IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010" ADSCRITO A IMSS-BIENESTAR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION ADULTOS

MARZO, 2025

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA
COMERI

IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL	
NOMBRE Y CARGO	**FIRMA**
ELABORÓ: Lic. Rita Jasso Blanco **Área de Hospitalización Adultos**	
REVISÓ: Mtra. Martina Colchado Ramos **Subdirectora de Enfermería del HRAEV, Adscrito a los Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR**	
AUTORIZÓ: Dr. Daniel Durán Perales **Titular de la Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", Adscrito a Servicios de Salud de IMSS-BIENESTAR**	
Elaborado con base en estructura 2024 este documento se integra de (161) fojas útiles. **Fecha de Validación: Marzo, 2025**	

COMERI

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN
II. OBJETIVO
III. MARCO JURÍDICO
IV. PROCEDIMIENTOS
1. LAVADO CLÍNICO DE MANOS
2. ADMISIÓN DEL PACIENTE
3. ENTREGA RECEPCIÓN DE PACIENTE ENLACE DE TURNO
4. META INTERNACIONAL 1: IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE
5. VALORACIÓN Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES
6. CATETERIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA
7. CATETERIZACIÓN VESICAL
8. TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA
9. APLICACIÓN DE HEMODERIVADOS
10. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA ORAL
11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA
12. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR
13. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA VAGINAL
14. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA OFTÁLMICA
15. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA TÓPICA
16. ADMINISTRACIÓN DE ENEMA EVACUANTE
17. ASISTENCIA PARA LA TORACOSENTESIS
18. ASISTENCIA PARA LA PUNCIÓN LUMBAR
19. CURACIÓN DE CATÉTER
20. CURACIÓN DE HERIDAS
21. APLICACIÓN DE NEBULIZACIONES
22. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)
23. HIGIENE CORPORAL BAÑO DE ESPONJA
24. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO
25. DESINFECCIÓN DE LAS HOJAS Y MANGO DE LARINGOSCOPIO
26. ANTIDERRAMES Y EXPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS CITOTÓXICOS
27. COLOCACIÓN Y RETIRO DE E.P.P.
28. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA (PFE)
29. EGRESO DEL PACIENTE

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

I.-INTRODUCCION

El Manual de Procedimientos del Departamento de Enfermería, se elaboró integrando los elementos, criterios, políticas, normas de operación e información sobre los procesos básicos que el personal adscrito al área debe conocer y aplicar para el desempeño eficiente sus actividades. Por lo anterior, el presente documento es una valiosa herramienta para la orientación y coordinación eficiente de esfuerzos entre personal multidisciplinario que integra el/la Departamento de Enfermería.

El Manual de Procedimientos será actualizado conforme a los lineamientos establecidos para su elaboración, y tomando los protocolos y lineamientos de la CPE, con el fin de incorporar en su caso las modificaciones que surjan derivadas de los cambios en la operación de sus procedimientos o de los cambios en la normatividad aplicable.

II.-OBJETIVO

Disponer de un documento que sirva como instrumento de consulta para el personal de enfermería en las áreas hospitalarias, y que dentro de los diferentes servicios se ha utilizado como guía para que los procedimientos realizados durante la atención y cuidados del paciente, sean desarrollados eficaz y eficientemente.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

III.-MARCOJURIDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
  D.O.F. 5-XI-1917, última Reforma D.O.F. 28-V-2021

LEYES

- Ley de Asistencia Social
  D.O.F 09-IX-2004, última Reforma11-V-2022
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud
  D.O.F 26-V-2000, última Reforma11-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 Reforma18-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 Reforma18-V-2022
- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
  D.O.F. 08-X-2003, última Reforma18-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 Reforma28-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 Reforma26-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 Reforma17-VII-2018
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud D.O.F. 05-IV-2004, última Reforma12-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

DECRETOS

- 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

COMERI

- 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 edita á 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 pre hospitalaria
  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

COMERI

- 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 cervicouterino.
- 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 peri menopausia y post menopausia 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-SSA2-2010Norma 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-SSA2-2002Norma Oficial MexicanaNOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- D.O.F. 09-III-2017
- NOM-041-SSA2-2011NormaOficialMexicanaNOM-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

COMERI

IV.- PROCEDIMIENTOS

1. Lavado clínico de manos
2. Admisión del paciente
3. Entrega recepción de paciente/enlace de turno
4. Meta Internacional I Identificación correcta del paciente
5. Valoración y registro de signos vitales
6. Cateterización venosa periférica
7. Cateterización vesical
8. Toma de electrocardiograma
9. Procedimiento de administración de hemoderivados
10. Administración de medicamento por vía oral
11. Administración de medicamento por vía subcutánea
12. Administración de medicamento por vía intramuscular
13. Administración de medicamento por vía vaginal
14. Administración de medicamento por vía oftálmica
15. Administración de medicamento por vía tópica
16. Administración de enema evacuante
17. Asistencia para la toracosentesis
18. Asistencia para la punción lumbar
19. Curación de catéter central
20. Curación de heridas
21. Aplicación de nebulizaciones
22. Medición de la Presión Venosa central (PVC)
23. Higiene Corporal Baño Esponja
24. Procedimiento para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
25. Procedimiento para la desinfección del mango de laringoscopio
26. Procedimiento para anti derrames y exposición a medicamentos cito tóxicos
27. Colocación y Retiro de EPP
28. Educación al paciente y familia PFE
29. Egreso de paciente

1. LAVADO CLÍNICO DE MANOS

1.0.-Propósito

1.1.- Eliminar la flora transitoria de las manos en el profesional de enfermería, con la finalidad de prevenir la propagación de microorganismos entre pacientes y profesionales de la salud

2.0.-Alcance

2.1.- A nivel interno al profesional de enfermería, de las áreas del hospital

2.2.- A nivel externo

Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

Al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

3.0.-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 de el 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 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

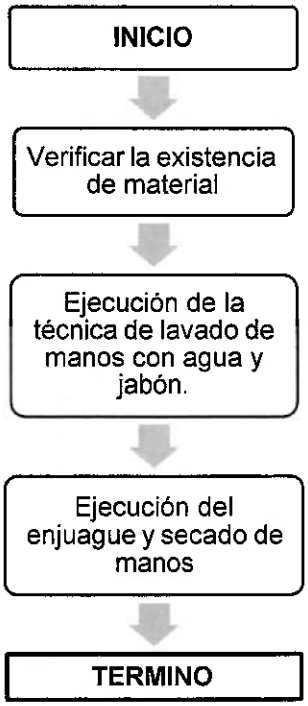
- Agua
- Jabón
- Sanitas

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificarlaexistencia del material	1.1.-Identificar si existe jabón y sanitas 1.2.-De no contar con el material, informar a la coordinadora de área	Enfermería
2.0.-Ejecución de la técnica de lavado de manos con agua y jabón	2.1.-Mojeselasmanoscon agua 2.2.-Deposite en la palma de la mano, una cantidad suficiente de jabón para cubrir la superficie 2.3.-Frote las palmas de las manos entre sí. 2.4.-Frotese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa. 2.5.-Frotese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. 2.6.-Frotese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. 2.7.-Frotese con un movimiento de rotación, el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. 2.8.-Frotese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la Mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa	Enfermería
3.0.-Enjuague y seque las manos	3.1.-Enjuaguelasmanosutilizadolos mismos pasos que en el lavado 3.2.- Tome una sanita de un solo uso y séquelas 3.3.-Sirvasedelatoallaparacerrarel grifo 3.4.-Unavezsecassusmanosson seguras **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

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

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	3años	Enfermería	No aplica

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

2. ADMISIÓN DEL PACIENTE

1.0 Propósito

1.1.- Fomentar entre el profesional de enfermería un ambiente de confianza, seguridad y confort en la recepción del usuario, mediante intervenciones técnicas y/o administrativas multidisciplinares asignándole cama, instalarlo y dar inicio a los servicios de atención terapéuticos o quirúrgicos para promover, proteger o restaurar su salud

2.0 Alcance

2.1.- A nivel interno al profesional de enfermería del área al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

2.2.- A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado.

3.0 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 admisión del paciente al área

3.3.-Valorar y aplicar las metas internacionales para la seguridad del paciente

3.4.-Aplicación de la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico

3.5.-Aplicación de la NOM-024-SSA-2010. Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

3.6.-Equipo y material

- Expediente clínico completo incluyendo:
- Hoja de Diagnóstico.
- Hoja de Evolución.
- Hoja de Historia Clínica.
- Hoja Quirúrgica.
- Hoja de Anestesia si procede
- Exámenes de laboratorio.
- Estudios radiológicos
- Electrocardiogramas.
- Hoja de Autorización de Tratamiento.
- Hoja de ingreso de Trabajo Social.
- Ropa clínica (Sábana, colcha, cobertor, camisón, funda cojín, pijama, toalla, etc.).
- Medio de traslado (silla de ruedas, camilla).
- Pulsera de identificación del paciente

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Recepción del paciente	1.1.-La encargada del área asigna al usuario. La enfermera que recibe el paciente se presenta con él, aplicando el indicador de trato digno. 1.2.-Asigna la cama y lo acompaña. 1.3.-Brinda una posición de confort al usuario 1.4.-Verifica la meta internacional de seguridad del paciente, mediante el brazalete de identificación, fecha de nacimiento y al hablarle por su nombre. 1.5.-Informa al paciente los procedimientos a realizar, despejando dudas.	Enfermería
2.0.-Correlación de registros médicos y de enfermería	2.1.-Correlaciona indicaciones médicas con los registros clínicos de enfermería y electrónicos. 2.2.-Ejecuta la continuidad de prescripciones médicas con el equipo multidisciplinar.	Enfermería
3.0.-Valoración del paciente por patrones funcionales	3.1.-Valora al paciente mediante la observación, entrevista y métodos de exploración física	Enfermería
4.0.-Registrodela valoración inicial	4.1.- Registra los datos objetivos y subjetivos en los registros de enfermería 4.2.-Aplica y registra el plan de cuidados de enfermería de acuerdo al indicador de calidad	Enfermería
5.0.-Educación a familiares y paciente	5.1.-Informar a familiar cuidador sobre reglamento interno de la institución 5.2.-Brindar las medidas preventivas y de auto cuidado del paciente, para evitar un evento adverso en los diversos procesos **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

COMERI

5.0 Diagrama de flujo

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermeria	3años	Enfermeria	No aplica

8.0 Glosario

8.1.-Correlación. -Se utiliza generalmente para indicar la correspondencia o la relación recíproca que se da entre dos o más cosas, ideas, personas, entre otras.

8.2.-Patrones Funcionales. - Es la recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico, y espiritual del paciente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	27 de marzo 2025	Actualización de formato, firmas y se agrega un procedimiento

COMITÉ DE MEJORA REGULATORIA INTERNA
HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA
COMERI

3.0 ENTREGA RECEPCION DE PACIENTE /ENLACE DE TURNO

1.0. Propósito

Implementar un documento técnico – administrativo en el que se describa el procedimiento que guíe las acciones del personal de enfermería para hacer eficiente el enlace de turno en cada uno de los servicios hospitalarios donde se lleva a cabo, utilizando la técnica SBAR.

Alcance

2.1.- A nivel interno aplica a todo el personal operativo de enfermería asignado a los servicios hospitalarios.

2.2.- A nivel externo: NA

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios durante el enlace de turno en las áreas hospitalarias, buscando priorizar al paciente.

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

3.3 Es obligatorio para el personal de enfermería que va a recibir el turno presentarse al servicio en forma puntual, debidamente uniformado.

3.4 La transferencia de datos del paciente durante el enlace de turno, deberá realizarse a pie de cama con la finalidad de verificar correctamente toda la información, así como la identificación correcta del paciente.

3.5 Es responsabilidad del personal de enfermería, nocturno que a la entrega del mismo tener actualizada la hoja de registros clínicos de enfermería, debidamente cerrado el balance con registros legibles y firmados,

3.6 Es responsabilidad del personal de enfermería del turno nocturno abrir la hoja de registros clínicos de enfermería, con datos de identificación completos, legibles, limpios y sin tachaduras ni enmendaduras.

3.6 Es responsabilidad del personal de enfermería que en todo momento se mantenga actualizada la hoja de registros clínicos de enfermería.

3.7 Es responsabilidad del personal de enfermería que entrega el paciente, informar y mantener catéteres y drenes funcionales, así como procurar confort del paciente y orden de la unidad.

3.8 Es responsabilidad del personal de enfermería que entrega el paciente, realizar la actualización de Indicaciones médicas, considerándose el cumplimiento de las mismas una **hora** previa de su salida. del hospital, con excepción de las indicaciones urgentes, las cuales se atenderan en el

momento"

3.9 Es responsabilidad del personal de enfermería que recibe el paciente verificar:

- identificación del paciente, colocada en la cabecera de la unidad, y a la entrada de la habitación,
- saludar y llamar al paciente por su nombre.
- Brazalete de identificación, colocado en la muñeca del brazo del paciente.
- Continuidad del tratamiento médico establecido.
- Ultimas indicaciones médicas.
- Permeabilidad de drenes, sondas y catéteres,
- Funcionalidad de drenes, sondas y catéteres.
- Equipamiento y funcionalidad de la unidad (toma de aire, tomas de oxígeno, menester)

3.10 Es responsabilidad del personal de enfermería de todos los turnos realizar el cierre parcial del control de líquidos y entregarlo para el turno"

3.11 Es responsabilidad del personal del turno nocturno realizar el cierre del control de líquidos de 24 Horas hasta las 7 am.

3.12 Si durante el enlace de turno el paciente presenta evento crítico corresponde al personal de enfermería del turno saliente debe integrarse a los cuidados hasta 30 minutos antes de su hora de salida y entregar al turno entrante para que dé continuidad al cuidado registrando todas sus intervenciones en la hoja de registros clínicos de enfermería.

3.13 Si durante el enlace de turno el paciente fallece corresponde a los turnos salientes elaborar el aviso de defunción, el registro en el movimiento diario de paciente, en bitácora de ingresos y egresos y anotaciones$, en la hoja de registros clínicos de enfermería al turno entrante le corresponde el amortajamiento del paciente y el arreglo de equipo y la unidad.

3.13 Si durante el enlace de turno hay ingreso de paciente de Admisión Continua al servicio, corresponde a la enfermera del turno saliente la recepción e instalación del paciente y al turno entrante ingresarlo en el diario de ingresos y egresos del área, así como ingresarlo al sistema e iniciar tratamiento médico"

3.14 Respetar en todo momento la individualidad del paciente.

3.15 Es responsabilidad del personal de enfermería de ambos turnos de mantener un ambiente de respeto y cordialidad durante el enlace de turno.

3.16 Es responsabilidad de la enfermera que recibe al paciente cotejar la hoja de registros clínicos de enfermería y de la enfermera que entrega lo hará en la hoja de indicaciones médicas.

3.17.-Estandarizar el procedimiento, unificando los criterios durante el enlace de turno en las áreas hospitalarias, buscando beneficiar al paciente.

3.18. Durante el enlace de turno utilizar la técnica SBAR para la transferencia de información priorizando la atención de acuerdo al estado de salud del estado del paciente.

3.19.-Valorar y aplicar las acciones esenciales para la seguridad del

COMFRI

paciente 3.20.-Aplicación de la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente

clínico

3.21.-Aplicación de la NOM-024-SSA-2010. Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico, o Electrónico para, garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

3.2.2.-Equipo y material

Expediente clínico completo incluyendo:

Formato de registros clínicos de enfermería.

Hoja de Evolución.

Hoja de Historia Clínica.

Hoja Quirúrgica.

Hoja de Anestesia si procede

Exámenes de laboratorio.

Estudios radiológicos

Electrocardiogramas.

Pulsera de identificación del paciente

COMERI

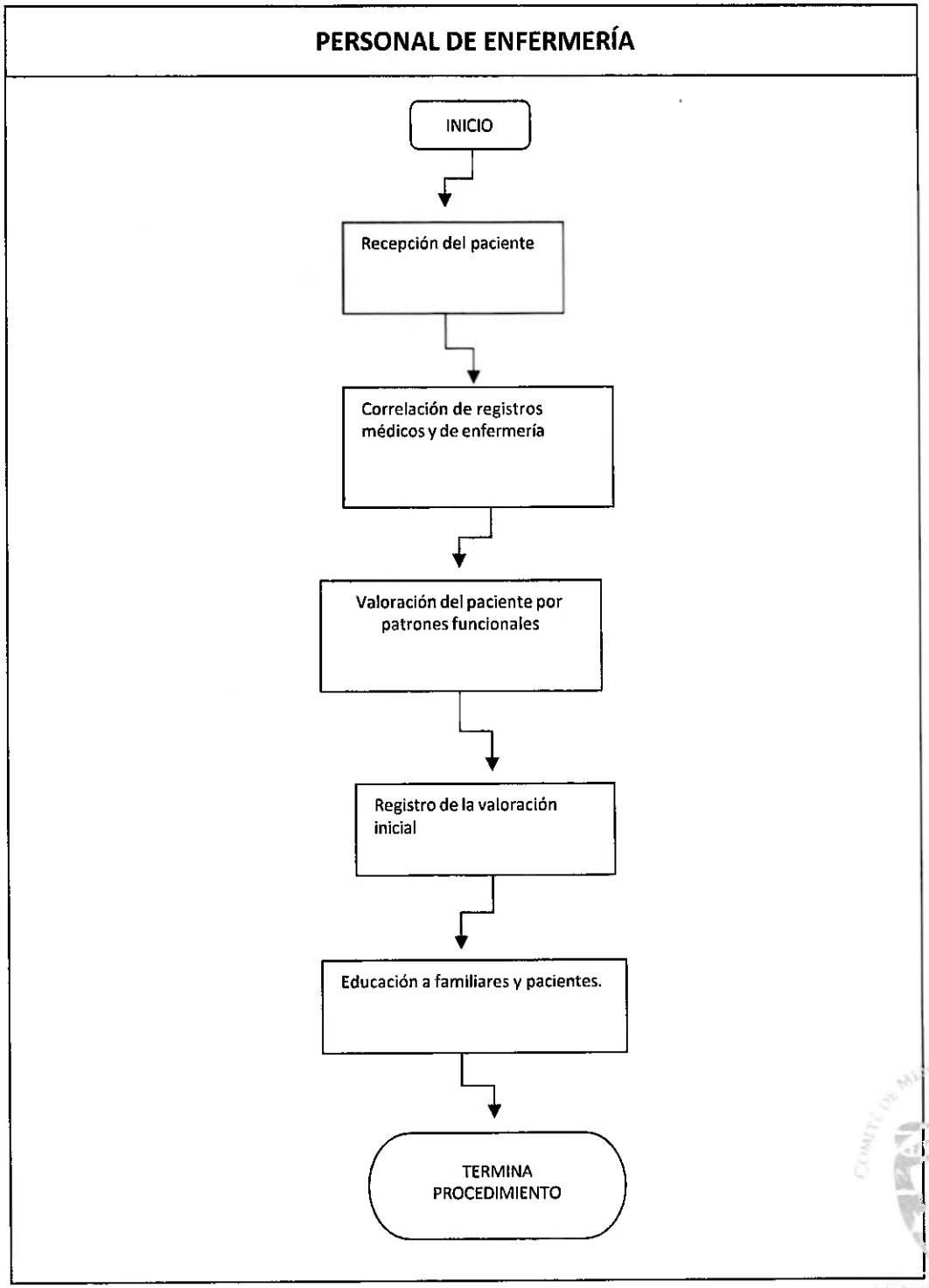
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0. Entrega/ recepción de área	1.1 El personal asignado al área entrega debidamente limpia y ordenada de acuerdo al rol de recepción: carro rojo, material estéril, material de consumo, equipo biomédico, recibir y registrar en bitácoras correspondientes.	Enfermería
2.0.-Entrega de paciente	2.1. Entrega al paciente en óptimas condiciones, drenes funcionando, catéteres permeables, limpio, seco, confortable y con medicamentos correspondientes. 2.2 informa los cuidados otorgados durante la jornada laboral, (baño, curaciones, ministración de medicamentos y soluciones) hoja de Registros Clínicos de Enfermería 2,3 Entrega hoja de enfermería actualizada de acuerdo a últimas indicaciones médicas y registros de enfermería correspondiente a su turno, completa y legible. Hoja de registros clínicos de enfermería indicaciones medicas 2.4 Entrega control de líquidos cerrado. 2.5 Verifica valoración y registros de riesgos, (colocación de tarjeta de riesgo de caídas y de riesgo de ulceras por presión, así como registro de la valoración en la hoja de enfermería). 2.6 Notifica a enfermera que recibe procedimientos por realizar y preparación específica para el mismo	Enfermería
3.0.-Recepción de paciente	3.1 Recibe al paciente en su unidad y se presenta con el mismo proporciona su nombre completo y le informa lo atenderá durante el turno siguiente. 3.2 Verifica existencia de identificación del paciente (en acrílico) y brazalete en muñeca, en caso de no contar con alguno de lo anterior le solicita a la enfermera que entrega el cumplimiento de indicaciones.	Enfermería

COMERI

	3.3 Revisa las indicaciones médicas escritas con la lectura de la hoja de registros clínicos de enfermería que realiza la enfermera que le entrega y verifica cumplimiento de indicaciones. . Hoja de Registros Clínicos de Enfermería o indicaciones medicas 3.4 Verifica que el paciente se encuentre en óptimas condiciones, drenes funcionando catéteres permeables, limpio, seco y confortable de no contar con alguno de lo anterior le solicita a la enfermera que entrega el cumplimiento 3.5 Verifica valoraciones y registros de enfermería completos y legibles, así como los medicamentos correspondientes. Hoja de Registros Clínicos de enfermería 3.6 Notifica a la enfermera que entrega si resulta algún pendiente por realizar	
4.0.-Educación a familiares y paciente	4.1.-Brindar las medidas preventivas y de auto cuidado del paciente, para evitar un evento adverso en los diversos procesos	Enfermería
5.0 Realiza pendientes	5.1.- Realiza los cuidados de enfermería correspondientes a su turno, que hayan resultado pendiente en el enlace de turno **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Personal de

COMERI

5.0 Diagrama de Flujo



COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	3 años	Enfermería	No aplica
Expediente físico o electrónico		Archivo clínico y sistema informático	No aplica
Brazalete de identificación		paciente	No aplica
Identificación de paciente		Personal de enfermería a cargo de paciente	No aplica

8.0 Glosario

8.1.- Enlace de turno. - Es la recepción y entrega de pacientes e inventarios, que realiza el personal de enfermería en los diferentes servicios en el momento que termina su jornada laboral e inicia la siguiente"

8.1.- técnica SBAR. - es una técnica utilizada principalmente para facilitar la transferencia de información en situaciones complejas, cuando se requiere de atención inmediata o acción. El término SBAR es un acrónimo, que por sus siglas en inglés significa Situation, Background, Assessment y Recommendation. Traducido al español, el acrónimo queda como SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).

8.2.- Correlación. - se utiliza generalmente para indicar la correspondencia o la relación recíproca que se da entre dos o más cosas, ideas, personas, entre otras.

8.3.- Patrones Funcionales. - Es la recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico, y espiritual del paciente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	27 de marzo 2025	Actualización de formato, firmas y se agrega un procedimiento

10.0 Anexos

10.1.- No Aplica

4. META INTERNACIONAL 1: IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

1.0 Propósito

1.1.-Prevenir errores, eventos adversos que involucren al paciente equivocado, durante el proceso de atención médica y quirúrgica en los pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad.

2.0 Alcance

2.1.- A nivel interno: Es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de la salud, que brinda servicios de calidad en el Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAEV), incluyendo a los prestadores de servicios de las empresas del hospital.
2.2.- A nivel externo: Alumnos de pregrado, posgrado, pasantes, residentes y como guía para la orientación de los usuarios ya sean pacientes, visitantes y familiares

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1.-Todo personal del HRAEV que otorgue servicios de salud, deberá identificar correctamente a los pacientes mediante la cruzada de identificación
3.2.- La identificación correcta de los pacientes se realizará con el uso de dos identificadores. El (los) nombre (s) completo (s) del paciente (iniciando con el apellido paterno), y la fecha de nacimiento del paciente con números arábigos separados por diagonal, en el orden de: año/mes/día (Por ejemplo: 1973/07/06).
3.4.-Todo paciente que ingrese a los servicios hospitalarios del HRAEV, portará un brazalete de identificación y se aperturará una tarjeta de identificación en el cual se anotarán los 2 identificadores (Nombre completo y fecha de nacimiento)
3.5.-El brazalete, será elaborado y colocado en el tercio distal del antebrazo derecho del paciente, por el personal de enfermería que lo recibe e ingresa al área hospitalaria. De no contar con la extremidad derecha, se colocará en la extremidad superior izquierda, o en cualquiera de los tobillos, de no ser posible ninguna de las anteriores, se debe de colocar junto a la tarjeta de cabecera de la cama del paciente.
3.6.-Todo paciente atendido en el HRAEV, debe ser identificado mediante los dos identificadores (nombre completo y fecha de nacimiento) antes de cualquier atención, intervención, servicio o procedimiento, siendo específicamente critica la identificación.

