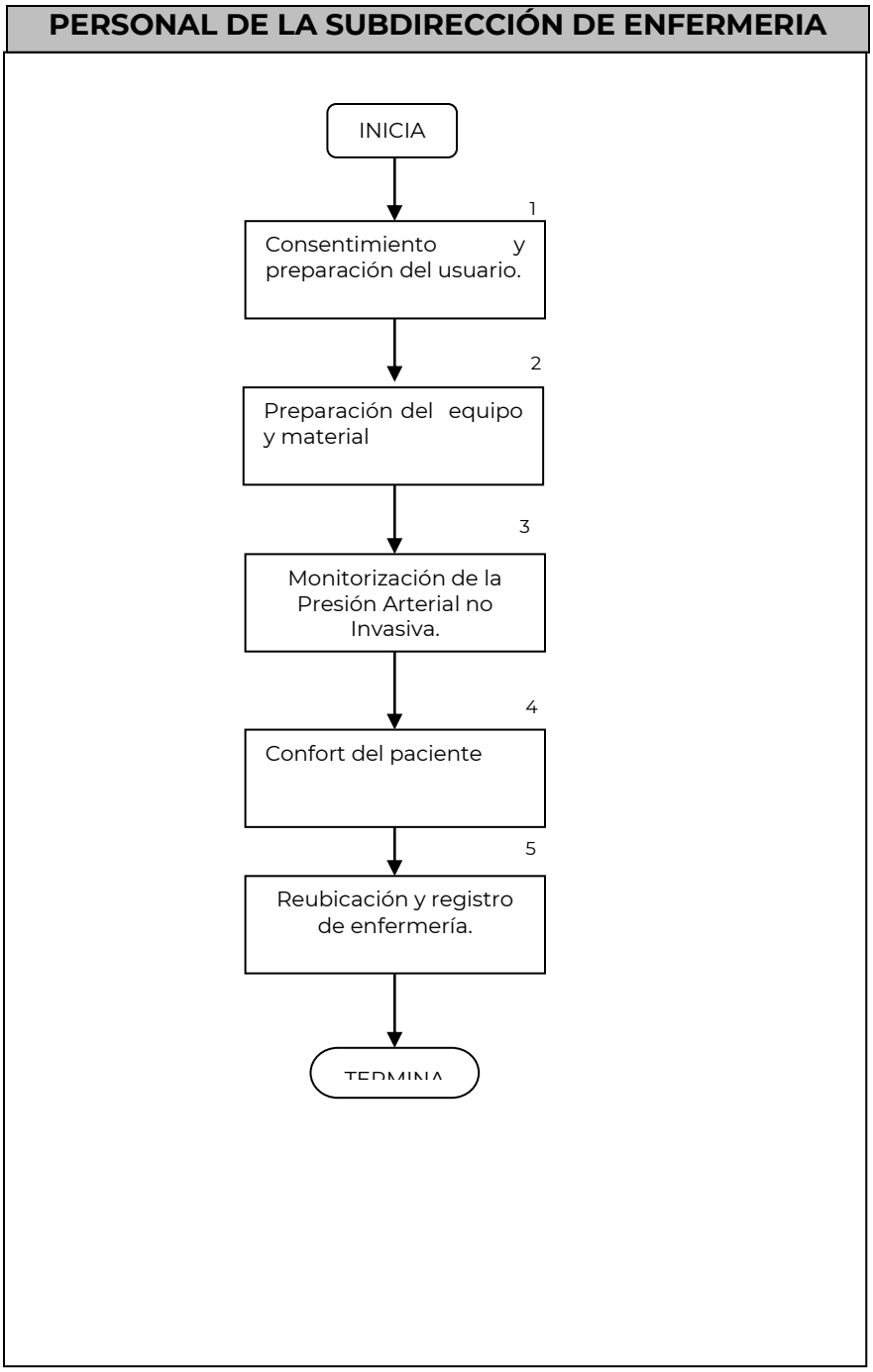
Monitor con módulo de presión no invasiva (PNI)

Brazalete adecuado a la edad del paciente.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Consentimiento y preparación del usuario -Verificar indicación médica. -Colocar al paciente en posición semifowler o según indicación médica.	
	2	Preparación del equipo y material -Realizar el lavado de manos y encender el monitor. -Verificar la funcionalidad el monitor, cable y brazalete. -Seleccionar la extremidad del paciente en la cual se colocara le brazalete examinando que no tenga ninguna lesión en la piel y verificando que haya buena coloración, temperatura y pulso en el sitio elegido.	
	3	Monitorización de la presión arterial no invasiva -Colocar el brazalete en la extremidad cuidando que la marca del mismo quede sobre la arteria. -Oprimir el botón de inicio del monitor para que se registre la presión no invasiva en modo manual. -Seleccionar un intervalo de tiempo para registrar la presión arterial no invasiva y presión media automáticamente quedando en modo manual.	
	4	Confort del usuario 5.1.-Dejar al paciente en una posición cómoda. 5.2.-Asegurar los cables a la cama	
	5	Registro de enfermería -Registrar procedimiento en la hoja de enfermería, así observaciones. **TERMINA**	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 Bibliografía: NOM	

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	no aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	FEBRERO-2022	Ninguna

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

6.- PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN DE LA PULSIOXIMETRÍA

1. PROPÓSITO

Vigilar la correcta oxigenación del paciente detectando de inmediato situaciones de hipoxemia.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento.

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios de la toma de pulsioximetría.

3.4.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

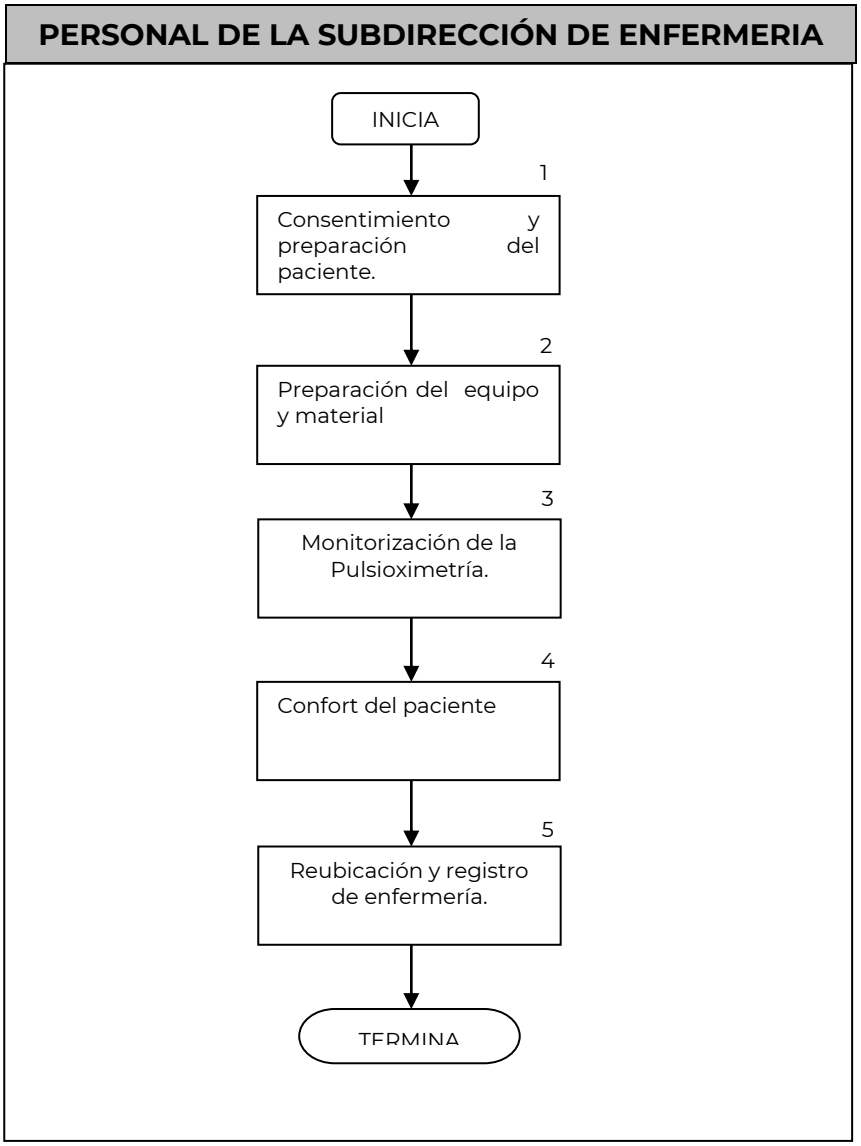
3.5.-Equipo y material

Monitor con módulo de saturación (letismografo)
Cable y sensor de Oximetro.

4.-DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Consentimiento y preparación del usuario -Verificar indicación médica. -Colocar al paciente en posición semifowler o según indicación médica.	
	2	Preparación del equipo y material -Encender el monitor y conectar el cable con el sensor de oxígeno al módulo de saturación. -Seleccionar el sitio donde se colocara el sensor.	
	3	Monitorización de la pulsioximetría. -Colocar sensor de forma adecuada enfrentando los dos diodos (emisor opuesto al fotodiodo receptor) sin presionar demasiado para no interferir en la circulación distal. -Verifique que la gráfica (curva) sea nítida	
	4	Confort del usuario -Dejar al paciente en una posición cómoda.	
	5	Registro de enfermería -Registrar procedimiento en la hoja de enfermería, así observaciones. **TERMINA**	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 Bibliografía: NOM	

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE LINEA ARTERIAL

1. PROPÓSITO

Extraer muestra para gasometrías y monitorización invasiva de la presión arterial.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento.

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios de la instalación de una línea arterial.

3.4.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3.5.-Equipo y material

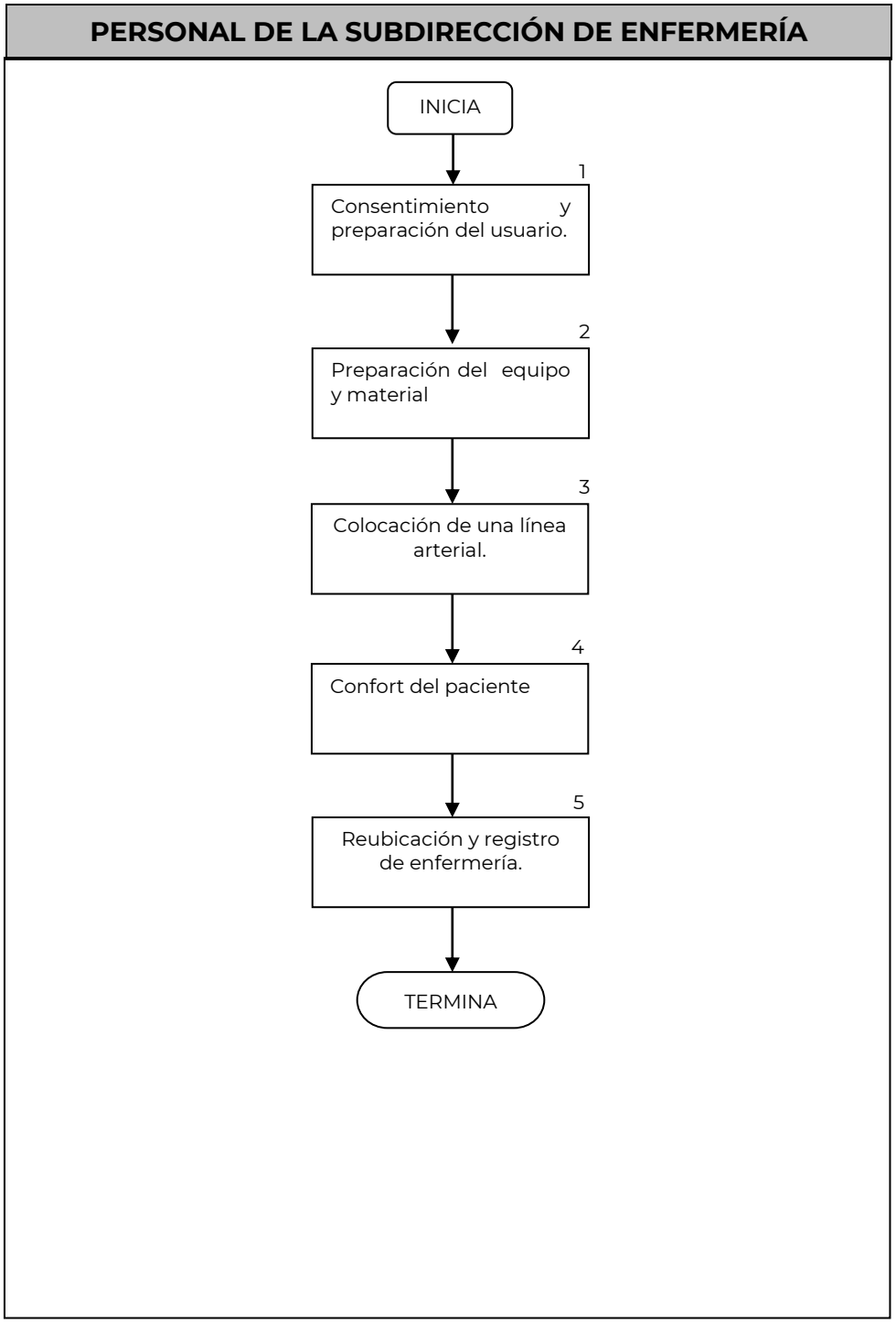
- Catéter endovenoso de acuerdo a la edad del paciente
- Clorhexidina
- Cubre bocas y guantes
- Tegaderm
- Equipo de macro gotero
- Una línea vascular
- Férula de madera
- Llave de tres vías

- Heparina
- jeringa de diez mililitros
- Solución salina 250ml
- Lidocaína simple

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Consentimiento y preparación del usuario -Verificar indicación médica.	
	2	Preparación del equipo y material -Realizar lavado de manos. -Colocar cubre bocas y guantes. -Colocar en un pentapié la solución fisiológica con equipo macro gotero, llave de tres vías y purgar.	
	3	Colocación de una línea arterial -Realizar asepsia y antisepsia de la región clorhexidina y localizar la arteria (radial o pedías). -Introducir el catéter a 45° con la mano derecha siguiendo el latido que se palpará con el dedo índice de la mano izquierda, al entrar a la luz arterial se obtendrá sangre espontáneamente, se retirara aguja y solo se introducirá el teflón y se corroborara que sea sangre arterial al observar coloración de la sangre y al fluir esta con presión. -Conectar el equipo ya preparado y se colocara en el otro extremo de la llave de tres vías la jeringa de 10ml. Para estar lavando catéter con la mezcla de solución posterior a la toma de gasometrías. -Fijar el catéter a la piel con un Tegaderm para valor cambios de coloración de la piel. -Colocar identificación como línea arterial con fecha y hora. -Colocar férula para fijar miembro.	
	4	Confort del usuario - Mantener cómodo al paciente	
	5	Registro de enfermería -Registrar procedimiento en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 Bibliografía: NOM	