3.6.1.-Antes de la administración de medicamentos: Todo uso de medicamentos en cualquiera de sus presentaciones y aplicación será identificado adecuadamente siguiendo los siete correctos para su administración y mediante el uso de la identificación cruzada, registrando las observaciones pertinentes en los registros clínicos de enfermería.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

3.6.2.-Antes de transfusiones y hemoderivados: En caso de transfundir hemoderivados al paciente este serán identificados plenamente por medio de la identificación cruzada, y debiendo verificar la compatibilidad del mismo paciente. Se documentará con la revisión de los resultados de laboratorio y registrará los datos correspondientes en los formatos de registro de hemotransfusión, proporcionado por el departamento de banco de sangre previa firma del consentimiento informado de transfusión.
3.6.3.-Antes de administrar soluciones o nutrición parenteral: Deberá contar con un membrete que contenga los dos identificadores del paciente y adicionalmente la fecha, hora de inicio y termino, descripción de la infusión, velocidad de la infusión y nombre de la persona que realizó la preparación. Todo esto con apoyo de la información cruzada.
3.6.4.-Antes de la toma de sangre o muestras biológicas para análisis clínicos: Luego de identificar al paciente y haber tomado la muestra, deberá rotularse el recipiente o contenedor de la muestra o espécimen mediante los dos identificadores. Ello implica que todo resultado de laboratorio deberá contener los dos identificadores del paciente.
3.6.5.-Antes de la dotación de dietas: El personal que distribuye las dietas deberá identificar a los pacientes antes de entregar las dietas, verificando los dos identificadores de manera cruzada.
3.7.-A los pacientes que no cuenten con identificación oficial y que se estado de conciencia no permita su correcta identificación, se le asignará un código con dos identificadores, el primero corresponderá a su condición de no identificado, asignado como nombre "NO ID" y el segundo con la fecha y hora de ingreso en el orden de año/mes/día/hora separados por diagonales (p. ej: NO ID-2014/12/31/22:50). En caso de arribo masivo se utilizará el mismo criterio
3.8.-En radioterapia los pacientes se identificarán con una credencial de identificación en la cual se registrarán los dos elementos de identificación.

COMEPI

4.0 Descripción del procedimiento

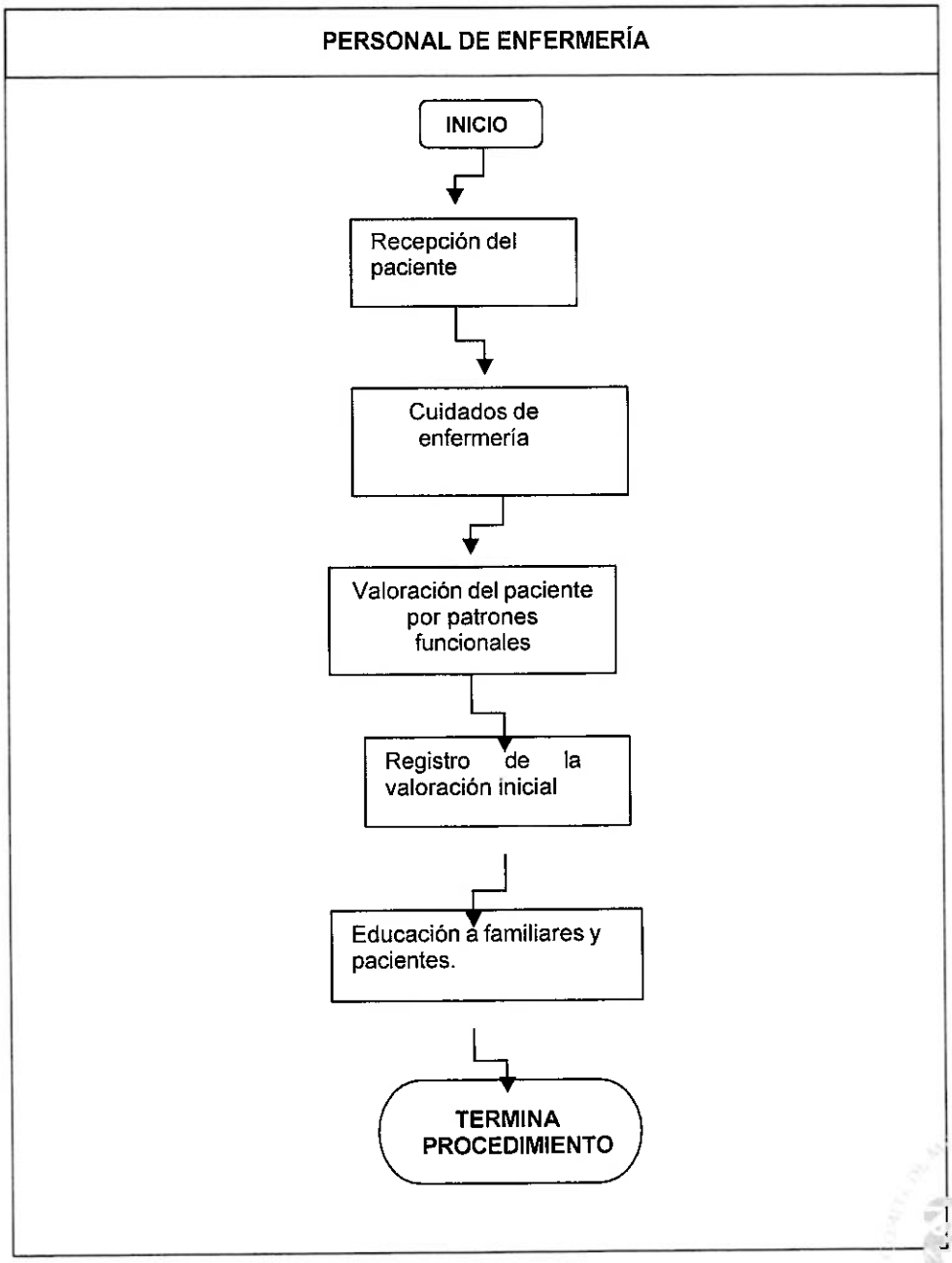
SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0 Procede a la identificación cruzada del paciente.	Solicita al paciente identificación oficial, para corroborar la identidad, mediante identificación cruzada. • IFE. • Pasaporte • Cartilla Militar • Licencia de Conducir En el caso de menores de edad, se solicitará acta de nacimiento y/o autorización de los tutores a cargo. Anota en bitácora los dos identificadores del paciente. Si el paciente no cuenta con identificaciones oficiales y no pueda referir sus datos por estado de conciencia alterada, se le asignará un identificador para pacientes NO IDENTIFICADO, tal como de estableció en la política correspondiente.	Atención al Usuario (Trabajo Social)
2.0Registros	Registros en los documentos clínicos y administrativos del pacientes • Expediente Clínico • Carnet de paciente • Bitácoras, reportes e informes • Membretes • Resultados de auxiliares diagnósticos	Personal Médico, Personal de Enfermería, Personal Paramédico
3.0 Recepción del paciente	3.1 Recibe al paciente, corrobora identidad, elabora brazalete de identificación y tarjeta de identificación	Personal de Enfermería que recepción a la paciente, en Admisión Continua, Hospitalización o Hemodiálisis

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

4.0 Cuidado de Enfermería	4.1 Realiza membrete de medicamentos, soluciones, o infusiones de nutrición parenteral, sangre, con los dos identificadores y fecha, hora de inicio y termino, descripción de la infusión y nombre de la persona que realizo la preparación	Personal de Enfermería
5.0 Servicios Generales y Auxiliares	5.1 Antes de movilizar, transportar al paciente, realiza identificación cruzada con los dos identificadores del paciente	Camilleros
6.0 Servicios Paramédicos y Dietistas	Antes de toma de muestras y estudios de laboratorio o gabinete, realiza identificación cruzada, con los identificadores del paciente. Corrobora datos de la solicitud Registra en etiquetas de tubos de muestras o palcas de estudios Registra en bitácora	Personal de Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento
7.0 Evaluación, Procedimientos y Cuidados Médicos	7.1 Realiza identificación cruzada del paciente correcto antes de proceder a brindar cualquier atención médica o procedimientos invasivos registrando en todos los documentos médicos los dos identificadores del paciente, durante la estancia del paciente en el servicio y hasta su egreso. **TERMINODEPROCEDIMENTOS**	Personal Médico

COMERI

5.0 Diagrama de flujo



HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	3años	Enfermería	No aplica

8.0.-Glosario

8.1.-Correlación. -se utiliza generalmente para indicar la correspondencia o la relación recíproca que se da entre dos o más cosas, ideas, personas, entre otras.

8.2.-Patrones Funcionales. - Es la recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico, y espiritual del paciente.

COMERI

4.- VALORACIÓN Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES

1.0 Propósito

1.1.- Conocer, valorar y registrar las mediciones exactas de las funciones fisiológicas del estado hemodinámico del paciente mediante la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, así como el equilibrio entre el calor producido y perdido, con la finalidad de prevenir complicaciones

2.0 Alcance

2.1.- A nivel interno al profesional de enfermería del área; al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2.- A nivel externo al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 valoración y registro de signos vitales

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

3.4.- Equipo y material

- Baumanometro
- Estetoscopio
- Termómetro electrónico
- Torundas con antiséptico
- Hoja de registro
- Reloj con segundero
- Bolígrafo de colores

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

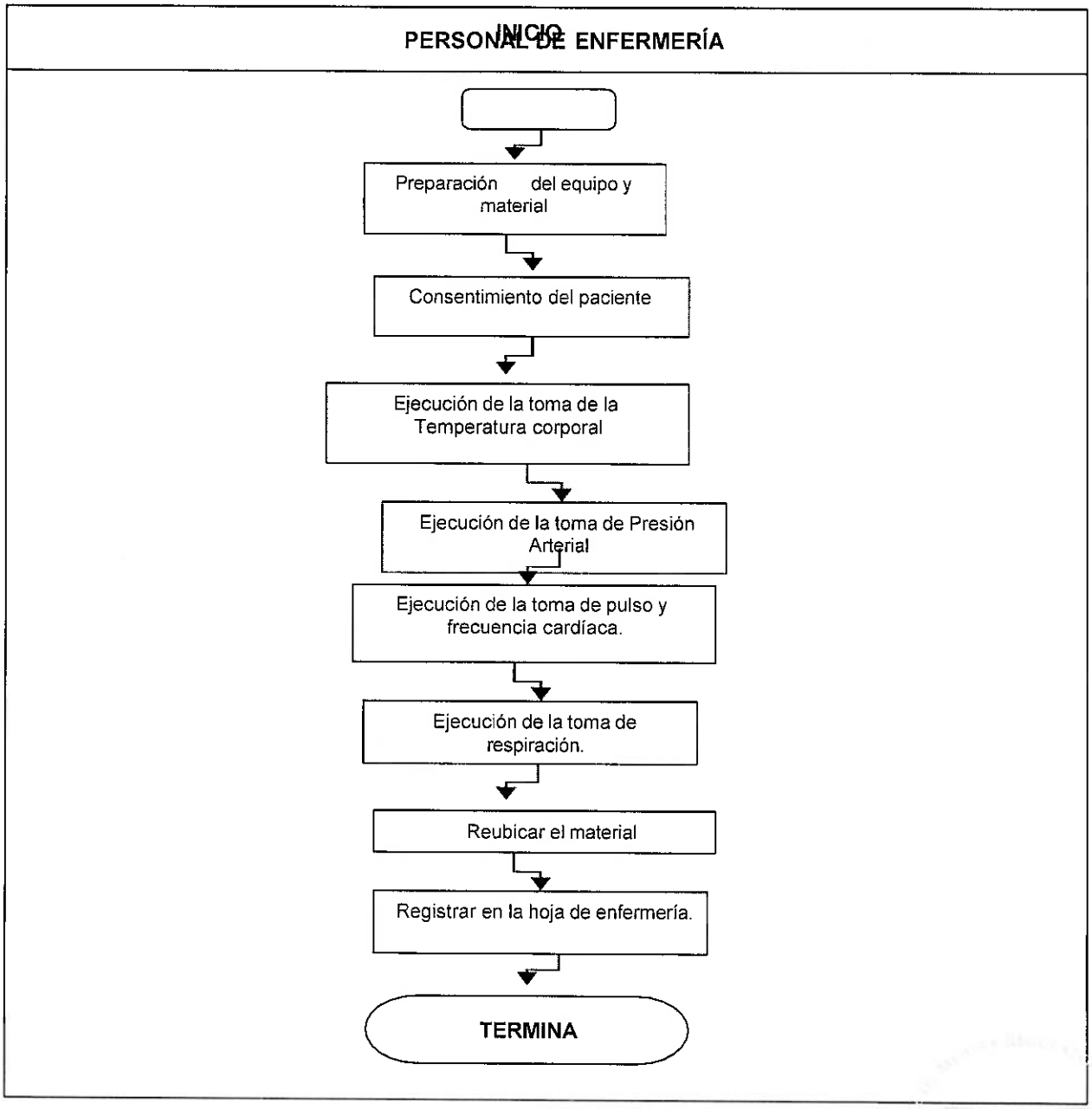
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Preparación del equipo y material	1.1.-Lavado clínico de manos 1.2.-Se reúne el equipo y material, anteriormente mencionado y se traslada a la unidad del paciente	Enfermería
2.0.-Consentimiento del paciente	2.1.-Corroborar la identificación correcta del paciente 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la finalidad y la importancia de su cooperación 2.3Colocar al paciente en posición cómoda: decúbito dorsal combinada con semi fowler	Enfermería
3.0.-Ejecución de la toma de la Temperatura corporal	3.1.-Verificar el funcionamiento del termómetro digital y encender 3.2.- Colocar el termómetro a nivel axilar del paciente durante 2-3 minutos 3.3.-A la señal del sensor retirar e interpretar la temperatura 3.4.-Desinfectar el termómetro y colocarlo en su estuche	Enfermería
4.0.-Ejecución de la toma de la presión arterial	4.1.- Colocar el brazalete tres centímetros arriba del pliegue del codo o a nivel de la silueta cardiaca 4.2.-Identificar la arteria y colocar el estetoscopio, procurando no introducirlo por debajo del brazalete 4.3.-Cerrar la válvula e insuflar hasta 180 y abrir lentamente	Enfermería
5.0.-Ejecución de la toma del pulso y/o frecuencia cardiaca	5.1.-Coloque el dedo índice y medio sobre la arteria radial y presione ligeramente o coloque el estetoscopio a nivel apical 5.2.-Calcule la frecuencia cardiaca o el puso, durante 30 segundos si las pulsaciones son regulares y durante 60 segundos si son irregulares	Enfermería

u

6.0.-Ejecución de la toma de la respiración	6.1.- Coloque el brazo del paciente sobre su tórax, simulando la toma del pulso y observe la elevación y depresión de este. 6.2.-Calcule la frecuencia respiratoria, durante 30 segundos si las respiraciones son regulares y durante 60 segundos si son irregulares	Enfermería
7.0.-Reubicar el material	7.1.-Colocar el equipo y material en su sitio 7.2.-Lavado clínico de manos	Enfermería
8.0.-Registrar en la hoja de enfermería	8.1.-Registrar y graficar en la hoja de enfermería los signos vitales, profundidad, ritmo de la respiración. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3años	Enfermería	No aplica

COMERI

5.- CATETERIZACIÓN VENOSA PERIFERICA

1.0 Propósito

1.1.- Colocar y mantener la inserción de un catéter de corta longitud, en una vena superficial, con el fin de disponer de una vía temporal de acceso vascular para fines de diagnóstico y tratamiento

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área de hospitalización adultos, así como al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado.

3.0 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 cateterización venosa periférica

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

3.4 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.5 Antisepsia estricta y barrera máxima, tomando en cuenta las reglas básicas, es decir movimientos de arriba hacia abajo o del centro a la periferia, para evitar la introducción de gérmenes patógenos al torrente circulatorio

3.6 Aplicación de las Recomendaciones sobre las mejores prácticas en el manejo de los catéteres venosos periféricos cortos, para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso venoso periférico y central, así como, los requisitos que deberá cumplir el personal de salud que participa en la administración de la terapia de infusión intravenosa con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, para disminuir las complicaciones y costos asociados a esta práctica.

3.7 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, que establece la clasificación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos, así como las especificaciones para su manejo.

3.8 Aplicación del indicador de calidad en salud sobre la vigilancia y control de venoclisis instalada.

3.9 Lavado clínico de manos estricta.

3.10 Consentimiento legal del paciente o representante legal

3.11 Prescripción médica por escrito de la cateterización venosa periférica

3.12 Mantener el sistema parenteral con circuito cerrado

3.13 Cubrir el sitio de punción con un apósito transparente, no deberá permanecer por más de 7 días, evitar aplicar el apósito con tensión, en presencia de humedad, sudoración o sangre, usar un apósito de gasa y cinta estéril no oclusiva o apósito con almohadilla absorbente, no adherente., mientras esta condición persista.

3.13 Evaluar periódicamente el sitio de inserción y el área circundante al CVP, mediante palpación, e inspección, en busca de posibles complicaciones, y considerar retiro de dispositivo en razón del tipo y gravedad de la complicación.
3.14 El cambio de los equipos de infusión no debe realizarse en forma rutinaria, para el cambio debe considerarse factores como: tipo de solución administrada, frecuencia de la infusión, e inmediatamente cuando se haya comprometido la integridad del paciente, catéter o del sistema.
3.15 El CVP deberá retirarse cuando exista cualquiera de las siguientes: ya no sea necesario, o al termino del tratamiento, al término de la terapia prescrita, mal funcionamiento del dispositivo (acodamiento, ruptura, perdida de la integridad, frente a complicaciones tales como: presencia de signos de flebitis igual o mayor de grado, infiltración, extravasación, u oclusión, ante la sospecha de riesgo de infección a causa de una técnica de inserción o manipulación con prácticas asépticas deficientes; sobre todo en casos de instalación de emergencia.
3.16 No ejecutar más de dos punciones por profesional de salud, y solo dos profesionales de salud con un máximo de cuatro punciones, se deberá utilizar un catéter por cada punción, el mismo profesional de enfermería identificara estrategias de oportunidades de acuerdo a las habilidades demostradas por otros profesionales,
3.17 Equipo y material

- Solución prescrita (previamente identificada)
- Equipo de bomba de infusión o
- Catéter periférico 17, 18, 19 (calibre requerido de acuerdo a las necesidades del paciente)
- Torniquete
- Guantes
- Soporte para la solución (tripie)
- Bomba de infusión si procede
- Torundas con antiséptico
- Apósito transparente
- Tela Adhesiva
- Recolector de punzocortantes (RPBI)

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

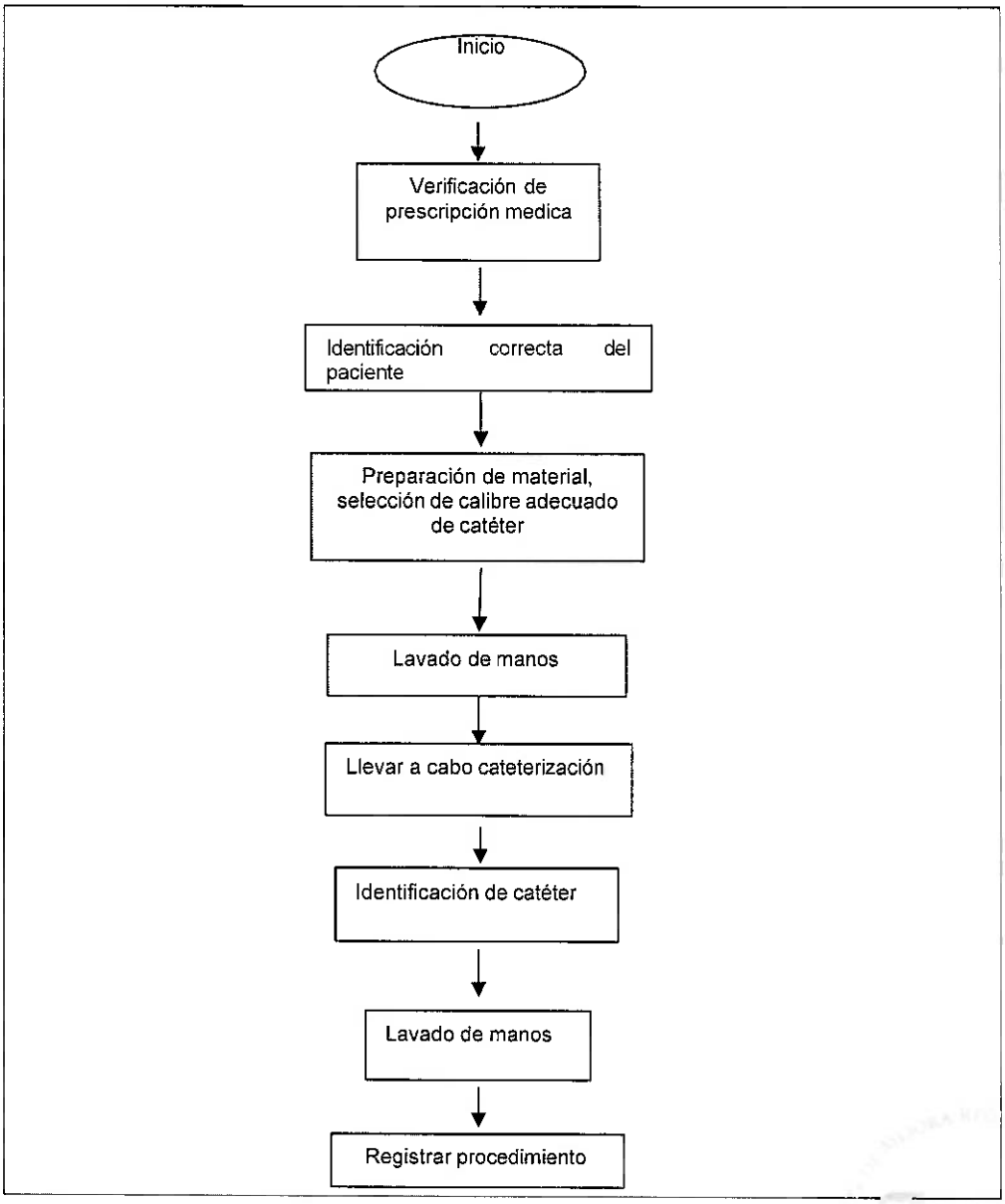
SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificarla prescripción médica	1.1.-Cotejar la indicación de instalación de cateterización venosa periférica, impresa Y por sistema	Enfermería
2.0.-Consentimiento del paciente	2.1.-Corroborar la identificación correcta del paciente 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la finalidad y la importancia de su cooperación	Enfermería
3.0.-Preparacióndel equipo y material	3.1.-Lavado clínico de manos 3.2.-Se reúne el equipo y material, anteriormente mencionado, en una canastilla y se traslada a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Preparacióndel paciente	4.1.-Preservar la intimidad del paciente 4.2.-Colocar al paciente en posición cómoda: decúbito dorsal combinada con semi fowler	Enfermería
5.0.-Ejecución de la cateterización venosa	5.1.-Seleccionar la vena. Colocar la ligadura 5-7.5 cm por arriba del sitio a puncionar y observar la dilatación de la vena 5.2.-Realizar la asepsia de la zona de punción, produciendo movimientos circulares de adentro hacia fuera y dejar secar por dos minutos 5.3.-Insertar el catéter, previa inmovilización de la vena y utilizando un ángulo de 45° 5.4.-Retirar la aguja, conectando e infundiendo lentamente, la solución parenteral prescrita o tapón venoso si procede 5.5.-Fijar el catéter, técnica U o V. 5.6.-Colocar la etiqueta de veno punción, con el calibre del catéter, fecha y nombre de la persona que lo instalo. 5.7.- Regular la velocidad del flujo de la solución. 5.8.-Brindar confort al paciente	Enfermería

COMERI

6.0 Reubicar el material y registrar	6.1.- Desechar material utilizado de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.. 6.2.-Lavado clínico de manos. 6.3.-Registrar en la hoja de enfermería el calibre del catéter, fecha de instalación, días, número de intentos y características del sitio de punción **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

5.0 Diagrama de flujo



COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales De procedimientos	No aplica
NOM-087-ECOL-SSA1-2002	No Aplica
Recomendaciones sobre el manejo de los Catéteres venosos periféricos cortos CPE	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3años	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

NOM: Norma oficial mexicana CIE10: Es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades,

9.0 Cambios de esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	27 de marzo 2025	Actualización de formato, firmas y se agrega un procedimiento

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

6. CATETERIZACIÓN VESICAL

1.0 Propósito

1.1.- Introducir una sonda a través de la uretra, hasta el interior de la vejiga. Siendo la indicación transitoria, intermitente, permanente a corto y largo plazo, los fines son de diagnóstico y terapéuticos

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área, al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente y al profesional médico y de pregrado

2.2 A nivel externo al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 la técnica, unificando los criterios de instalación del catéter vesical

3.3 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, relacionado al 6.5 Infecciones de vías urinarias CIE-10.