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

8. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

1. PROPÓSITO

Canalización de una vena periférica para la administración de soluciones o medicamentos con fines de diagnóstico o tratamiento.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

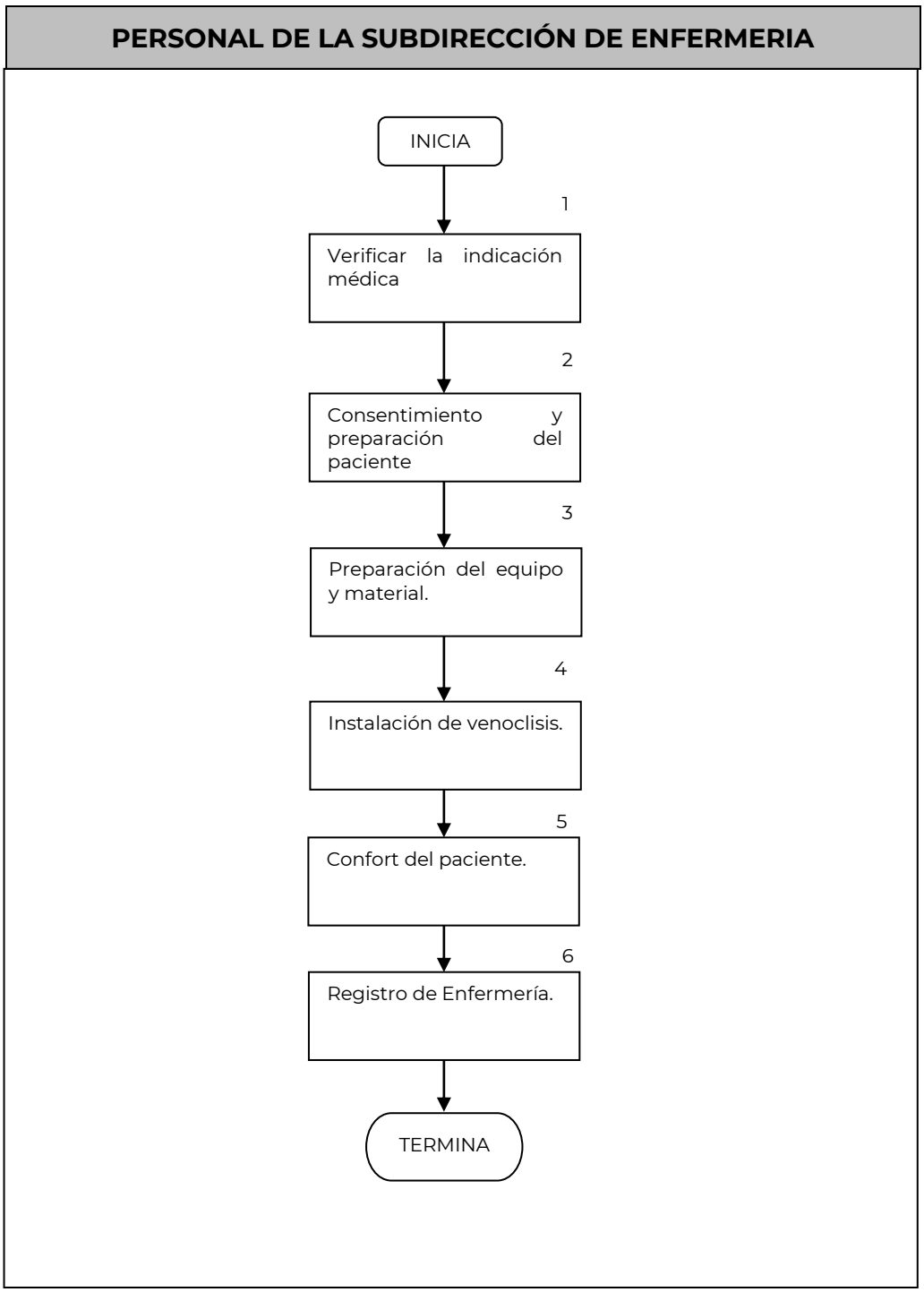
- Cubre bocas y guantes desechables.
- Catéter de teflón (abocath) calibre adecuado a la edad del paciente.
- Torundas alcoholadas.
- Antisépticos de amplio espectro: Iodopovidona, Clorhexidina
- Tela adhesiva.
- Apósito trasparente
- Férula de madera o acrílico.
- Ligadura.
- Frasco de solución indicada
- Equipo de venoclisis primario o venopack
- Bomba de infusión de soluciones.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica prescrita del tratamiento a seguir.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente. -Explicar al paciente el procedimiento a realizar. -Colocar al paciente en posición cómoda y elegir el sitio en donde será la colocación del catéter.	
	3	Preparación del equipo y material -Reunir el equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Conectar el equipo a las solución y realizar el purgado -Colocar el equipo de infusión en la bomba de infusión y programar, dejar lista para su uso.	
	4	Instalación de venoclisis -Colocarse los guantes y cubrebocas - Localizar vena a puncionar. - Inmovilizar al paciente dejando libre la extremidad en donde será la punción. -Colocar la ligadura de 5 a 10 cm por arriba del sitio de punción -Realizar la asepsia con movimientos de rotación del centro a la periferia utilizando los antisépticos. -Visualizar la vena introducir el catéter con el bisel hacia arriba haciendo u ángulo de 25° a 30°.	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5	-Al obtener sangre retirar lentamente la aguja al mismo tiempo que se introduce el catéter de plástico, haciendo ligera presión en el sitio donde terminó el catéter. -Conectar el equipo de soluciones al catéter y verificar la permeabilidad de la vena dejando pasar solución. -Fijar el catéter a la piel con el apósito trasparente y corbatas de tela adhesiva colocando y fijando también la férula en la extremidad puncionada para inmovilizarla. Confort del paciente -Colocar y fijar la férula en la extremidad puncionadapara inmovilizarla y evitar que el catéter esté expuesto. -colocar al paciente en una posición cómoda.	
	6	Registro de Enfermería. -Identificar con fecha, hora y persona que la instalo la venoclisis. -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

9. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACION DE ACCESO VENOSO CENTRAL

1. PROPÓSITO

Proporcionar una vía de acceso venos ara administración de soluciones intravenosas de gran volumen, fármacos diversos, soluciones de elevada osmolaridad que no pudieran administrarse por vía periférica técnicas de recambio sanguíneo así como monitorización de importantes parámetros hemodinámicas como presión venosa central, saturación de oxigeno intravascular y gasto cardiaco.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Lavado quirúrgico de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

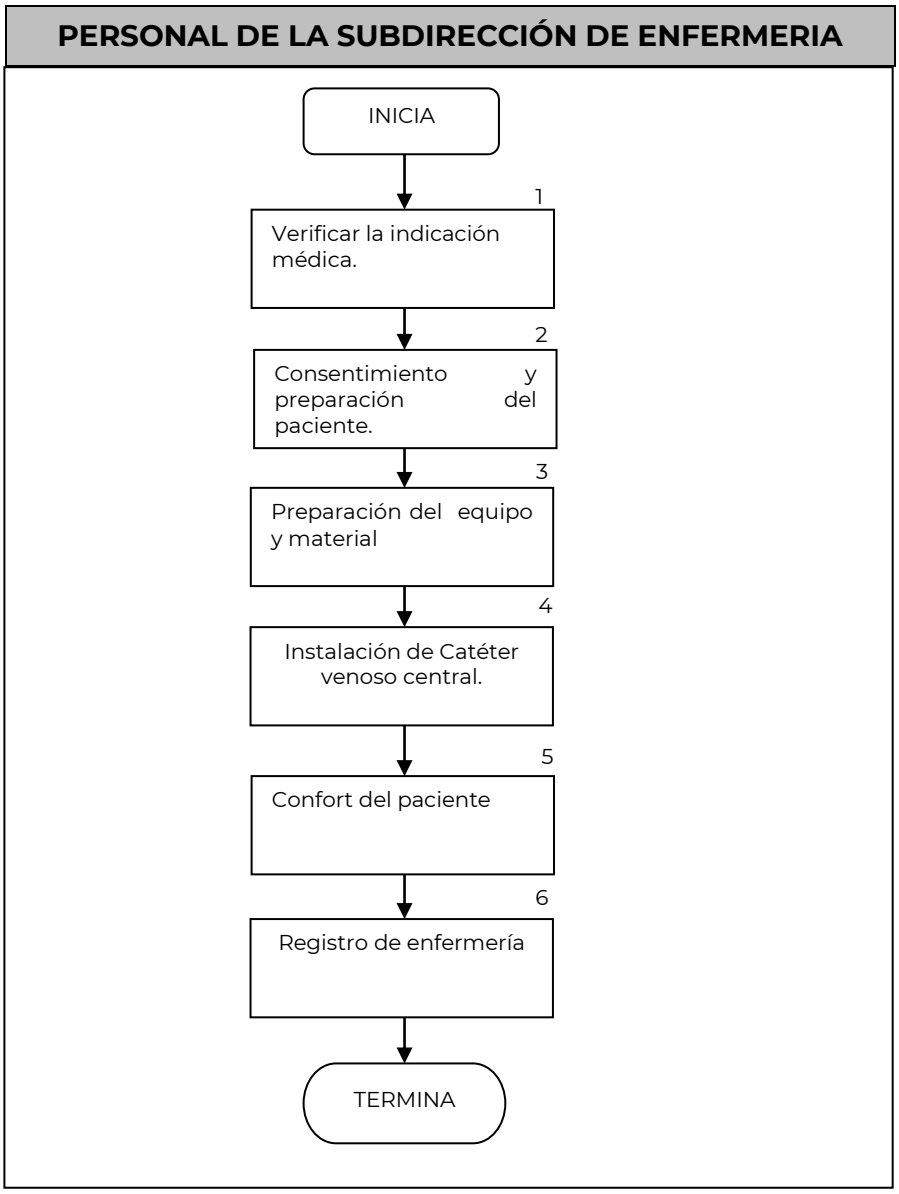
- Mesa Pasteur.
- Equipo de venodisección.
- Set de catéter de Arrow de 2 a 3 lumen de distintos calibres (4 hasta 8) según ala edad y peso del paciente.
- Hoja de bisturí.
- Sutura: prolene o seda 3-0 o 4-0.
- Lidocaína simple al 2%.
- Heparina.
- Opsite.
- Agua inyectable de 10ml.
- Jeringas del 10, 5 y 3ml. Con aguja calibre 25X16 para infiltrar.
- Bata y campos hendidos estériles.
- Gorro, guantes y cubrebocas.
- Antiséptico de amplio espectro: Isodine, clorhexidina
- Gasas estériles.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar indicación médica de la colocación del catéter.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente -Explicar al paciente el procedimiento a realizar. -Colocar al paciente en posición cómoda y exponer el sitio de inserción del catéter.	
	3	Preparación del equipo y material -Lavado de manos. -Reunir el equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Abrir el equipo y material con técnica estéril.	
	4	Instalación de Catéter venoso central. -Colocar gorro y cubre bocas y realizar lavado quirúrgico de manos. -Vestir bata y guantes estériles y ayudar al médico a vestirse. -Realizar la asepsia y antisepsia de la región a puncionar. -Ayudar al médico a colocar campo hendido estéril en el sitio de punción. -Infiltrar con lidocaína al 2%. -Purgar catéter con solución heparinizada previamente preparada en un vasito, montar aguja de set y purgar. - Puncionar vena. -En tanto se avanza con la aguja, succionar el embolo.	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería		-Al momento de localizar la vena, la sangre fluirá libremente al interior de la jeringa y podrá regresar a la vena sin oponer resistencia en más de una ocasión. -Retirar cuidadosamente la jeringa de la aguja y pasar la guía metálica al interior de la vena a través de la luz de la aguja (esta debe pasar de manera suave y fácil sin oponer resistencia). -Retirar aguja enseguida se amplía ligeramente el orificio de punción por donde quedo insertada la guía metálica con la punta de la hoja de bisturí se introduce dilatador de vena a través de la guía, después de introducir sacar el dilatador -Introducir el catéter venoso a través de la guía metálica asegurándose que la misma aparezca en el extremo distal del catéter extrayéndose esta al mismo tiempo de introducir el catéter en el vaso, hasta la posición deseada. -Se fija el extremo del catéter a la piel con la sutura y se cubre con opsite. - Se identifica catéter con fecha y hora de instalación así como el nombre del médico que instaló.	
	5	Confort del paciente -Limpiar la piel del paciente. -Colocar al paciente en posición cómoda.	
	6	-Solicitar placa de rayos X para verificar la posición del catéter. Registro de Enfermería. -Identificar correctamente el catéter venoso central. -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DE PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS

No Aplica

10. PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

1. PROPÓSITO

Determinar la volemia del paciente y conocer la fuerza que ejerce la sangre a nivel de la aurícula derecha.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