3.4 Antisepsia estricta y barrera máxima, tomando en cuenta las reglas básicas es decir movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia, para evitar la introducción de gérmenes patógenos al tracto urinario y renal por vía ascendente

3.5 Aplicación del indicador de prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada

3.6 Lavado clínico de manos estricto

3.7 Consentimiento legal de paciente o representante legal

3.8 Prescripción médica por escrito de la instalación y retiro del catéter vesical

3.9 En pacientes urológicos o cirugías urológicas, no se retira el catéter vesical, solo por prescripción del especialista

3.10 En pacientes con retención urinaria no realizar la descompresión rápida si no de forma gradual, dato basado en guías prácticas para evitar hematuria

3.11 No forzar la entrada del catéter vesical, para evitar un traumatismo de la mucosa de la uretra

3.12 Doble enguantado estéril, el primero para la estricta asepsia y el segundo para la sujeción y colocación de la sonda

3.13 Mantener el sistema de drenaje cerrado

3.14 Fijar la sonda vesical de acuerdo al sexo del paciente

COMEU

3.15 Evitar inflar el globo con solución fisiológico ya que el sodio desintegra el globo de la sonda
3.16 Valorar tratamiento con anticoagulantes y alergias al látex
3.17 El cambio de sonda de látex, se realizará cada 7 días, evidenciado en la NOM-052- SSA1-1993
3.18 El cambio de la sonda de silicona se realizará cada 30 días
3.19 Equipo y material

- Sonda Foley Látex o Sonda de Silicona adultos French 14, 16 y 18
- Bolsa recolectora de orina
- Guantes estériles
- Solución inyectable ámpula de 10 ml
- Jeringa de 10 ml
- Equipo de asepsia
- Solución antiséptica
- Jabón quirúrgico
- Solución para irrigar
- Jalea lubricante
- Gorro y cubre bocas
- Tela adhesiva
- Tintura de benjuí
- Cómodo o pañal

COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificar prescripción médica	1.1.-Revisar la indicación de instalación de catéter vesical, impresa y por sistema	Enfermería
2.0.-Consentimiento del paciente	2.1.-Corroborar la identificación correcta del paciente 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la finalidad y la importancia de su cooperación	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Lavado clínico de manos 3.2.-Se reúne el equipo y material previamente mencionado, trasladándose a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Preparación del paciente femenino y personal de enfermería	4.1.-Preservar la intimidad del paciente 4.2.-Colocarla en posición ginecológica o de litotomía 4.3.-Colocar el cómodo 4.4.-Colocarse gorro, cubre bocas y bata si procede el profesional de enfermería 4.5.-Preparar el campo estéril abriendo el equipo de asepsia y verter jabón, respetando las reglas básicas de asepsia 4.6.-Disponer de la jeringa con la solución inyectable y del campo hendido para la región perineal 4.7.-Colocación de doble enguantado estéril y conectar la sonda con el sistema de drenaje cerrado	Enfermería
5.0.-Ejecución de la asepsia perineal	5.1.-Con la mano no dominante separar los labios menores y mayores, utilizando el dedo pulgar y anular 5.2.-Con la mano dominante tomar una gasa impregnada de jabón y realizar movimientos del centro a la periferia o de arriba hacia abajo repitiendo la operación de acuerdo a Cada paciente, aclarar con agua destilada 5.3.-Secar suavemente, cubrir con gasa estéril el meato urinario, retirar el cómodo y quitarse los guantes contaminados para dejar los guantes estériles.	Enfermería

COMERI

6.0.-Ejecución de la instalación del catéter vesical	6.1.-Colocar el campo hendido estéril y sujetar de manera circular la sonda en la mano dominante, con la no dominante separar los labios mayores y menores 6.2.- Localizar el orificio uretral e introducir de 4-7 cm la punta de la sonda, previamente lubricada en forma suave y lenta sin forzar la introducción 6.3.-Al fluir la orina introducir la sonda de 2.5-5 cm 6.4.-Llenar o inflar el globo de la sonda con la cantidad de agua destilada indicada en la válvula y tirar suavemente la sonda con la finalidad de verificar ancla miento a la vejiga 6.5.-Sujetar la sonda con cinta adhesiva antialérgica en la cara interna del muslo de la paciente femenina, colocando los datos de la sonda fecha y nombre de la enfermera que instaló 6.6.-Sujetar por debajo del nivel de la vejiga, la bolsa recolectora de orina (cistoflo) 6.7.-Brindar confort al paciente	Enfermería y Médico
7.0.-Retiro del material y registro	7.1.-Reubicar el equipo y material 7.2.-Lavado clínico de manos 7.3.-Registrar en la hoja de enfermería el french o calibre de la sonda, la hora, fecha de realización del procedimiento, características y Cantidad de orina	Enfermería
8.0.- Preparación del paciente masculino y personal de enfermería	8.1.-Preservar la intimidad del paciente colocarlo en posición decúbito supino o dorsal, colocar el cómodo 8.2.-El profesional de enfermería debe colocarse gorro, cubre bocas y bata si procede. 8.3 Preparar el equipo de asepsia, vertiendo el jabón, disponer del campo hendido y de la jeringa con agua destilada, enguantado abierto estéril para conectar la sonda al sistema cerrado o bolsa recolectora De orina	Enfermería

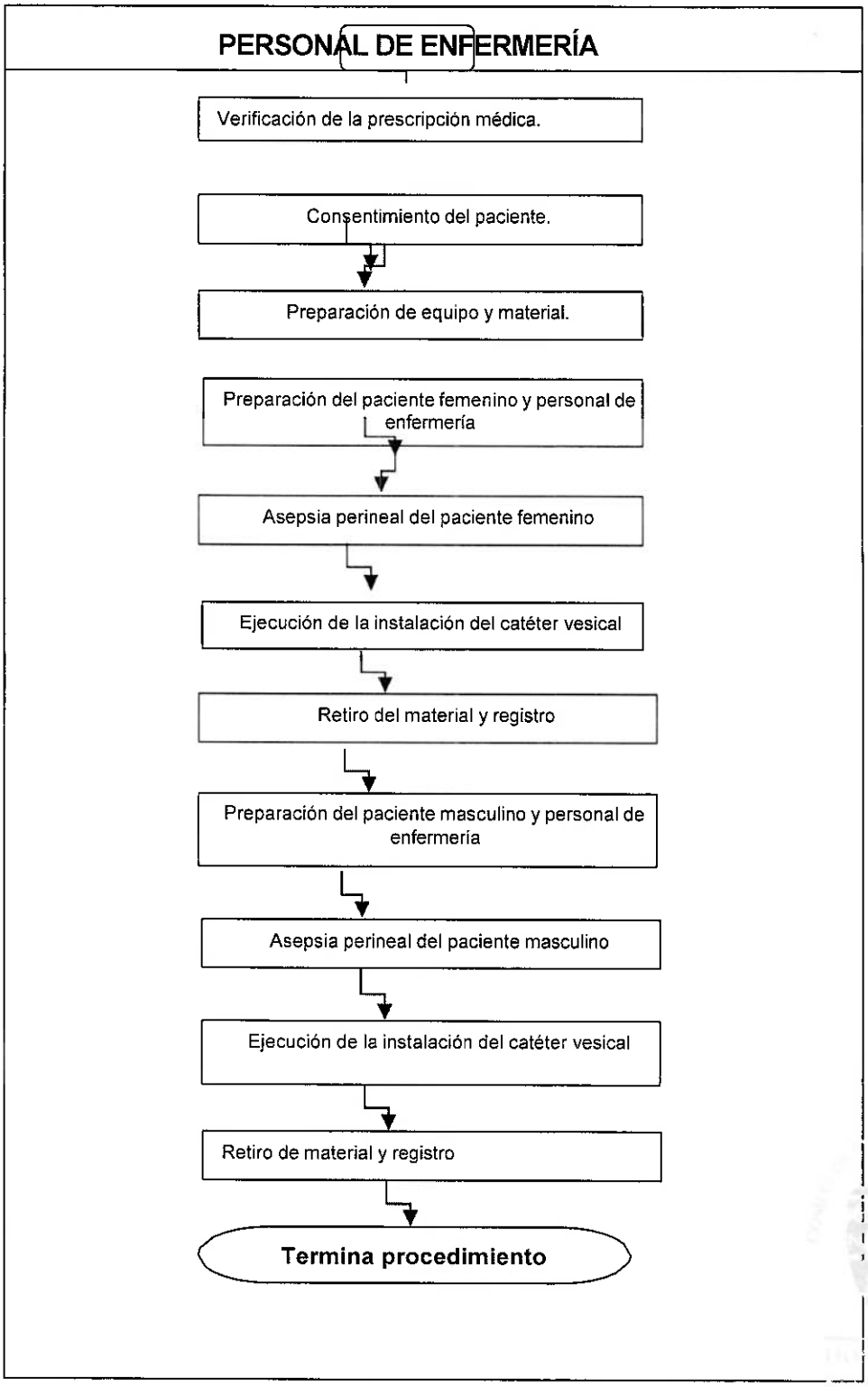
COMERI

9.0.-Asepsia perineal del paciente masculino	9.1.-Con la mano no dominante sujetar el pene en posición vertical y Retraer el prepucio 9.2.-Con la mano dominante tomar la gasa del equipo de asepsia, Realizando movimientos de arriba Hacia abajo en el cuerpo del pene, Repitiendo la operación las veces que Sea necesario y respetando las reglas básicas de asepsia 9.3.- Aclarar con agua destilada, Secando suavemente de arriba hacia abajo, cubriendo con gasa estéril Seca el meato urinario y glande. Se retira el cómodo y los primeros Guantes ya contaminados, dejando Es el segundo par que son los estériles	Enfermería
10.-Ejecución de la instalación del catéter vesical	10.1.-Colocar el campo hendido Estéril y sujetar de manera circular la Sonda en la mano dominante, con la no dominante sujetar el pene en posición vertical, retrayendo el prepucio y retirando la gasa seca 10.2.-Introducir la punta de la sonda, previamente lubricada, con movimientos suaves al avanzarla de 7-8 cm colocar el pene en posición horizontal, hasta que fluya la orina 10.3.-Llenar o inflar el globo con la cantidad de agua destilada marcada en la válvula, tirar suavemente para verificar el anclamiento en la vejiga, al término de procedimiento, recubrir el glande con el prepucio 10.4.-Sujetar la sonda con cinta adhesiva antialérgica en la cara anterior del muslo del paciente femenina, colocando los datos de la Sonda tipo, fecha y nombre de la	Enfermería y Médico

	Enfermera que instaló 10.5.-Sujetar por debajo del nivel de la vejiga, la bolsa recolectora de orina (cistoflo). Brindando confort al paciente	
11.-Retiro del material y registro	11.1.-Reubicar el equipo y material 11.2.-Lavado clínico de manos 11.3.-Registrar en la hoja de enfermería el french o calibre de la sonda, la hora, fecha de realización del procedimiento, características y cantidad de orina **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

COMISIÓN MIXTA REGULATORIA INTERNA
HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
NOM-052-SSA1-1993	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

NOM: Norma oficial mexicana

CIE10: Es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, décima versión.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

7. TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA

1.0 Propósito

1.1 Obtener una representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón con fines diagnósticos. A través de una serie de electrodos colocados en la superficie corporal y conectados a un electrocardiógrafo

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 toma y registro del electrocardiograma.

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la toma y registro del electrocardiograma.

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

3.5.-Equipo y material

- Electrocardiógrafo.
- Electrodos.
- Material conductor: alcohol/gel conductor.
- Papel milimetrado.
- Gasas
- Sábana o toalla.
- Bolígrafo.
- Camilla.

4.0 Descripción del procedimiento

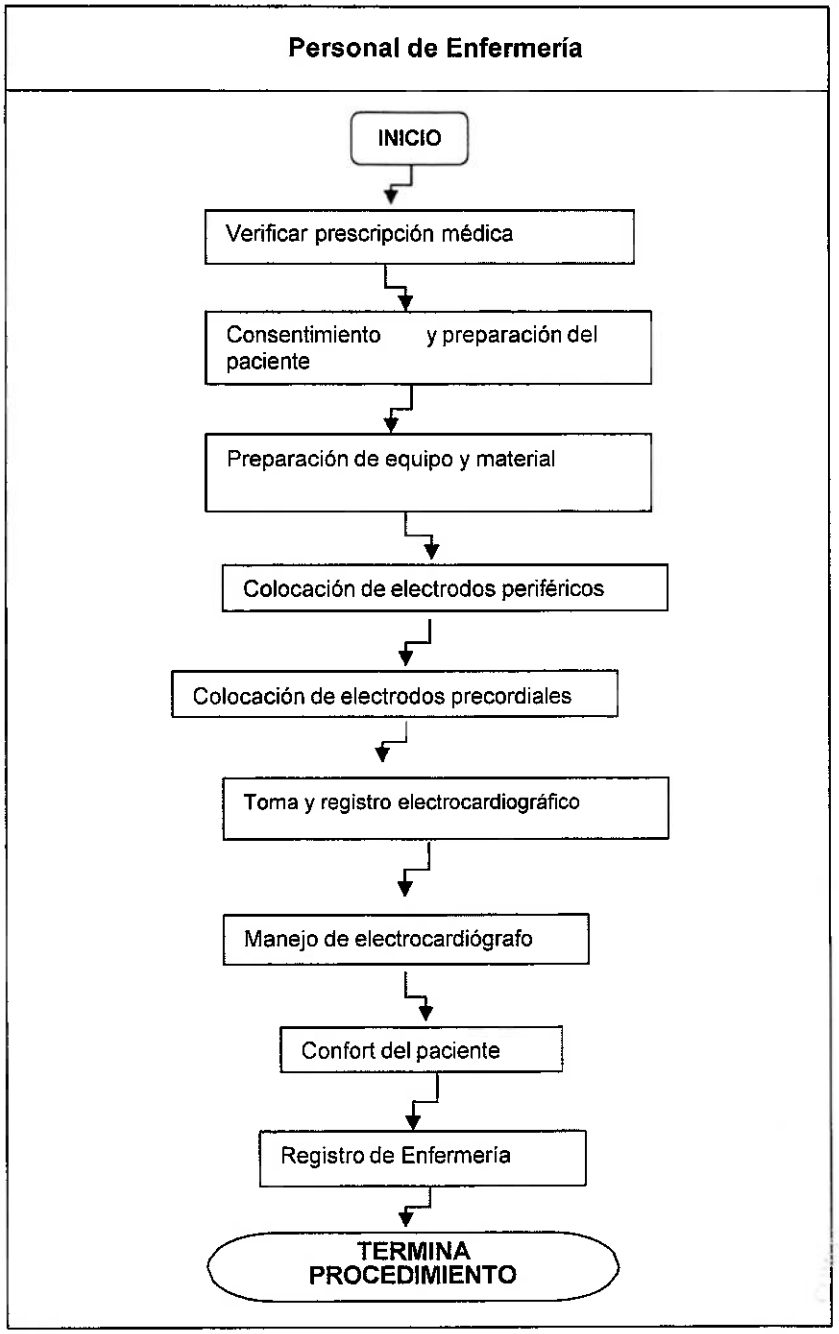
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar la prescripción médica	1.1-Cotejar la indicación de colocación del cardio-tocografo impresa y por sistema.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1-Lavado de manos 2.2-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la importancia de su cooperación. 2.3.- Pedir y/o ayudar al paciente que se retire todo objeto metálico. 2.4.- Colocar al paciente en posición decúbito supino, o semi fowler, valorando el estado hemodinámico. 2.5.-Informar al paciente que durante la realización del estudio no debe moverse, ni hablar, para no interferir en el trazo. 2.6.- Descubrir el tórax del paciente, cuidado su privacidad.	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Preparar equipo y material 3.2.- Trasladarlo a la unidad del paciente 3.3.- Identifique y ordene cada uno de los cables de las derivaciones precordiales.	Enfermería
4.0.-Colocación de electrodos periféricos	4.1.-Lavado clínico de manos 4.2.- Aplicar gel conductor o alcohol en la superficie del electrodo antes de colocarlo en la piel del paciente. 4.3.- Coloque los cuatro electrodos periféricos, (miembros superiores e inferiores) en el paciente. 4.4.-Conecte el cable RA (right arm) al brazo derecho 4.5.-Conecte el cable LA (left arm) al brazo izquierdo. 4.6.-Conecte el cable LL (left leg) en la pierna izquierda. 4.7.-Conecte el cable RL (right leg) a la pierna derecha.	Enfermería

COMERI

5.0.-Colocación de electrodos precordiales	5.1.- Aplicar gel conductor y colocar electrodos precordiales de la siguiente forma: V1. Cuarto espacio intercostal derecho V2. Cuarto espacio intercostal izquierdo V3. En un lugar equidistante entre V2 y V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medio clavicular. V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior. V6. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media.	Enfermería
5.0.-Toma del electrocardiograma	5.1.-Encender 5.2.-Presionar PAT (ingresar datos del paciente) 5.3.-Presionar tecla de impresión (foco amarillo) 5.4.-Realizar ajustes necesarios 5.4.1.-Verificar el papel (parte lateral izquierda) y que su velocidad sea de 25mm, con un voltaje de 10 mm. 5.5.-Realizar impresión (foco verde) 5.6.- Apagar y conectar equipo a corriente eléctrica.	Enfermería
6.0.-Confort del paciente	6.1.-Limpie la piel del paciente. 6.2.- Cubrir al paciente. 6.3.-Poner al paciente en una posición cómoda.	Enfermería
7.0.-Registro de Enfermería	7.1.-Lavado clínico de manos 7.2.- Reubicar equipo y material. 7.2.1. Desconecte las clavijas y limpie cada electrodo con una gasa con alcohol. 7.3-Registrar y documentar resultados. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

COMERI

5.0 Diagrama de flujo



HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
NOM-045-SSA2-2005	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

NOM: Norma oficial mexicana

CIE10:Es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, décima versión.

COMERI

8. APLICACIÓN DE HEMODERIVADOS

1.0 Propósito

1.1.- Restablecer la homeostasis en el usuario, mediante la administración de hemoderivados, producto derivado de la sangre humana como glóbulos rojos, plasma fresco congelado, crioprecipitado o plaquetas, en condiciones de seguridad, previniendo complicaciones y actuando con rapidez ante una reacción transfusional

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área, al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente y al profesional médico y de pregrado.

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 la técnica, unificando los criterios de administración de hemoderivados

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

3.4 Prescripción médica en el sistema y por escrito sobre la administración de hemoderivados

3.5 Consentimiento legal de paciente o representante legal

3.6 Antisepsia estricta y barrera máxima, tomando en cuenta las reglas básicas para evitar la introducción de gérmenes patógenos a la circulación sanguínea

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

3.8 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.9 La concordancia de los datos contenidos en la solicitud con los de la etiqueta de la unidad que se va a transfundir y el marbete que la acompaña, en lo relativo al número exclusivo de la unidad, el grupo AB0 y Rh y, cuando el componente lo requiera, las pruebas cruzadas de compatibilidad efectuadas. En caso de haber discrepancia o duda en materia de lo referido en este apartado, el personal de enfermería deberá diferir la transfusión hasta su esclarecimiento.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

3.10 La administración transfusional no deberá exceder de cuatro horas para cada unidad de concentrado de eritrocitos o de sangre. Las unidades de crioprecipitados o de plaquetas deberán transfundirse tan rápido como la vía intravenosa lo permita.
3.11 Antes o durante una transfusión no deberán agregarse medicamentos o fármacos a las unidades de sangre o de sus componentes, aún aquéllos que sean destinados para uso intravenoso, con excepción de solución de cloruro de sodio al 0.9% estéril.
3.12 Para la transfusión de unidades de sangre y componentes sanguíneos se deberán utilizar equipos con filtro de 170 a 200 micras estériles y libres de pirógenos, capaces de retener micro agregados, los que se emplearán individualmente y se desecharán en el momento que ocurra cualquiera de lo siguiente:

a) Cuando tengan cuatro horas de uso, o
b) Al haber transfundido cuatro unidades.

3.13 Lavado clínico de manos estricto
3.14 Ante síntomas o signos de una reacción, el personal de enfermería deberá interrumpir inmediatamente la transfusión, avisar al médico, realizando las medidas que estime necesarias, en lo que se esclarece su causa y notificar a la unidad de medicina transfusional
3.15 Enguantado estéril, para la estricta asepsia y colocación del equipo de transfusión
3.16 Mantener el sistema cerrado
3.17 Equipo y material

- Equipo de cateterización venosa calibre 18-20
- Aplicador chlora Prep de 0.67 ml o torundas con antiséptico (Clohexidina 2% y alcohol
- isopropilico al 70%)
- Apósito transparente
- Solución fisiológica al 0.9%
- Equipo de Transfusión con filtro
- Hemoderivado Prescrito

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar la prescripción médica	1.1.-Cotejar la indicación de administración de hemoderivado, impresa y por sistema 1.2.-Enviar solicitud a banco de sangre para la toma demuestra sanguínea para la tipificación del Grupo y RH	

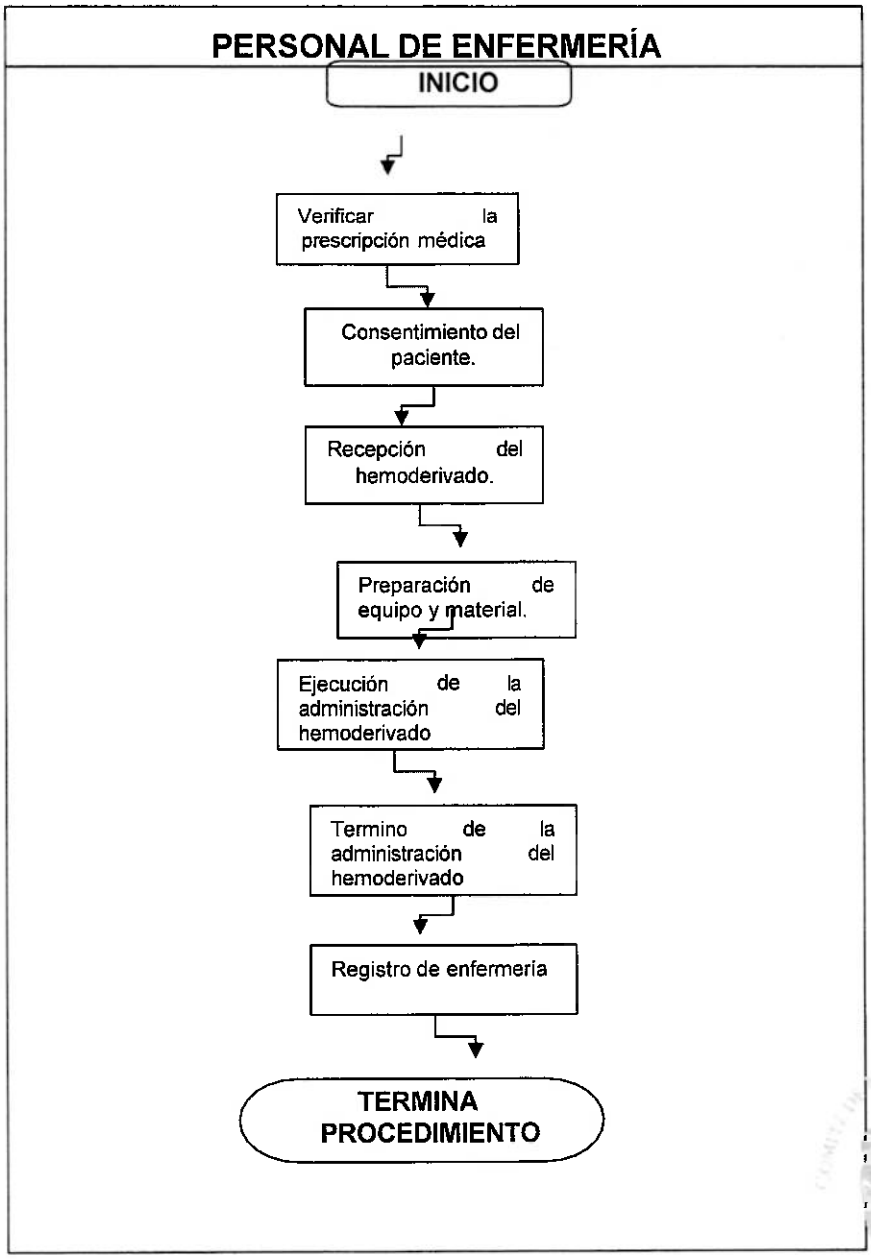
2.0.- Consentimiento del paciente	2.1.- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la finalidad y la importancia de su cooperación 2.2.- Instalar al paciente en la unidad, en posición confortable, colocándole bata hospitalaria 2.3.-Aplicarlametainternacionalde seguridad del paciente, brazalete de identificación y fecha de nacimiento	Enfermería
3.0.-Recepción del hemoderivado	3.1.-Recibir el hemoderivado, identificando grupo y Rh, paciente correcto con el hemoderivado prescrito 3.2.- Verificar fecha de extracción y de vencimiento del producto sanguíneo, compatibilidad	Enfermería
4.0.-Preparaciónde equipo y material	4.1.-En la mesa pasteur colocar el equipo y material 4.2.-Permeabilizarelequipoconfiltrode bomba de infusión	Enfermería
5.0.-Ejecucióndela administración del hemoderivado	5.1.-Monitoreo de signos vitales antes, durante y después de la transfusión 5.2.-Instalaracceso venoso periférico 5.3.-Programar la transfusión infundiendo lentamente por un lapso de 10 minutos. 5.4.- Ajustar la velocidad en el tiempo prescrito que no exceda más de 4 horas 5.5.- Valorar al paciente durante la transfusión, con la finalidad de identificar una reacción adversa 5.6.-Ante un evento adverso suspender la transfusión y avisar al médico tratante	Enfermería
6.0.- Termino de la administración de hemoderivados	6.1.-Irrigar la vena con solución salina al 0.9% 6.2.- Valorar la colocación de sello venoso para dosis posteriores o retirar el catéter periférico si procede 6.3.-Monitoreodesignosvitalesposteriora La transfusión 6.4.- Aplicación de la NOM-087-ECOL- SSA1-2002, para la protección ambiental- salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y Especificaciones de manejo.	Enfermería

COMERI
HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

7.0.-Registro de enfermería	7.1.-Datosdelpaciente 7.2.-Prescripción médica de transfusión 7.3.-Monitoreo de signos vitales pre, trans y postransfusión 7.4.-Hora de inicio y termino de la transfusión **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

COMPEI

5.0 Diagrama de flujo



HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Norma oficial mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

COMPRI

9. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA ORAL

1.0 Propósito

1.1 Lograr la absorción de las sustancias farmacológicas en el tracto digestivo, favoreciendo el tránsito del medicamento en el usuario

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo; al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 administración de medicamento por vía oral

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de medicación oral

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un medicamento

3.5 Cumplir con el estándar temporal adecuado es decir brindar el medicamento, 15 minutos, antes o después de la hora señalada

3.6 Verificar que el paciente efectivamente haya ingerido el medicamento, especialmente en pacientes geriátricos

3.7 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería

3.7 Equipo y material

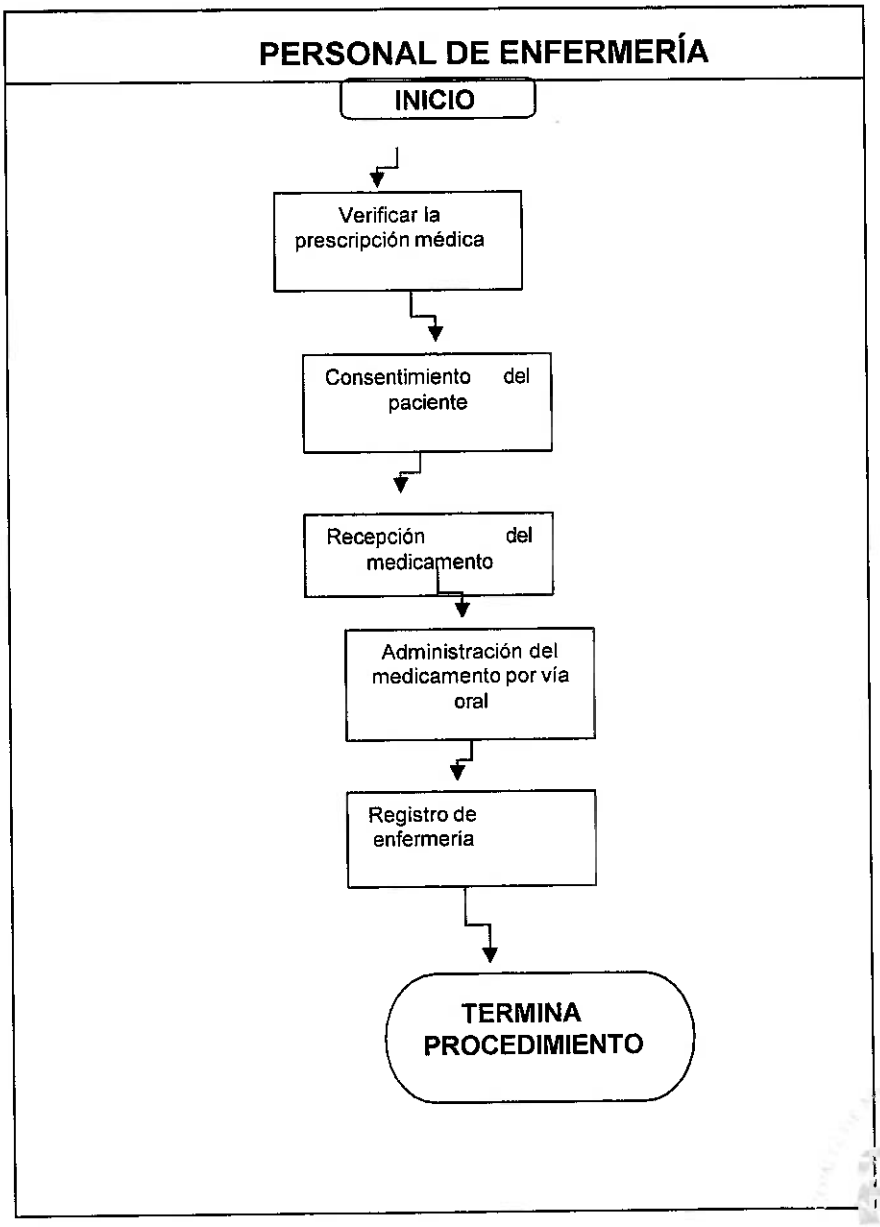
- Charola o carrito para la administración
- Medicamento prescrito (cápsulas, tabletas jarabe, grageas, suspensión)
- Vaso con agua
- Vaso o recipiente graduado para colocar el medicamento
- Hoja de registro de enfermería

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificarla prescripción médica	1.1.-Cotejar la indicación de administración de medicamento oral, impresa y por sistema 1.2.-Solicitar el medicamento por sistema	Enfermería
2.0.-Consentimiento del paciente	2.1.- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la importancia de su cooperación 2.2.-Colocar al paciente en posición Fowler o semi fowler	Enfermería
3.0.-Recepcióndel medicamento	3.1.-Recibir el medicamento prescrito 3.2.-Verificar los correctos como alergias, paciente, vía, dosis, caducidad, medicamento y registro 3.3.-Preparar el equipo y material, trasladándose a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Administración del medicamento por vía oral	5.1.-Aplicar los correctos ya mencionados 5.2.-Lavado clínico de manos 5.3.-Valorar la deglución y signos vitales del paciente 5.4.-Brindar el medicamento, cerciorándose que lo haya pasado 5.5.-Valorar durante una hora la presencia de un evento adverso 5.6.-Ante un evento adverso, avisar al médico y registrarlo en la cedula	Enfermería
5.0.-Registrode enfermería	10.1.-Prescripción de la indicación médica 10.2.-Monitoreo de signos vitales 10.3.-Hora de administración del medicamento 10.4.-Reubicación del equipo y material 10.5.-Lavado clínico de manos **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

5.0 Diagrama de flujo



HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMPRI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
NOM-045-SSA2-2005	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

NOM: Norma oficial mexicana

CIE10: Es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, décima versión.

COMERI

10. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTANEA

1.0 Propósito

1.1.- Introducir un medicamento (sustancias biológicas o químicas) en el tejido subcutáneo.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área

2.2 A nivel externo

Al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

Al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

3.0 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 administración de medicamento por vía subcutánea

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de medicación subcutánea

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un medicamento

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Cumplir con el estándar temporal adecuado, es decir brindar el medicamento, 15 minutos antes o después, de la hora señalada

3.7 No administrar por vía subcutánea más de 1 mililitro de líquido

3.8 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería

3.9 Equipo y material

- Charola para medicamentos
- Medicamento prescrito
- Hoja de registro de enfermería
- Jeringa 1 ml 0 de 3 ml
- Solución antiséptica
- Torundas

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

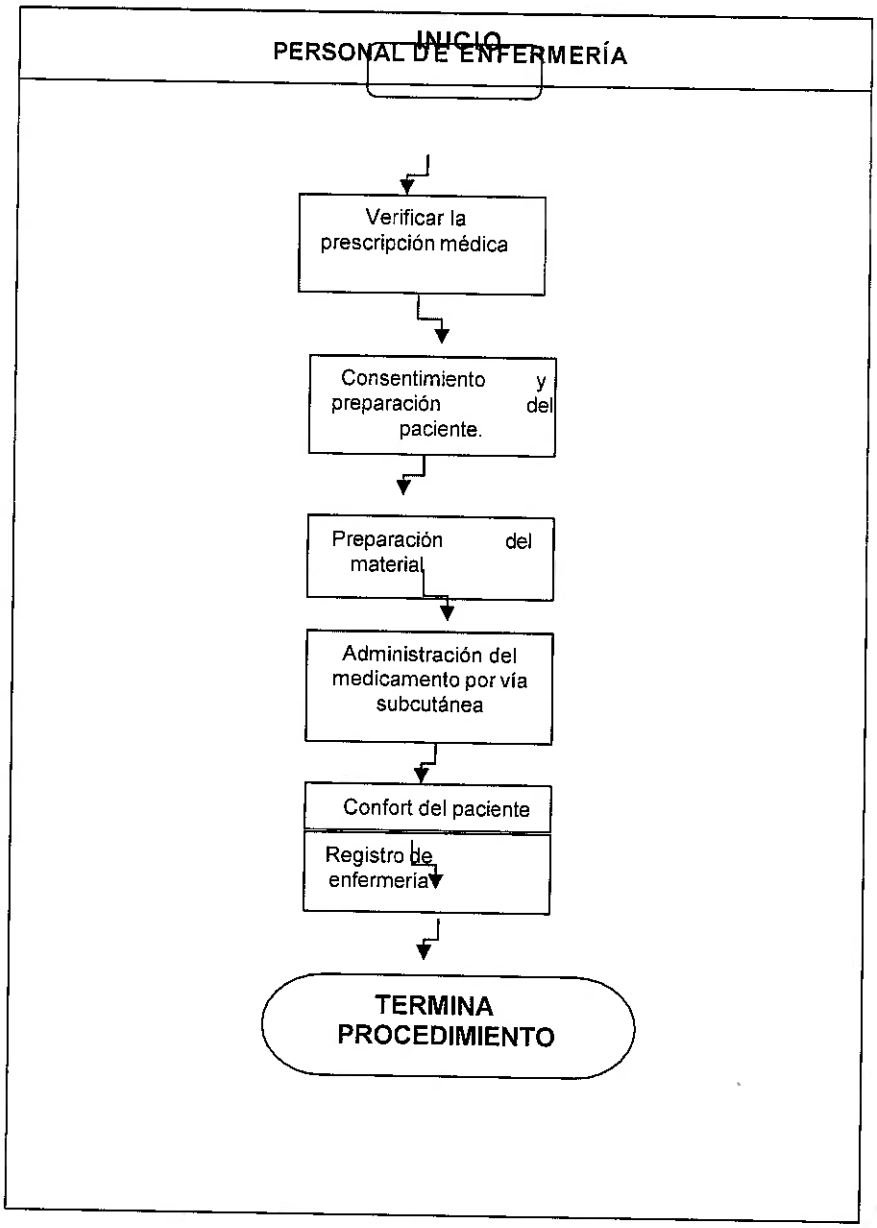
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificarla prescripción médica	1.1- Cotejar la indicación de administración de medicamento impresa y por sistema. 1.2-Solicitar el medicamento por sistema y recibirlo.	Enfermería
2.0.-Consentimientoy preparación del paciente	2.1-Lavado de manos 2.2-Recepción del paciente 2.3- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la importancia de su cooperación. 2.4.-Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo al sitio de inyección seleccionada: (parte externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido subcutáneo del abdomen o región escapular, alternando los puntos de aplicación)	Enfermería
3.0.-Preparacióndel equipo y material	3.1.-Preparar equipo y material 3.2.- Trasladarlo a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Administracióndel medicamento por vía subcutánea	4.1.- Realizar desinfección, aproximadamente 5 cm alrededor del área de punción, usar torundas y antiséptico. 4.2.-Retirarelprotectordelaagujacon cuidado de no contaminarla y dejar la jeringa libre de burbujas. 4.3.- Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice. Esta maniobra asegura la introducción del medicamento al tejido subcutáneo. 4.4.- Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar, introducir la aguja con elbiselhaciaarribaenunángulode45°, una vez introducida, dejar de formar el pliegue. 4.5.- Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso	Enfermería

COMEFI

	sanguíneo, proceder a introducir el medicamento (En caso de presentar punción en un vaso sanguíneo, será necesario volver a preparar el medicamento, cambiar la aguja de la jeringa e iniciar nuevamente el procedimiento) 4.6.- Retirar la aguja y colocar la torunda en el sitio de punción. 4.7.- Desechar la jeringa en recipiente especial para material punzo cortante de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1- 2002.	Enfermería
5.0 Confort del paciente	5.1.-Colocar al paciente en posición cómoda. 5.2.-Valorar eventos adversos	Enfermería
6.0.-Registrode Enfermería	6.1.-Reubicar equipo y material 6.1.- Lavado clínico de manos 6.2- Registrar el medicamento administrado, así como el sitio donde se administró. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMRI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Vía Subcutánea.- Una inyección subcutánea (IS) es una inyección en donde la aguja va hacia la capa de grasa entre la piel y músculo para aplicar cierta cantidad de medicamento.

COMERI

11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR

1.0 Propósito

1.1 Introducir sustancias químicas o biológicas en el tejido muscular, con fines terapéuticos, curativos y paliativos

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 administración de medicamento por vía intramuscular

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de medicación intramuscular

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un medicamento.

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Cumplir con el estándar temporal adecuado, es decir brindar el medicamento, 15 minutos antes o después, de la hora señalada

3.7 No administrar por vía intramuscular más de 5 ml de líquido en el musculo

3.8 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería
- 3.9 Equipo y material
- Charola para medicamentos
- Medicamento prescrito
- Hoja de registro de enfermería
- Jeringa de 5 ml
- Solución antiséptica
- Torundas

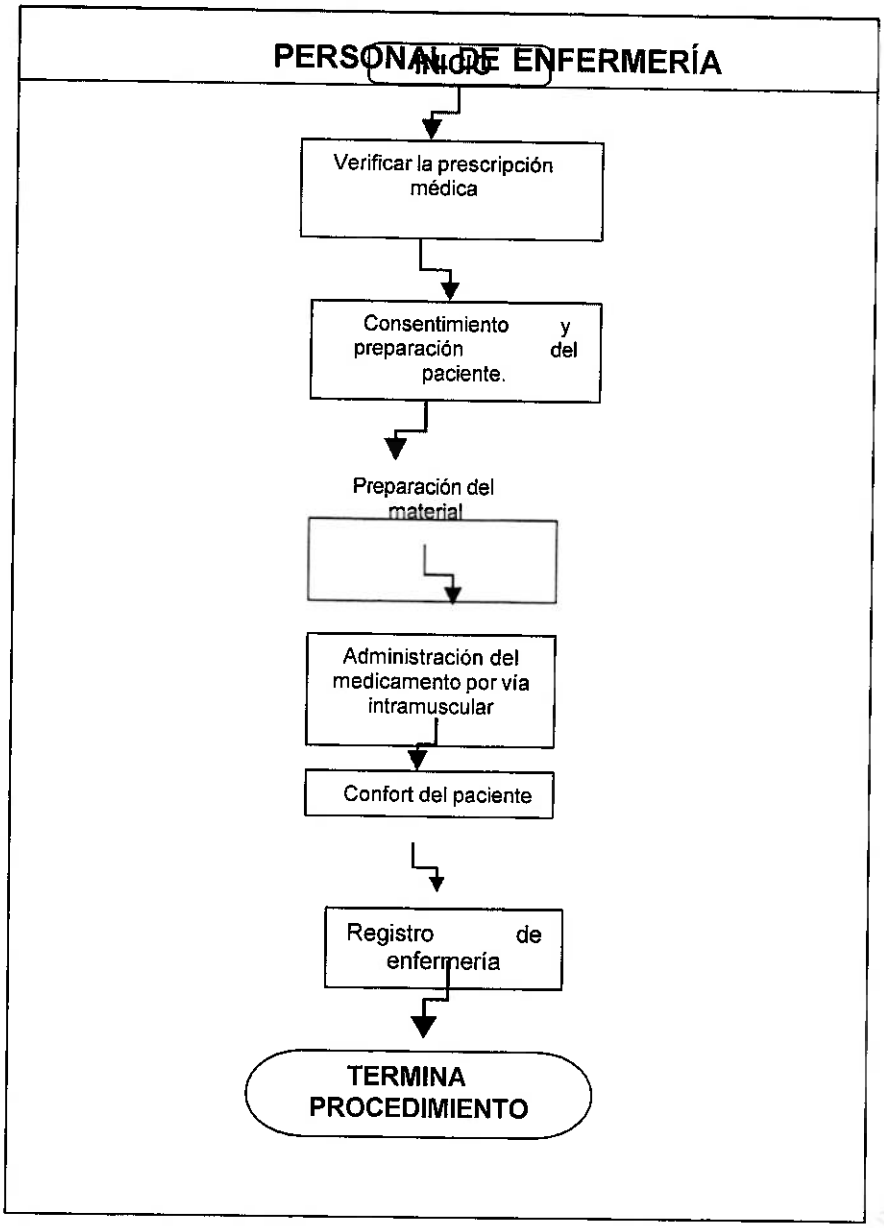
4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificar la prescripción médica	1.1- Cotejarla indicación de administración de medicamento impresa y por sistema. 1.2-Solicitar el medicamento por sistema y recibirlo. 1.3.-Corroborar los correctos en la administración del medicamento	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1-Lavado de manos 2.2- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento así como la importancia de su cooperación.	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Preparar equipo y material 3.2.- Trasladarlo a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Administración del medicamento por vía intramuscular	4.1.-Lavarse las manos antes de preparar el medicamento 4.2.-Aplicar los correctos en la administración 4.3.-Seleccionar el sitio de inyección (cuadrante superior externo), alternando los sitios de punción 4.4. Colocar al paciente en posición decúbito lateral izquierdo o derecho 4.5.-Realizar la asepsia del área aproximadamente 5 cm a la periferia del sitio de punción, respetando las reglas básicas de asepsia 4.6.-Introducir la aguja en un ángulo de 90°. 4.7.-Aspirar e introducir el medicamento lentamente, esto permite que el fármaco se disperse a través del tejido 4.8.-Retirar la aguja con rapidez con un solo movimiento (reduce la molestia de extracción) 4.9.-Clasificar los residuos y	Enfermería

COMERI

	desecharlos en el contenedor de RPBI, de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1- 2002	
5.0 Confort del paciente	5.1.-Colocaralpacienteenposición cómoda. 5.2.-Valorareventosadversos	Enfermería
6.0.-Registro de Enfermería	6.1.-Reubicarequipoymaterial 6.1.-Lavado clínico de manos 6.2- Documentar el medicamento administrado, así como el sitio donde se administró. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

5.0 Diagrama de flujo



COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Vía Intramuscular. - La inyección intramuscular es una forma de administración en la que el medicamento se inyecta dentro del músculo. Se lo inyecta con el objetivo de una absorción rápida y efectiva.

COMERI

12. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA VAGINAL

1.0 Propósito

1.1 Introducir sustancias químicas a través de la vagina, en forma de geles, pomadas, cremas, supositorios u óvulos, para lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado.

3.0 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 administración de medicamento por vía vaginal

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de medicación vaginal

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un medicamento

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Cumplir con el estándar temporal adecuado, es decir brindar el medicamento, 15 minutos antes o después, de la hora señalada

3.7 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería

3.8 Equipo y material

- Charola para medicamentos
- Medicamento prescrito
- Hoja de registro de enfermería
- Guantes estériles
- Cubrebocas

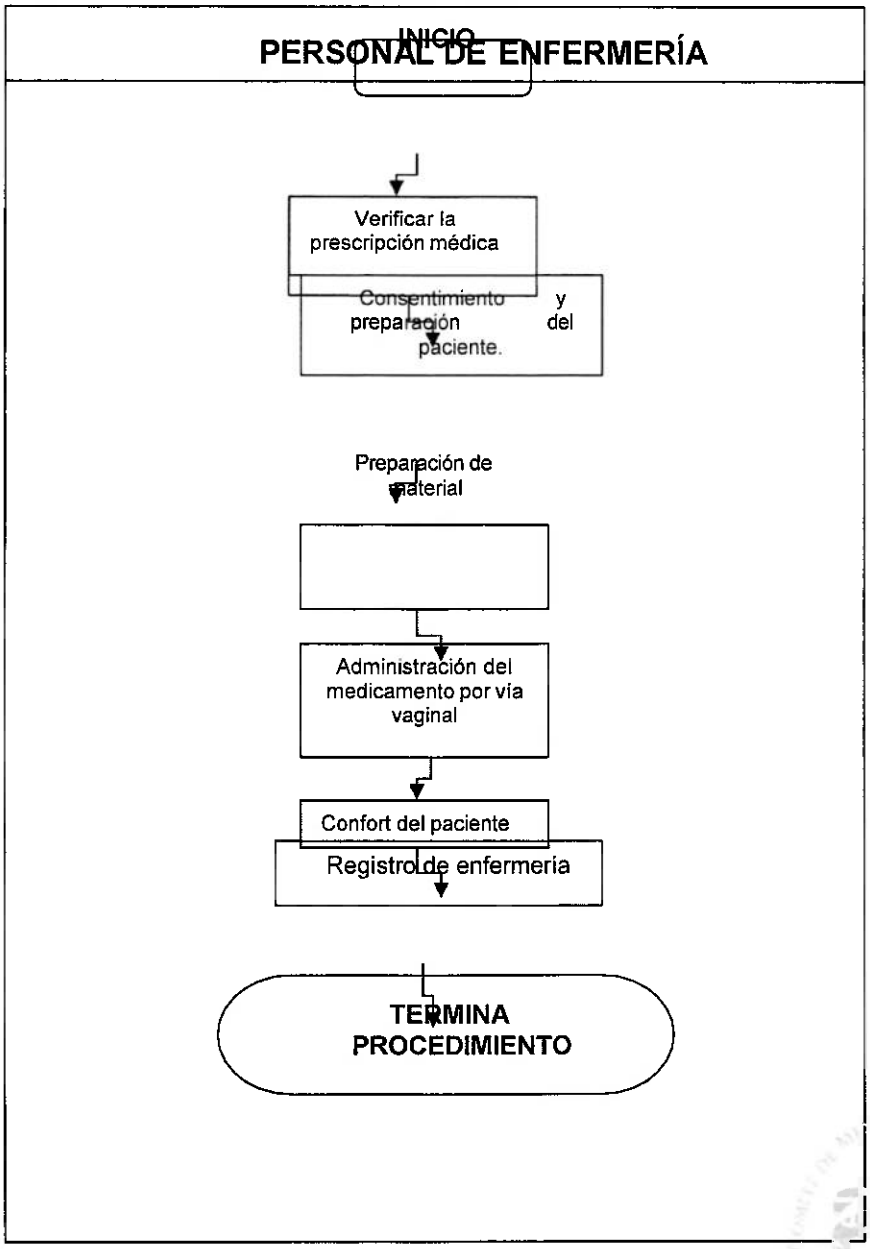
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar la prescripción médica	1.1- Cotejar la indicación de administración de medicamento impresa y por sistema. 1.2-Solicitar el medicamento por sistema y recibirlo.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1-Lavado de manos 2.2- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la importancia de su cooperación. 2.3.-Colocar a la paciente en posición ginecológica	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Preparar equipo y material 3.2.- Trasladarlo a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Administración del medicamento por vía vaginal	4.1.-Calzarse los guantes 4.2.-Separa los labios mayores, visualizar el orificio vaginal de la paciente 4.4.-Introducir el medicamento (óvulos) en la vagina, tan profundo como sea posible, haciéndolo avanzar suavemente con el dedo índice 4.5.-Quitarselos guantes y desecharlos de acuerdo a lo establecido en la NOM- 087-ECOL-SSA1-2002	Enfermería
5.0 Confort del paciente	5.1.- Colocar al paciente en posición cómoda, dejándola en reposo absoluto, decúbito dorsal por una hora 5.2.-Valorareventosadversos	Enfermería
6.0.-Registro de Enfermería	6.1.-Reubicar equipo y material 6.1.-Lavado clínico de manos 6.2-Documentarelmedicamento administrado **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

COMERI

5.0 Diagrama de flujo



COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Vía Vaginal. - es el procedimiento de administrar un medicamento a través de la vagina, en forma de supositorios u óvulos, geles, pomadas o cremas.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMEII

13. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA OFTÁLMICA

1.0 Propósito

1.1.-Administra un medicamento sobre el surco conjuntival anterior (pomada) o en la cavidad conjuntival (colirios), con fines de tratamiento, diagnóstico y lubricación ocular

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 administración de medicamento por vía oftálmica

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de medicación oftálmica

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un medicamento

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Cumplir con el estándar temporal adecuado, es decir brindar el medicamento, 15 minutos antes o después, de la hora señalada

3.7 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería

3.8 Equipo y material

- Charola para medicamentos
- Medicamento prescrito
- Hoja de registro de enfermería
- Guantes estériles
- Gasa estéril
- Solución para irrigación

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMRI

4.0 Descripción del proceso

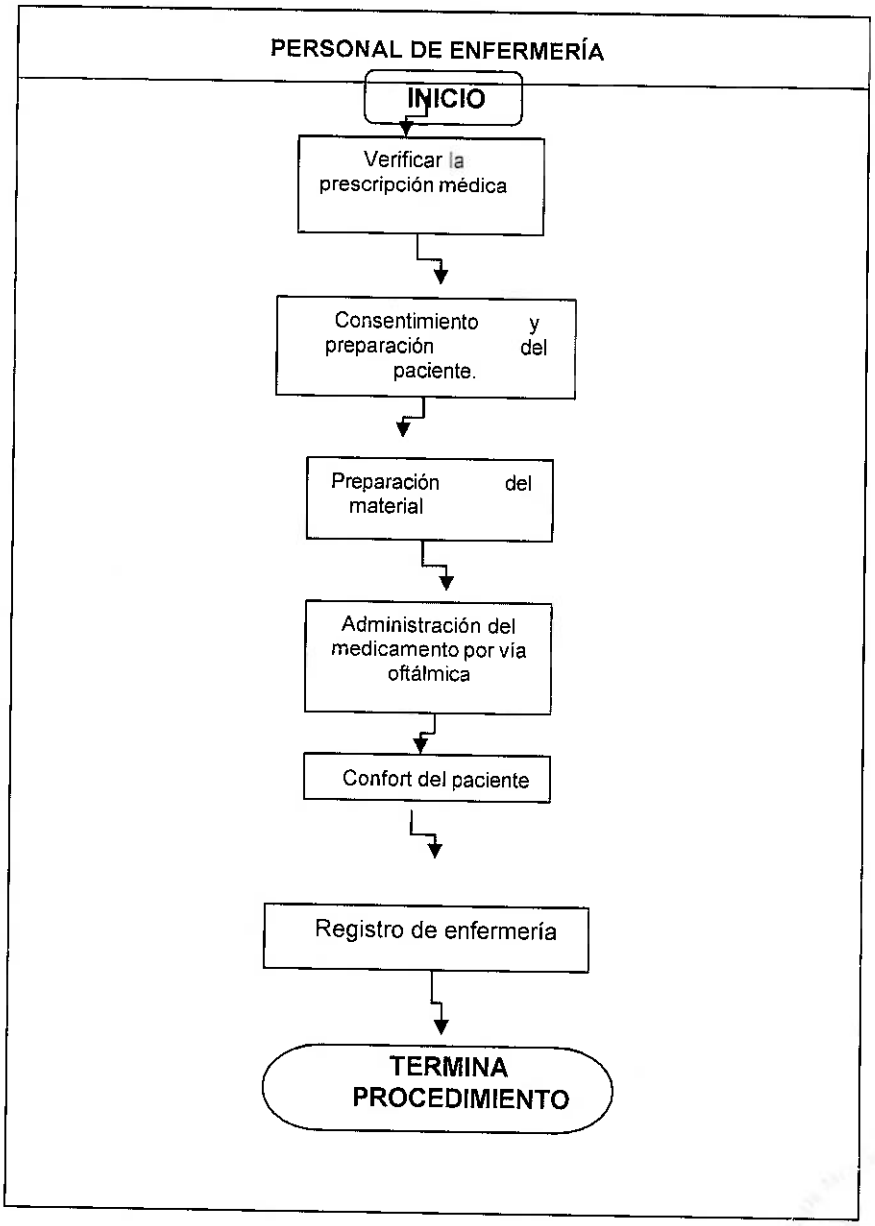
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar la prescripción médica	1.1- Cotejar la indicación de administración de medicamento impresa y por sistema. 1.2-Solicitar el medicamento por sistema y recibirlo.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1-Lavado de manos 2.2- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la importancia de su cooperación. 2.3.-Colocar al paciente en la posición con la cabeza hacia atrás (esta posición ayuda a que el medicamento fluya a gravedad)	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Preparar equipo y material 3.2.- Trasladarlo a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.- Administración del medicamento por vía oftálmica	4.1.-Calzarse los guantes 4.2.-Indicarle al paciente que mire hacia arriba en un punto fijo 4.3.-Limpiar la zona palpebral con una gasa humedecida con solución para irrigación, iniciando del ángulo interno del ojo hacia el externo 4.4.-Colocar el dedo índice en el pómulo del paciente y tensar suavemente la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival 4.5.-Colocar en la mano dominante el gotero del medicamento que se va administrar por encima del ojo y presionar liberando la cantidad de gotas prescritas. Dejar que el medicamento caiga del ángulo interno al externo nunca directamente a la córnea 4.6.-Con una gasa estéril oprimir suavemente el canto interno del ojo para impedir que le medicamento se drene al orificio lagrimal	Enfermería Enfermería

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
COMEPI

	4.7.-Dejar ejercer tensión sobre el parpado y pedirle al paciente que parpadee para que se distribuya le medicamento 4.5.-Desechar material de acuerdo a lo establecido en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002	
5.0 Confort del paciente	5.1.-Colocar al paciente en posición cómoda. 5.2.-Valorar eventos adversos	Enfermería
6.0.-Registro de Enfermería	6.1.-Reubicar equipo y material 6.1.- Lavado clínico de manos 6.2- Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado, así como hora y fecha. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA
COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Vía Oftálmica. - Son las maniobras que se realizan para administrar gotas o aplicar ungüento en los ojos con técnica estéril.