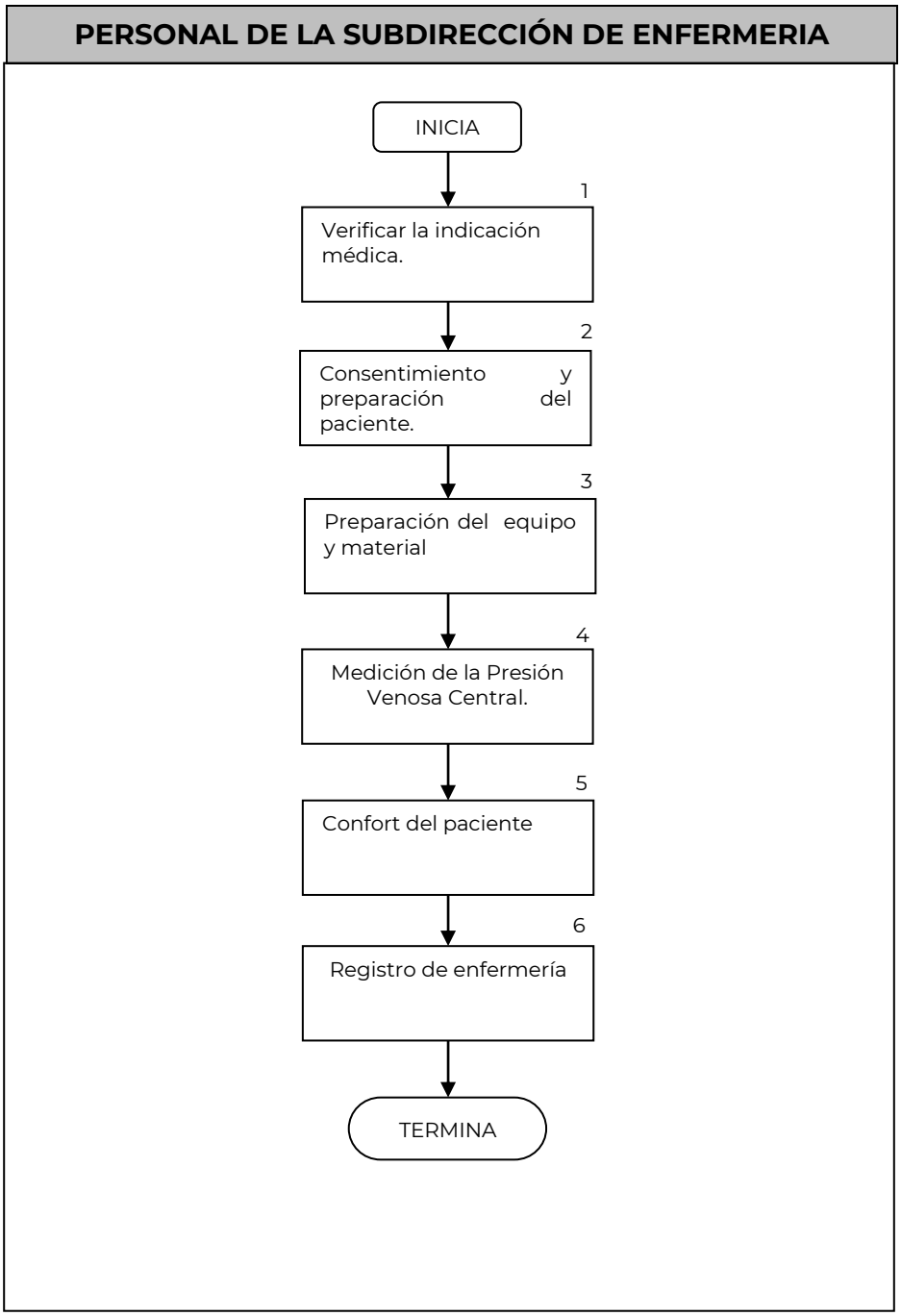
- Equipo para medir presión venosa central.
- Solución de hartman o solución salina.
- Escala graduada en centímetros de agua.
- Tela adhesiva
- Pentapié

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica. -Verificar prescripción médica de medición de la PVC.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente. -Explicar al paciente en qué consistirá el procedimiento y la importancia de su cooperación. -Colocar al paciente en decúbito dorsal completo, valorando estado hemodinámico.	
	3	Preparación del equipo y material -Reunir el equipo y traslado a la unidad del paciente. - Realizar lavado de manos -Conectar el sistema de presión venosa central a la solución y purgar cuidadosamente eliminando burbujas y colocar en un pentapié la escala graduada.	
	4	Instalación de Catéter venoso central. - Realizar lavado de manos -Conectar el otro extremo al catéter venoso central y fijarlo a la columna de agua de la escala graduada. - Colocar (del 0 al 30cm) el cero debe coincidir con el punto flebosbatico del paciente (línea media axilar, cuarto espacio intercostal, a nivel de la aurícula derecha) -Comprobar permeabilidad del paciente además de cerrar vías de medicamento. - Abrir la llave hacia la columna y cerrando hacia el paciente dejando que la solución suba aproximadamente a 20 cm de la escala, y cierre la llave de la solución.	

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5	-Girar para abrir la llave para que la solución pase al paciente la cual empezará a oscilar con los movimientos respiratorios del paciente. - Realizar la lectura cuando la columna de agua se detenga, una vez realizada la lectura, cerrar la llave de tres vías. -Abrir nuevamente las vías de infusión de medicamento y/o soluciones. Confort del paciente -Colocar al paciente en una posición cómoda valorando estado hemodinámico.	
	6	Registro de Enfermería. -Registrar observaciones en la hoja de Enfermería. -Avisar al médico si existe alguna alteración de este signo. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

11. PROCEDIMIENTO PARA LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL.

1. PROPÓSITO

Mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea para favorecer una buena ventilación y oxigenación al paciente.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

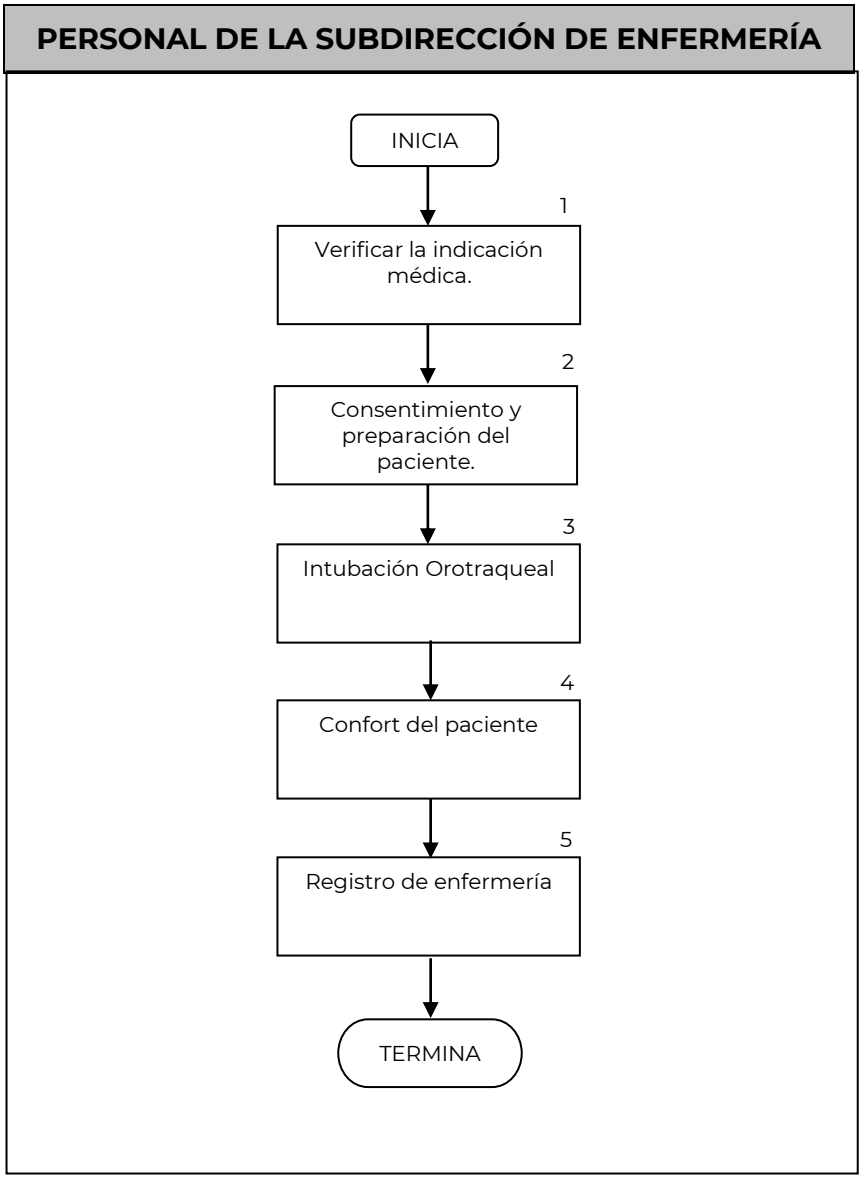
- Toma de oxigeno con borboteador.
- Bolsa con reservorio de presión positiva y mascarilla adecuada al paciente.
- Cánula endotraqueal adecuada a la edad del paciente (fórmula para sacar número adecuado de cánula endotraqueal a la edad del paciente; edad/4+4= número de cánula) y de la complexión.
- Lidocaína spray
- Mango de laringoscopio
- Hojas de laringoscopio
- Sonda de aspiración.
- Pulsioxímetro.
- Flanera con agua estéril.
- Sistema de aspiración (tubo látex, frasco aspirador, sonda de aspiración) conectado a una toma de succión.
- Fijación de TOT
- Tela adhesiva
- Benjuí
- Estetoscopio
- Guantes desechables
- Cubrebocas
- Ventilador mecánico previamente programado
- Carro rojo y medicamento prescrito para sedación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar prescripción médica de Intubación Orotraqueal.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente. -Reunir equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Trasladar el Carro Rojo a la unidad del paciente. -Explicar al paciente en qué consistirá el procedimiento y la importancia de su cooperación. -Colocar al paciente en decúbito dorsal con rossier en hombros. -Mantener sedado y relajado al paciente. -Aspirar secreciones acumuladas en faringe. -Oxigenar durante 2 a 3 minutos con bolsa de reanimación con reservorio y mascarilla con oxígeno al 100%.	
	3	Intubación Orotraqueal -Realizar lavado de manos. -Colocarse guantes y cubrebocas. -Colocar bolsa reservorio al borboteador y abrir oxígeno. -Abrir el sistema de aspiración. -Lubricar la cánula con lidocaína espray y colaborar con el médico durante el procedimiento	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería		-Apoyar dando presión positiva con la bolsa reservorio por la cánula. -Verificar aeración pulmonar auscultando tórax y observando que ambos tórax mantengan movimientos simétricos. - Conectar a ventilador mecánico. -Colaborar en la fijación del tubo. -Solicitar radiografía de tórax portátil para verificar adecuada colocación de cánula Orotraqueal.	
	4	Confort del paciente -Colocar en una posición adecuada al paciente.	
	5	Registro de Enfermería. -Realizar lavado de manos y anotar observaciones, fecha y número de TOT, en hoja de enfermería. **TERMINA**	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

12. PROCEDIMIENTO PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO.

1. PROPÓSITO

Favorecer una buena ventilación y oxigenación manteniendo la vía aérea permeable libre de secreciones por medio de succión y a través de un tubo endotraqueal.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

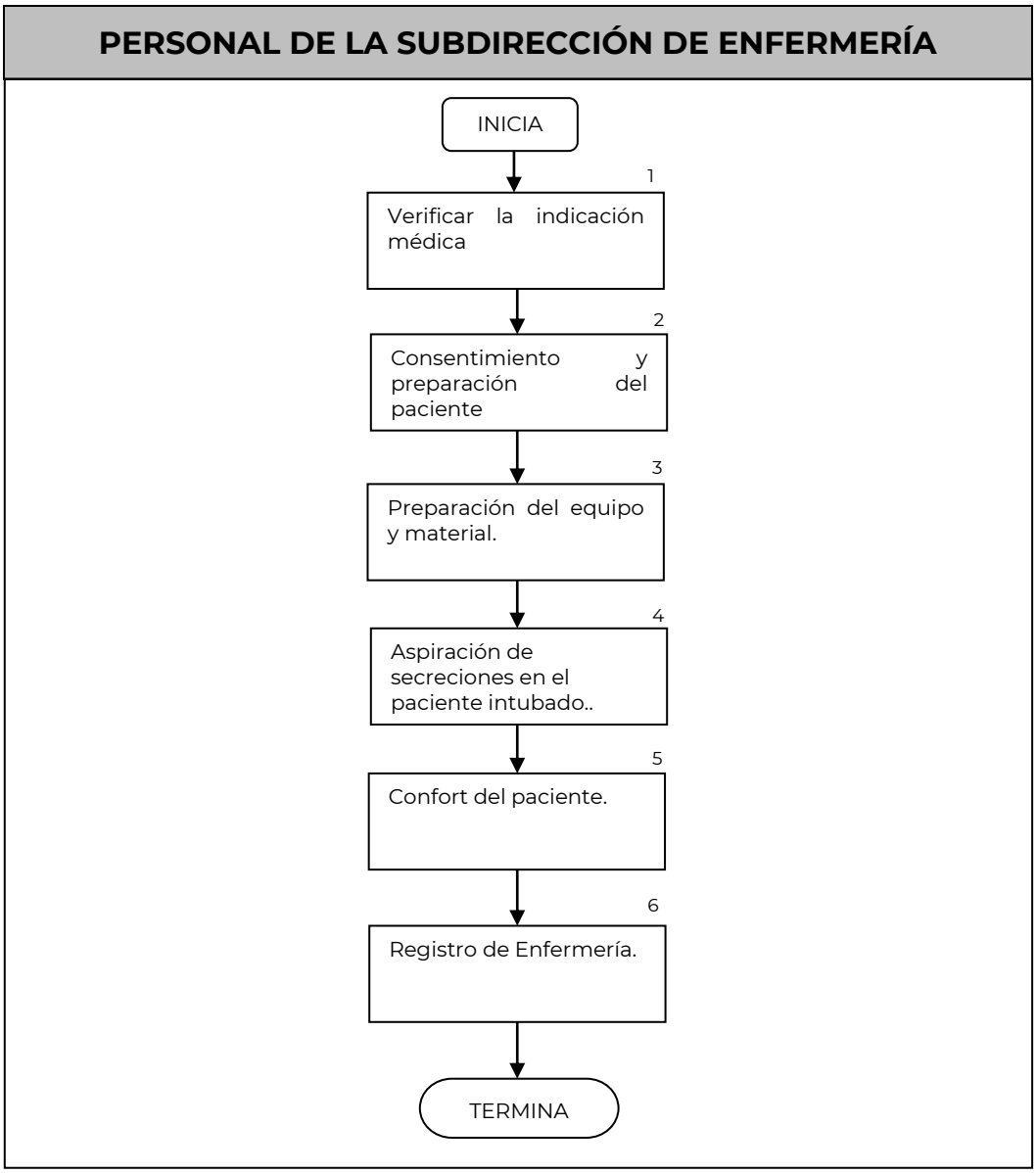
- Sistema de succión con regulador de presión
- Circuito cerrado para aspiración que se encuentra conectado al sistema de ventilación
- Guantes desechables, cubrebocas
- Jeringa de 20ml
- Agua inyectable
- Frasco e aspiración de secreciones.
  Tubo látex

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar la indicación médica de aspiración de secreciones.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente -Explicar al paciente del procedimiento a realizar y la importancias de su cooperación. -Colocar al paciente en posición semi-fowler si no hay contraindicación.	
	3	Preparación del equipo y material -Verificar que la fijación de tubo endotraqueal sea segura. -Reunir el equipo y material trasladándolo a la unidad del paciente. -Conectar el sistema de succión con el tubo de látex y el frasco de aspiración. -Cargar la jeringa con el agua inyectable.	
	4	Aspiración de secreciones en el paciente intubado - Realizar lavado de manos. - Calzar guantes -Conectar el tubo látex al circuito cerrado de aspiración y moderar la presión de succión -Desclampar el candado de la sonda de aspiración del circuito cerrado. -Introducir la sonda de aspiración lentamente por el tubo endotraqueal cuidando de no avanzar más cuando note resistencia.	