COMERI

14. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA TÓPICA

1.0 Propósito

1.1 Aplicar un medicamento directamente sobre la superficie de la piel o mucosa (vía tópica) como lociones, pastas, ungüentos, cremas, polvos y spray.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 administración de medicamento por vía tópica

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de medicación vía tópica

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un medicamento

3.6 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

3.7 Cumplir con el estándar temporal adecuado, es decir brindar el medicamento, 15 minutos antes o después, de la hora señalada

3.8 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería

3.9 Equipo y material

- Charola para medicamentos
- Medicamento prescrito
- Hoja de registro de enfermería
- Guantes estériles
- Solución para irrigar y/o antisépticos
- Hisopos
- Abatelenguas

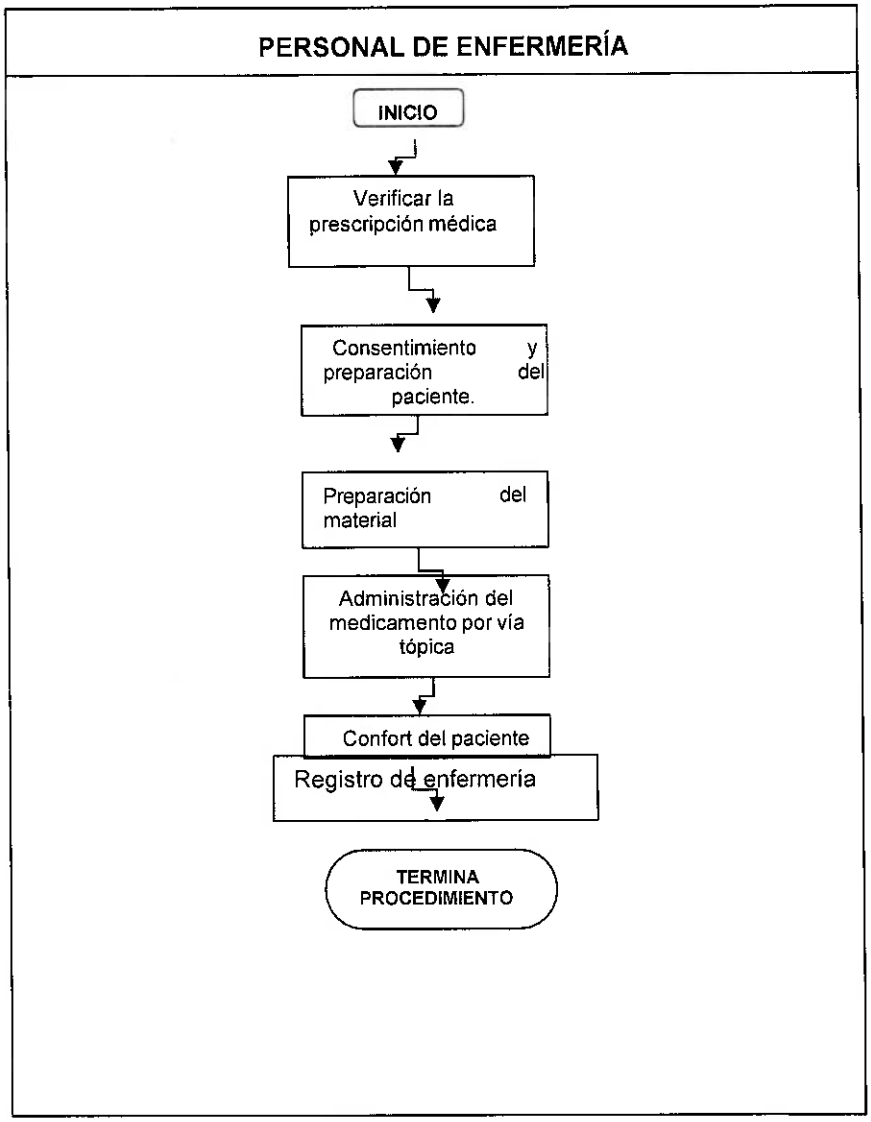
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar la prescripción médica	1.1- Cotejar la indicación de administración de medicamento impresa y por sistema. 1.2-Solicitar el medicamento por sistema y recibirlo.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1-Lavadoclínicodemanos 2.2- Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la importancia de su cooperación y la sensación que se presentará al suministrarlo 2.3.-Colocar al paciente en la posición cómoda descubriendo el área en donde se aplicara el medicamento	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Preparar equipo y material 3.2.- Trasladarlo a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Administración del medicamento por vía tópica	4.1.-Lavado clínico de manos 4.2.-Calzarselos guantes 4.3.-Realizar la desinfección, de la zona donde se aplicara el medicamento, esto favorece la acción del medicamento 4.4.-Aplicar el medicamento usando Hisopos o Abatelenguas estériles 4.5.-Desechar material, clasificando de acuerdo a lo establecido en la NOM- 087-ECOL-SSA1-2002	Enfermería
5.0 Confort del paciente	5.1.-Colocar al paciente en posición cómoda. 5.2.-Valorar eventos adversos	Enfermería
6.0.-Registro de Enfermería	6.1.-Reubicar equipo y material 6.1.-Lavado clínico de manos 6.2- Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado, así como hora y fecha. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Vía Tópica. - La vía tópica utiliza la piel y las mucosas para la administración de fármaco. Así pues, esto incluye la mucosa conjuntival, oral y urogenital.

COMERI

15. ADMINISTRACIÓN DE ENEMA EVACUANTE

1.0 Propósito

1.1 Lograr la evacuación como tratamiento o limpieza por medio de las sustancias que se introducen en la porción terminal del colon.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área, al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente.

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado.

3.0 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 administración de enemas.

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la administración de enemas.

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de administrar un enema.

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Caducidad
- Dosis correcta
- Vía del medicamento
- Hora correcta
- Registro de la aplicación, en la hoja de enfermería

3.7 Equipo y material

- Charola para material
- Sistema irrigador o bolsa para enema
- Hoja de registro de enfermería
- Guantes
- Jalea lubricante
- Cubrebocas
- Cómodo

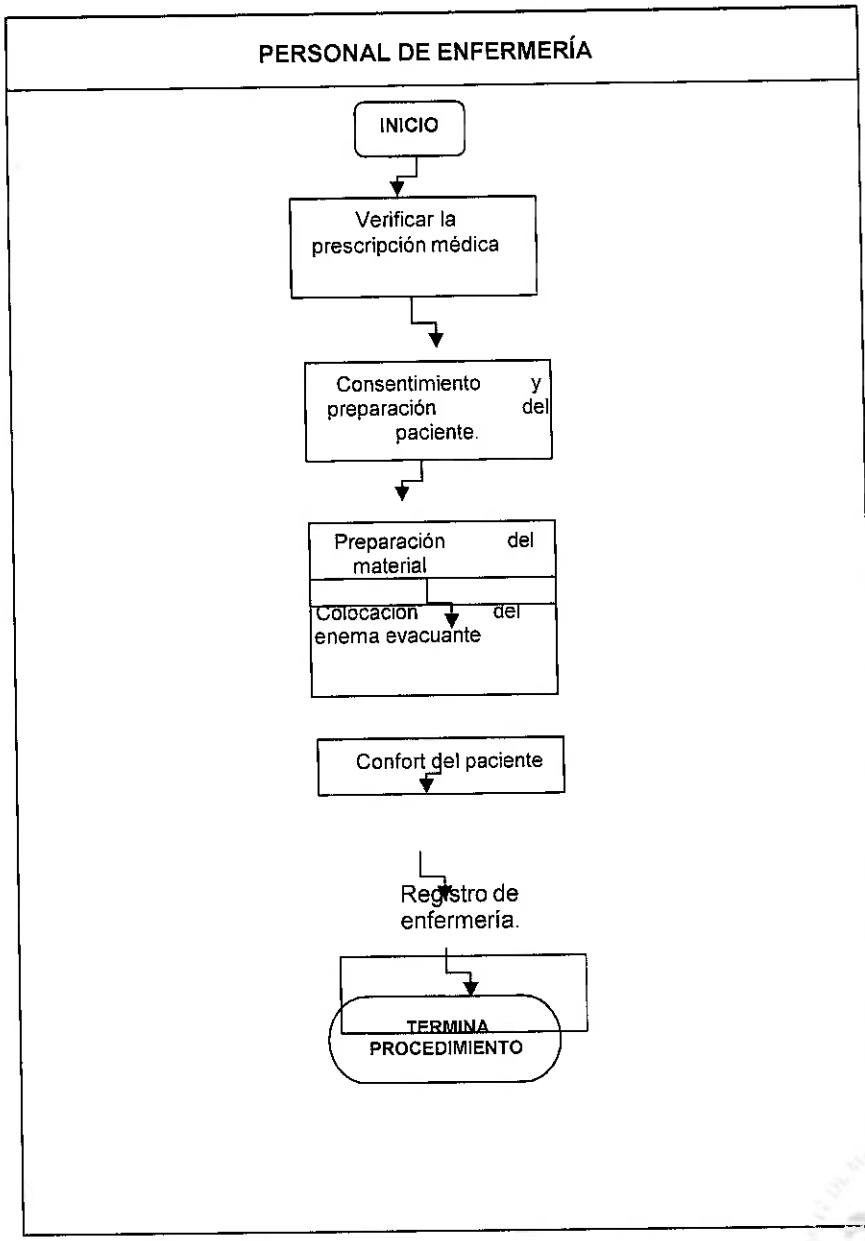
COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificar prescripción médica	1.1.-Revisar la indicación de colocación de enema evacuante.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1.-Corroborar la identificación correcta del paciente 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, así como la finalidad y la importancia de su cooperación	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Lavado clínico de manos 3.2.-Se reúne el equipo y material previamente mencionado, trasladándose a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Colocación del enema evacuante	4.1.-Preservar la intimidad del paciente 4.2.- Colocar al paciente en posición de Sims. (Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada), si no está contraindicado. 4.2.1.-Descubrir solamente la región. 4.3.- Colocarse los guantes. 4.4.- Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal previamente lubricado, unos 10 cm aproximadamente. 4.4.1.-Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al paciente, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada. 4.4.2.-Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda, desecharla conforme lo marca la NOM 087-ECOL-SSA1-2002. 4.5.-Colocar al paciente en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos. 4.6.-Colocar el cómodo al paciente y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario.	Enfermería
5.0.-Confort de paciente	5.1.-Asear al paciente o proporcionarle los medios.	Enfermería
5.0.-Registro de enfermería	5.1.-Reubicar el equipo y material 5.2.-Lavado clínico de manos 5.3.- Registrar en la hoja de enfermería si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada (incluir la fecha, hora, características de la Eliminación) **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD COMEF

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Enema. - medicamento líquido que se introduce en el organismo a través del ano y que sirve para limpiar y descargar el vientre. El término también se utiliza para nombrar al utensilio con que se realiza la operación y a la acción misma de introducir el líquido.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

16. ASISTENCIA PARA LA TORACOSENTESIS

1.0 Propósito

1.1.- Unificar criterios de actuación en la preparación del paciente y procedimientos para obtener líquido del espacio pleural para su análisis con fines diagnósticos o terapéuticos a través de una punción en la cavidad pleural.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno: al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo: al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 Toracocentesis.

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la Toracocentesis.

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de realizar una Toracocentesis.

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Equipo y material

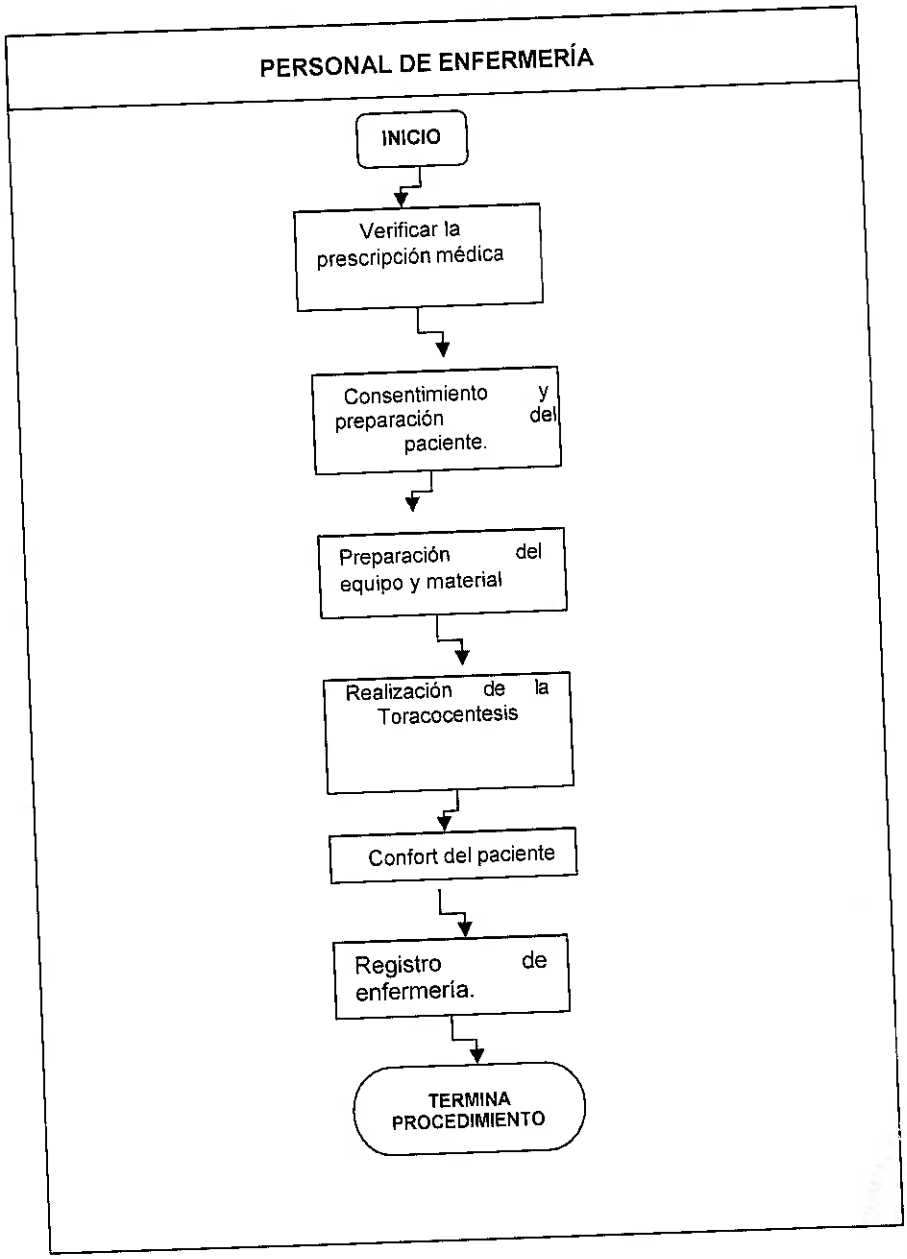
- Guantes estériles, gorro y mascarilla.
- Gasas estériles.
- Campo estéril
- Material necesario para instauración de vía y perfusión intravenosa.
- Clorhexidina alcohólica (o la solución antiséptica que estipule el protocolo del centro para la desinfección de la piel).
- Anestésico local: lidocaína 1%.
- Aguja hipodérmica fina y jeringa de 5ml para la infiltración de la piel.
- Apósito transparente.
- Aguja tipo palomita, catéter corto, trocar o set de catéter para drenaje torácico.
- Seleccionar calibre en función del peso del paciente.
- Lave de tres vías.
- Jeringa de 10ml, 20ml ó 50 ml desechable (el tamaño de la jeringa vendrá determinado por el peso del paciente y el volumen a extraer).
- Sistema de fijación: pinzas hemostáticas curvas y esparadrapo.
- Válvula unidireccional tipo Heimlich, indicada en el tratamiento del neumotórax a tensión.
- Sello de agua o equipo de drenaje torácico desechable (tipo Pleur-Evac®).

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar prescripción médica	1.1.-Revisarlaindicaciónparalarealización de la Toracocentesis	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1.-Corroborarlaidentificacióncorrectadel paciente 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, los riesgos así como la finalidad y la importancia de su cooperación 2.3.- Colocar al paciente en posición Fowler, decúbito supino o dorsal según indicación médica.	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Lavadoclínicodemanos 3.2.-Se reúne el equipo y material previamente mencionado, trasladándose a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Ejecución de la Toracocentesis	4.1.-Realizarasepsiadelsitiodepunción 4.2.- Colocar el campo estéril 4.3.-Brindarelapoyoalmédicoduranteel procedimiento. 4.4.-Monitorizacion hemodinámica del paciente 4.5.-Distribuir el líquido obtenido en los diferentes frascos para su posterior análisis identificándolos con los datos correctos del paciente 4.6.- Retirar el sistema de punción, desinfectar la zona y se cubrirá con un Apósito estéril.	Enfermería
5.0.-Confortdel paciente	5.1.-Colocar al paciente de tal forma que descanse sobre el punto de punción, para disminuir al máximo las posibles fugas a través del mismo. 5.2.- Desechar material, clasificando de acuerdo a lo establecido en la NOM-087- ECOL-SSA1-2002	Enfermería
6.0.-Registro de enfermería	6.1.-Reubicar el equipo y material 6.2.- Lavado clínico de manos 6.3.-Registrar procedimiento en la hoja de enfermería 6.4.-Solicitar estudios de laboratorio para la realización de análisis y radiografía de tórax de control según prescripción médica. **Termina procedimiento**	Enfermería

COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Toracosentesis. - punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural.

COMERI

17. ASISTENCIA PARA LA PUNCIÓN LUMBAR

1.0 Propósito

1.1 Unificar criterios de actuación en la preparación del paciente y procedimientos de la técnica de punción lumbar, en la cual se extrae líquido cefalorraquídeo mediante una punción, para fines diagnósticos.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 punción lumbar.

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la punción lumbar.

3.4.-Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de realizar una punción lumbar

3.5.- Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Equipo y material

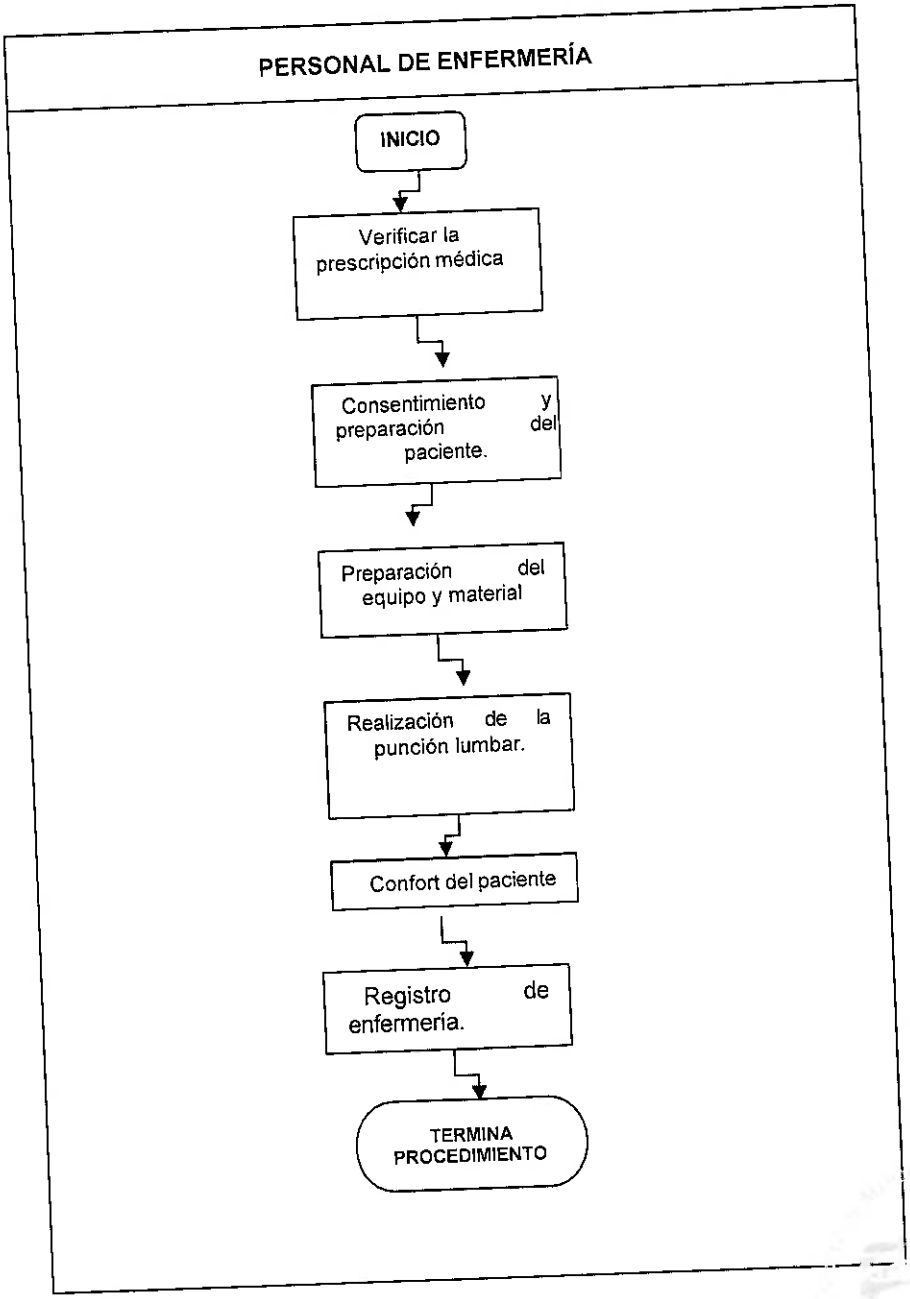
- Campo estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas y compresas estériles.
- Antiséptico.
- Palomillas números 25, 23, 21.
- Jeringas de 2 y 5 ml.
- Tubos estériles para recolectar la muestra.
- Apósito autoadhesivo. (tegaderm)

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIADE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificar prescripción médica	1.1.-Revisar la indicación para la realización de la punción lumbar.	Enfermería
2.0.- Consentimiento y preparación del paciente	2.1.-Corroborar la identificación correcta del paciente 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, los riesgos así como la finalidad y la importancia de su cooperación 2.3.- Colocar al paciente sentado y flexionado o en decúbito lateral con la columna en hiper-extención flexionando las rodillas contra el abdomen y la barbilla con el tórax, según indicación médica.	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Lavadoclínicodemanos 3.2.-Sereúneelequipoymaterialpreviamente mencionado, trasladándose a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Realización de la punción lumbar	4.1.-Realizar asepsia del sitio de punción 4.2.-Colocarelcampoestérildelimitandoelsitio de punción. 4.3.-Brindar el apoyo al médico durante el procedimiento. 4.4.-Recolectar la muestra obtenida en frascos estériles identificándolos con los datos correctos del paciente. 4.5.-Retirar el sistema de punción, desinfectar la zona, cubrir con un apósito estéril y comprimir Durante unos minutos la zona de punción.	Enfermería
5.0.-Confort del paciente	5.1.-Colocar al paciente en decúbito supino durante 4 a 6 horas. 5.2.-Desechar material, clasificando de acuerdo a lo establecido en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002	Enfermería
6.0.-Registro de enfermería	6.1.-Reubicar el equipo y material 6.2.- Lavado clínico de manos 6.3.-Registrar procedimiento en la hoja de enfermería 6.4.- Remitir la muestra a laboratorio correctamente identificada. 6.5.- Registrar en la hoja de enfermería fecha, hora de punción y el aspecto del líquido cefalorraquídeo. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMEPO

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Lumbar. - de la zona del cuerpo situada entre la cintura y los glúteos o relacionado con ella.

8.2 Punción. - consiste en introducir un instrumento afilado y puntiagudo (aguja hueca, bisturí, etc.) en algún órgano o cavidad del cuerpo para dar salida a un líquido normal o patológico.