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería		-Presionar el botón de succión de la sonda para iniciar la succión mientras se va retirando la sonda de aspiración lentamente, la succión no debe durar más de 10 -15 segundos, retirar completamente la sonda. -Girar el candado para cerrarlo y colocar la jeringa en la línea de irrigación del circuito cerrado. -Lavar la sonda de aspiración introduciendo de 4 a 10 ml de agua inyectable la cual será aspirada abriendo de nuevo el candado e iniciando la succión, repetir la acción hasta que la sonda este limpia. -Cerrar el candado, retirar la jeringa, y cerrar el sistema de succión reubicándolo. -Desechar el equipo y material de acuerdo alanorma NOM-087	
	5	Confort del paciente -Dejar descansar al paciente entre cada aspiración. -Colocar al paciente en una posición cómoda	
	6	Registro de Enfermería. -Realizar registros de observaciones en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

13.- PROCEDIMIENTOS DE TECNICA PARA TOMA DE MUESTRA DE SECRECIÓN TRAQUEAL.

1. PROPÓSITO

Identificar microorganismos patógenos en secreciones de las vías respiratorias bajas para orientarnos sobre la etiología de una neumonía.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

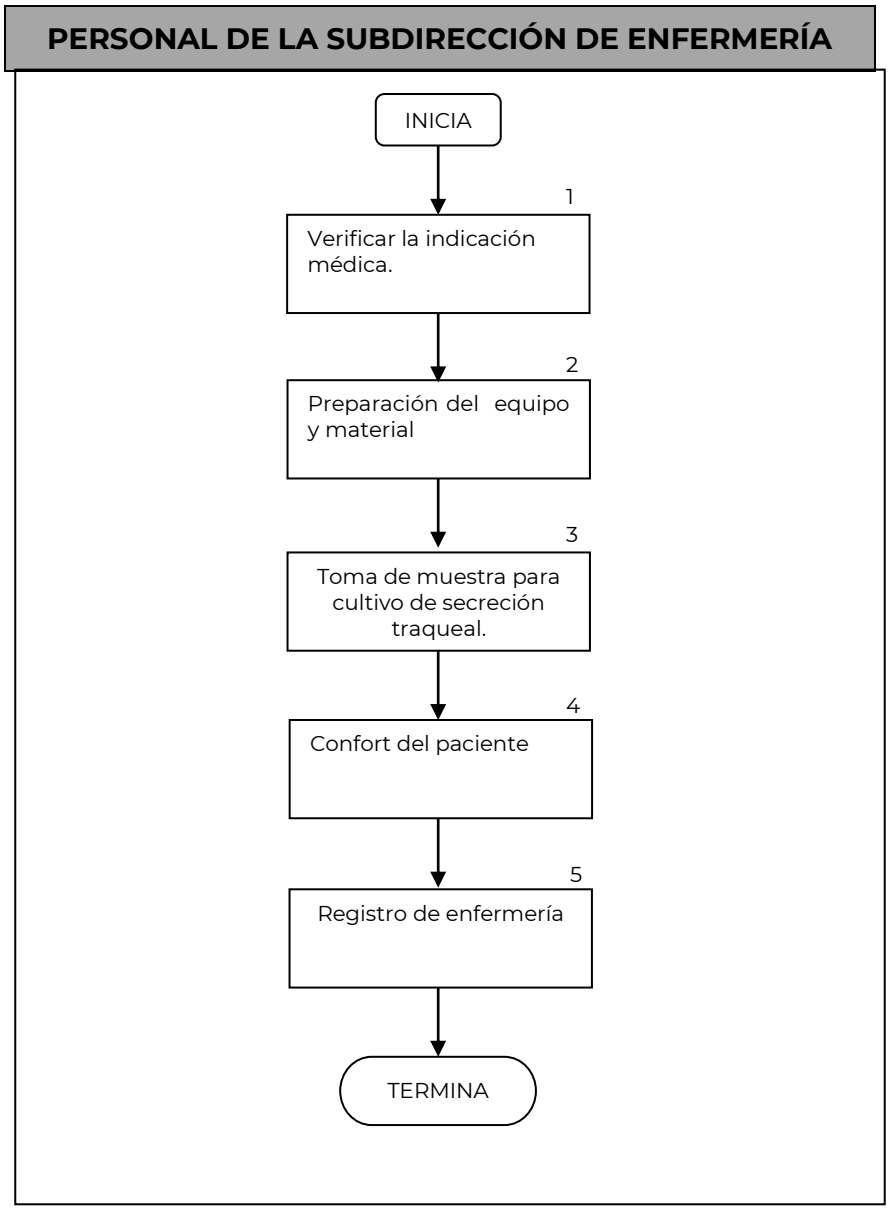
3.10.-Equipo y material

- Sistema de succión con bolsa y silastic para aspirar.
- Equipo de aseo.
- 2 sondas para aspiración con trampa integrada (lukens).
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Cubrebocas, jeringa de 10ml.
- Gasas.
- Agua estéril.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica de la colocación del catéter.	
	2	Preparación del equipo y material -Lavado de manos. -Reunir el equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Abrir el equipo de aseo y colocar el material necesario en este.	
	3	Toma de muestra para cultivo de secreción traqueal. -Realizar el calzado de guantes estériles. -Realizar la asepsia en la unión de la cánula con el circuito del ventilador mecánico y también bolsa auto inflable con una gasa impregnada con solución antiséptica. -Desconectar e introducir la sonda con trampa integrada a la cánula y aspirar secreciones las cuales caerán al frasco trampa del sistema colector. -Retirar la sonda. -Desconectar la sonda de la trampa sellando esta con su tapa.	
	4	Confort del paciente -Aspirar el resto de secesiones en el tubo endotraqueal. -Colocar al paciente en una posición cómoda.	
	5	Identificar correctamente la muestra y llevarla a laboratorio	
	6	Registro de Enfermería. -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería **TERMINA**	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

14.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA HEMOCULTIVO

1. PROPÓSITO

Obtener una muestra de sangre para estudio microbiológico con el fin de establecer un diagnóstico.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

- Mesa Pasteur.
- Guantes, cubrebocas y gorro.
- Bata estéril.
- Campo hendido.
- Gasas

- Isodine.
- Jeringa desechable de 5ml.
- 2 agujas hipodérmicas según la edad del paciente
- Frasco de cultivo.
- Tela adhesiva.
- Ligadura

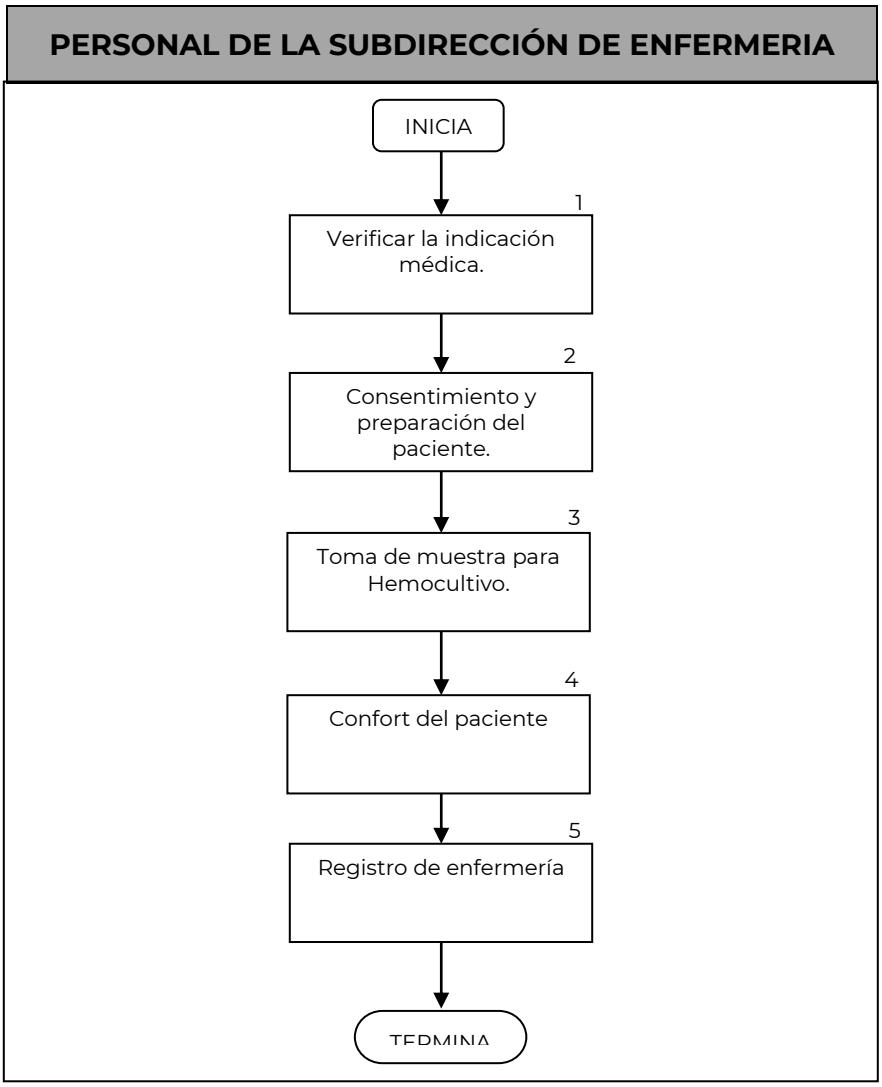
.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar indicación médica para la toma de hemocultivo.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente -Reunir equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Realizar lavado de manos -Explicar al paciente en qué consistirá el procedimiento y la importancia de su cooperación.	
	3	-Colocar gorro y cubrebocas -Seleccionar sitio de punción Toma de hemocultivo -Vestir bata y guantes estériles con ayuda de la enfermera. -Colocar en la mesa Pasteur el equipo de aseo abierto y colocar Isodine, gasas, la jeringa y aguja. -Realizar asepsia al frasco de cultivo. -Realizar asepsia a la región que se seleccionó haciendo un círculo de 3 a 5cm de diámetro iniciando del centro hacia afuera.	

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	4	-Colocar ligadura en la parte superior del miembro que se seleccionó. -Insertar aguja y extraer la cantidad de sangre requerida, extraer la aguja y hacer presión en sitio de punción. -Retirar aguja de jeringa y colocar otra estéril, introducir la sangre al frasco de hemocultivo, cubriéndolo con una gasa con Isodine. -Identificar la muestra con nombre y número de cama y enviarla a laboratorio. Confort del paciente -Remover el isodine del área puncionada. -Mantener en una posición cómoda al paciente.	
	5	Registro de Enfermería. -Realizar lavado de manos y anotar observaciones en hoja de enfermería. **TERMINA**	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

15. TOMA DE MUESTRA PARA UROCULTIVO

1. PROPÓSITO

Identificar agentes patógenos causantes de infecciones urinarias y la sensibilidad a los antibióticos y quimioterapéuticos.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

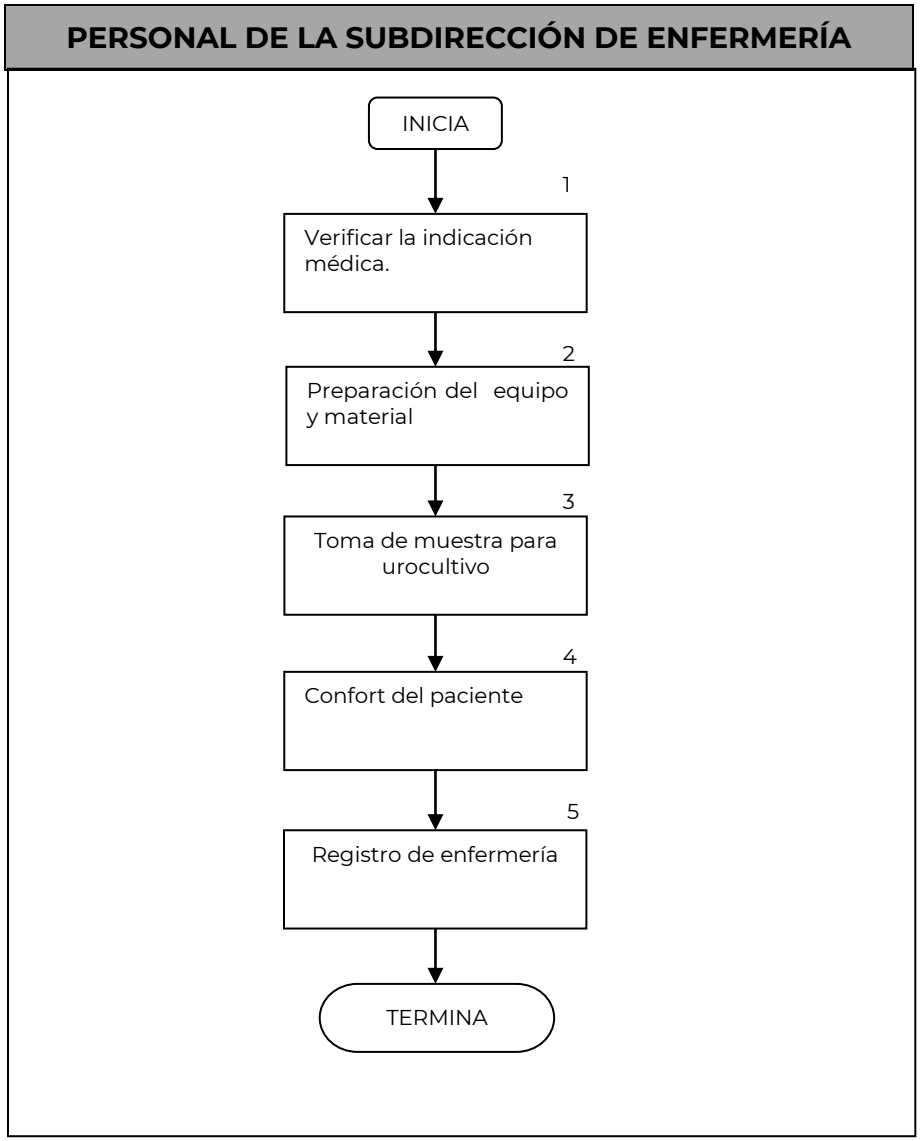
3.10.-Equipo y material

- Guantes
- Cubrebocas.
- Jabón
- Agua estéril.
- Gasas estériles.
- 1 riñón estéril.
- 1 bolsa para urocultivo