COMERI

18. CURACIÓN DE CATETER

1. 0 Propósito

1.1 Contar con un protocolo establecido para la realización de la curación de catéter central, que unifique este procedimiento en todas las áreas hospitalarias, que lleve a una mejor atención al paciente.

2. 0 Alcance

2.1 De manera interna: los profesionales de enfermería pueden contar con esta herramienta, que les sirva de guía en el apego a la correcta realización del procedimiento.

2.2 De manera externa: estudiantes y pasantes de enfermería, herramienta en el aprendizaje.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Es responsabilidad del personal de enfermería dar a conocer y aplicar los lineamientos en la práctica diaria.

3.2 La realización de este procedimiento de acuerdo al protocolo establecido, para la prevención de riesgo de infecciones previene riesgos de infecciones en el paciente es responsabilidad de todo el personal de enfermería.

3.3 Los insumos serán solicitados, surtidos y gestionados por la coordinadora del área.

3.4 Es responsabilidad de la clínica de catéteres actualizar y capacitar al personal encargado de la atención al paciente.

3.5 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de realizar el procedimiento.

3.6 La curación del catéter se realizara cada 7 días o antes si el apósito se encuentra desprendido, no integro, o bien el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección.

3.7 Material y equipo

- Carro Pasteur
- Cubrebocas
- Guantes estériles
- Gasas estériles

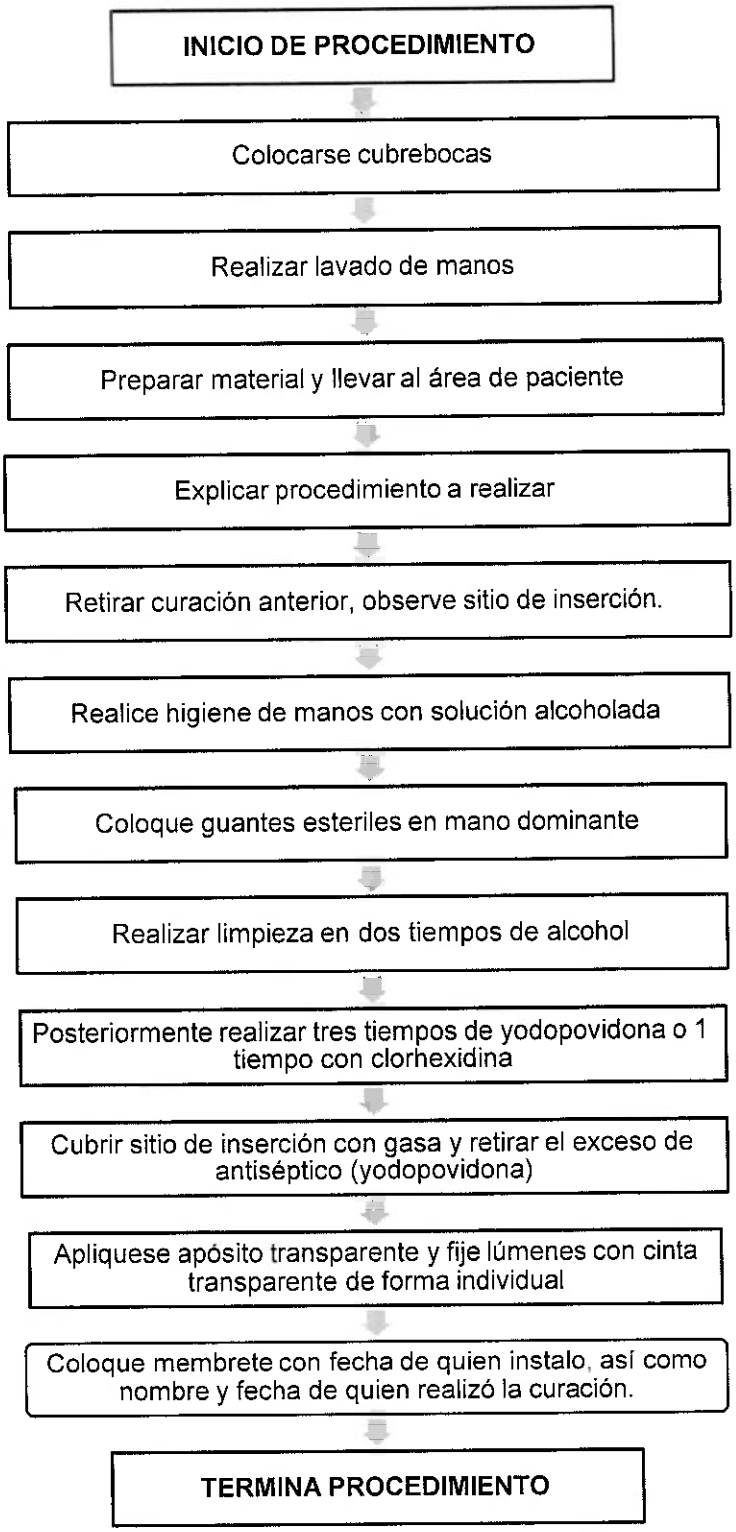
- Antiséptico: alcohol al 70 %,
- Yodopovidona o/ clorhexidina
- Apósito transparente ovalado con tiras estériles

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Verificar Equipo y material	Reunir material y equipo, y llevarlo al área del paciente. Coloque cubre boca cubriendo boca y nariz	Enfermería
2.0 Preparación del paciente.	Explicar al paciente sobre el procedimiento y solicitar su colaboración. coloque en posición de cúbito dorsal con la cabeza hacia el lado opuesto al sitio de inserción. Retire la curación anterior (sin tocar el catéter ni el sitio de inserción) no utilice alcohol para su remoción. Observe el sitio de inserción Realice higiene de las manos con solución de base de alcohol.	Enfermería
3.0 Realizar curación.	Abra el equipo de curación Coloque guante estéril en la mano dominante realice la limpieza en dos tiempos de alcohol 3. .3.1 Primer tiempo vierta el alcohol en los hisopos o gasas y limpie a partir del sitio de inserción hasta las suturas. 3.3.2 Segundo tiempo, abarque l sitio de inserción en forma de circulo hasta aproximadamente de 5 a 10 cm. posteriormente, realice 3 tiempos con yodopovidona, o 1 tiempo con clorhexidina partiendo del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse Deje actuar el antiséptico de 2 a 3 minutos (o hasta que se seque perfectamente) Cubra el sitio de inserción con una gasa seca (sin ejercer presión) y retire el exceso del antiséptico que lo rodea con otra (en caso de usar yodopovidona) Aplique el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción y sin retirarlo. Fije con cinta quirúrgica tranparente cada uno de los lúmenes (en su extremo distal) de forma independiente para reducir peso y tensión al apósito y mantener por más tiempo su curación. Coloque un membrete con fecha y nombre de quien instalo, así como nombre y fecha de quien realizo la curación. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
5.2 Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central o permanente. CPE	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Catéter central: El catéter venoso central es un tubo delgado flexible de material bio compatible como silicón o poliuretano que se introduce en los grandes vasos venosos del tórax o en la cavidad cardiaca derecha, con fines diagnósticos o terapéuticos.
8.2 Antiséptico: Sustancia antimicrobiana que se opone a la sepsis o putrefacción de los tejidos vivos.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

19. CURACIÓN DE HERIDAS

1.0 Propósito

1.1 Unificar criterios de actuación en la preparación del paciente y procedimientos buscando favorecer el proceso de cicatrización de la herida en el menor tiempo posible y evitar un proceso infeccioso.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2. A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 curación de heridas.

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la curación de heridas.

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, respecto al lavado de manos antes de realizar una curación de heridas.

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Equipo y material

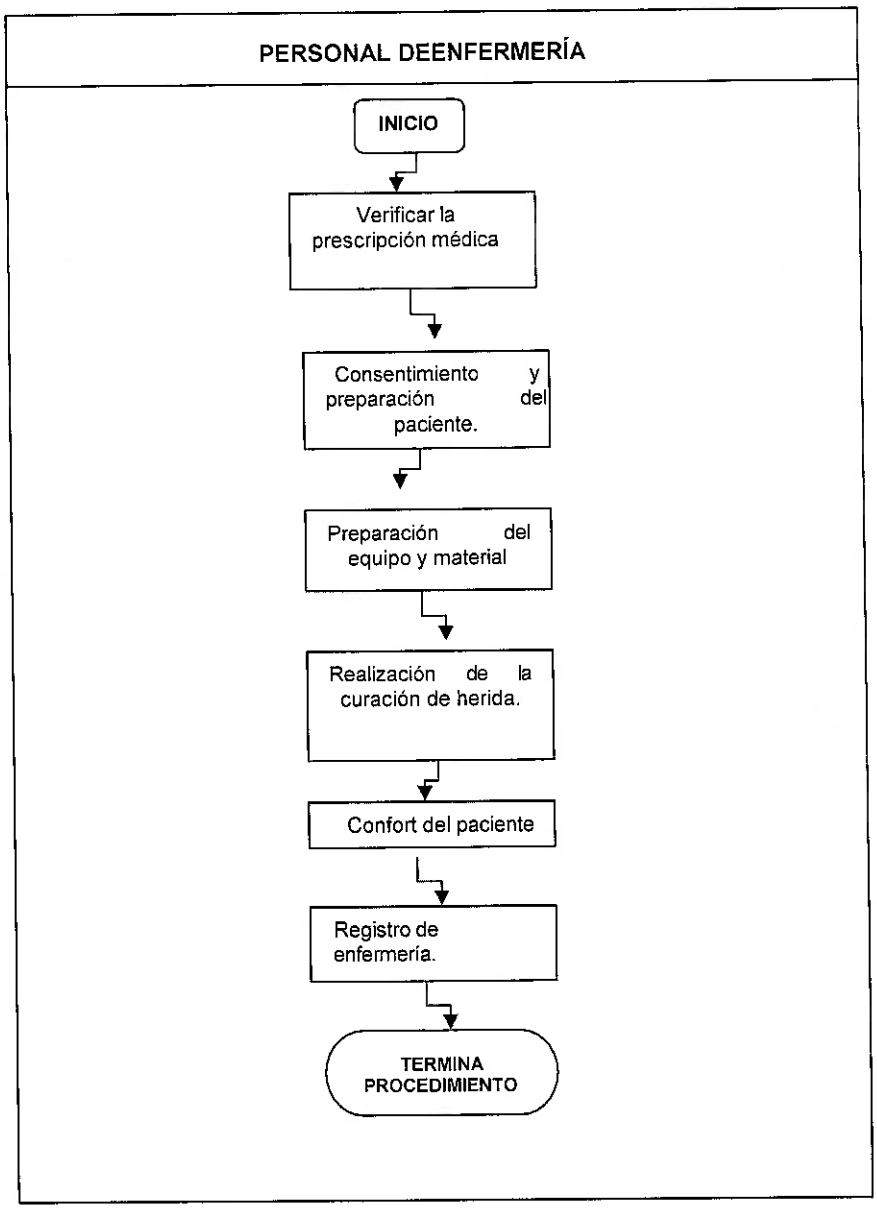
- Charola para material de curación
- Guantes desechables
- Guantes y gasas estériles
- Cubrebocas
- Solución antiséptica
- Apósito transparente
- Bolsa para residuos biológicos de acuerdo a la (NOM-087-ECOL-SSA1-2002)
- Solución para irrigación.

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar Prescripción médica	1.1.-Revisar la indicación para la realización de Curación de la herida.	Enfermería
2.0.- Consentimiento y preparación del paciente	2.1.-Corroborar la identificación correcta del paciente. 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, 2.3.-Colocar al paciente en una posición cómoda, en la cual quede expuesta la herida. 2.4.-Asegurar la privacidad del paciente.	Enfermería
3.0.-Preparacióndel equipo y material	3.1.-Lavado clínico de manos 3.2.-Se reúne el equipo y material previamente mencionado, trasladándose a la unidad del paciente	Enfermería
4.0.-Realizacióndе la curación de herida	4.1.-Colocar la bolsa para deshechos en forma accesible. 4.2.-Colocar cubre bocas y guantes no estériles para retirar el apósito, utilizando una gasa humedecida con solución para irrigación y desecharlo de acuerdo a la NOM-087-ECOL- SSA1-2002. 4.3.-Examinar características de la herida: color, presencia de secreciones y olor, retirarse los guantes y desecharlos de acuerdo a la NOM- 087-ECOL-SSA1-2002. 4.4.-Colocar los guantes estériles de acuerdo a la técnica. 4.5.-Tomar una gasa estéril e impregnarla de solución antiséptica. 4.6.- Limpiar la herida siguiendo las reglas básicas de asepsia:(del centro a la periferia, de arriba a abajo, de próxima la distal), repetirla operación si es necesario, utilizando una gasa limpia con solución antiséptica. 4.7.-Enjuagar la herida con solución para irrigación, utilizando el mismo método de asepsia, posteriormente secar la herida 4.8.-Cubrir la herida con una gasa estéril y un apósito transparente. 4.9.-Desechar el material utilizado de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.	Enfermería
5.0.-Confort del paciente	5.1.-Colocar al paciente en una posición cómoda De acuerdo al sitio de la herida.	Enfermería
6.0.-Registrode enfermería	5.1.-Reubicar el equipo y material 5.2.- Lavado clínico de manos 5.3.-Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería anotando las observaciones relevantes de la herida. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Herida. - son lesiones que producen pérdida de la integridad de los tejidos blandos. Son producidas por agentes externos, como un cuchillo o agentes internos como un hueso fracturado; pueden ser abiertas o cerradas, leves o complicadas.

COMERI
HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA

20. APLICACIÓN DE NEBULIZACIONES

1.0 Propósito

1.1.- Unificar criterios de actuación y manejo del paciente para administrar un fármaco y/o con solución salina mediante vaporización con oxígeno para humidificar el aire, lograr la evacuación de secreciones con fines terapéuticos, a través de la vía respiratoria.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 aplicación de nebulizaciones

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la aplicación de nebulizaciones.

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

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Valorar y ejecutar los correctos como son:

- Paciente correcto
- Antecedentes de alergia
- Medicamento correcto
- Caducidad del medicamento
- Dosis correcta
- Hora correcta
- Registro de la administración del medicamento, en la hoja de enfermería

3.7 Equipo y material

- Fuente de Oxigeno
- Humidificador
- Conexión de Oxigeno
- Flujometro
- Charola para material
- Equipo de micro nebulización con mascarilla
- Solución fisiológica
- Jeringa de 3 o 5 cc.
- Medicamento indicado.
- Hoja de enfermería

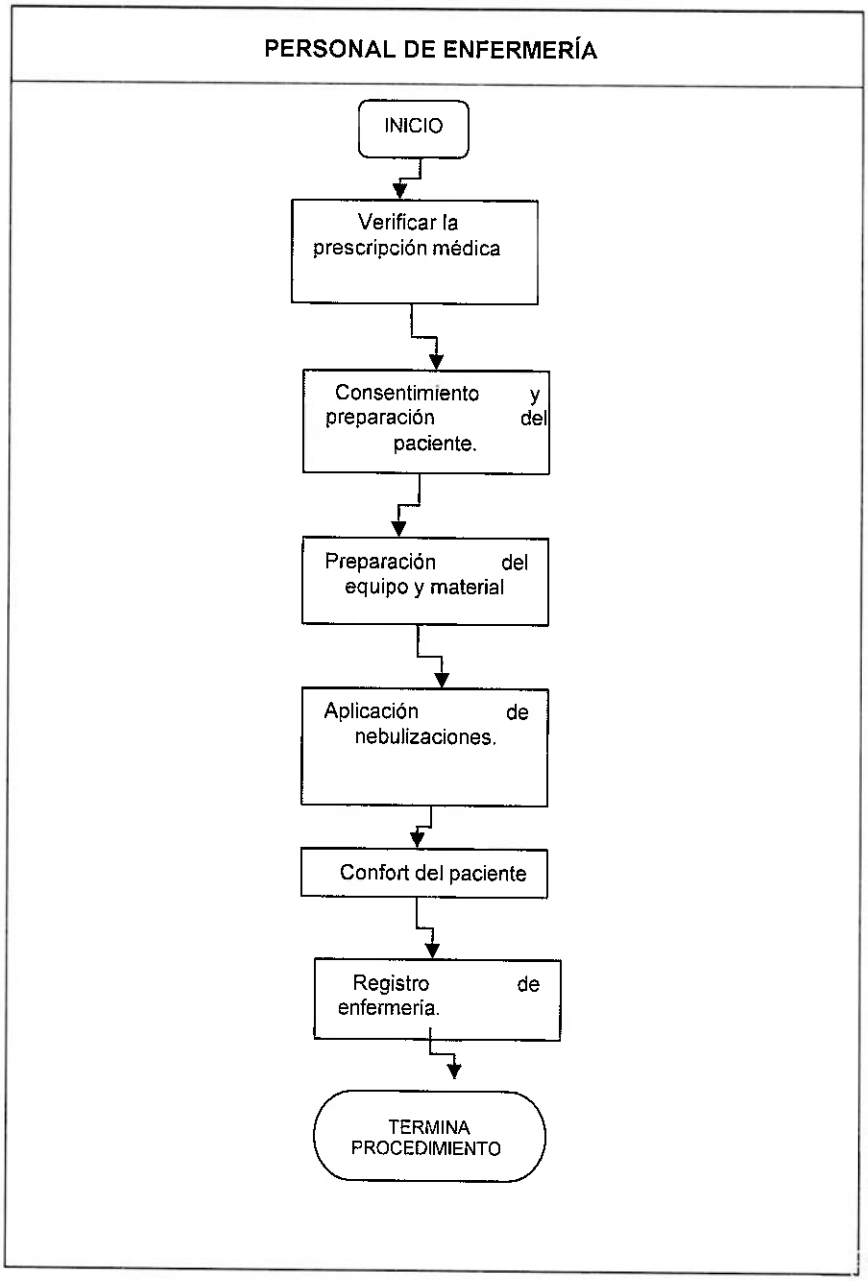
COMEFI

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0.-Verificar prescripción médica	1.1.-Revisarlaindicaciónparaaplicaciónde nebulizaciones.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	2.1.-Corroborarlaidentificacióncorrectadel paciente. 2.2.-Explicarle al paciente en qué consistirá el procedimiento, 2.3.-ColocaralpacienteenposicióndeFowlero semiFowler valorando estado hemodinámico.	Enfermería
3.0.-Preparacióndel equipo y material	3.1.-Lavadoclínicodemanos 3.2.-Se reúne el equipo y material previamente mencionado, trasladándose a la unidad del paciente. 3.3.-Verificarelfuncionamientodelafuentede oxígeno y del equipo.	Enfermería
4.0.-Aplicaciónde nebulizaciones	4.1.-Cargarenmedicamentoindicadoy/o solución salina en la jeringa. 4.2.-Colocar el medicamento indicado y/o solución salina en el micro nebulizador. 4.3.-Ajustarelmicronebulizadoralafuentede oxígeno, verificar el flujo de manera que se forme una nube de aerosol. 4.4.-Colocarelmicronebulizadoralpaciente, dejándolo hasta que se termine la solución. 4.5.-Retirar el micro nebulizador, mascarilla y cerrar el flujo de oxígeno. 4.6.-Desecharelmaterialutilizadodeacuerdoa la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.	Enfermería
5.0.-Confortdel paciente	5.1.-Colocar al paciente en una posición cómoda. 5.2.-Valorar estado hemodinámico.	Enfermería
6.0.-Registrode enfermería	6.1.-Reubicarelequipoymaterial 6.2.-Lavado clínico de manos 6.3.-Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería anotando las observaciones relevantes. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA
COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Nebulización. - Administrar un fármaco y/o con solución salina mediante vaporización con oxígeno para humidificar el aire, lograr la evacuación de secreciones con fines terapéuticos, a través de la vía respiratoria.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

21. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)

1.0 Propósito

1.1.- Unificar criterios de actuación y manejo del paciente para determinar la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha o de la vena cava para valorar el volumen sanguíneo circulante, evaluar la presión, la función auricular y ventricular derechas.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado

3.0 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 medición de PVC

3.3 Verificar la prescripción médica en el sistema y por escrito de la medición de PVC

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

3.5 Aplicación de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo

3.6 Equipo y material

- Equipo desechable de presión venosa.
- Manómetro (regla de medición)
- Solución fisiológica de 500 cc
- Llave de tres vías
- Tripie

COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.-Verificar Prescripción médica	1.1.-Revisar la indicación para la medición de La PVC.	Enfermería
2.0.-Consentimiento y preparación del paciente	Disponer de un catéter canalizado a través de una vena basílica o yugular externa hacia la vena cava o hacia la aurícula derecha. Explicar al paciente el procedimiento a realizar. Colocar al paciente en posición de cúbito supino.	Enfermería
3.0.-Preparacióndel equipo y material	3.1.-Lavado clínico de manos 3.2.-Verificar el funcionamiento del equipo de PVC. 3.3.-Conectar el equipo de PVC a una solución fisiológica de 500 cc. 3.4.-Purgar el equipo y conectar al CVC	Enfermería
4.0.-Mediciónde la PVC	Llenar el manómetro hasta 28-30cm, girando la llave de tres vías de la solución al manómetro 4.2.-La escala cero en cm del manómetro, debe estar en la línea media axilar, cuarto espacio intercostal a nivel de la aurícula derecha Girar la llave de tres vías de forma que se abra la conexión entre el manómetro y el catéter (o paciente) Observar el descenso del líquido en el manómetro que descenderá fluctuando u oscilando con las respiraciones del paciente. Una vez estabilizado o que se detiene la fluctuación del líquido, realizar la lectura de la columna de agua (PVC) al final de la espiración. Cerrar la llave de tres vías. 4.8.- Desechar el material utilizado de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.	Enfermería
5.0.-Confort del paciente	5.1.-Colocar al paciente en una posición cómoda 5.2.-Valorar estado hemodinámico.	Enfermería
6.0.- Registro de enfermería	5.1.-Reubicar el equipo y material 5.2.-Lavado clínico de manos 5.3.-Registrar e informar la cifra de PVC en la hoja de enfermería. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

5.0 Diagrama de flujo

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-SSA1-2002	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Presión Venosa Central. - La presión venosa central (PVC) se corresponde con la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha y la vena cava, estando determinada por el volumen de sangre, volemia, estado de la bomba muscular cardiaca y el tono muscular. Los valores normales son de 0 a 5 cm de H2O en aurícula derecha y de 6 a 12 cm de H2O en vena cava.

COMERI

22. HIGIENE CORPORAL BAÑO DE ESPONJA

1.0 Propósito

1.1.- Promover y mantener hábitos de higiene personal, observando cualquier signo patológico en la piel y estado general del paciente garantizando al paciente una atención óptima, segura, con calidad y con el mínimo de riesgos hospitalarios que le permitan estar cómodo al paciente durante su hospitalización.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, al profesional de enfermería de pregrado y posgrado.

3.0 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 higiene corporal

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

3.4 Equipo y material

- Equipo específico para el baño
- Jabón neutro o con humectante
- Shampoo

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.- Consentimiento y preparación del usuario	Explicar al paciente el procedimiento a realizar y la importancia de su cooperación Colocar al paciente en posición decúbito dorsal.	Enfermería
3.0.-Preparación del equipo y material	3.1.-Lavado clínico de manos 3.2.-Colocar en mesa pasteur el material en el orden que se va a utilizar 3.3.-Cierre las persianas	Enfermería
4.0.-Ejecución del baño de esponja	4.1.-Coloquese cubrebocas, guantes y bata 4.2.-Afloje la ropa de la cama y retire la sabana superior del cuerpo del paciente 4.4.-Coloque una toalla y palangana debajo de la cabeza del usuario 4.5.-Realiza el lavado del cabello, dando masajes al cuero cabelludo, enjuague, retire la palangana y seque el cabello con la toalla que coloco debajo 4.6.-Humedezcalaesponjaoelapósitoyrealicelahigiene de la cara, iniciando con los ojos del ángulo interno al externo, frente, mejillas, mentón, pabellones auriculares y termine secando la cara 4.7.-Baje la bata hasta la cresta iliaca enjabone, enjuaguen y seque cuello, hombros, tórax anterior y miembros superiores (muñeca, antebrazo, brazo y axila), introduzca la mano en agua limpia, enjabónela y seque la piel 4.8.-Cambie el agua y continúe enjabonando abdomen, miembros inferiores y genitales, enjuague, seque y tire el agua así como el apósito o cambie de esponja 4.9.-Coloque al paciente en decúbito lateral procurando su intimidad y continúe con espalda de arriba asía abajo, glúteos, recto, enjuague y seque. 4.10.-Ejecute el tendido de cama ocupada, sujetando la sabana de la parte superior e inferior	Enfermería
5.0.Confort del usuario	5.1.-Coloque al usuario una bata limpia 5.2.- Lubrique la piel 5.3.-Coloque una toalla en la almohada del paciente y proceda a peinarlo	Enfermería
6.0.-Reubicación del material y registro de enfermería	6.1.-Ordene la habitación o el entorno del paciente 6.2.- Reubique en su lugar el material para su desinfección o proceso 6.3.-Realice el registro de la valoración de la integridad de la piel **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMEB

5.0 Diagrama de flujo

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Baño Paciente en Cama. - Limpieza del cuerpo con agua y con jabón cuando el paciente está incapacitado de hacerlo por sí mismo o tiene contraindicado levantarse de su cama.

COMERI

23. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

1.0 Propósito

1.1.- Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados y de alto riesgo, durante los procesos de atención médica y quirúrgica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria (HAREV)

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico y de enfermería que otorga servicios en el HRAEV. Al profesional de enfermería del área y al profesional de enfermería encargado de la gestión del cuidado, calidad y seguridad del paciente

2.2 A nivel externo, como documento orientador a para el médico y profesional de enfermería de pregrado y posgrado.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos Sobre mejorar la seguridad de los medicamentos

3.1 los electrolitos concentrados se resguardarán bajo llave y debidamente identificados (nombre del medicamento, fecha de caducidad y un color). Así mismo los contenedores tendrán una etiqueta que diga "MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO".

3.2 Los medicamentos de alto riesgo llevaran etiqueta circular roja

3.3 El personal de enfermería deberá preparar los medicamentos y las soluciones parenterales con electrolitos concentrados en el área específica y exclusiva para este procedimiento.

3.3 Los electrolitos concentrados y medicamentos de alto riesgo deberán estar ubicados en áreas separadas de las destinadas a medicamentos generales.

3.4 Toda indicación que involucre la prescripción de medicamentos de alto riesgo, deberá ser firmada por el médico que ordena.

3.5 Posterior a la preparación de la solución de electrolitos, el personal de enfermería realizará una verificación que contendrá: identificación correcta del paciente, prescripción del médico (concentración máxima y velocidad permitida de infusión) debidamente registrada en la indicación médica, etiquetado del medicamento correcto, dilución y cálculos de concentración, velocidad de la infusión y caducidades correctas.

3.7 Está prohibida la administración de cualquier medicación, electrolitos concentrados o soluciones caducados.

3.8 Antes de la preparación y/o administración de electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes, cito tóxicos y radiofármacos el personal de enfermería

llevará a cabo la doble verificación o "doble chequeo", como estrategia para prevenir errores en la medicación.

3.9 Los medicamentos de alto riesgo como los cito tóxicos y medicamentos radioactivos, deberán ser etiquetados con al menos los siguientes datos: nombre del medicamento, dosis, vía de administración, dilución, fecha de preparación y caducidad. En el caso de medicamentos multi dosis como insulina y anticoagulantes o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración deberán ser etiquetados con la fecha y hora de apertura.

3.10 Los medicamentos de multi dosis deberán ser utilizados hasta 7 días después de su apertura.

3.11 El personal de enfermería utilizara la red fría para los medicamentos que por su estado sean necesario refrigerarse, llevando un control de 24 horas y un formato de registro semanal.

3.12 El membrete de los electrolitos concentrados, insulinas, y anticoagulantes será de color morado y contendrá la descripción de la concentración.

3.13 Para la administración de electrolitos concentrados y medicamentos de alto riesgo utilizara y respetara los siete correctos:

- Identificación correcta del paciente (apellido paterno, apellido materno y
- nombre(s)
- Medicamento prescrito
- Caducidad
- Hora y frecuencia de administración
- Dosis prescrita
- Vía de administración prescrita
- Velocidad de infusión

3.14 El personal de enfermería vigilará y controlará la administración de las soluciones concentradas de electrolitos.

3.15 El hospital asegurará tener personal capacitado en el manejo de los electrolitos concentrados a través de las evaluaciones y supervisiones continuas (las 24 horas todos los días)

3.16 El jefe del servicio será responsable de guarda y custodia, así como surtir los medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados. De igual manera realizara todos
los días la evaluación y supervisión de las medidas de seguridad para la administración de medicamentos de alto riesgo.

3.17 Los servicios de hospitalización y áreas afines, no contaran con electrolitos concentrados
Disponibles en las áreas, en caso de requerirse, deberán ser requisitados en farmacia.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

3.18 Únicamente podrán estar disponibles los electrolitos concentrados en los servicios de:

a. Admisión Continua
b. Unidad de cuidados intensivos adultos
c. Unidad de cuidados intensivos pediátricos
d. Toco cirugía
e. Quirófano
f. Hemodiálisis
g. Hemodinamia
h. Carros rojo

COMFRI

4.0 Descripción del procedimiento

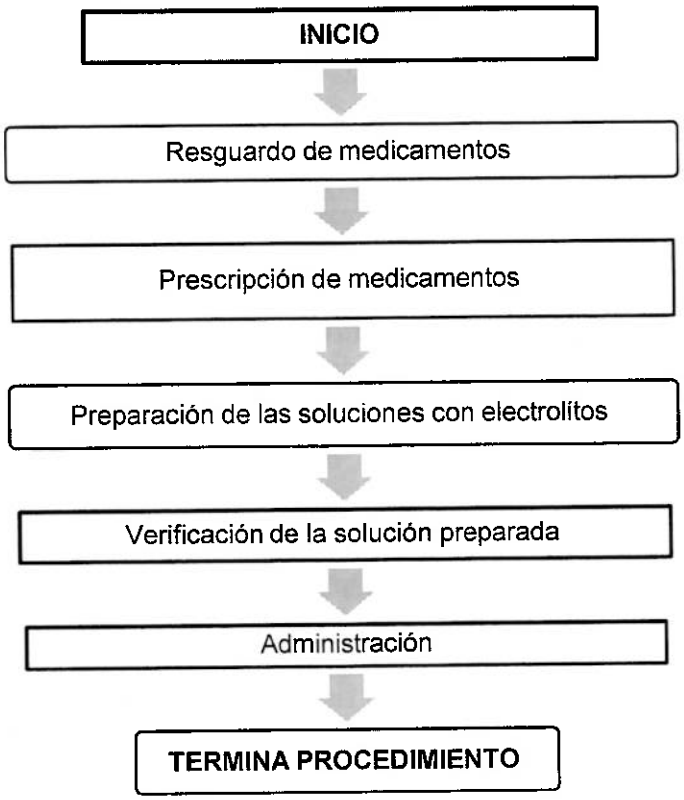
SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0.- Resguardo de medicamentos (electrolitos concentrados)	Resguarda bajo llave los electrolitos concentrados. Identifica correctamente los electrolitos concentrados (nombre, fecha de caducidad y color)	Jefe de servicio de Enfermería
2.0.- Prescripción Médica	2.1.- Registra las indicaciones en la hoja correspondiente, estipulando de manera legible: • Identificadores del paciente • Nombre de los medicamentos, soluciones y electrolitos concentrados. • Dosis, vía de administración, velocidad de infusión. • Concentración/Dilución requerida • Nombre del médico y firma	Personal médico
3.0.- Preparación de las soluciones con electrolitos	3.1.- Diluye las soluciones con electrolitos concentrados en el área exclusiva para ello: • Identificadores del paciente • Indicaciones medicas • Nombre del electrolito concentrado • Fecha de caducidad	Personal de Enfermería
4.0.- Verificación de la solución preparada.	4.1.-Rectifica la solución preparada con la prescripción médica y el membrete. • Indicaciones medicas • Membrete ¿Detecta fallas o cuasi fallas? NO: continua y el procedimiento. SI: regresa al paso 3.1	Personal de Enfermería

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

5.0.- Administración de medicamentos	5.1.-Respeta los 7 correctos. • Identificación del paciente • Medicamento prescrito • Caducidad • Hora y frecuencia de la administración prescrita • Dosis prescrita • Vía de administración • Velocidad de infusión 5.2.-Programa y activa la bomba de infusión, con los parámetros indicados.	Enfermería
6.0.- supervisión, control y registro de enfermería.	6.1.- Supervisa de manera física y documenta el proceso. ¿Eventos adversos o centinelas? 6.1.1.- NO: entonces continuo proceso hasta finalizar la administración. 6.1.2.-SI: Suspende la administración, registra y notifica al médico y al sistema de registro de eventos centinela, de acuerdo a las políticas y procedimientos establecidos. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Jefa del área, Supervisora de enfermería líder de la meta

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMPI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM.-072-SSA1-2012 2	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de enfermería	3	Enfermería	No aplica

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

24. DESINFECCIÓN DE LAS HOJAS Y MANGO DE LARINGOSCOPIO

1.0 Propósito

1.1 Estandarizar la desinfección (limpieza, desinfección) del mango de laringoscopio, eliminando la materia orgánica para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno: las coordinaciones de enfermería, personal responsable en atención ambulatoria y/o hospitalaria, ejecutan las acciones en las aéreas de competencia de enfermería.

2.2 A nivel externo: No aplica

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 La enfermera coordinadora del servicio a, a través del enfermero responsable (verifican) la limpieza y desinfección del mango de laringoscopio, valorando el tipo de desinfección (alto nivel) a realizar en utilización exclusiva a pacientes con evento respiratorio.

3.2 El enfermero de turno, a través del enfermero coordinador de servicio, verifica el apego en el proceso de limpieza y desinfección del mango de laringoscopio así como su resguardo y la utilización exclusiva a pacientes con evento respiratorio.

3.3 El enfermero de turno, a través del enfermero coordinador de servicio, verifica que la limpieza y desinfección se lleve a cabo después de cada evento e intubación.

3.4 El enfermero de turno, a través del enfermero coordinador de servicio, verifica que se lleve a cabo el PROCESO DE SANITIZACION (LIMPIEZA Y DESINFECCION) oportuno para la utilización futura, así mismo que permanezca la hoja de laringoscopio en el carro de RCP los 365 días del año.

3.5 El enfermero de turno, a través del enfermero coordinador de servicio, verifica que se haya realizado la gestión necesaria en el caso de existir faltantes de insumos para el proceso de desinfección no por más de una hora, así como se deberá firmar de enterados para su seguimiento urgente.

3.6 El enfermero de turno, a través del enfermero coordinador de servicio, se realizará verificación interna mensual en los primeros 5 días de cada mes, con la finalidad de constatar que el mango de laringoscopio se encuentre desinfectado, se mantenga en el segundo cajón de carro de RCP.

3.7 La recepción y la sanitizacion del mango de laringoscopio deberá realizarse en el area a la cual pertenece el equipo.

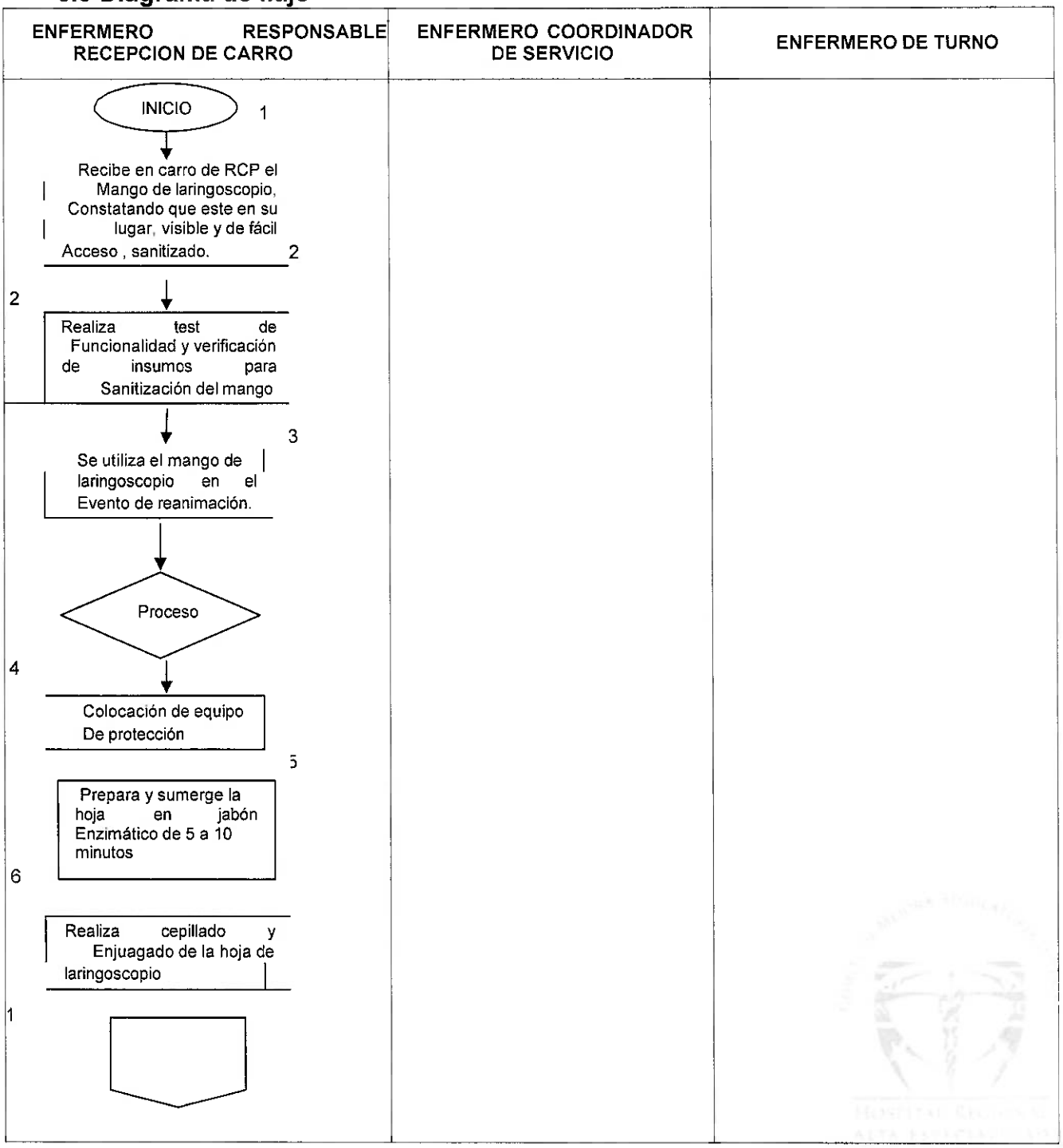
3.8 El enfermero de turno, a través del enfermero coordinador de servicio, verificaran que se haya realizado el registro del proceso de sanitización den la bitácora.

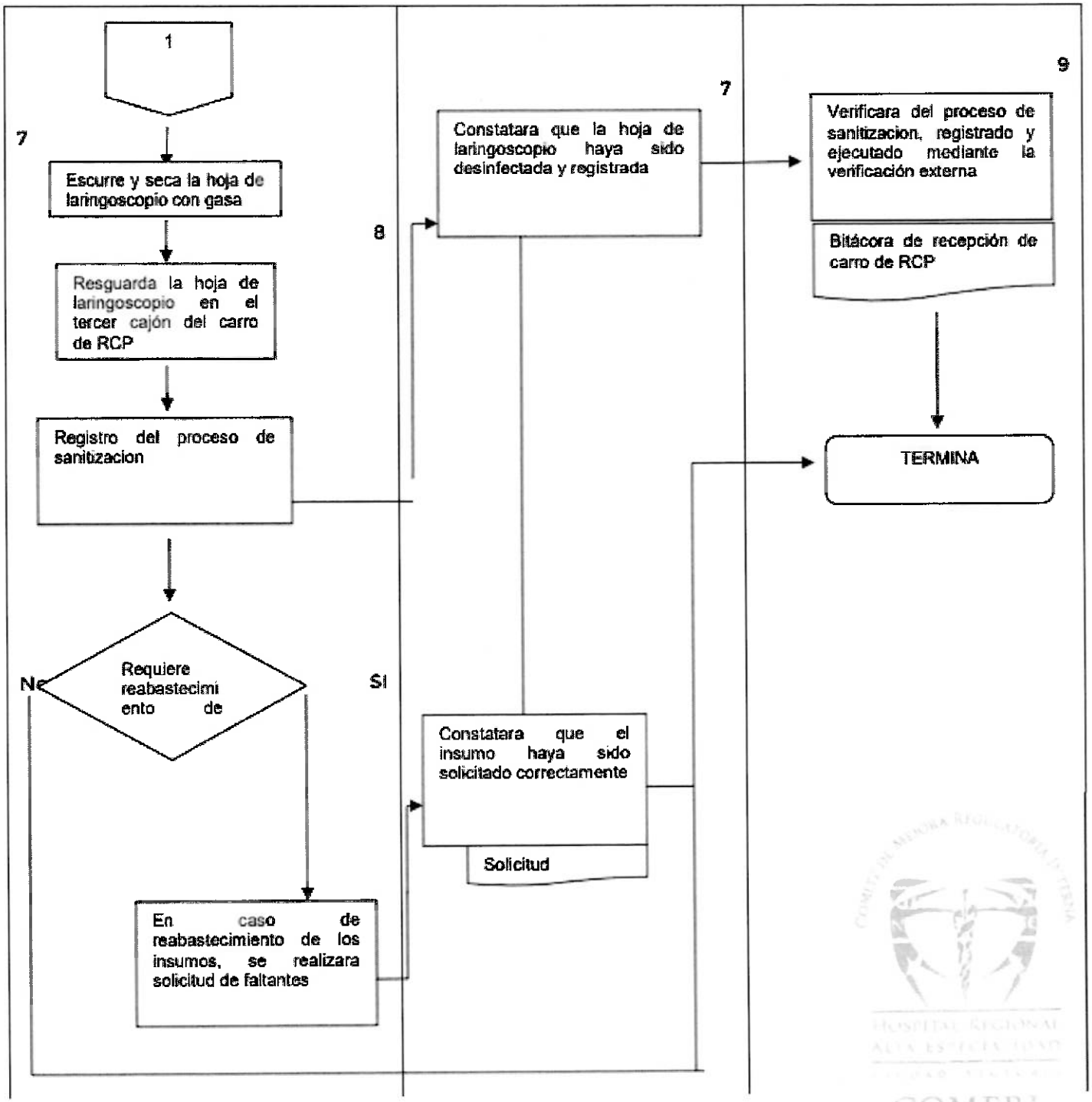
4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Sanitizacion (limpieza y desinfección del mango de laringoscopio.	la realización de la sanitizacion del mango de laringoscopio se deberá llevar a cabo en el área a la cual pertenece. El enfermero responsable coloca equipo de protección personal: cubrebocas, guantes. Prepara la solución desinfectante clorhexidina mesa pasteur Toma una gasa empapada de clorhexidina Realiza de forma descendente con movimientos circulares desinfección de mango de laringoscopio.	Enfermero responsable del paciente que presento evento
2.0 Verificación de sanitizacion de mango	Constatar que el mango de laringoscopio este limpio y desinfectado en el lugar correcto (Tercer cajón de carro de RCP) La verificación externa del proceso de sanitizacion será registrada en la bitácora de recepción de carro de RCP	Enfermero responsable de recepcionar carro de RCP Enfermero coordinador del servicio
3.0 Resguardo	El mango de laringoscopio será resguardado en el tercer cajón del carro de reanimación cardio-pulomonar. La verificación del correcto resguardo del mango de laringoscopio será realizada de manera diaria por turno todos los días. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermero responsable de recepcionar caro de RCP Enfermero encargado del servicio

COMERI

5.0 Diagrama de flujo




1
7
Escurre y seca la hoja de laringoscopio con gasa
Resguarda la hoja de laringoscopio en el tercer cajón del carro de RCP
Registro del proceso de sanitizacion
Requiere reabastecimiento de
NO
SI
En caso de reabastecimiento de los insumos, se realizara solicitud de faltantes
8
Constatara que el insumo haya sido solicitado correctamente
Solicitud
7
Constatara que la hoja de laringoscopio haya sido desinfectada y registrada
9
Verificara del proceso de sanitizacion, registrado y ejecutado mediante la verificación externa
Bitácora de recepción de carro de RCP
TERMINA

COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
7.1 manual de procedimientos de recepción-entrega De carro de RCP	2 años	Departamento de enfermería en atención hospitalaria Y ambulatoria	N/A
7.2 Bitácora de recepción de carro de RCP	1 año	Departamento de enfermería en Atención hospitalaria y ambulatoria	N/A
Bitácora de registro de sanitizacion	1 año	Departamento de enfermería en Atención hospitalaria y ambulatoria	N/A

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD COMERI

25. ANTIDERRAMES Y EXPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS CITOTÓXICOS

1.0 Propósito

Contar con un protocolo con el manejo detallado del manejo de citotóxicos ante un derrame accidental en las aéreas hospitalarias, en la atención al paciente oncológico.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno es aplicable a todas las áreas con manejo de pacientes oncológicos con aplicación de quimioterapias. Al personal de farmacia encargado de almacenar medicamentos citotóxicos, y al personal encargado de trasladar estos medicamentos.

2.2 A estudiantes y pasantes de enfermería y medicina.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 El personal implicado en el manejo de este tipo de medicamentos, tiene la responsabilidad de aprender y poner en práctica el protocolo de actuación ante un derrame.

3.2 Las áreas que manejan medicamentos citotóxicos, y en las que se apliquen quimioterapias deberán contar con un equipo para el manejo de derrames.

3.3 Todo el personal que de atención al paciente oncológico debe conocer el lugar específico donde se encuentre localizado el equipo para derrames.

3.4 Aplicación de la NOM-045-SSA2-2004, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F. 20/11/2009

3.5 Aplicación de la NOM-022-SSA3-2012, que sustituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el D.O.F. 18/09/2012.

3.6 Aplicación de NOM-0870ECOL0SSA1-2002. Protección ambiental, Residuos peligrosos biológicos, infecciones- clasificación y especificación de manejo, publicado en el D.O.F. 2003.

3.7 el equipo para el manejo de derrames deberá ser revisado y de ser necesario surtir después de cada uso.

3.8 Equipo y Material necesario

3.8.1 equipo de protección personal

- Bata protectora impermeable
- Dos pares de guantes de látex o uno de nitrilo
- Botas quirúrgicas
- Gorro
- Gafas protectoras
- Mascarilla de protección respiratoria con filtros.

3.8.2 Material de limpieza

- Paños absorbentes
- Contenedor rígido y bolsas resistentes
- Pinzas

COMERI

- Escobilla y recogedor pequeño
- Polvo absorbente para sustancias químicas (bicarbonato de sodio)
- Señalización de peligro.

4.0 Descripción del procedimiento

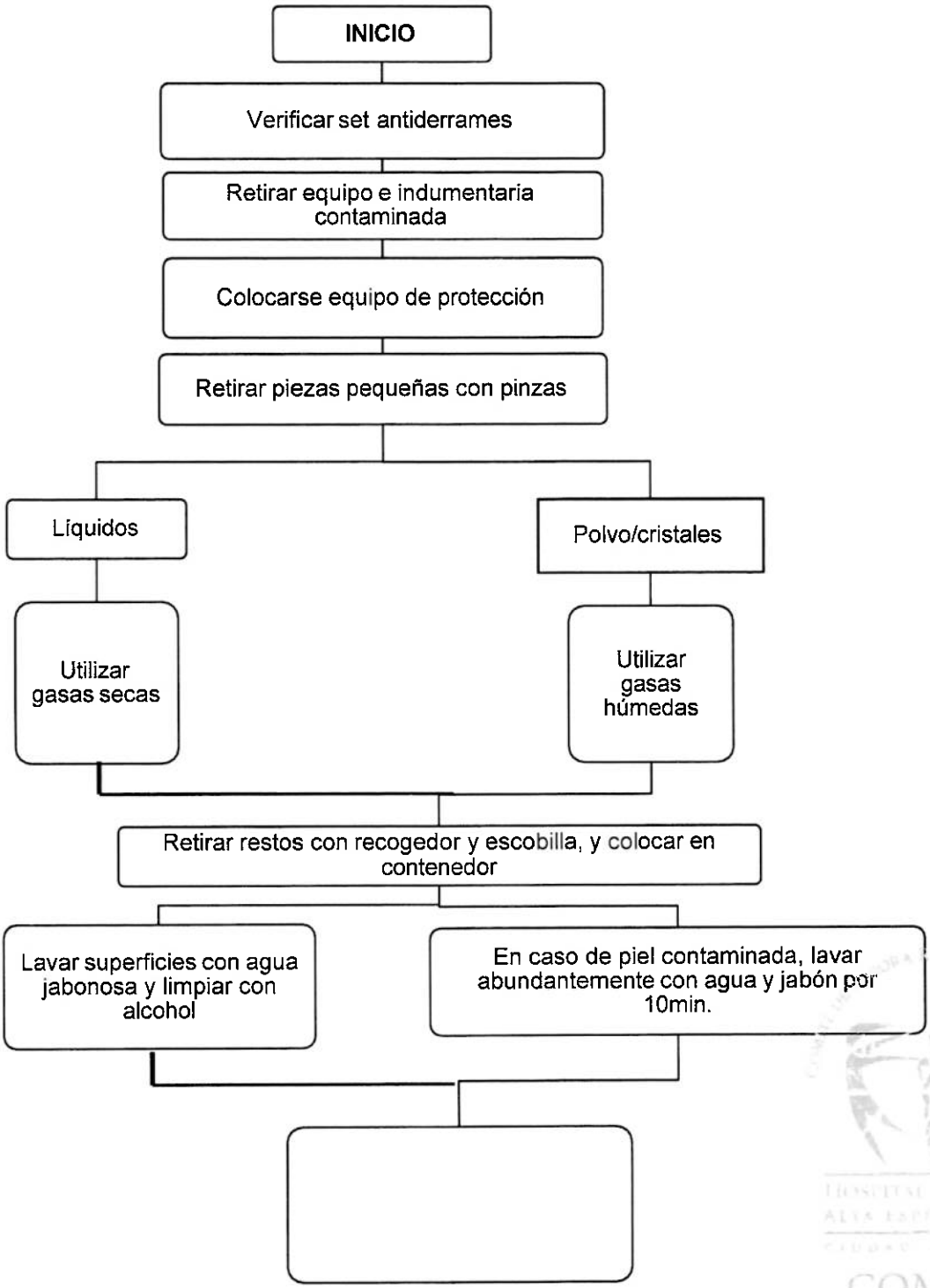
SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0 Contar con material necesario	Revisión de kit para derrames. Verificar que se cuente con todo el material y equipo necesario.	Personal del área Encargado del área
2.0 Actuación ante el derrame: dentro de la campana laminar.	2.1 Mantener conectado el flujo 2.1 Retira todo el equipo de protección que se haya contaminado 2.1 Incorporar el equipo de protección individual del equipo de derrames. 2.1 Eliminar el derrame sin aumentar la superficie contaminada.- líquidos: usar gasas secas. Polvo y/o pequeños cristales: usar gasas húmedas. 2.1 retirar la superficie de trabajo de la cabina para acceder al fondo. 2.1 Limpiar con agua jabonosa todas las superficies, de menor a mayor contaminación tres veces y aclarar finalmente con agua. 2.1 Limpiar con alcohol todas las superficies. 2.1 desechar los residuos e indumentaria en el contenedor especifico (amarillo) rotulado. 2.1 comunicar incidencia al responsable del área o servicio. 2.1 Registrar exposición en la bitácora de exposición.	Personal responsable del área.
3.0 Actuación ante el derrame: fuera de la campana laminar.	Aislar la zona afectada y señalizarla Abrir equipo anti derrames Colocarse el equipo de protección individual Retirar cristales con pinzas, si los hay. Eliminar el derrame Líquidos: usar paños absorbentes, o bien, polvo absorbente para sustancias químicas. Solido: (polvo) usar gasas húmedas (nunca utilizar el recogedor y escobilla directamente porque favorece la formación de partículas en suspensión. Levantar los residuos con el recogedor y	Personal a cargo del procedimiento donde se llevó a cabo el derrame: enfermería, farmacia

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

	La escobilla. Retirar la indumentaria Desechar los residuos y la indumentaria en un contenedor específico (amarillo) rotulado. Limpiar la zona afectada con agua jabonosa (3veces) y finalizar con un aclarado con agua. Registrar la exposición en la bitácora.	
4.0 Actuación ante una exposición accidental del manipulador	Quitar los guantes y toda la ropa contaminada y desecharla como residuos citotoxicos. Lavar zona afectada: Pielintacta:lavarconaguayjabóndurante10 minutos. Ojos y mucosas: lavar con agua abundante durante 10 minutos después irrigar suero fisiológico mínimo 5 minutos. Los usuarios con lentes deberán retirarlos previamente al lavado ocular. Finalmente acudir al oftalmólogo. Exposición por corte con aguja o cristal: lavar con agua y jabón durante 10 minutos: aplicar alcohol sobre la herida y finalmente buscar atención médica de urgencia. **TERMINAPROCEDIMIENTO**	Enfermero responsable/personal afectado

COMPRI

5.0 Diagrama de flujo



COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplica)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud.	POP-DDO-PO-005-02
NOM-045-SSA2-2004, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F.20/11/2009	NA
NOM-022-SSA3-2012, que sustituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el D.O.F.18/09/2012.	NA
NOM-0870ECOL0SSA1-2002. Protección ambiental, Residuos peligrosos biológicos, infecciones- clasificación y Especificación de manejo, publicado en el D.O.F.2003.	NA

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Bitácora de eventos	2años	Jefe de servicio	NA

COMERI

26. COLOCACIÓN Y RETIRO DE E.P.P

1.0 Propósito

1.1 Establecer los lineamientos generales para el uso óptimo del Equipo de Protección Personal (EPP), en las áreas de de atención al paciente con SARS CoV 2, considerando las recomendaciones de bioseguridad para SARS CoV 2 con el fin de disminuir el riesgo de contagio asociado a exposición laboral.