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la toma de urocultivo.	
	2	Preparación del equipo y material -Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Colocar a la paciente en posición cómoda. -Realizar lavado de manos -Calzar guantes -Lavar genitales con gasa, jabón y agua estéril, secando con una gasa.	
	3	Toma de muestra para urocultivo -Cambiar de guantes y colocar la bolsa colectora de orina despegando la cubierta adhesiva, si es mujer debe abrir los labios mayores para pegarla, en varones haga presión en la piel que quede por encima del pene para que pueda introducirlo en la bolsa sin tocarlo. - Retirar la bolsa evitando contaminar la orina, doblando inmediatamente sobre la parte adhesiva para que quede cerrada. -Si es paciente que domine la micción proceda a utilizar un riñón estéril y recoger la orina con una jeringa estéril.	
	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en una posición cómoda.	
	5	Registro de Enfermería. -Identificar correctamente la muestra y llevarla a laboratorio - Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

6. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
NO aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

16. PROCEDIMIENTO DE LA TECNICA PARA LA MEDICION DE LA PRESION INTRACRANEANA

1. PROPÓSITO

Obtener registro de la presión intracraneana para detectar alteraciones de la misma en forma oportuna.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

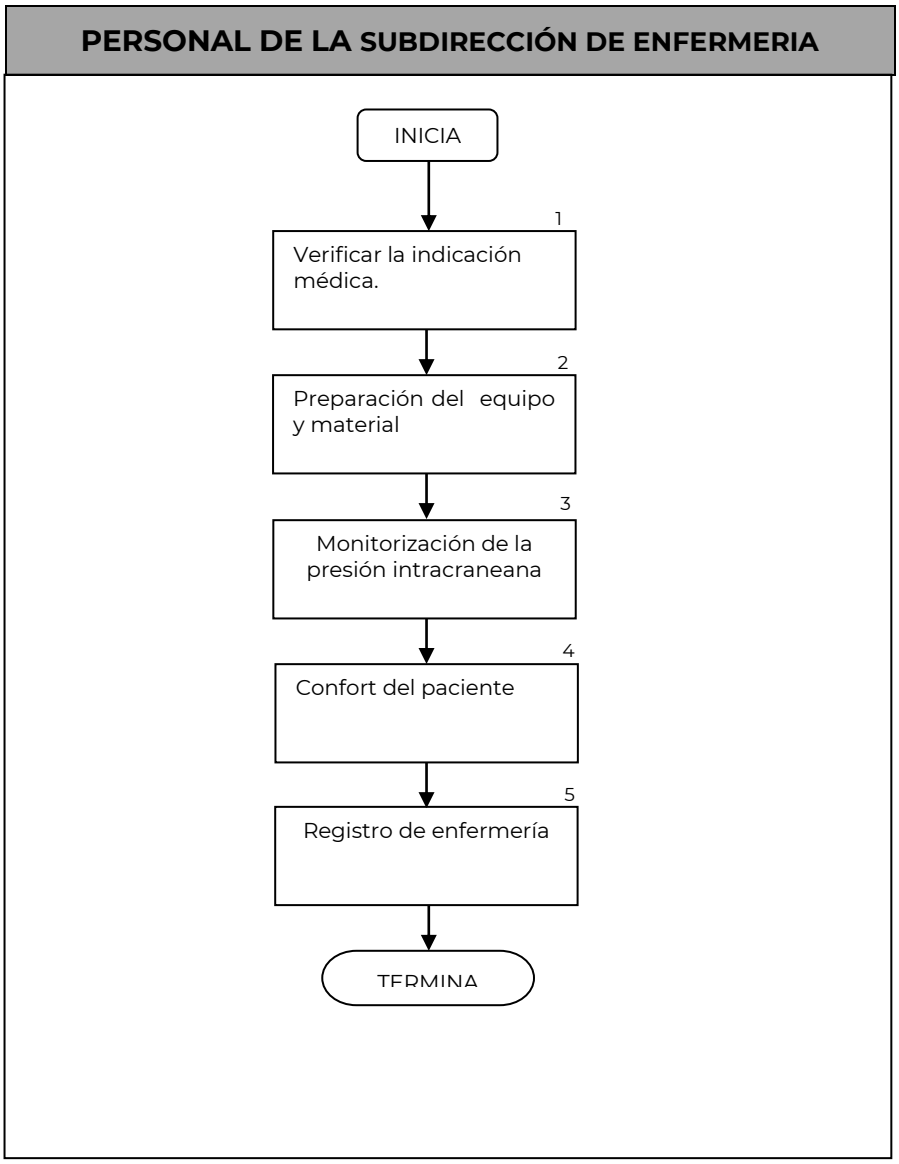
3.10.-Equipo y material

- Equipo de venodisección.
- Hoja de bisturí.
- Seda para hueso.
- Catéter interventricular.
- Guantes y cubrebocas.
- Isodine
- Gasas.
- Equipo cauterio
- Cable, domo y transductor, monitor.
- Micropore.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la medición de la presión intracraneana	
	2	Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Colocar a la paciente en posición indicada - Colocar gorro y cubrebocas. - Realizar lavado de manos quirúrgico -Colocar bata y guantes estériles - Encender el monitor de la PIC. -Calibrar el catéter a cero antes de su colocación.	
	3	Monitorización de la presión intracraneana. -Apoyar al neurocirujano durante el procedimiento, facilitando el material necesario. -Cubrir el área con gasas y micropore una terminado el procedimiento	
	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en posición Semifowler de 30 a 60° con la cabeza en posición neutra.	
	5	Registro de Enfermería. -Identificar correctamente la muestra y llevarla a laboratorio -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS

No Aplica

17.- PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA INTRAPLEURAL

1. PROPÓSITO

Mejorar la ventilación y perfusión pulmonar mediante la colocación de una sonda en el espacio pleural para drenar material líquido (sangre) y/o aire.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

- Tubo de aspiración.
- Mesa Pasteur.
- Equipo venodisección.
- Sistema cerrado (pleurovac).
- Sistema de vacío con tubo de aspiración.
- Cánula o sonda pleural de acuerdo al peso y edad del paciente.

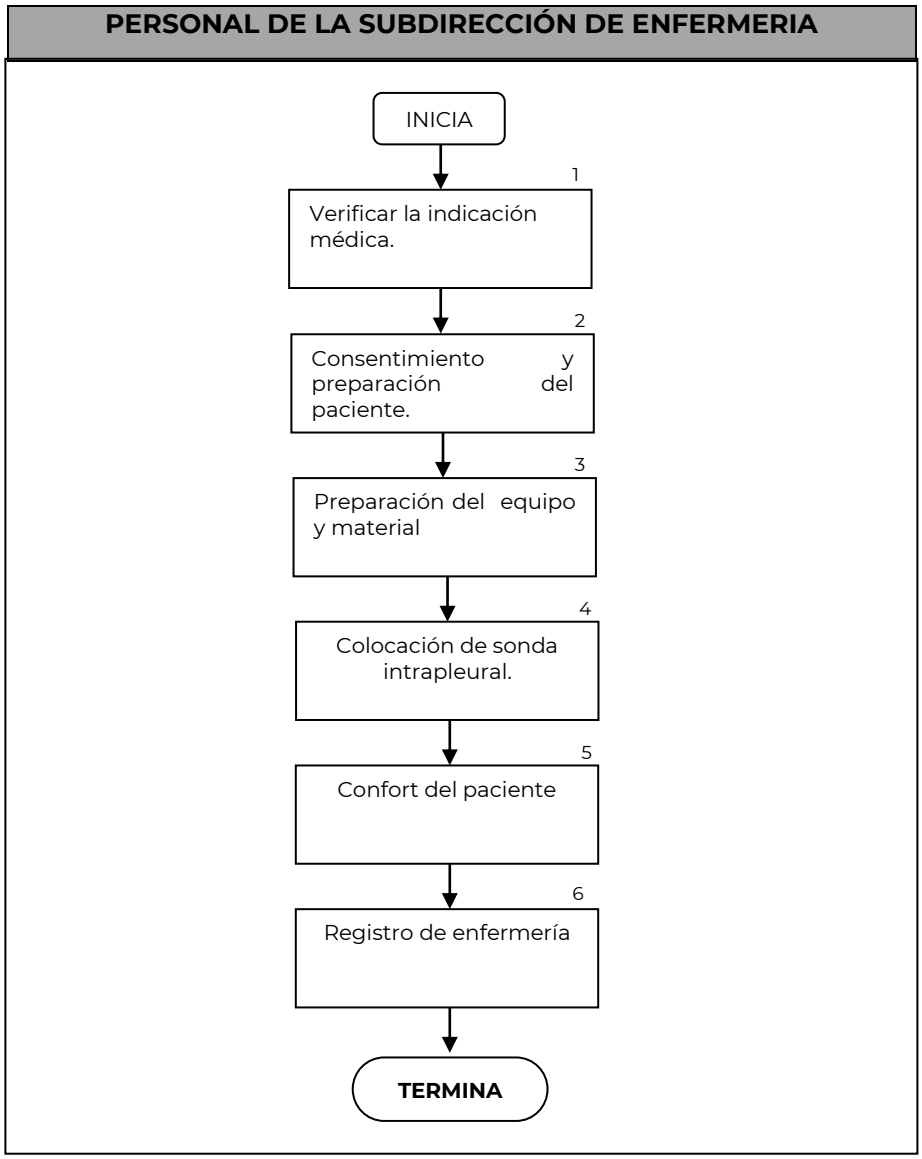
- Adaptador delgado.
- Lidocaína simple al 2%.
- Hoja de bisturí.
- Seda 3-0.
- Jeringas y agujas de diferentes calibres.
- Agua inyectable
- Antiséptico de amplio espectro: Iodopovidona, clorhexidina
- Gorro, guantes esteriles, cubrebocas, bata y campos estériles.
- Micropore y apósito trasparente
- Tela adhesiva.
- Frascos estériles para la recolección de líquido en caso necesario

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar prescripción médica de la colocación de la sonda intrapleural.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente. -explicar al paciente en qué consistirá el procedimiento, la sensación que experimentara así como la importancia de su cooperación. -Colocar al paciente en posición semi Fowler con el brazo extendido sobre la cabeza del lado a puncionar.	
	3	Preparación del equipo y material -Reunir el equipo y traslado a la unidad del paciente - Realizar lavado de manos -Realizar el sello de agua de acuerdo a lo indicado por el medico -Proceder a conectar el sistema de vacío con el tubo de aspiración.	
	4	Colocación de sonda intrapleural -Realizar lavado de manos - Ayudar al médico a calzarse los guantes y bata estéril -Realizar asepsia y antisepsia de la región delimitando con campos estériles. -Colaborar con la infiltración del anestésico. -Sujetar al paciente con cuidado mientras el médico realiza la incisión en el costado, realiza toma de muestra de líquidos en caso necesario e introduce la sonda pleural. -Conectar inmediatamente la sonda al sistema de drenaje previamente preparado (pleurovac), sellar esta unión con la tela adhesiva para que no se separe. -Abrir la válvula del sistema de vacío.	

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5	-Verificar que el médico realice la fijación de la sonda con sutura a la piel así como la permeabilidad y oscilación del sistema. -Cubrir el sitio de inserción con gasas fijar con micropore o apósito trasparente. -Solicitar radiografía de tórax para verificar la posición de la sonda. Confort del paciente -Colocar al paciente en una posición cómoda, evitando acodamiento y estiramiento de la sonda intrapleural. -Valorar estado hemodinámico -Vigilar patrón respiratorio y sangrado del paciente.	
	6	Registro de Enfermería - Registrar observaciones en la hoja de Enfermería. -Registrar características y cantidad de líquido drenado, así como fecha de instalación y número de sonda pleural. **TERMINA**	

5.- DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

18. PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN LUMBAR

1. PROPÓSITO

Obtener líquido cefalorraquídeo (LCR) para su análisis con fines diagnósticos y terapéuticos.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.5.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.6.-Equipo y material

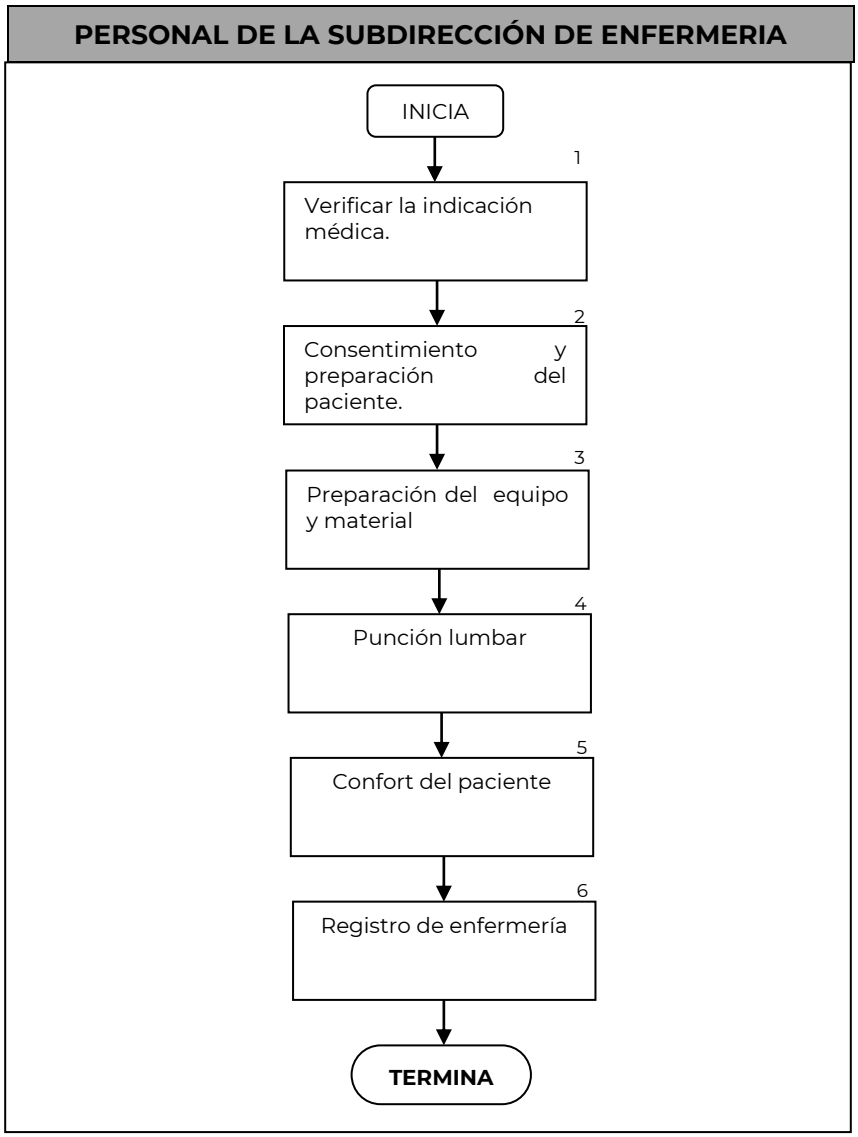
- Gorro, guantes estériles y cubrebocas.
- Bata y campos estériles, campo hendido estéril.
- Equipo de punción lumbar.
- Gasas
- Alcohol
- Antiséptico de amplio espectro: Iodopovidona, clorhexdina
- Espinocat o aguja adecuada la paciente.
- Lidocaína al 1%.
- Mesa Pasteur.
- Jeringa de 3ml con aguja de 25mm.
- Frasco o tubos estériles para recolección del LCR
- Apósito trasparente
- Agujas y jeringas
- Trocares de punción lumbar

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar prescripción médica de la punción lumbar.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente -Explicar al paciente en qué consistirá el procedimiento, la sensación que experimentara así como la importancia de su cooperación. -Colocar al paciente en posición de cúbito lateral con la espalda en el borde de la cama y rodillas, espalda y cuello flexionados al máximo o en posición fetal.	
	3	Preparación del equipo y material -Reunir el equipo y traslado a la unidad del paciente -Realizar lavado de manos -Coloque equipo en mesa Pasteur y descúbralo.	
	4	Punción lumbar -Colocar cubrebocas, realizar lavado de manos. -Ayudar al médico a vestir ropa estéril -Colocar Isodine en vaso graduado, espinocat o aguja, jeringa de 3ml, gasas. - Realizar la asepsia del centro a la periferia en el espacio intervertebral seleccionado por el médico para la punción lumbar. -Colaborar con el médico en la aplicación de la anestesia local y en la punción lumbar. -Colocar los frascos o tubos estériles para recolección del LCR, tapar cuidadosamente e identificarlos adecuadamente enumerándolos del 1 al 4, una vez extraída la aguja del espacio vertebral. - Limpiar al paciente una vez extraída la aguja de punción. -Colocar una gasa estéril y se fijar con apósito trasparente. -Realizar lavado de manos. - Tomar dextrostix al paciente para valorar glicemia.	

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5 6	Confort del paciente -Colocar al paciente en una posición cómoda -Valorar estado hemodinámico -Vigilar el sangrado en el sitio de punción -Registrar observaciones en la hoja de Enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

19. PROCEDIMIENTO PARA LATOMA DE MUESTRA DE MÉDULA ÓSEA

1. PROPÓSITO

Obtener una muestra de medula ósea mediante el aspirado con fines de estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades hematológicas y neoplasias malignas.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

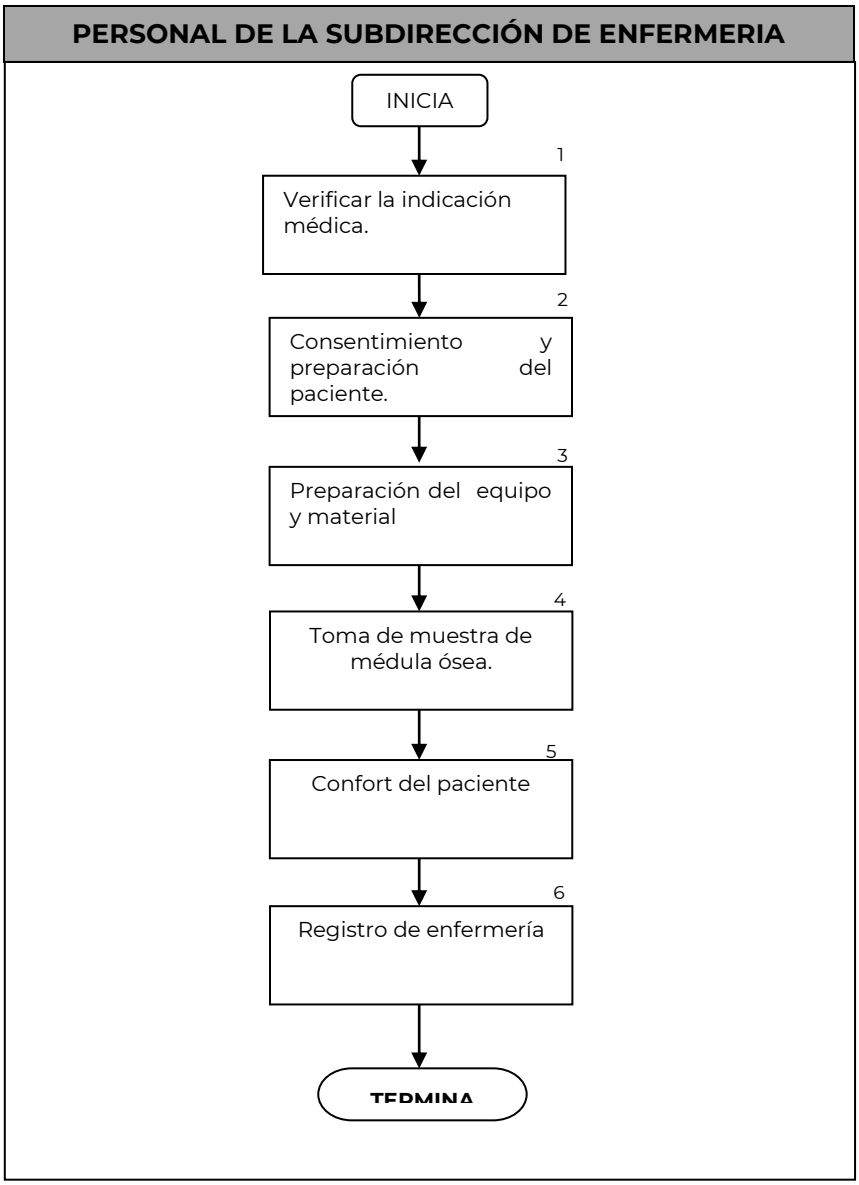
- Trocar para toma de medula ósea.
- Jeringa de 20ml.
- 4 laminillas (porta objetos).
- Guantes estériles, gorro y cubrebocas.
- Bata estéril.
- Antiséptico de amplio espectro: Iodopovidona, clorhexidina
- Gasas estériles.
- Campo hendido.
- Apósito trasparente

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación médica -Verificar prescripción médica de la toma de muestra de médula ósea.	
	2	Consentimiento y preparación del paciente. - Explicar al paciente en que consistirá el procedimiento, la sensación que experimentara así como la importancia de su cooperación. -Colocar al paciente en posición cómoda de acuerdo al sitio de punción (de cúbito supino).	
	3	Preparación del equipo y material -Reunir el equipo y traslado a la unidad del paciente -Realizar lavado de manos	
	4	Toma de muestra de médula ósea. - Colocar cubrebocas, realizar lavado de manos. -Ayudar al médico a vestir ropa estéril - Elegir el hueso a puncionar (cresta iliaca anterior o posterior o tibia). -Realizar asepsia y antisepsia de la región, esperar a que el medico realice la punción y la aspiración de la médula ósea. -Colocar la muestra en las 4 laminillas esperando a que se seque la muestra. -Colocar gasa en el sitio de punción y el apósito trasparente. -Cubrir los porta objetos con cubre objetos identificarlos y enviarlos a laboratorio.	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	5	Confort del paciente -Colocar al paciente en una posición cómoda	
	6	Registro de Enfermería - Registrar observaciones en la hoja de Enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

20. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

1. PROPÓSITO

Administrar alimentación enteral cuando no es posible por vía oral, permitir vaciamiento gástrico para evitar el vómito por regurgitación y prevenir bronco aspiración.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

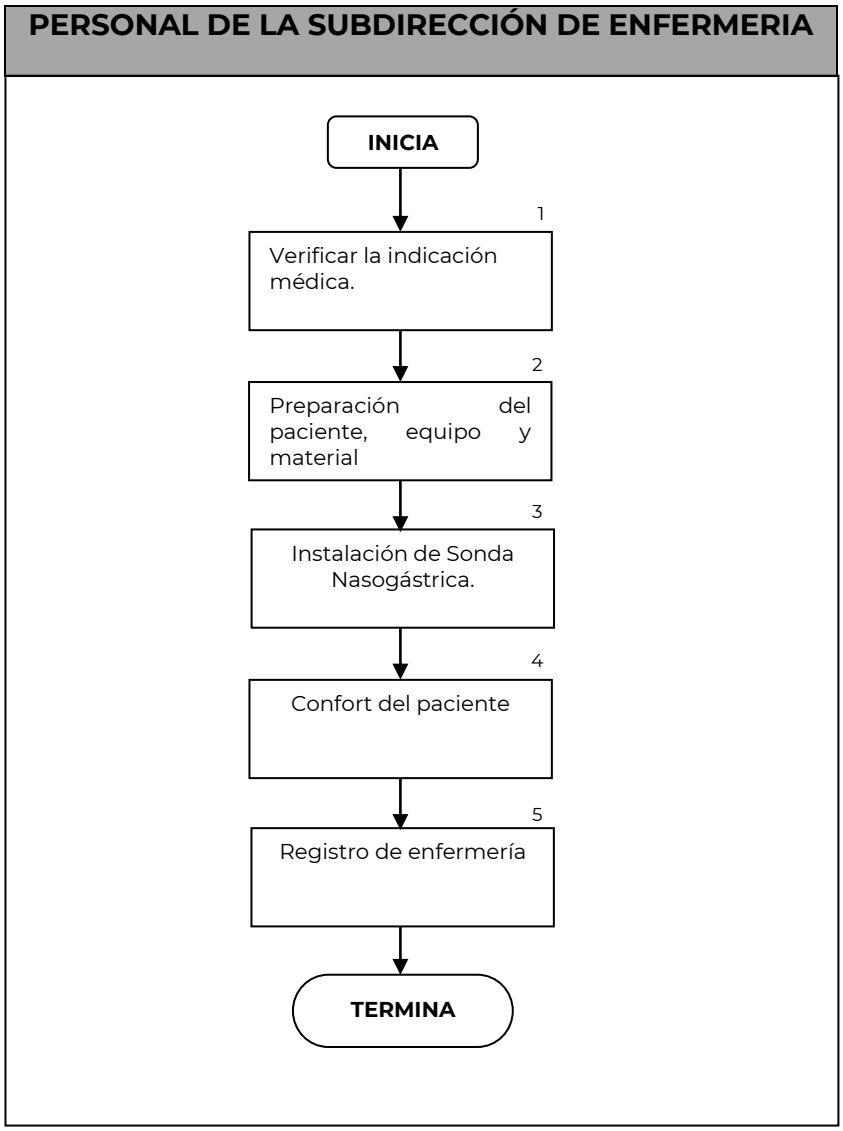
- Sonda Levin (de acuerdo a la edad y del peso del paciente.)
- Tela adhesiva.
- Fijador de sonda nasogástrica
- Jalea lubricante.
- Guantes

- Gasas
- Estetoscopio
- Vaso con agua
- Jeringa asepto

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la colocación de sonda nasogástrica.	
	2	Preparación del paciente, equipo y material - Explicar al paciente el procedimiento a realizar así como la importancia de su cooperación. -Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. - Colocar a la paciente en posición semifowler. - Realizar lavado de manos - Colocar guantes y cubrebocas.	
	3	Instalación de Sonda Nasogástrica. - Medir la sonda desde la base de la nariz al lóbulo de la oreja al apéndice xifoides y colocar una marca con tela adhesiva. - Lubricar la punta de la sonda con jalea lubricante. - Introducir la sonda (pidiendo al paciente que degluta) hasta la marca indicada. - Verificar ubicación aspirando contenido gástrico con la jeringa asepto. - Una vez colocada, identificar la sonda con número, fecha y hora.	
	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en posición Semifowler.	
	5	Registro de Enfermería. -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

21. PROCEDIMIENTO PARA LA ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROSTOMIA

1. PROPÓSITO

Administrar alimentación directamente al estómago, cuando no es posible por vía oral.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.
.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