2.0 Alcance

2.1 De manera interna: el personal asignado a las aéreas que brindan atención a pacientes con SARS CoV 2, cuentan con una guía para el correcto uso del E.P.P.

3.0 De manera externa: NA

3.0 Políticas de operación, Normas y Lineamientos.

3.1 Mantener una dotación constante de todos los componentes del EPP en los tamaños y cantidades necesarias, según el servicio, el nivel de riesgo y el personal asignado.

3.2 Realizar capacitación teórica /práctica sobre las medidas de prevención y control, uso racional y correcto del EPP (previa evaluación de riesgos) y pasos para una apropiada colocación, retiro y desecho del EPP.

3.3 Tener en cuenta todos los factores institucionales como la disponibilidad, la capacitación y la supervisión, así como factores individuales, ya que el uso inadecuado puede representar riesgos a la salud del trabajador.

3.4 Capacitar y sensibilizar a todo el personal de salud involucrado en la atención de los pacientes (médico, enfermería, camillería, imagenología, laboratorio clínico, nutrición y dietología, dentistas, trabajo social, inhaloterapia, rehabilitación, psicología, administrativos, ingeniería biomédica, informática, lavandería, intendencia, vigilancia, mantenimiento y servicios generales, etc.) en la importancia de su uso y manejo de EPP, haciendo énfasis en que se requiere de una constante evaluación de riesgo de exposición por tipo de interacción con el paciente, procedimientos y áreas donde se generan aerosoles así como el modo de transmisión de la enfermedad.

3.5 Realizar supervisión sobre la colocación, uso y retiro adecuado del EPP y retroalimentación inmediata. Utilizar la lista de verificación para la colocación y retiro del EPP

3.6 Para material reutilizable tener protocolos definidos sobre su procesamiento para garantizar su uso seguro.

3.7 Realizar la valoración del personal de salud en caso de presentar sintomatología respiratoria conforme al algoritmo publicado por el sector salud. Es importante recordar al personal que durante un escenario de transmisión comunitaria existe

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

riesgo de contagio aun fuera de la unidad de atención donde laboren por lo que se deberán mantener en todo momento las medidas de prevención de infecciones.
3.8 Delimitar y señalizar las áreas para la colocación y retiro del EPP. Recordar que uno de los principales riesgos de contaminación para el personal de Salud ocurre durante su retiro.
3.9 Delimitar y señalizar las áreas y flujos para la atención de pacientes sospechosos confirmados de COVID 19, así como rutas de traslado de pacientes y de tránsito del personal, lo que permitirá conocer el tipo de EPP que se requiere en cada zona.
3.10 Restringir el acceso de los trabajadores de la salud a las habitaciones de Pacientes con COVID19 si no están involucrados en su cuidado directo.
3.11 Considerar la agrupación y priorización de actividades para minimizar la cantidad de veces que se ingresa a una habitación (por ejemplo, tomar signos vitales durante la administración de medicamentos o proporcionar alimentos por trabajadores de la salud mientras se realizan otros cuidados)
3.12 Restringir las visitas a los pacientes con COVID19.
3.13 Equipo y material

- Cubrebocas quirúrgico triple capa
- Respirador N95, o equivalente*
- Protección ocular (GOOGLES)
- Careta
- Gorro desechable (opcional)
- Bata de manga larga impermeable desechable o de algodón
- Overol (Su utilización de manera institucional en HRAEV para mayor protección)
- Guantes (látex o nitrilo) desechables.
- En caso de realizar procedimientos estériles (ej. colocación de catéter central utilizar batas y guantes estériles)

COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

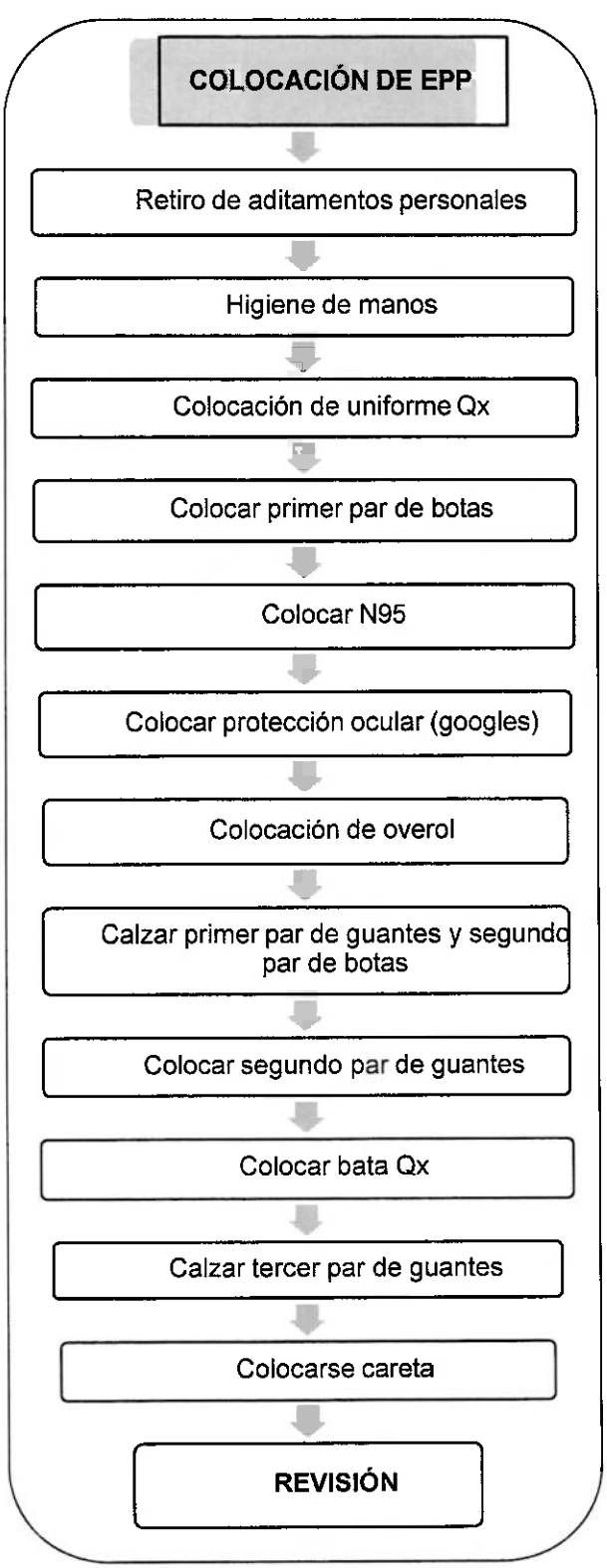
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0Verificarmaterial	1.1Verificarexistenciade de todo el material necesario, en todos los turnos.	Enfermera coordinadora de servicio/Supervisora de Enfermería
2.0 Colocación de EPP	Retiro de todos los aditamentos personales (joyas, reloj, teléfono celular, bolígrafos, otros.) Realizar higiene de manos con agua y jabón o solución a base de alcohol gel >60% Colocación de uniforme quirúrgico, y gorro quirúrgico. Colocación de primer par de botas (que cubra uniforme quirúrgico por fuera) colocación de mascarilla N95 o equivalente: acomodarla a la cara, mentón, inhalar y exhalar fuerte para comprobar sello) colocación de GOOGLES (poner cinta en nariz para evitar empañamiento de los googles o jabón líquido en la pantalla del mismo por la parte interior, retirar en seco) Colocación de PRIMER PAR DE GUENTES quirúrgicos o de nitrilo (internos) colocación de traje de protección personal(OVEROL) Colocación de SEGUNDO PARDE GUANTES. Colocación de SEGUNDO PAR DE BOTAS Colocar BATA QUIRURGICA Colocar TERCER PARDE GUANTES, externos por encima de la bata, deben cubrir las muñecas Pantalla facial o CARETA si se tiene disponible. REVISIONDELEQUIPOCOMPLETO	Personal que ingresa al área de atención a pacientes con SARS CoV2

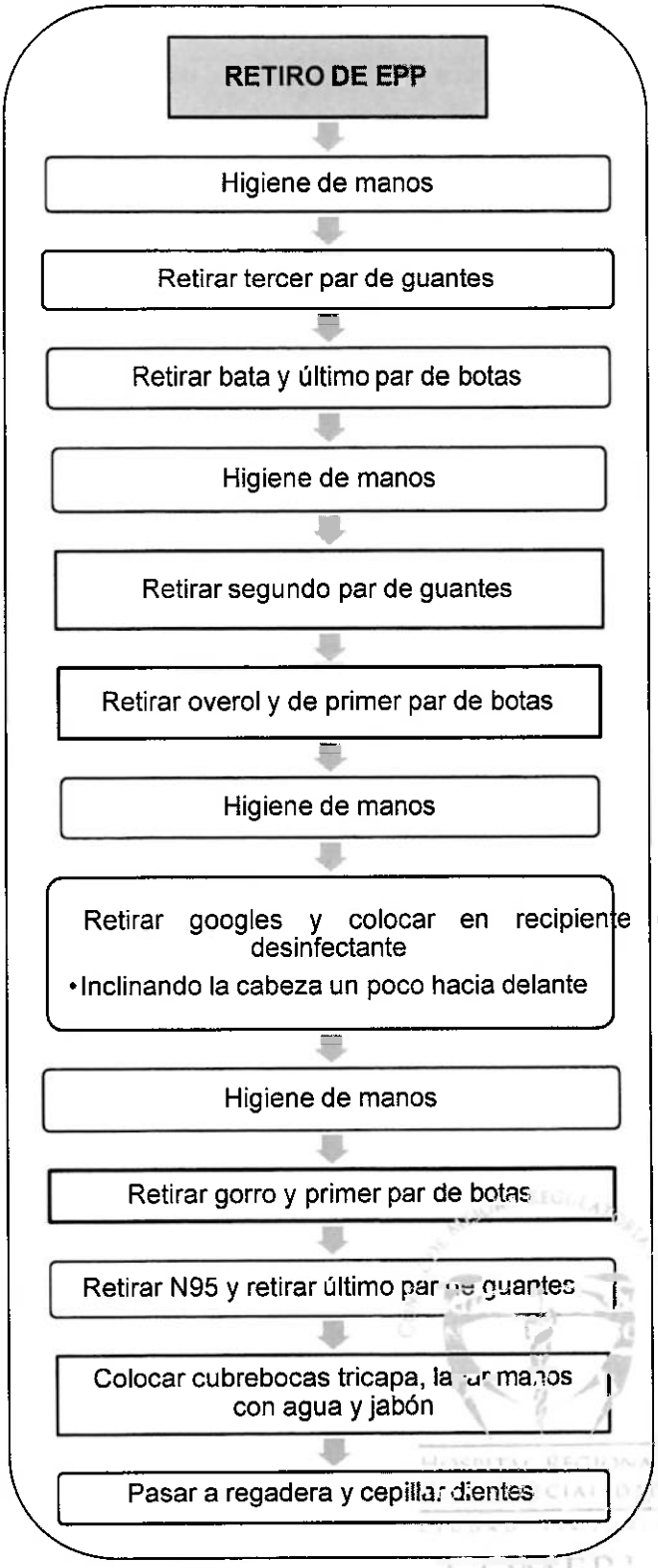
COMERI

3.0RetirodeEPP	Higiene de manos con solución alcoholada. Retirar tercer par de guantes Retirar bata y último par de botas Higiene de manos con solución alcoholada Retirar segundo par de guantes Retirar equipo de protección (overol) y retiro de primer par de botas Higiene de manos con solución alcoholada inclinar un poco la cabeza hacia adelante y retirar googles, y colocarlo en recipiente de desinfectado 3.8 Higiene de manos con solución alcoholada Retirar gorro Retirar primer par de botas Higiene de manos con solución alcoholada Inclinar la cabeza un poco hacia adelante y retirar N95 Higiene de manos con solución alcoholada Colocarse cubrebocas tricapa Higiene de manos con solución alcoholada Retiro de primer par de guantes lavado de manos con agua y jabón DESPUES DE ESTE PASO, PASAR A REGADERA **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

COMERI

5.0 Diagrama de flujo





Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19	No aplica

6.0 Documentos de referencia

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única

8.0 Glosario

8.1 EPP: El EPP se define como todo equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

COMFRI

27. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA PEF

1.0 Propósito

1.1 Contar con un protocolo establecido para proporcionar educación al paciente y familia, acorde al Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, es sus estándares para implementar el modelo en hospitales.

2.0 Alcance

2.1 De manera interna: El profesional de enfermería, pasantes y estudiantes, puede contar con una guía para la educación del paciente.

2.2 De manera externa: Paciente y su familia cuentan con educación para los cuidados de su paciente.

3.0 Políticas de operación, Normas y Lineamientos.

3.1 El proceso para educar al paciente y familia será definido por el HRAEV durante todas las fases de la atención.

3.1 El proceso educativo deberá iniciar con la identificación de las barreras para el aprendizaje de cada paciente y sus necesidades específicas en las primeras 24 horas de hospitalización.

3.2 La educación será basada en la condición clínica del paciente, a partir de la identificación que el personal involucrado en la atención del paciente considere necesario, tomando en cuenta los conocimientos y destrezas que el paciente y la familia necesitaran tomar las decisiones, así como participar y continuar con sus cuidados al egreso.

3.3 Educar al paciente hospitalizado y familia relacionados con, lavado de manos, prevención y riesgo de caídas, cuidados de heridas, uso seguro y efectivo de equipo médico, uso seguro y efectivo de los medicamentos que toma el paciente, dieta y nutrición, manejo del dolor, técnicas de rehabilitación, cuidados sondas y catéteres es responsabilidad del personal de enfermería, así como, de todo el equipo multidisciplinario.

3.4 El personal que participa en el proceso educativo debe procurar la utilización de un lenguaje claro y sencillo para facilitar la comprensión de la información

3.5 La Institución decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa futura, orientan y educan al paciente y su familiar sobre diferentes temas.

3.6 En los casos en que el paciente presente alguna barrera de comunicación, el proceso educativo debe dirigirse al familiar responsable, tutor, cuidador, etc.

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD
COMERI

3.8 Cuando el personal de salud lo considere pertinente, el proceso de educación debe incluir terceras personas, especialmente cuando se requiere de apoyo para el tratamiento y recuperación del paciente

3.7 La educación proporcionada a terceros debe registrarse en el Formato de Evaluación de la Educación al Paciente y su familia en el expediente electrónico, y físicamente registrarse en el formato de registros clínicos de enfermería.

3.8 El proceso educativo debe ser realizado por personal capacitado que reconoce la importancia y beneficios de proporcionar educación al paciente.

3.9 El profesional que otorga la capacitación debe contar con el conocimiento para ofrecer la información.

3.10 Material de apoyo

- Trípticos
- Carteles
- Folletos, etc.
- Registros

COMERI

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Identificar barreras de comunicación	Se presenta con el paciente y/o familiar, da la bienvenida e Identifica correctamente al paciente, corrobora que cuenten con documentación informativa de atención hospitalaria. Identifica si existe alguna barrera para la Comunicación con el paciente, con base a la valoración del Formato de Educación del Paciente y su Familia. Si Existe barrera: solicita traductor No: Continua proceso Realiza la inducción al ambiente hospitalario y registra en el formato Realiza la búsqueda intencionada de dudas o inquietudes por parte del Paciente o familiar.	Trabajo Social Enfermera encargada de orientar y educar/ o personal asignado
2.0 Identifica necesidades de educación	Informa sobre diagnostico Orienta sobre el entorno hospitalario	Medico/Enfermera que da educación/o personal asignado
3.0 Intervención educativa	Verifica la existencia de barreras de comunicación en el Formato de Educación al paciente Proporciona la educación al paciente y su familia	Enfermera que da educación/ personal asignado
4.0 Registro de la educación proporcionada	4.1Registraintervencióneducativa,de acuerdo a las perspectivas: organizacional, condición clínica del paciente y acorde al Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.	Enfermería, personal encargado de proporcionar educación.
5.0 Revaloración de necesidades especificas	5.1 Identifica cambios significativos en el estado de salud del paciente. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Enfermería, personal encargado de proporcionar educación.

COMERI

5.0 Diagrama de flujo

COMERI

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos	No aplica
Estándares para implementar en Hospitales 2015. Edición 2018, Consejo Nacional de Salubridad	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Formato de registros clínicos de enfermería	Indefinido	Archivo	No aplica
Expediente electrónico	Indefinido	T.I	No aplica

8.0 Glosario

8.1 La Educación para la Salud es un proceso de educación y de participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva.

COMERI

28. EGRESO DEL PACIENTE

1.0 Propósito

1.1 Contar con un protocolo para llevar a cabo el egreso de paciente de las áreas hospitalarias

2.0 Alcance

2.1 De manera interna: Personal de enfermería a cargo de paciente, trabajo social, camilleros, caja, área de referencia.

2.2 De manera externa: estudiantes de enfermería, pasantes de enfermería.

3.0. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Es responsabilidad del personal, llevar a cabo el egreso del paciente de acuerdo al protocolo establecido.

3.2 Aplicación de la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico

3.5 Aplicación de la NOM-024-SSA-2010. Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

3.3 En cuanto se dé el alta el paciente, el personal de enfermería iniciara el protocolo para el cierre cuenta del paciente.

3.4 Una vez cerrada la cuenta del paciente el personal de enfermería indicará al familiar del paciente la realización del trámite, en caso de no contar con familiar acompañante, se informará a T.S, para que informe a familia sobre trámite.

3.5 Al recibir la nota de salida del paciente, se indicará a paciente y familiar prepararse para su egreso.

3.6 el personal de enfermería solicitara camillero para egresar paciente.

3.7 Paciente será egresado por la salida de admisión hospitalaria.

3.8 En caso de egresar en camilla, el egreso será por admisión continua, área de ambulancias.

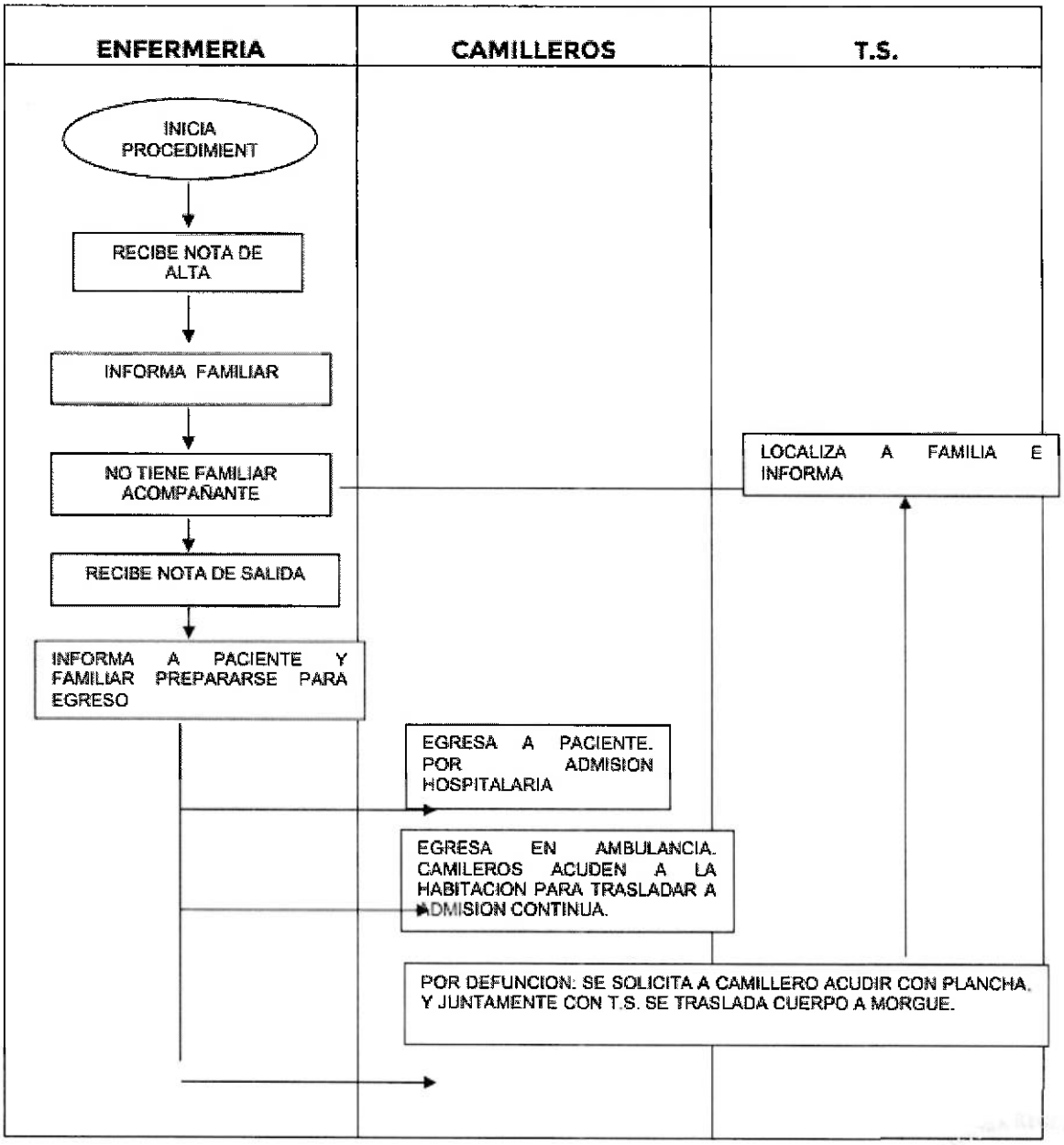
3.9 En caso de defunción el traslado será a la morgue por camillero y T.S.

4.0 Descripción del procedimiento

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0 Se recibe nota de alta.	Se informa a familiar que se ha recibido el alta y que se le informara cuando se cierre la cuenta. Se informa a T.S sobre alta del paciente Se cierra cuenta. Se informa a familiar, en caso de no contar con familiar acompañante se informa a T.S para que informe a familia sobre alta y se le indica los Pasos a seguir para que paciente pueda egresar.	Personal de enfermería
2.0 Se recibe hoja de alta.	Se recibe hoja de alta. Se indica a paciente/familiar prepararse para egreso. Se solicita camillero para egresar a paciente. Paciente egresa de área. Se egresa paciente en diario de egresos. Se cierra expediente Se archiva hoja de alta.	Personal de enfermería/T.S/ Camilleros
3.0 Egreso de paciente	Paciente egresa a domicilio por área de admisión hospitalaria, es recibido por familiar. Paciente egresa por Admisión Continua área de ambulancias: en caso de egresar en ambulancia, camilleros de ambulancia ingresan al área para trasladar paciente. Paciente que egresa por defunción: se solicita a personal de transporte interno acudir al área una vez preparado el cuerpo, se informa a T.S quien juntamente con camillero trasladan cuerpo a la morgue. Enfermera firma a T.S entrega de cuerpo. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Personal de enfermería/ camilleros/T.S

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA
COMERI

5.0 Diagrama de flujo



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código
Guía técnica para la elaboración de manuales de la secretaria de salud	No aplica
NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico	No aplica
NOM-024-SSA-2010. Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.	No aplica

7.0 Registros

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o Identificación única
Diario de ingresos y egresos	3 años	Jefe de servicio	No aplica

8.0 Glosario

8.1 Egreso: Es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento.

9.0 Cambios de esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	27 de marzo 2025	Actualización de formato, firmas y se agrega un procedimiento

COMERI