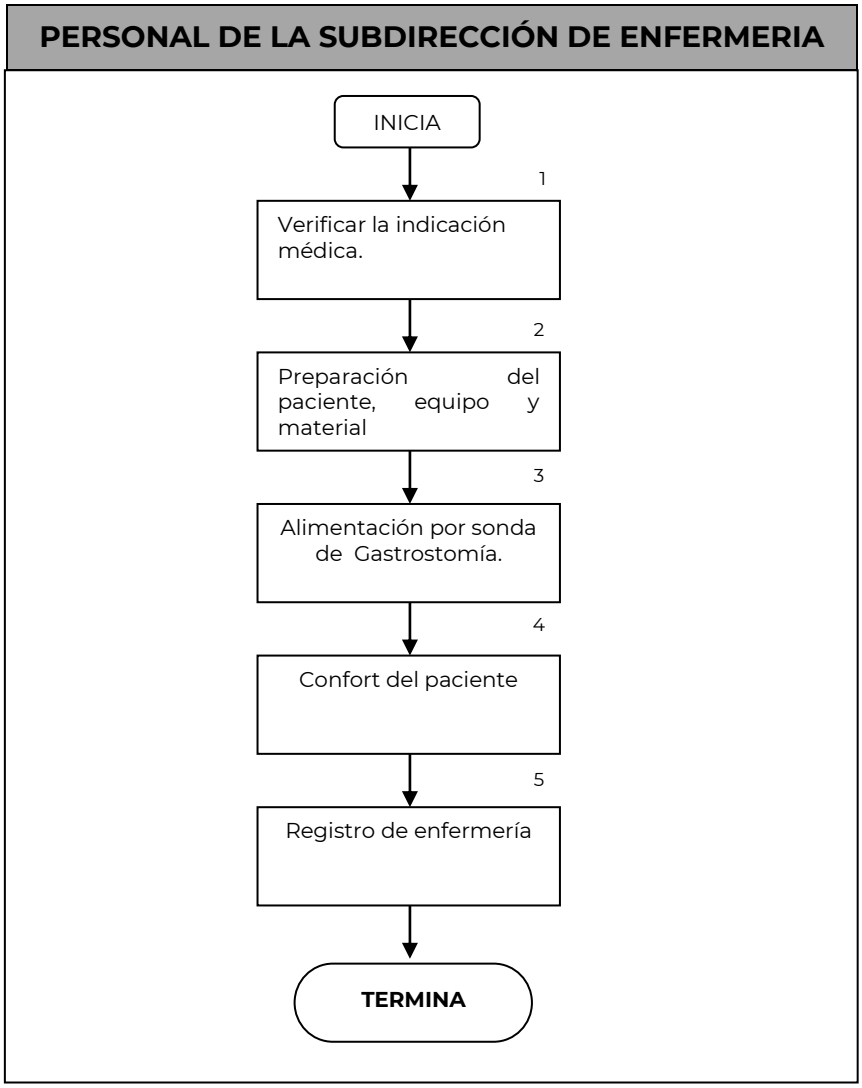
3.10.-Equipo y material

- Jeringa asepto
- Agua estéril
- Gasas
- Dieta prescrita
- Guantes
- Cubrebocas

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la alimentación por gastrostomía y tipo de dieta prescrita.	
	2	Preparación del paciente, equipo y material - Explicar al paciente el procedimiento a realizar. -Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. - Colocar a la paciente en posición semifowler. - Realizar lavado de manos - Colocar guantes y cubrebocas.	
	3	Alimentación por sonda de Gastrostomía. - Despinzar la sonda y conectar la jeringa asepto. - Vaciar la alimentación por la jeringa y permitir que se introduzca a gravedad en por lo menos 20 minutos. -Al finalizar administrar agua estéril para evitar que se queden residuos de alimento en la sonda. - Pinzar nuevamente la sonda	
	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en posición Semifowler para evitar bronco aspiración.	
	5	Registro de Enfermería. -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

22. PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL EN EL HOMBRE

1. PROPÓSITO

Acceder a la vejiga del paciente mediante sonda uretral con fines diagnósticos o terapéuticos.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

- Cubrebocas y guantes estériles.
- Isodine
- Gasas.
- Equipo de aseo.
- Cistoflo
- Jeringa de 5ml.

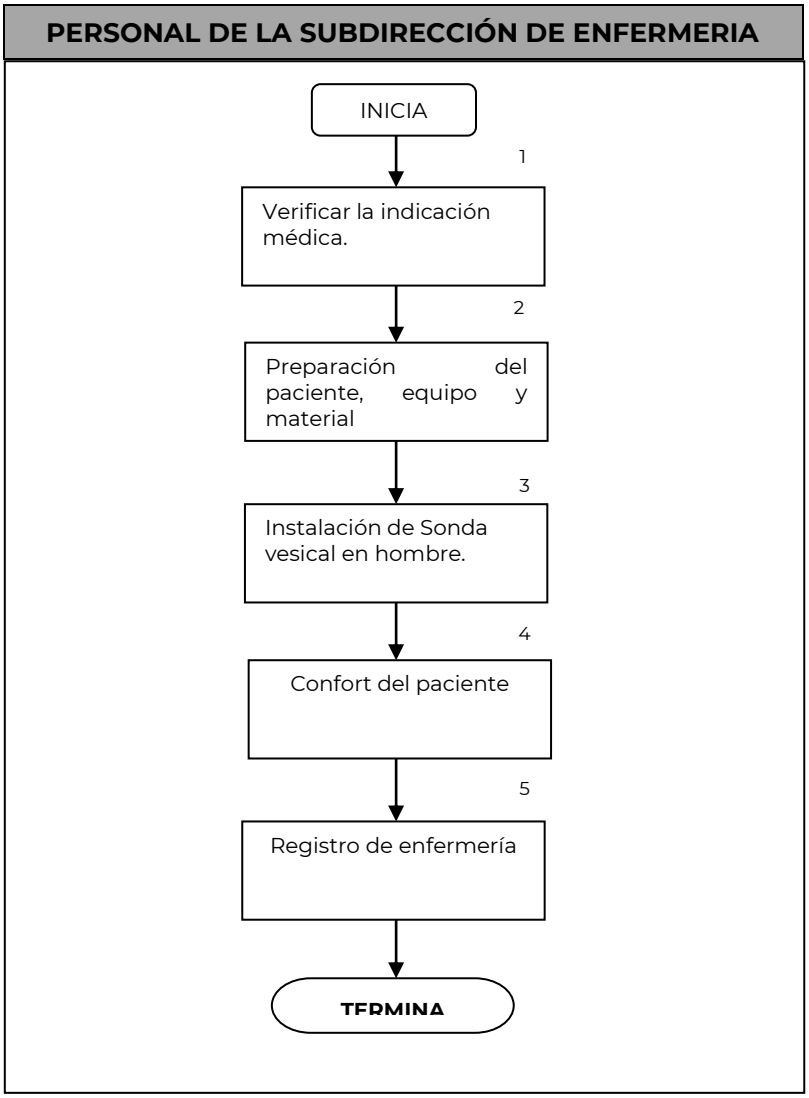
- Agua inyectable
- Jalea lubricante.
- Sonda Foley del número indicado.
- Fijación para sonda vesical
- Mesa Pasteur

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la instalación de sonda vesical.	
	2	Preparación del paciente, equipo y material -Explicar al paciente el procedimiento a realizar. -Reunir equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Realizar lavado de manos -Colocar cubrebocas -Preparar y abrir el equipo y material colocándolo en la mesa Pasteur con técnica estéril, conectando la sonda al cistoflo.	
	3	Procedimiento para la instalación de sonda vesical en el hombre - Colocar guantes estériles -Realizar asepsia de los genitales del paciente, se retare el prepucio con la mano menos diestra manteniendo el pene perpendicular al cuerpo. - Cambiar de guantes -Colocar el pene en posición vertical, retirándole prepucio y tomando con la otra mano la sonda ya lubricada de modo que quede enrollada en la palma de la mano siendo expuesta solo la punta de la sonda a introducir. -Introducir lentamente la sonda por el meato urinario, si encuentra resistencia disminuir el ángulo del pene a 30° y continúe introduciendo la sonda hasta que fluya orina e introducir 2 o 3 cm más. -Inflar el globo con la jeringa cargada con agua inyectable y extraer ligeramente la sonda hacia afuera hasta que el globo tope. - Fijar la sonda de la parte superior de la pierna del paciente -Identificar la sonda con número y fecha -Sujetar el cistoflo a la cama del paciente evitando su contacto con el piso.	

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en posición cómoda dejándolo limpio.	
	5	Registro de Enfermería -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería, anotando fecha y número de sonda. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

23. PROCEDIMIENTO PARA INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL EN LA MUJER

1. PROPÓSITO

Acceder a la vejiga del paciente mediante sonda uretral con fines diagnósticos o terapéuticos.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

- Cubrebocas y guantes estériles.
- Isodine
- Gasas.
- Equipo de aseo.
- Cistoflos.

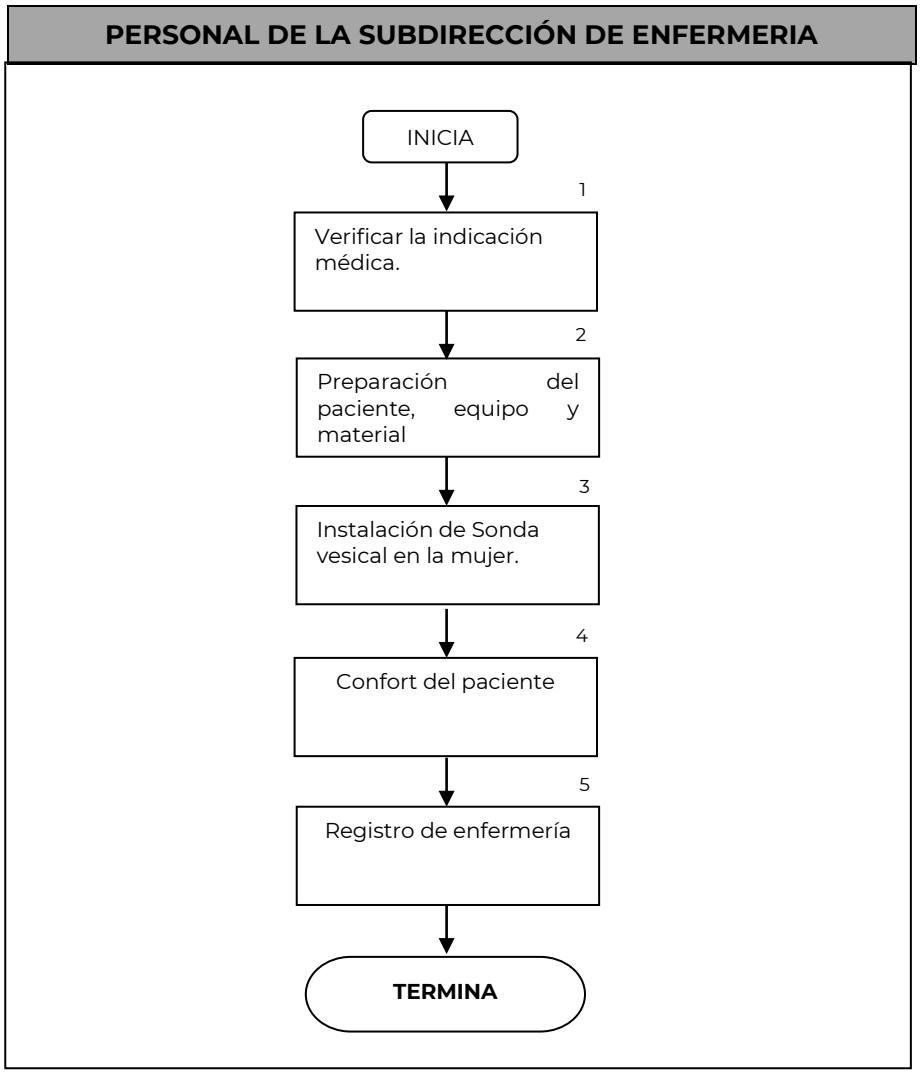
- Jeringa de 5ml.
- Agua inyectable
- Jalea lubricante.
- Sonda Foley del número indicado.
- Fijación para sonda vesical
- Mesa Pasteur

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la instalación de sonda vesical.	
	2	Preparación del paciente, equipo y material -Explicar al paciente el procedimiento a realizar. -Reunir equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. - Realizar lavado de manos - Colocar cubrebocas - Preparar y abrir el equipo y material colocándolo en la mesa Pasteur con técnica estéril, conectando la sonda al cistoflo.	
	3	Procedimiento para la instalación de sonda vesical en el hombre. -Colocar guantes estériles - Realizar asepsia y antisepsia de los genitales del paciente, abriendo los labios mayores, limpiando cualquier resto de suciedad, crema o talco. - Cambiar de guantes - Tomar la sonda ya lubricada con la mano dominante y localizar el meato urinario, introduciendo por este la sonda suavemente hasta que fluya orina.	

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería		-Inflar el globo con la jeringa cargada con agua inyectable y extraer ligeramente la sonda hacia afuera hasta que el globo tope. -Fijar la sonda en la cara interna de la pierna. - Identificar la sonda con número y fecha -Sujetar el cistoflo a la cama del paciente evitando su contacto con el piso.	
	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en posición cómoda dejándolo limpio.	
	5	Registro de Enfermería -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería, anotando fecha y número de sonda. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

24. PROCEDIMIENTO PARA LA EXTUBACIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL

1. PROPÓSITO

Permitir que el paciente logre la respiración y ventilación de manera independiente.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1.-El profesional de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios

3.3.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2006 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

3.4.-Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas

3.9.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informar a la coordinadora de área.

3.10.-Equipo y material

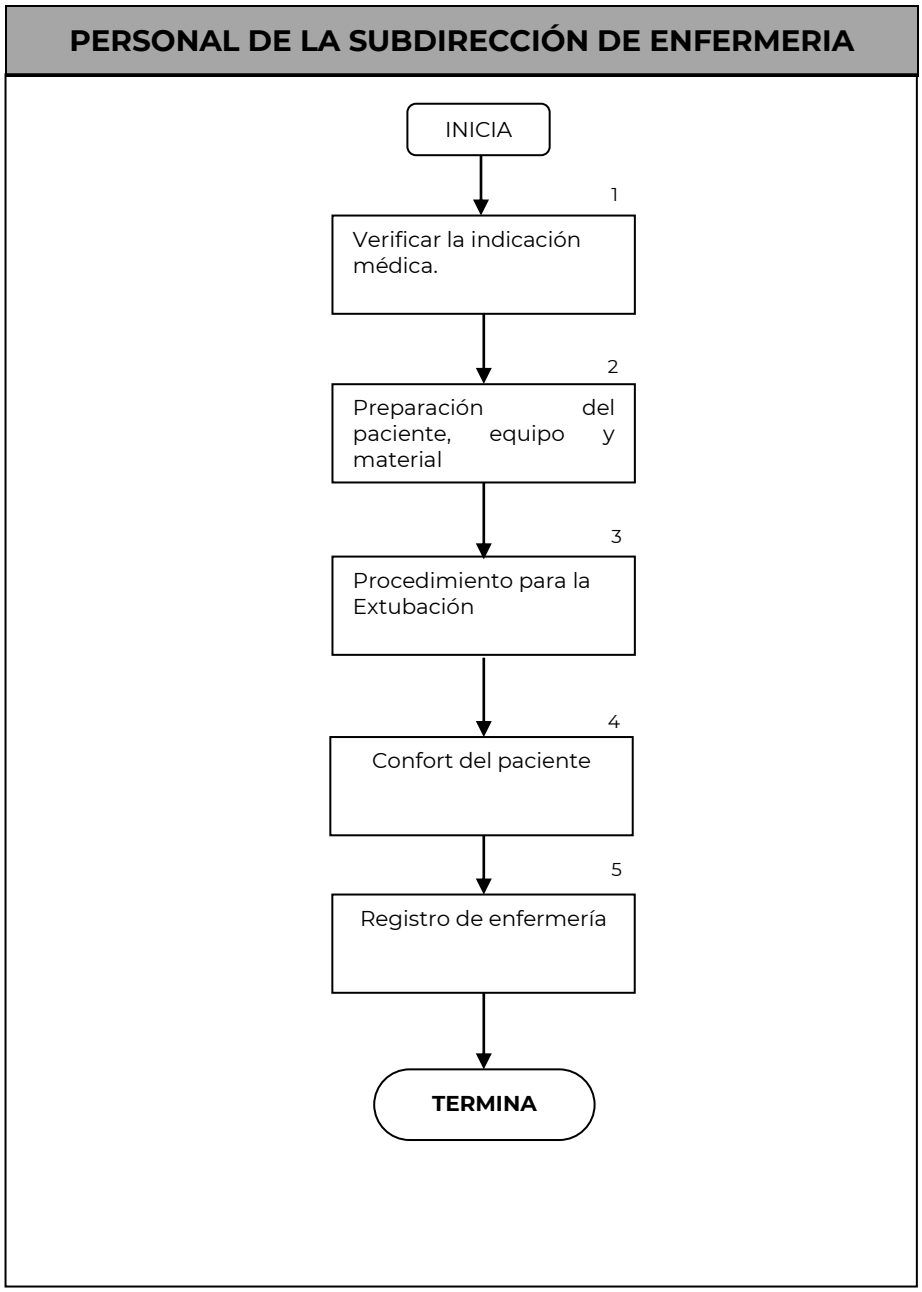
- Sonda de aspiración de calibre adecuado.
- Ambú con reservorio y mascarilla de acuerdo a la edad del paciente conectada a la toma de oxígeno.
- Guantes y cubrebocas.
- Cánula endotraqueal de acuerdo a la edad del paciente y fijaciones para esta.

- Mango y hoja de laringoscopio de acuerdo a la edad del paciente.
- Oxímetro de pulso.
- Sistema de aspiración.
- Nebulizador con campana cefálica o mascarilla con O2 100%.
- Micronebulizador.
- Equipo y material para la intubación en caso necesario

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar indicación médica para la extubación del paciente y administración de fármacos.	
	2	Preparación del paciente, equipo y materia -Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del paciente. -Administrar Dexametasona media hora antes de la extubación de acuerdo al peso del paciente, si está indicada por el médico para la reacción inflamatoria local. - Realizar lavado de manos - Colocar guantes y cubrebocas. -Colocar al paciente en posición semifowlercon Hiperextensión de cuello para facilitar la respiración. -Hiperventilar al paciente al 100% con ambú.	
	3	Procedimiento para la Extubación -Aspirar por cánula y orofaríngе. - Desinflar el globo (si existe) y extraer cánula. -Colocar campana cefálica o mascarilla facial al 100% según la edad del paciente. -Auscultar campos pulmonares y evalúa la vía aérea y la ventilación. -Verificar que la saturación de oxigeno se encuentra arriba del 90%.	
	4	Confort del paciente -Colocar al paciente en posición cómoda. - Valorar reacción inflamatoria de la zona.	
	5	Registro de Enfermería - Realizar registros de observaciones correspondientes en la hoja de enfermería. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7. REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

25. PROCEDIMIENTO PARA COLOCACION DE LA NUTRICION PARENTERAL

1. PROPOSITO

Administrar la nutrición parenteral por vía intravenosa, para brindar soporte nutricional artificial cuyo objetivo es mantener el estado nutricional correcto del paciente cuando la vía enteral es inadecuada o insuficiente.

2. ALCANZE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICA DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1.- El personal de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar La protección del paciente mediante el puntual cumplimento.

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios.

3.3.-Aplicación de la NOM-45-SSA2-2006 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3.4.- Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas.

3.5.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informal a la coordinadora del área.

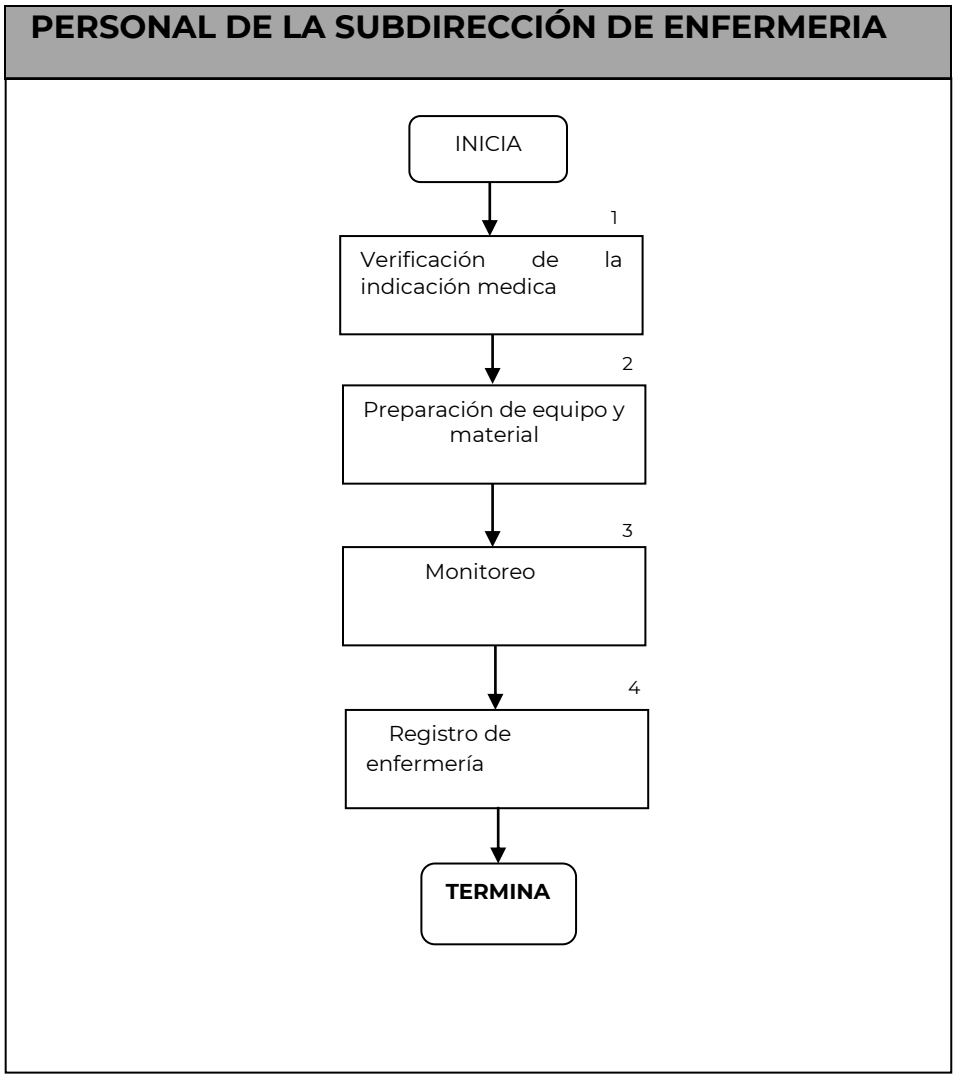
3.6.- Equipo y material

- Bomba de infusión
- Mesa Pasteur
- Bata
- Gorro
- Guantes estériles
- Campo estéril
- Gasas
- Alcohol
- Bioconector
- micropore

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Responsable	Nº Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	Verificar la indicación medica -Verificar la indicación médica para la nutrición parenteral - Verificar que se envié la solicitud a central de mezclas.	
	2	Preparacion de equipo y material -Verificar la entrega de la nutrición parenteral por el área de central de mezclas. -Corroborar que sean los datos correctos del paciente, nombre completo, y fecha de nacimiento y mezcla correcta. -Explicar el procedimiento a realizar. -Preparar equipo y material. -Colocar al paciente en posición cómoda que permita la fácil colación de la nutrición parenteral. -Realizar lavado de manos. -Colocar bata, gorro, guantes cubreboca. -Proceder a colocar la nutrición parenteral.	
	3	Monitoreo durante la infusión de la nutrición parenteral.	
	4	Registro de enfermería -Realizar registro correspondiente en la hoja de enfermería. -Registro por cambios de coloración o precipitación de la nutrición parenteral. **Termina**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO.



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7.-REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

26. PROCEDIMIENTO PARA ALIMENTACION ENTERAL

1. PROPÓSITO

La nutrición enteral consiste en la administración de diversos tipos de nutrientes por sonda nasogástrica, orogástrica, para que la nutrición se mantenga en estado óptimo.

2. ALCANCE

2.1.- A Nivel Interno: este procedimiento aplica para el personal de la Subdirección de Enfermería del Hraev.

2.2.- A Nivel Externo: Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado, así como al encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

3. POLÍTICA DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1.- El personal de enfermería es el responsable de cumplir con este procedimiento, mantenerlo actualizado y buscar La protección del paciente mediante el puntual cumplimento.

3.2.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios.

3.3.-Aplicación de la NOM-45-SSA2-2006 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3.4.- Desinfección estricta de manos, tomando en cuenta las reglas básicas.

3.5.-Verificar la existencia del material y de no contar con él, informal a la coordinadora del área.

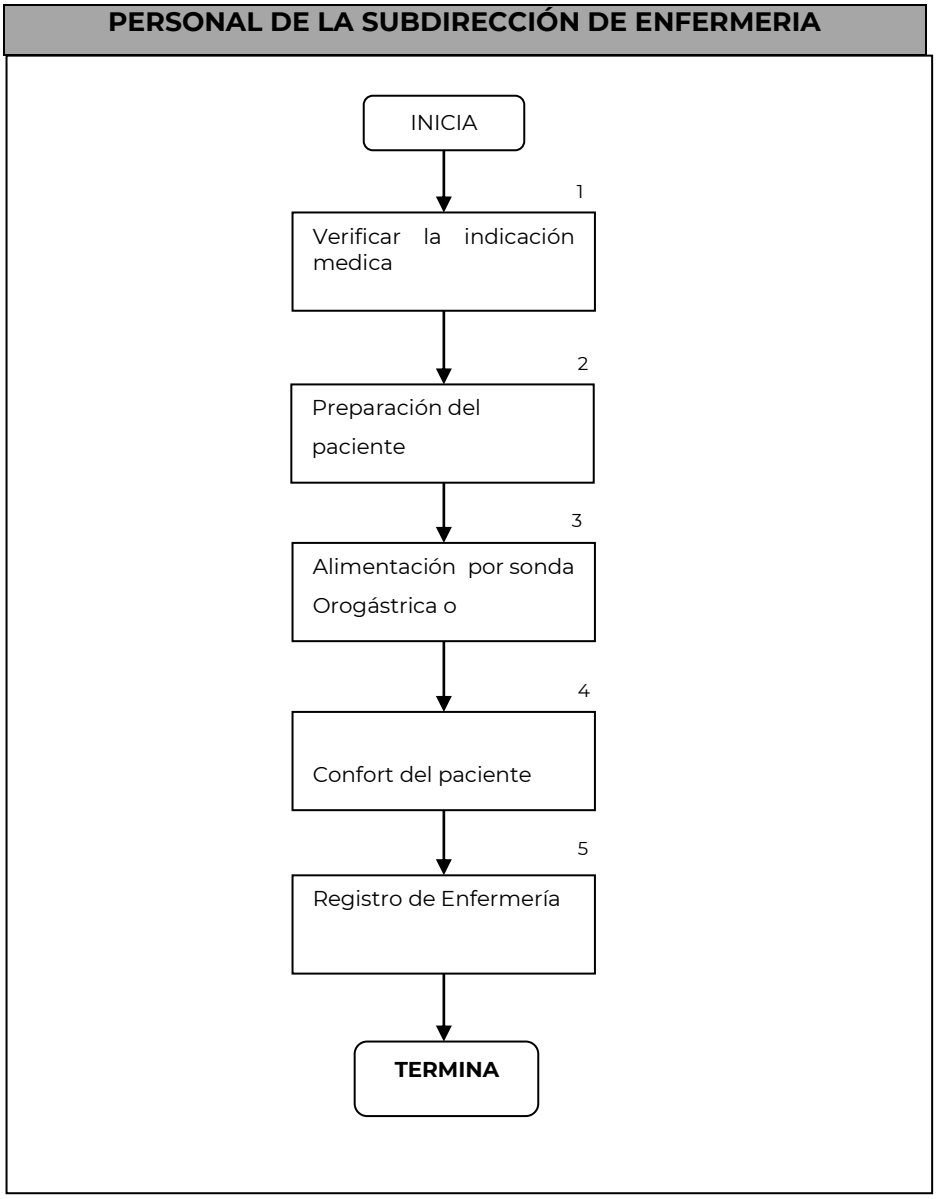
3.6.-Equipo y material.

- Alimentación por sonda orogastrica o nasogástrica
- Mesa pasteur
- Gel lubricante
- Sonda levin de diferente calibre
- Guantes estériles
- Cinta umbilical
- Jeringa asepto
- Agua, Gasas, Tela adhesiva

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	N° Act	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de la Subdirección de Enfermería	1	verificar la indicación medica -verificar la indicación médica para la alimentación orogástrica, nasogástrica -solicitar la leche al familiar -Enviar la solicitud a banco de leche para su preparación. -Mandar la solicitud de dieta a nutrición mediante el formato reglamentario. -Recepciona la nutrición enteral	
	2	Preparación del paciente y material y alimentación -Explicar al paciente el procedimiento a realizar. -colocar al paciente en posición semifowler -preparar material y verificar la existencia de la alimentación. -realizar lavados de manos. - colocarse gorro, guantes, cubre boca.	
	3	Alimentación por sonda orogástrica o nasogástrica -Despinzar la sonda y conectar la jeringa asepto -Vaciar la alimentación por la jeringa y permitir que se introduzca a gravedad por lo menos en 20 min. -Al finalizar administrar agua estéril para evitar que se queden residuos de alimento en la sonda. -Pinzar nuevamente	
	4	Confort del paciente -Mantener al paciente en posición semifowler para evitar bronco aspiración	
	5	registro de enfermería -Realizar registros correspondientes en la hoja de enfermería **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
6.2 NOM-045-SSA2-2006	No aplica

7.-REGISTROS

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de enfermería	2 años	Enfermería	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1.-NOM: Norma oficial mexicana

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica