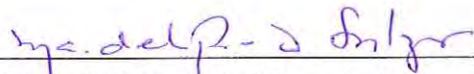
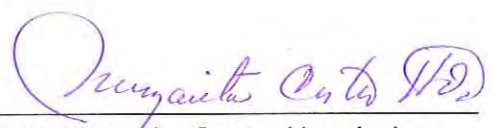


SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS


ELABORÓ:

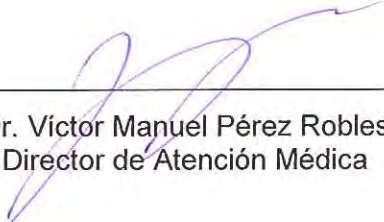

M.E. Angélica María Martínez Bernardo
Coordinadora Estatal de Calidad


M.P.A.S.S.P. María del Rosario Salazar
Hernández
Coordinadora Estatal de primer Nivel de Atención


L.E. Margarita Castro Hernández
Coordinadora Estatal de Insumos en Enfermería

REVISÓ:


Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería


Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:


Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015


APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Código: PR-DSSP-UJE-01
		Página: 3 de 7

APROBACIÓN EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para administrar medicamentos a los pacientes.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de Enfermería de los Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

- 3.1** Para su elaboración este procedimiento tomó como referencia el Requisito 7, subrequisito 7.1., incisos 7.2.1, 7.2.2. y 7.2.3. de la Norma Internacional ISO 9001:2008 (NMX-CC-9001-IMNC-2008) e IWA 1 (PROY-NMX-CC024-IMNC-2005). Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012 "Instituye condiciones para terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos".
- 3.2** NOM-036-SSA2-2012 "Prevención y Control de Enfermedades".
- 3.3** NOM-017-SSA2-2012 "Para la vigilancia Epidemiológica".
- 3.4** NOM-073-SSA-2005 "Estabilidad de Fármacos y Medicamentos".

4. Definiciones:

Campana de flujo laminar. Es una cabina que permite obtener una zona estéril, su función es asegurar la ausencia de contaminación del medicamento durante su preparación, proteger al operador, al medio ambiente y al paciente receptor del tratamiento.

Medicamento. Sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo y/o rehabilitatorio, que se presenta en forma farmacéutica y se identifica como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Administración de medicamento. Proceso mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente y es realizado por personal de salud capacitado para garantizar la seguridad de su tratamiento.

Dosis. Es el contenido del principio activo de un medicamento expresado en cantidad por unidad de toma, de volumen o peso en estrecha relación con la presentación que se suministrará de una sola vez.

Evento adverso. Es el incidente que ocurre como consecuencia del proceso de atención médica y que puede producir o no daño al paciente.

Caducidad. Es el tiempo estimado durante el cual el lote de producto permanece

 MORELOS PODER EJECUTIVO	Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Código: PR-DSSP-UEE-01
			Página: 4 de 7

dentro de las especificaciones si se conserva bajo condiciones de almacenamiento normal o particular. Este periodo no debe exceder de 5 años.

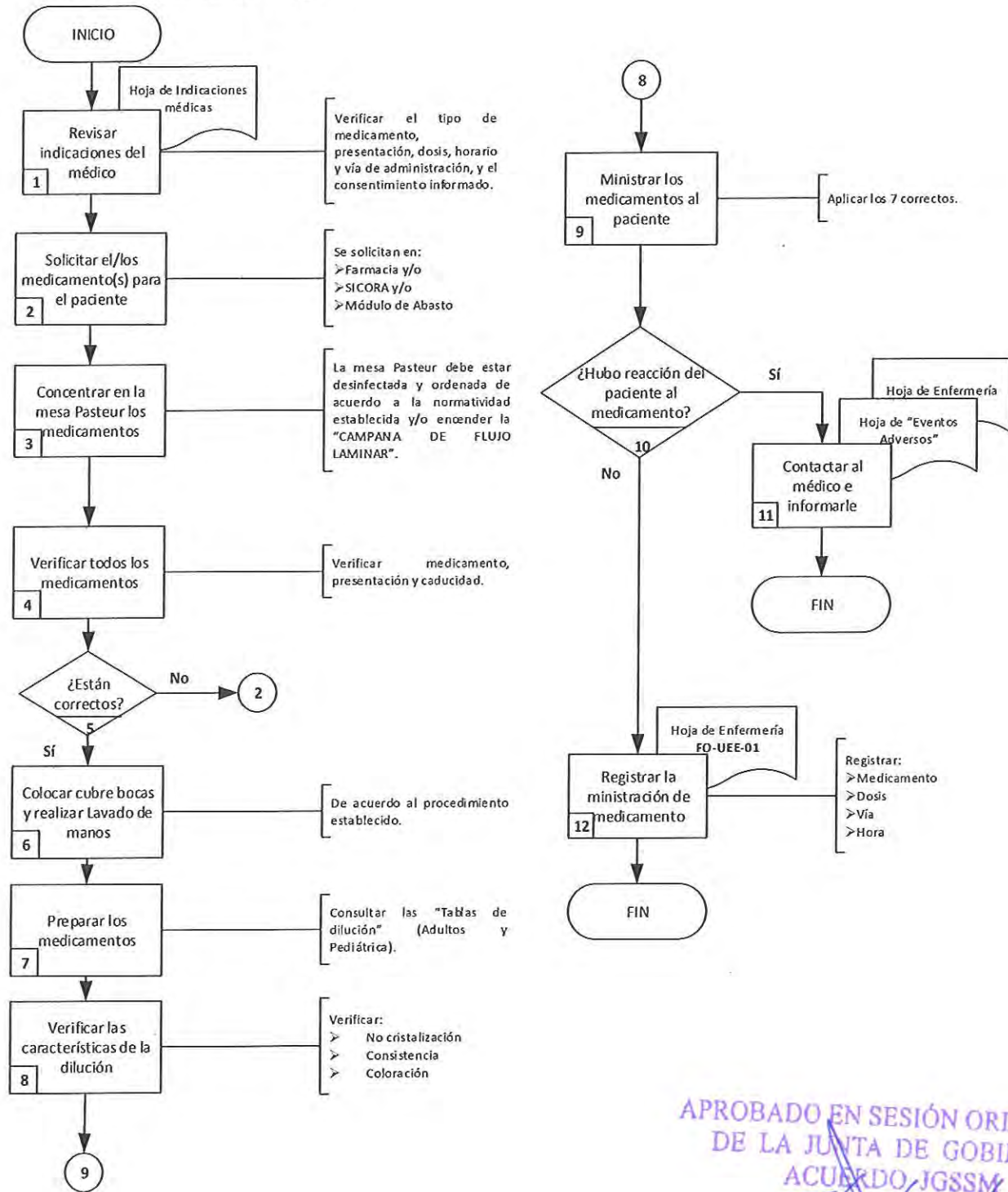
Dilución. Es la adición de una determinada cantidad de líquido a un medicamento, ya sea líquido o liofilizado.

Precipitación. La preparación de mezclas de fármacos puede presentar problemas como cambios físico- químicos que causen inestabilidad en la solución resultante, lo más frecuente es que haya un cambio en el ph de la mezcla y se precipite.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JOSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

5. Desarrollo:

5.1. Diagrama de Flujo



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA

5.2. Descripción de actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
1	Revisar las indicaciones médicas verificando el nombre del paciente, la fecha, medicamento, dosis, vía de administración y el consentimiento informado.	Enfermera (o) de turno	Hoja de indicaciones médicas
2	Solicitar al iniciar el turno las dosis de los medicamentos requeridos para el paciente al área que corresponda.	Enfermera (o) de turno	Recetario
3	Retirar las envolturas del medicamento y concentrarlos en la mesa pasteur y/o campana de flujo laminar, verificando nuevamente la caducidad del medicamento.	Enfermera (o) de turno	
4	Aplicar las medidas de seguridad verificando el medicamento, presentación y caducidad.	Enfermera (o) de turno	
5	Si no están correctos los medicamentos requeridos del paciente, se vuelven a solicitar en el área que corresponda, verificando que estos sean los indicados. Si están correctos, pasar a la actividad No. 6.	Enfermera (o) de turno	
6	Colocar cubrebocas y realizar el procedimiento de lavado de manos establecido.	Enfermera (o) de turno	
7	Una vez reunidos los medicamentos en la mesa pasteur y/o campana de flujo laminar, se inicia la preparación de los mismos, previa aspersión con alcohol al 70% sobre los frascos y/o ampulas de los medicamentos a preparar, realizar la dilución de acuerdo a la tabla oficial.	Enfermera (o) de turno	Tabla de dilución
8	Durante la preparación y dilución de los medicamentos observar color, consistencia y precipitación (cristales).	Enfermera (o) de turno	
9	Se inicia la ministración de los medicamentos verificando los 7 correctos.	Enfermera (o) de turno	"Los 7 correctos"
10	¿Presenta reacción al medicamento? Si la respuesta es SI, pasa a la actividad No. 11 Si la respuesta es NO, pasa a la actividad No. 12	Enfermera (o) de turno	
11	En el momento de estar ministrando el medicamento, si el paciente presenta algún tipo de reacción como: Rash cutáneo, prurito, dificultad respiratoria o cualquier síntoma se avisa de forma inmediata al médico tratante y se realiza un registro en la hoja de eventos adversos y de enfermería.	Enfermera (o) de turno	Hoja de eventos adversos
12	Si no presenta reacción, se realiza el registro en la hoja de enfermería con los datos requeridos como son: medicamento, dosis, vía, hora y fecha.	Enfermera (o) de turno	Hoja de Enfermería
	Fin del procedimiento.		

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

 MORELOS Servicios <small>PODER EJECUTIVO</small> de Salud	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Código: PR-DSSP-UEE-01
		Página: 7 de 7

6. Registros:

- | |
|--|
| 6.1 Hoja de eventos adversos
6.2 Hoja de enfermería |
|--|

7. Políticas:

- | |
|--|
| <p>7.1 Si la prescripción del medicamento no corresponde a la presentación indicada, se deberá avisar al médico responsable de turno para validar la existente y/o modificar medicamento y dosis.</p> <p>7.2 La Enfermera (o) controla y supervisa las fechas de caducidad de acuerdo a la Semaforización y los identifica con el color correspondiente:</p> <p style="padding-left: 40px;">ROJO - caducidad próxima a vencerse dentro de los próximos 6 meses.
 AMARILLO – caducidad próxima a vencerse dentro del rango de 7 a 12 meses.
 VERDE – caducidad próxima a vencerse de 13 meses en adelante.</p> <p>7.3 Toda vez que la Enfermera (o) termine de ministrar los medicamentos, el material punzocortante (agujas) se desecharán en el contenedor rígido de RPBI, conforme a lo establecido en el procedimiento No. 9 que habla del manejo de Residuos, Peligrosos, Biológicos, Infecciosos.</p> |
|--|

8. Anexos:

- | |
|---|
| 8.1 Tablas de dilución para Adultos y Neonatos
8.2 Los 7 correctos |
|---|

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
15/07/020/15
 SECRETARIO TÉCNICO



SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:

[Signature]

L.E.O. Isela Bahena Viguera
Jefa de Enfermeras Jurisdicción Sanitaria I

[Signature]

M.P.A. SSP María Isabel Burgos Ramírez
Jefa de Enfermeras Jurisdicción Sanitaria II

[Signature]

Enf. G. Tania María Isabel Campos Pineda
Coordinadora de Enseñanza Jurisdicción Sanitaria II

[Signature]

L.E. Rosalba López Álvarez
Jefa de Enfermeras Jurisdicción Sanitaria III

REVISÓ:

[Signature]

Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la Unidad Estatal de Enfermería

[Signature]

Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Febrero 2015.

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:

[Signature]

Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS	Código:
		Página 2 de 7

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para la administración de vacunas en pacientes y población en general.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de enfermería de Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

Para la elaboración de este procedimiento se tomó como referencia el "Manual de Vacunación 2008-2009" de la Secretaría de Salud Federal.

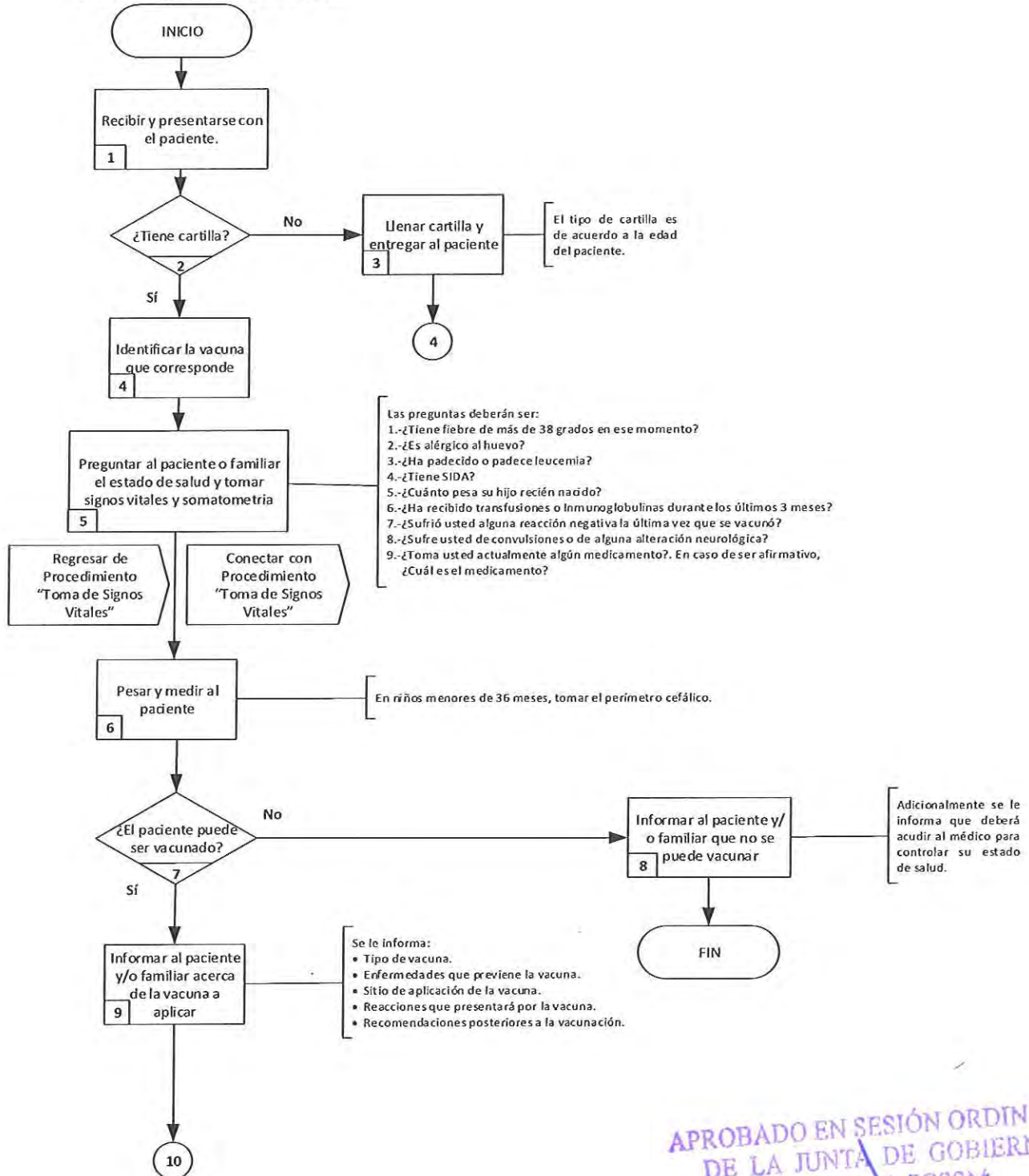
4. Definiciones:

N/A

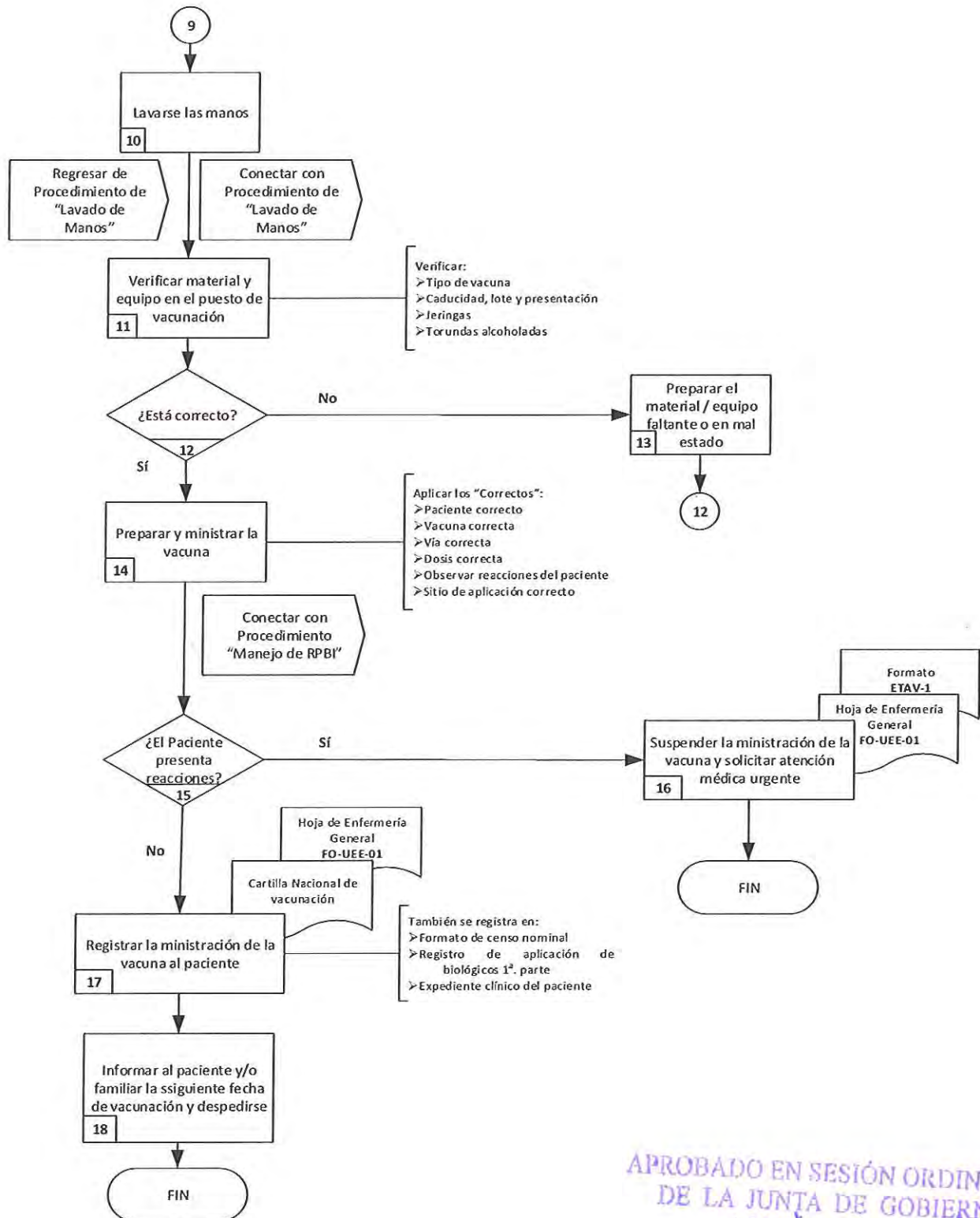
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

5. Desarrollo

5.1. Diagrama de Flujo:




**APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO IGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA**



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 15/02/ORD/15 SECRETARIO TÉCNICO

5.2 Descripción de actividades

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
1	Recibir y presentarse con el paciente e identificar su necesidad de vacunación.	Enfermera	
2	Preguntar al paciente o familiar si tiene cartilla.	Enfermera	
3	En caso de no contar con la Cartilla se deberá llenar de acuerdo a la edad y entregar al usuario.	Enfermera	Cartilla de Vacunación
4	Identificar en la cartilla de nacional de salud la vacuna que corresponde de acuerdo a la edad o evento de vida (embarazo).	Enfermera	Cartilla de Vacunación
5	Se debe Preguntar al paciente o familiar el estado de salud, el cual se determinara tomando en cuenta las siguientes preguntas: 1.- ¿Tiene fiebre de más de 38 grados en ese momento? 2.- ¿Es alérgico al huevo? 3.- ¿Ha padecido o padece leucemia? 4.- ¿Tiene SIDA? 5.- ¿Cuánto pesa su hijo recién nacido? 6.- ¿Ha recibido transfusiones o Inmunoglobulinas durante los últimos 3 meses? 7.- ¿Sufrió usted alguna reacción negativa la última vez que se vacunó? 8.- ¿Sufre usted de convulsiones o de alguna alteración neurológica? 9.- ¿Toma usted actualmente algún medicamento? En caso de ser afirmativo, ¿Cuál es el medicamento? Y se toman Signos vitales.	Enfermera	
6	Se debe pesar y medir al paciente y en el caso de niños menores de 36 meses se tomara el Perímetro Cefálico.	Enfermera	
7	Valorar si el paciente puede ser vacunado.	Enfermera	
8	En caso de que no pueda ser vacunado se informara al paciente o al familiar, adicionalmente se le informa que deberá acudir al médico para controlar su estado de salud.	Enfermera	
9	Informar al paciente acerca de la vacuna a aplicarle: Tipo de vacuna. Enfermedades que previene la vacuna. Sitio de aplicación de la vacuna. Reacciones que presentará por la vacuna. Y recomendaciones posteriores a la vacunación.	Enfermera	
10	Se procede a lavarse las manos de acuerdo a la técnica de lavado de manos de los 5 momentos.	Enfermera	

	APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS <i>15/02/2020/15</i> SECRETARÍA TÉCNICA	Código:
		Página 6 de 7

11	Verificar el material y equipo en el puesto de vacunación: Tipo de vacuna Caducidad, lote y presentación Jeringa que se utilizara de acuerdo a la vacuna. Torundas alcoholadas.	Enfermera	
12	En caso de contar con el material/ equipo suficiente y en buenas condiciones se procederá a la ministración de la vacuna.	Enfermera	
13	Preparar el material / equipo faltante o en mal estado para proceder a la ministración de la vacuna.	Enfermera	
14	Se prepara la vacuna con la jeringa que corresponde, se realiza la asepsia en el sitio de aplicación y se procede a la ministración de la vacuna aplicando los "Correctos": Paciente correcto Vacuna correcta Vía correcta Dosis correcta Observar reacciones del paciente Sitio de aplicación correcto.	Enfermera	
15	Preguntar al paciente si tiene molestia al momento de la aplicación de la vacuna, en busca de reacciones adversas.	Enfermera	
16	En caso de presentar alguna reacción adversa suspender la ministración de la vacuna y solicitar atención médica urgente.	Enfermera y Medico	Formato ETAV-1 Hoja de Enfermería General
17	Registrar la ministración de la vacuna al paciente	Enfermera	Cartilla nacional de Salud, en la hoja de Enfermería (FO-UEE-01) y en: Formato de censo nominal Registro de aplicación de biológicos 1a. parte y en el expediente clínico del paciente.

	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS	Código:
		Página 7 de 7

18	Informar al paciente siguiente fecha de vacunación y despedirse.	Enfermera	
----	--	-----------	--

6. Registros

Hoja de Enfermería / ETAV-1 y Cartilla de vacunación.

7. Políticas

- a) Todo el personal de enfermería de los Servicios de Salud de Morelos, debe conocer el "Manual de Vacunación 2008-2009" de la Secretaría de Salud Federal.
- b) NOM-036-SSA2-2002. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
- c) NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO IGSSM/
15/02/ORD/15
 SECRETARIO TÉCNICO



Servicios de Salud


PROCEDIMIENTO
INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

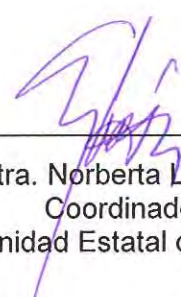
Código:
PR-DSSP-UEE-03
Página:
1 de 7


SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

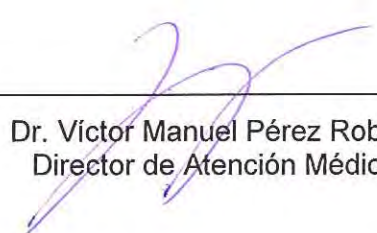
ELABORÓ:


REVISÓ:


L.E. Armida Díaz Fuentes
Jefa de Enfermeras Hospital Temixco


Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería


L.E. Maribel Salas Navarrete
Jefa de Enfermeras Hospital Jojutla


Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica


LEO. Floricel Ramos Montes
Coordinadora de Enseñanza Hospital Temixco

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:


Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/ORD/15
SECRETARÍA TÉCNICA

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02--2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

 MORELOS <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO INSTALACIÓN DE VENOCLISIS	Código: PR-DSSP-UEE-03
			Página: 3 de 7

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para instalar Venoclisis en pacientes.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de enfermería de los Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente

4. Definiciones:

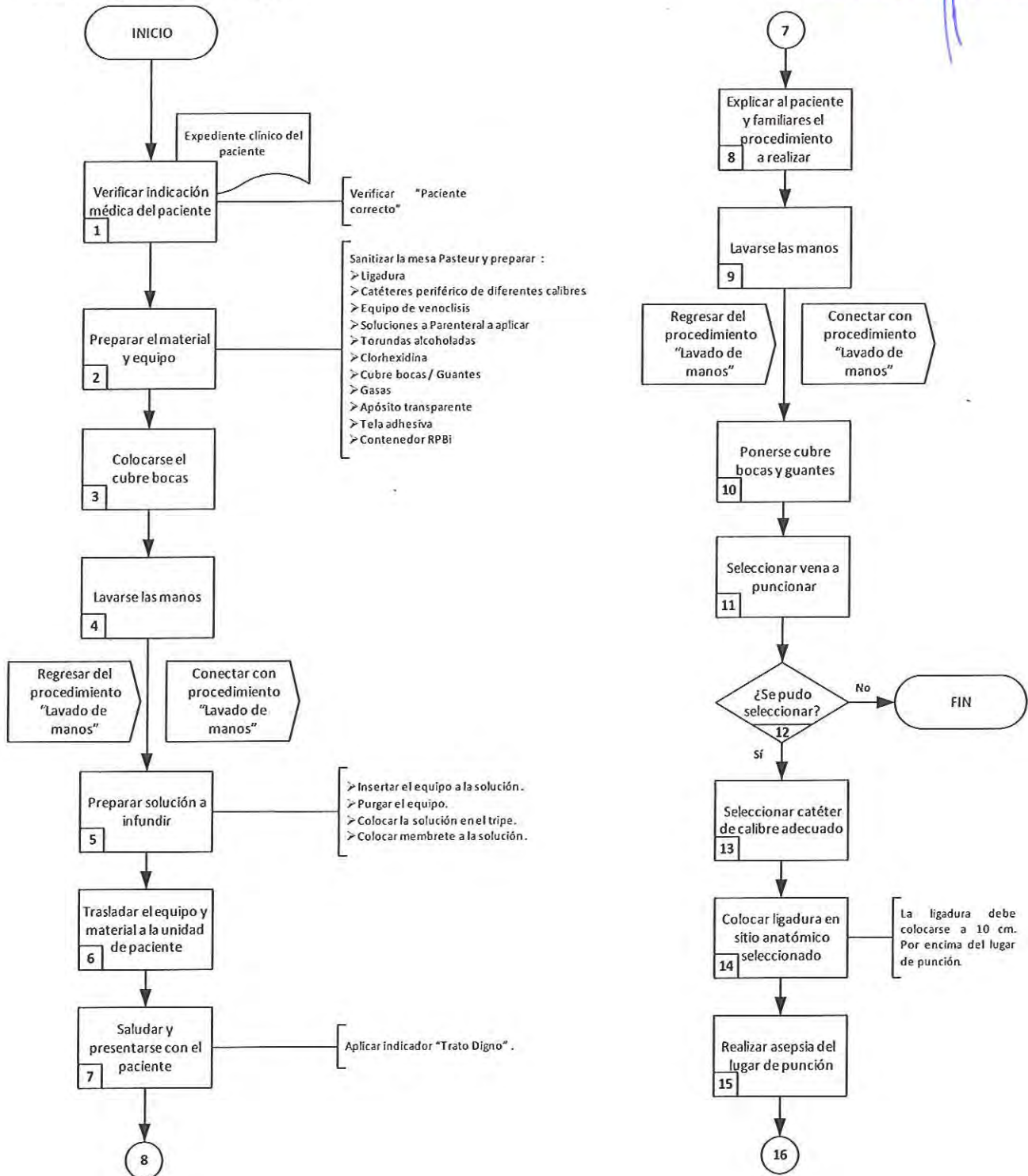
N/A

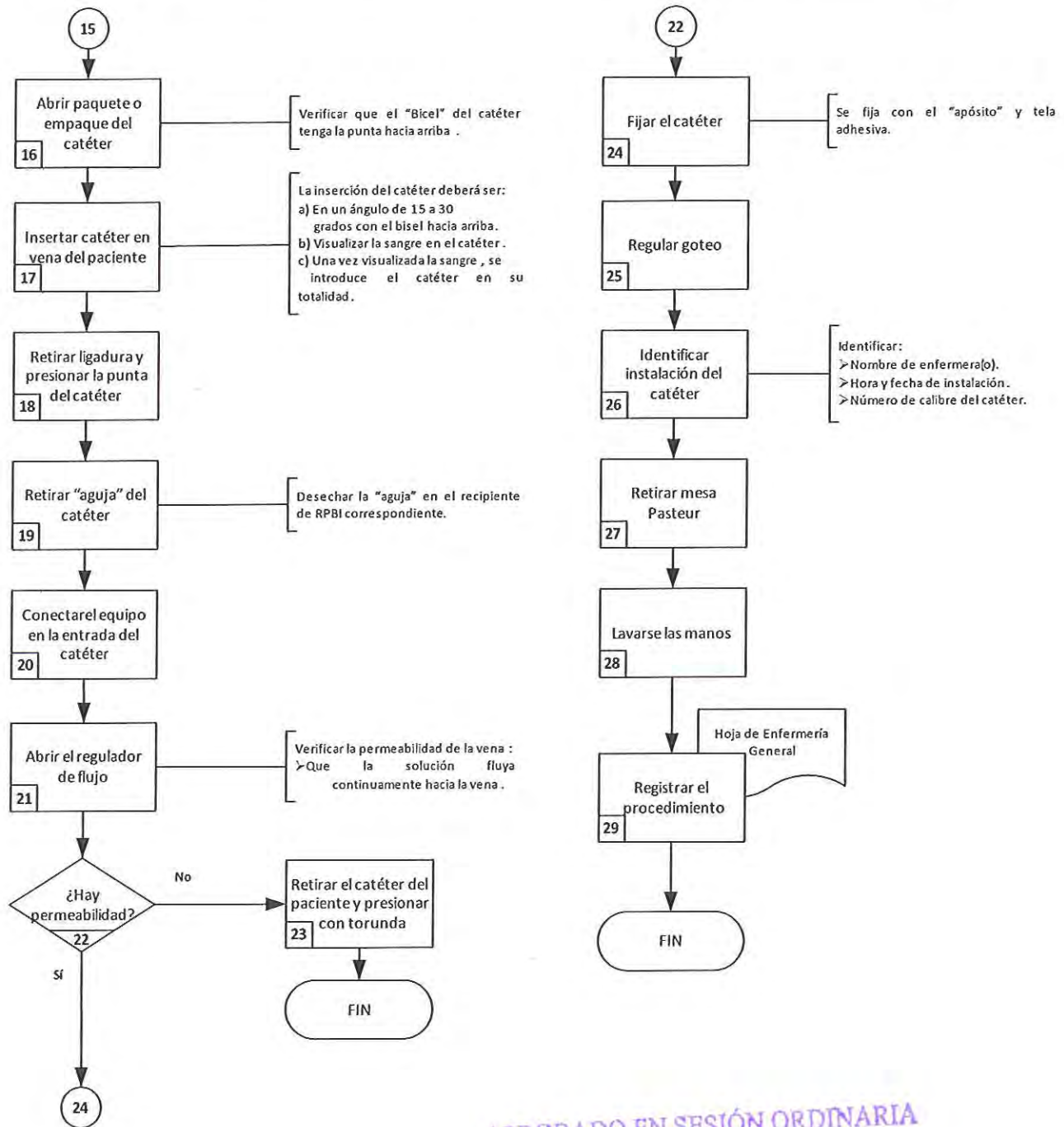
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM/
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

5. Desarrollo:

5.1. Diagrama de Flujo





APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/070/15
 SECRETARIO TÉCNICO

5.2. Descripción de Actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
1	Verificar la indicación médica del paciente y "paciente correcto".	Enfermero (a)	Expediente clínico (hoja de indicaciones médicas)
2	Preparar material y equipo: Sanitizar la mesa Pasteur, ligadura, catéter periférico diferentes calibres, equipo para venoclisis, soluciones parenterales a suministrar, torundas alcoholadas, clorhexidina.	Enfermero (a)	
3	Colocarse cubrebocas.	Enfermero (a)	
4	Lavarse las manos con agua y jabón, clorhexidina y gel a base de alcohol.	Enfermero (a)	
5	Preparar la solución parenteral a infundir de la siguiente manera: 1. Insertar el equipo de venoclisis a la solución. 2. Colocar la solución ya membretada en el tripié y purgarlo.	Enfermero (a)	
6	Trasladar el material y equipo a la unidad del paciente, usando la mesa Pasteur y el tripié.	Enfermero (a)	
7	Saludar y presentarse con el paciente y familiar, aplicar el indicador "trato digno" .	Enfermero (a)	
8	Explicar al paciente y familiar sobre el procedimiento a realizar, aplicar el indicador "trato digno" .	Enfermero (a)	
9	Lavarse las manos con agua y jabón, clorhexidina y gel a base de alcohol.	Enfermero (a)	
10	Colocarse los guantes.	Enfermero (a)	
11	Seleccionar vena a puncionar considerando primero las venas proximales.	Enfermero (a)	
12	¿Se pudo seleccionar la vena? Si - Pase al paso 13 No- Fin del procedimiento	Enfermero (a)	
13	Seleccionar catéter de calibre adecuado.	Enfermero (a)	
14	Colocar la ligadura a 10 cm. por encima del lugar a puncionar.	Enfermero (a)	
15	Realice asepsia del lugar a puncionar del centro a la periferia en un radio de 5-7 cm.	Enfermero (a)	
16	Abrir el empaque y tomar el catéter.	Enfermero (a)	
17	Inserte el catéter con el bisel de la guía metálica hacia arriba, verifique el retorno venoso en la cámara del catéter, retroceda una pequeña parte de la guía metálica y deslice el catéter hasta introducirlo	Enfermero (a)	

	totalmente.		
18	Coloque una gasa por debajo del pabellón del catéter.		
19	Retirar la ligadura y presionar la punta del catéter por encima de la piel mientras termina de extraer la guía metálica para evitar la salida de sangre.	Enfermero (a)	
20	Desechar la guía metálica en el recipiente de RPBI correspondiente.	Enfermero (a)	
21	Conectar el equipo de venoclisis al catéter.	Enfermero (a)	
22	Retire la gasa y dépositela en la bolsa de desechos.		
23	Abrir el regulador de flujo y verificar permeabilidad del catéter, corroborando que la solución fluya continuamente y no	Enfermero (a)	
24	¿Hay permeabilidad? Si - Realice el paso 26 No-Realice el paso 25	Enfermero (a)	
25	Retire el catéter.	Enfermero (a)	
26	Fijar el catéter con tela adhesiva y apósito transparente.	Enfermero (a)	
27	Regular el goteo acorde a la indicación médica.	Enfermero (a)	Expediente clínico(hoja de indicaciones médicas)
28	Colocar etiqueta con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de enfermero (a) • Fecha y hora de instalación • Núm. de calibre del catéter Sin obstruir la visibilidad del sitio de inserción.	Enfermero (a)	
29	Retirar mesa Pasteur de la unidad del paciente.	Enfermero (a)	
30	Lavarse las manos con agua y jabón, clorhexidina y gel a base de alcohol.	Enfermero (a)	
31	Registrar el procedimiento realizado, con esta actividad, finaliza el procedimiento.	Enfermero (a)	Hoja de Enfermería

6. Registros:

- | | |
|-----|---------------------------------|
| 6.1 | Expediente Clínico del Paciente |
| 6.2 | Hoja de enfermería |

7. Políticas:

N/A

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:

L.E. Virginia Amaro Sánchez
Jefe de Enfermeras Hospital Jonacatepec

L.E. Rosa Luchi Martínez
Jefe de Enfermeras Hospital Axochiapan

Enf. Quirg. Sandra Margarita Amaro Ramírez
Coordinadora de Enseñanza
Hospital Jonacatepec

Enf. Adm. Guadalupe Olvera Miranda
Coordinadora de Enseñanza
Hospital Axochiapan

REVISÓ:

Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería

Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:

Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

APROBADO POR Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSEM
15/02/2015

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/ord/15
 SECRETARÍA TÉCNICA

	PROCEDIMIENTO ALIMENTACIÓN POR SONDA	Código:
		Página: 3 de 8

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para alimentar por sonda a pacientes adultos y pediátricos.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de enfermería de segundo y tercer nivel de atención.

3. Referencias:

N/A

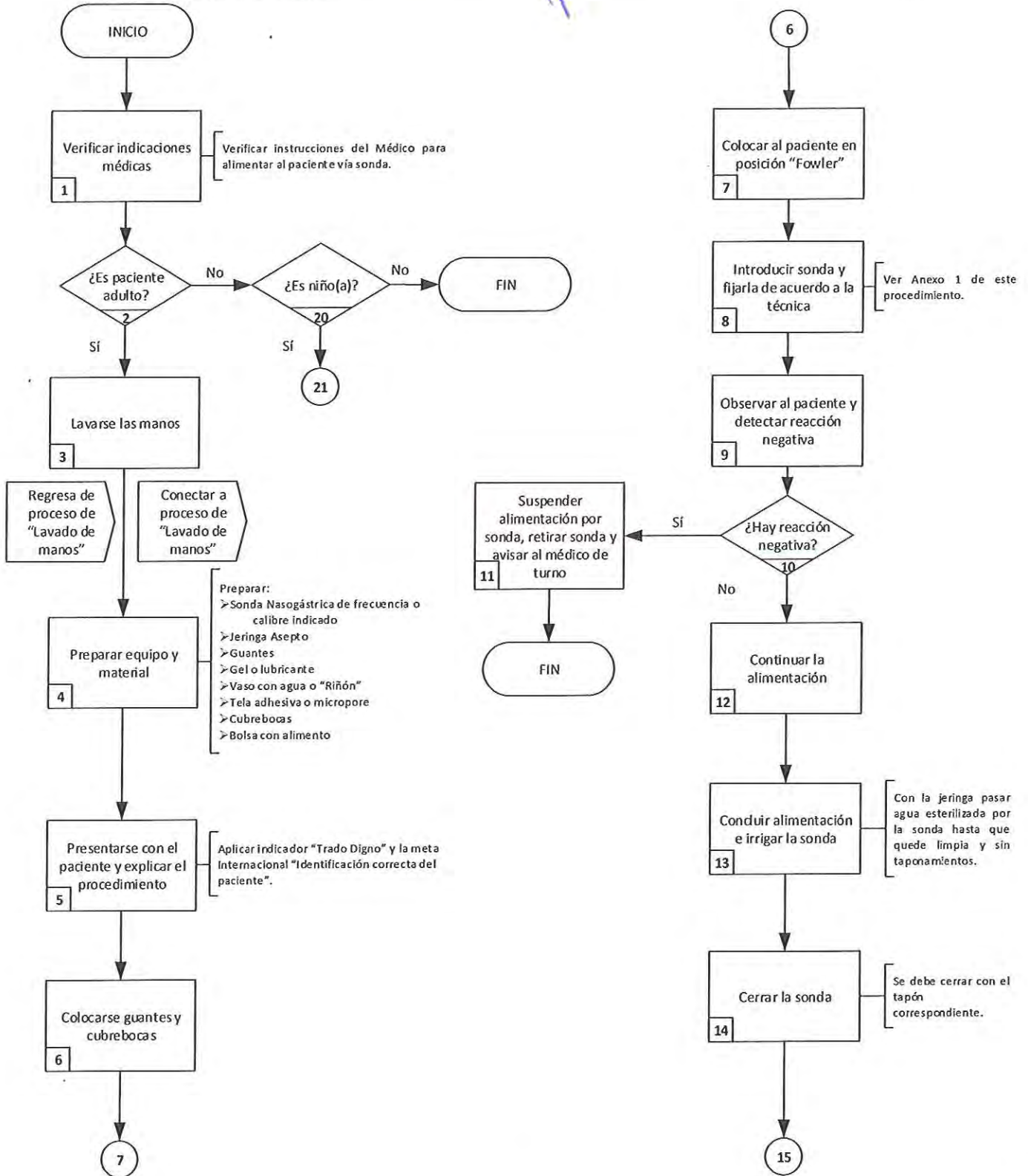
4. Definiciones:

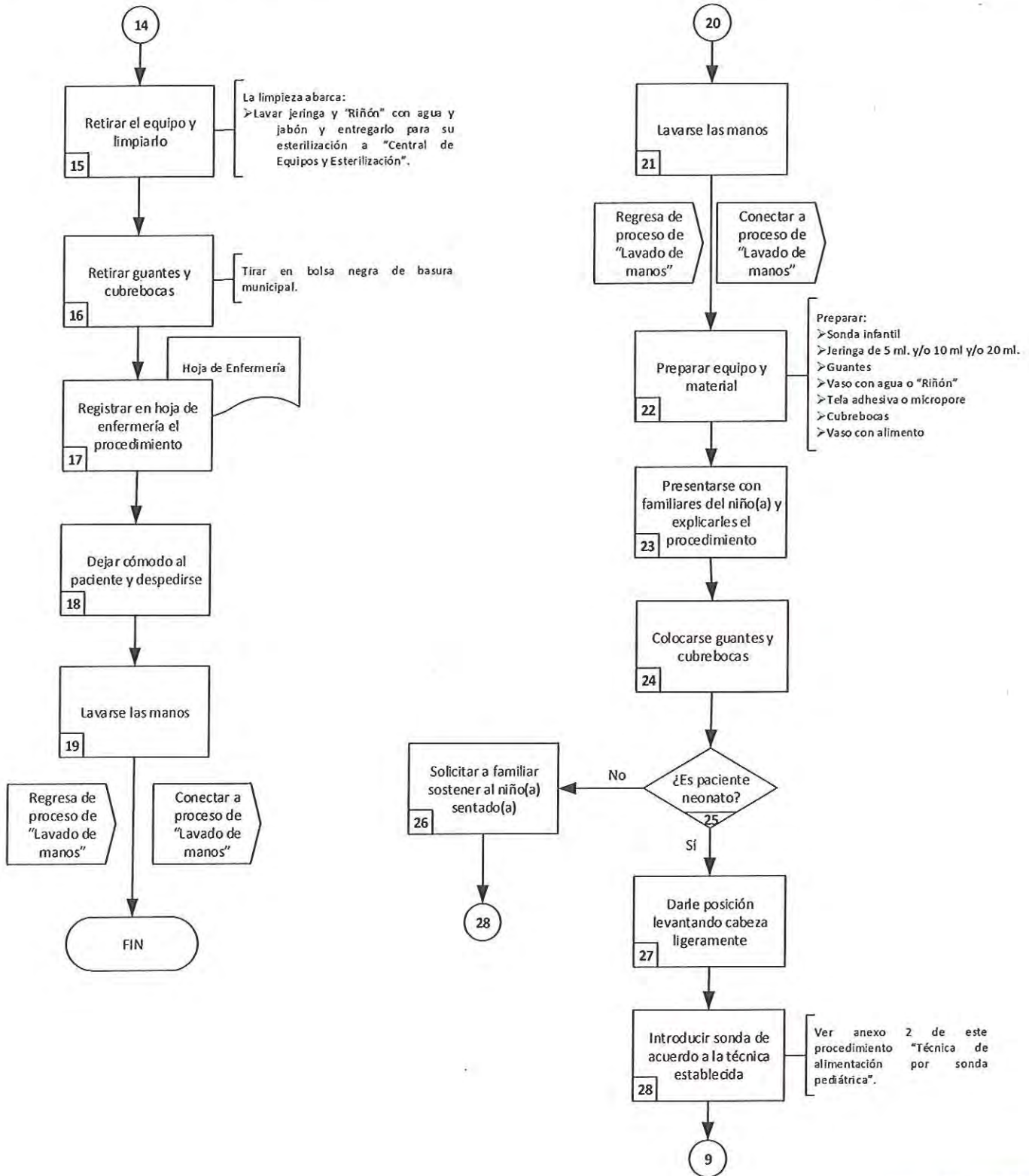
N/A

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA

5. Desarrollo:

5.1. Diagrama de Flujo





APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2020/15
 SECRETARIO TÉCNICO 364

5.2. Descripción de actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo
1	Verificar las Indicaciones Médicas corroborando la que el Médico indique la alimentación por sonda.	Enfermera de Turno	Indicaciones médicas
2	Se decide si el paciente es adulto o niño, si es adulto se continua con la actividad 3, si es niño se continuará en la actividad 20.	Enfermera de Turno	
3	Realizar el procedimiento de lavado de manos estandarizado.	Enfermera de Turno	
4	Preparar material y equipo: guantes, sonda de acuerdo al calibre para la edad del paciente, jeringa de asepto, gel lubricante, vaso con agua, tela adhesiva o micropore, cubrebocas y bolsa (frasco) con alimento.	Enfermera de Turno	
5	Presentarse con el paciente y explicarle el procedimiento que se le va a realizar (aplicar el indicador de trato digno y la meta internacional de "identificación correcta del paciente").	Enfermera de Turno	
6	Llevar a cabo la colocación de guantes y cubrebocas con la técnica específica.	Enfermera de Turno	
7	Colocar al paciente en posición fowler para que se encuentre cómodo.	Enfermera de Turno	
8	Introducir sonda y preguntar al paciente que pase saliva para que la sonda avance y fijarla de acuerdo a la técnica (Ver anexo 1).	Enfermera de Turno	
9	Observar detenidamente al paciente y detectar alguna reacción negativa.	Enfermera de Turno	
10	¿Hay reacción negativa? Se suspende la alimentación y se le avisa al médico, si no la hay, se continúa con la actividad 12.	Enfermera de Turno	
11	Suspender la alimentación por sonda, retirarla con todo cuidado y gentileza y avisar al médico y se concluye el procedimiento.	Enfermera de Turno	
12	Continuar con la alimentación con toda calma verificando que el paciente este en buenas condiciones.	Enfermera de Turno	
13	Concluir la alimentación e irrigar la sonda con la jeringa y agua estéril en cantidad mínima, pero que esté limpia.	Enfermera de Turno	
14	Cerrar la sonda con el tapón correspondiente.	Enfermera de Turno	



No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo
15	Retirar el equipo y limpiarlo (Lavar con agua y jabón la jeringa de asepto, el riñón y enviar a su esterilización a la central de equipos.	Enfermera de Turno	
16	Retirar guantes y cubrebocas y desecharlo en la basura municipal.	Enfermera de Turno	
17	Registrar en Hoja de Enfermería el procedimiento y eventos que se hayan presentado.	Enfermera de Turno	Hoja de Enfermería
18	Dejar cómodo al paciente y despedirse con gentileza.	Enfermera de Turno	
19	Realizar el lavado de manos estandarizado y el tiempo completo para que sea efectivo, con esta actividad se concluye el procedimiento del paciente adulto.	Enfermera de Turno	
20	Sí es niño (a) se continua con la actividad 21, si no es con esta actividad se concluye este procedimiento.	Enfermera de Turno	
21	Realizar el lavado de manos con la técnica y el procedimiento establecido.	Enfermera de Turno	
22	Preparar material y equipo: guantes, sonda infantil acuerdo al calibre para la edad del paciente, jeringa de 5 ml 10 ml o 20 ml, vaso con agua, tela adhesiva o micropore, cubrebocas y vaso (frasco) con alimento.	Enfermera de Turno	
23	Presentarse con los familiares del niño (a) y explicarles el procedimiento a realizar.	Enfermera de Turno	
24	Llevar a cabo la colocación de guantes y cubrebocas con la técnica específica.	Enfermera de Turno	
25	Se decide si es paciente neonato o pediátrico si es neonato se continua en la actividad No. 27, si no es neonato continua en la actividad 26.	Enfermera de Turno	
26	Se le solicita al familiar sostener al niño (a) sentado (a) y se continua hasta la actividad 28.	Enfermera de Turno	
27	El paciente neonato se le debe dar posición, levantando la cabeza ligeramente.	Enfermera de Turno	
28	Introducir sonda de acuerdo a la técnica establecida Ver Anexo 2 de este procedimiento. Pasar a la actividad No 9.	Enfermera de Turno	
	Fin del Procedimiento.		

	PROCEDIMIENTO ALIMENTACIÓN POR SONDA	Código:
		Página: 8 de 8

6. Registros:

6.1 Hoja de enfermería

7. Políticas:

- 7.1 En pacientes neonatos y/o pediátricos, se les dejará colocada la sonda hasta por un tiempo máximo de 72 horas.
- 7.2 Toda sonda insertada en pacientes, deberá permanecer debidamente taponada una vez que haya concluido la alimentación por esta vía.
- 7.3 Toda vez que no se encuentre presente un médico para insertar la sonda en un paciente neonato, pediátrico o adulto, deberá ser instalada por una enfermera(o), con apego a este procedimiento.

8. Anexos:

- 8.1 Técnica de alimentación por sonda para adultos.
- 8.2 Técnica de alimentación por sonda para pediátricos.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/070/15
SECRETARÍA TÉCNICA

Técnica de alimentación por sonda en adultos.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos.
2. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
3. Identificar al paciente.
4. Dar preparación psicológica.
5. Dar preparación física.
- ✓ Aislarlo.
- ✓ Posición fowler o semifowler.
- ✓ Proteger ropa de cama.
6. Realizar aseo de narinas.
7. Preparar la sonda y gasa.
8. Calzarse los guantes.
9. Tomar la sonda y medirla (de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides), marcar la longitud.
10. Lubricar la punta de la sonda e introducirla lentamente a través de la nariz hasta llegar a la faringe.
11. Pedir al paciente que trague saliva y en el momento de la deglución pasar la sonda hasta donde se midió.
12. Verificar que la sonda no se encuentre en vías aéreas introduciendo el extremo de la sonda en un vaso con agua, la presencia de burbujeo indicará que está en vías aéreas, en ese caso retirarla inmediatamente.
13. Verificar que la sonda se encuentre en estómago extrayendo jugo gástrico.
14. Fijar la sonda con tela adhesiva.
15. Cargar la jeringa con el alimento indicado y colocarlo en el extremo de la sonda.
16. Pasar el alimento lentamente.
17. Al terminar de administrar el alimento se cierra la sonda de su extremo y se retira.
18. Dejar cómodo al paciente al tiempo que se observan sus reacciones.
19. Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
20. Hacer anotaciones de enfermería:
 - ✓ Cantidad y tipo de dieta, reacciones presentadas, fecha y hora de administración.

BIBLIOGRAFIA: ESTEVES J. MITJANS. ENFERMERIA. TÉCNICAS CLÍNICAS

INTERAMERICANA 2011

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/020/15
SECRETARÍO TÉCNICO

Técnica de alimentación por sonda en niños.

- 1.- Lavarse las manos.
- 2.- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
- 3.- Identificar al paciente.
- 4.- Dar preparación psicológica informando a los padres el procedimiento.
- 5.- Dar preparación física
- Con los dedos buscar el esternón del niño, imagine un punto en el abdomen del niño que quede a la mitad, entre el ombligo y el extremo inferior del esternón y recuerde este lugar.
- 6.- Revisar narina por la cual pueda pasar la sonda
- 7.- Preparar la sonda y gasa.
- 8.- Calzarse los guantes.
- 9.- Tomar la sonda y medir (de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides), marcar la longitud.
- 10.- La posición del niño va a depender de la edad:
 - Si es bebé sujétalo en una sábana y colocarlo sobre un porta bebé o acostado en la cama/cuna con la cabeza un poco elevada o en hiperextensión.
 - Si es niño mayor colocarlo en posición fowler.
- 11.- Lubricar la punta de la sonda e introducirla lentamente a través de la nariz /boca hasta llegar a la faringe. Los niños mayores pueden tomar algún líquido o pasar saliva para ayudar a que la sonda pase.
- 12.- Verificar que la sonda no se encuentre en vías aéreas introduciendo el extremo de la sonda en un vaso con agua, la presencia de burbujeo indicará que está en vías aéreas, en ese caso retirarla inmediatamente.
- 13.- Comprobar que la sonda se encuentre en el estómago aspirando con una jeringa extrayendo jugo gástrico.
- 14.- Fijar con tela adhesiva y/o micropore.
- 15.- Cargar la jeringa con el alimento indicado y colocarlo en el extremo de la sonda.
- 16.- Pasar el alimento lentamente.
- 17.- Para facilitar el flujo del alimento, haga lo posible por comenzar cuando el niño este tranquilo.
- 18.- Al terminar de administrar el alimento se lava y se cierra la sonda de su extremo.

BIBLIOGRAFIA: CHILDREN'S HOSPITALS AND CLINICS OF MINNESOTA PATIENT/FAMILY EDUCATION.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/020/15
SECRETARIO TÉCNICO

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:

L.E. Yolanda Díaz Muñoz
Coordinadora Estatal de Enseñanza
en Enfermería

L.E.O. Floricel Ramos Montes
Coordinadora de Enseñanza
Hospital Temixco

L.E. Maribel Salas Navarrete
Jefe de Enfermeras Hospital Jojutla

Enf. Gral. Anayeli Alonso Barrera
Supervisora de Calidad
Hospital Cuautla

REVISÓ:

Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería

Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: **Febrero 2015**

Fecha: **Febrero 2015**

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:

Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: **Febrero 2015**

Fecha: **Febrero 2015**

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARÍA TÉCNICA



PROCEDIMIENTO
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

	PROCEDIMIENTO ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	Código:
		Página: 3 de 7

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para realizar Aspiraciones de Secreciones en pacientes hospitalizados.

2. Alcance:

Este procedimiento deberá ser aplicado por todo el personal de enfermería de hospitales (Segundo nivel de atención).

3. Referencias:

N/A

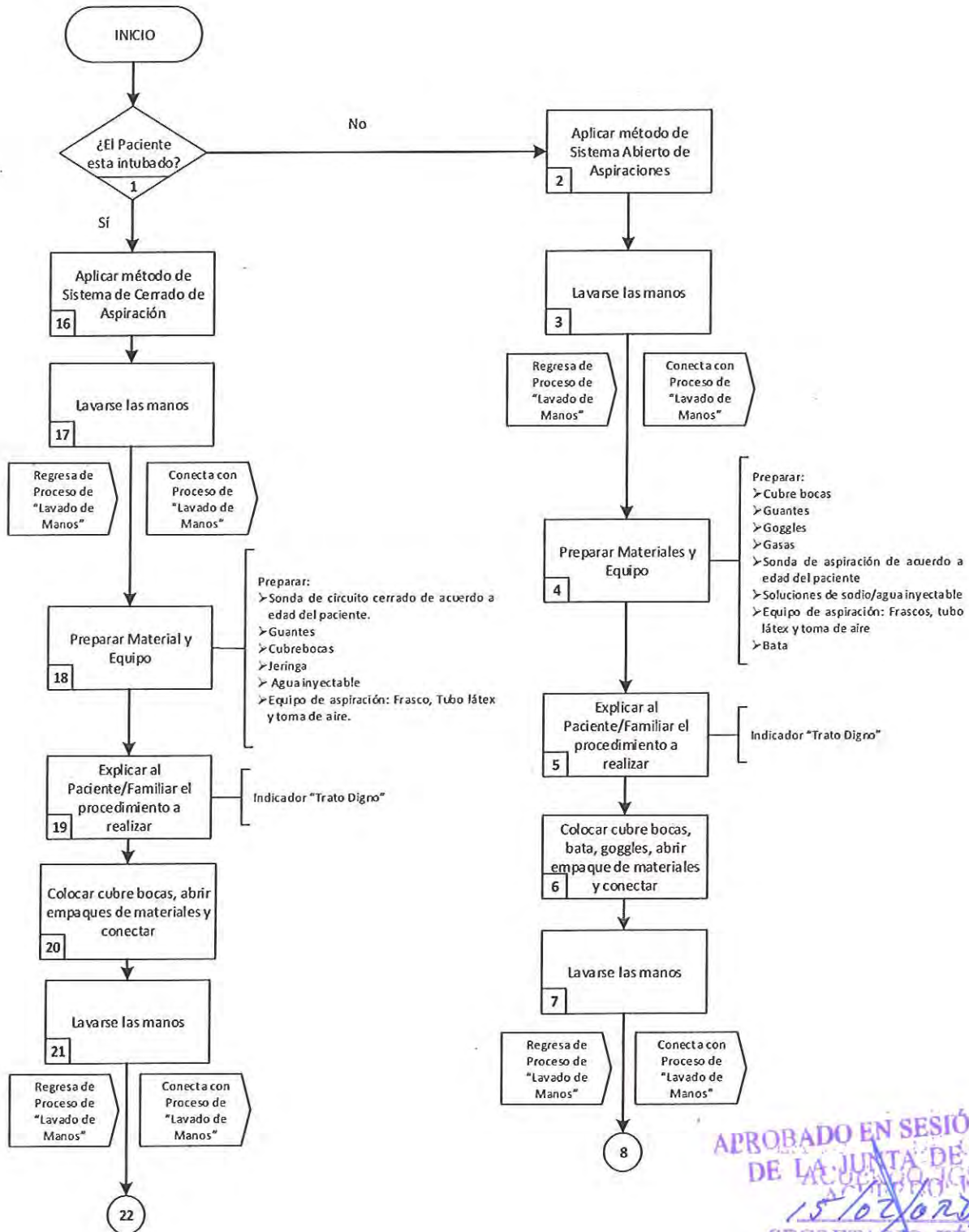
4. Definiciones:

N/A

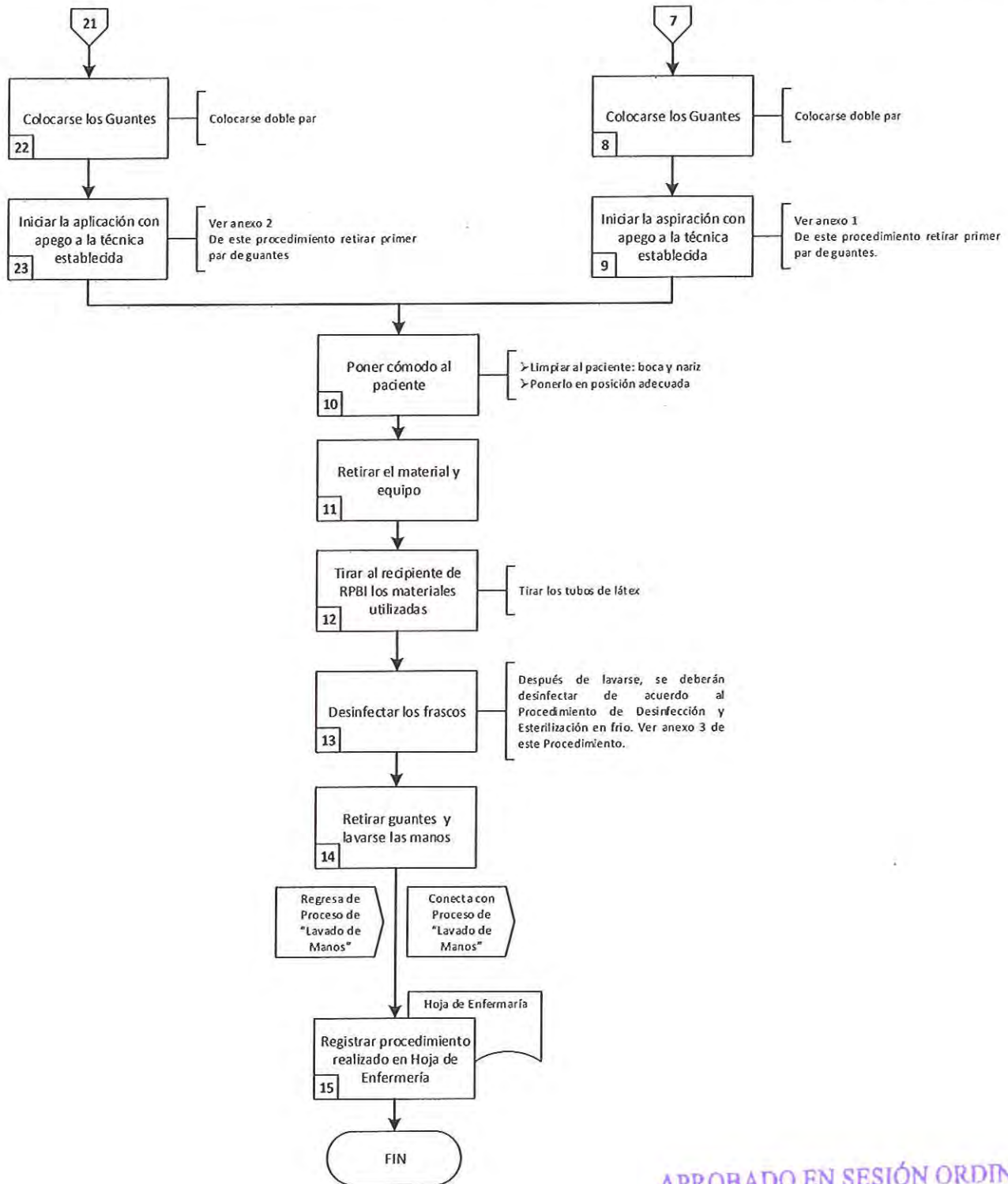
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM/
15/02/ORD/15
 SECRETARIO TÉCNICO

5. Desarrollo:

5.1 Diagrama de Flujo



**APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO**
 15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

5.2. Descripción de actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
1	Evaluación del sistema respiratorio, paciente intubado (no) comprobar la permeabilidad de las vías aéreas.	Enfermera/o	Parra Moreno M.L Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. MASSON S.A, 2003.
2	Aplicar método de sistema abierto de aspiración colocar en posición semi-fowler si no hay contraindicación y/o mantenerlo a 45°.	Enfermera/o	Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica William Cristancho Gomez 2ª edición 2008
3	Realizar lavado de manos.	Enfermera/o	
4	Preparar materiales y equipo, verificar el funcionamiento de aspiración y ajustar la presión de succión entre 80- 120 mmHg.	Enfermera/o	
5	Informar al paciente de lo que se le va hacer.	Enfermera/o	
6	Colocación de cubrebocas, googles, bata abrir empaque de materiales y conectar sonda de aspiración.	Enfermera/o	
7	Realizar lavado de manos uso de técnica estrictamente aséptica.	Enfermera/o	
8	Colocarse doble par de guantes.	Enfermera/o	
9	Colocar cánula de Guedel Iniciar aspiración, con apego a la técnica establecida.	Enfermera/o	
10	Posición semi-fowler si no hay contraindicación.	Enfermera/o	
11	Una vez finalizado el procedimiento retirar el material y equipo.	Enfermera/o	
12	Se desecha la sonda, gasas y guantes al recipiente de RPBI si la patología es infecto contagiosa	Enfermera/o	
13	Se lava el frasco exhaustivamente, desinfecta y esteriliza en frio.	Enfermera/o	
14	Retirar guantes y lavarse las manos.	Enfermera/o	
15	Registrar los resultados de procedimiento y complicaciones en la hoja de enfermería, vigilar al paciente durante la siguiente media hora post aspiración. Realizar monitoreo de la oxigenación con pulsooxímetro.	Enfermera/o	
16	Patología no infecciosa desechar en basura municipal	Enfermera/o	

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
17	Si se encuentra intubado; verificar que la fijación del Tubo endotraqueal sea segura.	Enfermera/o	
18	Realizar lavado de manos uso de técnica estrictamente aséptica.	Enfermera/o	
19	Preparar materiales y equipo, verificar el funcionamiento de aspiración y ajustar la presión de succión entre 80- 120 mmHg.	Enfermera/o	
20	Informar al paciente de lo que se le va hacer.	Enfermera/o	
21	Retirar el sistema de aspiración cerrada de su envoltorio, Intercalar el sistema entre el tubo endotraqueal y la conexión al respirador.	Enfermera/o	
22	Realizar lavado de manos uso de técnica estrictamente aséptica.	Enfermera/o	
23	Colocarse guantes.	Enfermera/o	
24	Iniciar aspiración con apego a la técnica establecida.		

6. Registros:

6.1 Hoja de enfermería

7. Políticas:

<p>7.1. Valoración previa antes de la aspiración</p> <p>7.2. Deberá consultar la GPC prevención de la neumonía adquirida de la ventilación mecánica en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención.</p>
--

8. Anexos:

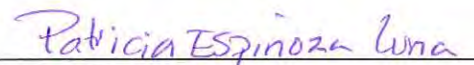
<p>8.1 Técnica de Aspiración de Secreciones en Sistema Abierto</p> <p>8.2 Técnica de Aspiración de Secreciones en Sistema Cerrado</p> <p>8.3 Técnica de Desinfección y Esterilización en Frío</p>


APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGISM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

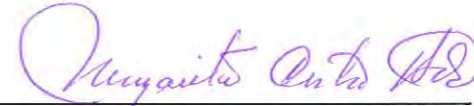
SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:



Mtra. Eréndira Maldonado Almanza
Coordinadora de Estatal de Hospitales

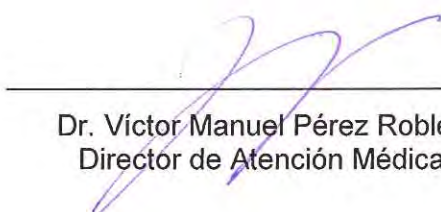

L.E.O. Patricia Espinoza Luna
Coordinadora Estatal de 1^{er} Nivel de Atención


L.E. Yolanda Díaz Muñoz
Coordinadora Estatal de Enseñanza en
Enfermería


L.E. Margarita Castro Hernández
Coordinadora Estatal de Insumos en Enfermería

REVISÓ:


Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería


Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:


Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

APROBADO POR LA JUNTA ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARÍA TÉCNICA

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
15/02/020/15
 SECRETARIO TÉCNICO

 MORELOS GOBIERNO DEL ESTADO	Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS	Código: PR-DSSP-UEE- 06
			Página 3 de 8

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para transfundir hemoderivados a los pacientes.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de segundo y tercer nivel de atención de hospitales.

3. Referencias:

Para su elaboración este procedimiento se tomaron como base los siguientes documentos:

- 3.1 NOM-253-SSA-1-2012
- 3.2 NOM-004-SSA-2012

4. Definiciones:

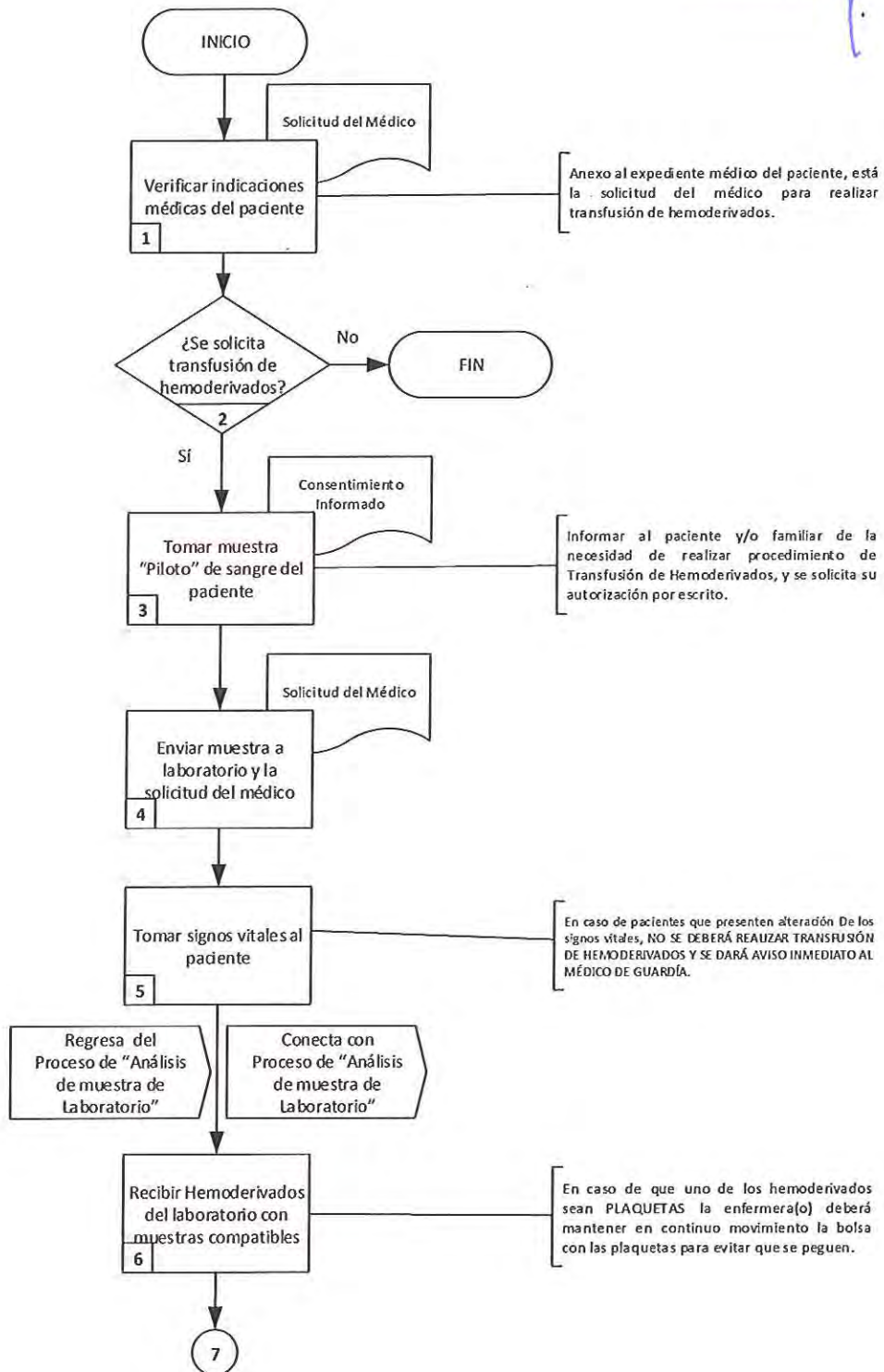
N/A

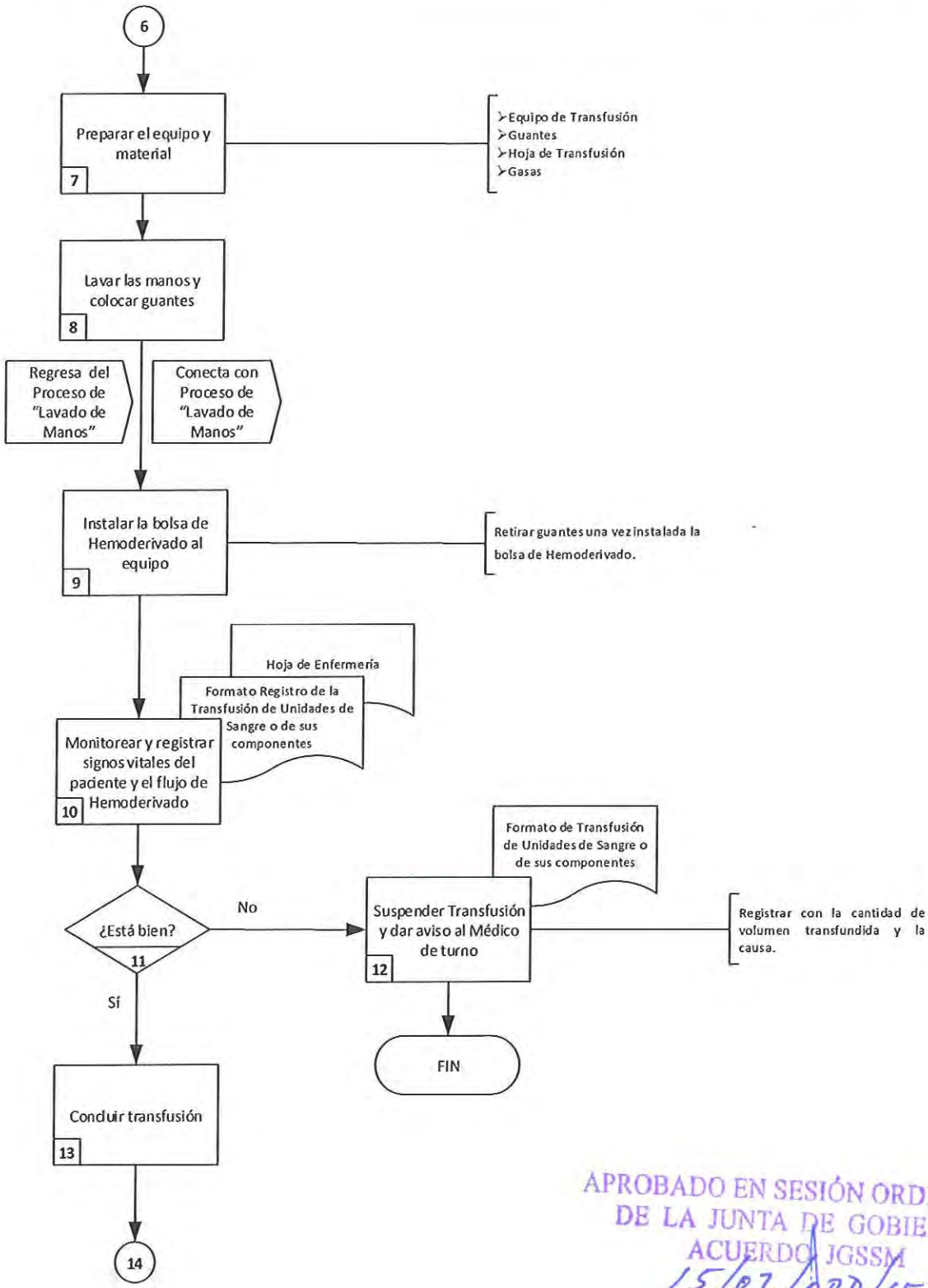
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/070/15
 SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA

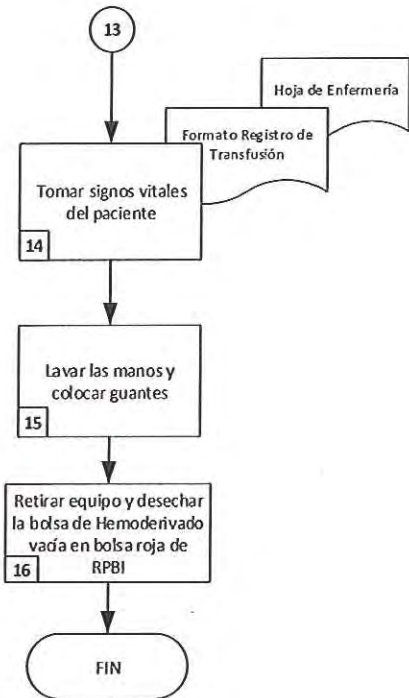
5. Desarrollo:

5.1. Diagrama de Flujo





APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/ORD/15
 SECRETARIO TÉCNICO



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

5.2. Descripción de Actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo(código)
1	Verificar Indicaciones Médicas del paciente para saber si necesita transfusión sanguínea.	Enfermera del paciente	Órdenes Médicas
2	Se solicita Transfusión de Hemoderivados sí o no.	Médico responsable del paciente	Solicitud de Hemoderivados
3	Se toman muestras de sangre.	Enfermera del paciente, Técnico laboratorista y/o Médico interno de pregrado.	Solicitud de laboratorio
4	Enviar al laboratorio y/o banco de sangre junto con solicitud bien requisitado por el médico.	Enfermera del paciente	Solicitud de laboratorio, solicitud de hemoderivados
5	Tomar signos vitales al paciente, registrar en formato de transfusión y avisar al médico de guardia si presenta alguna alteración.	Enfermera del paciente	Formato de Transfusión sanguínea
6	Recibir hemoderivados del laboratorio y/o del banco de sangre con muestras compatibles y firmar de recibido de los productos (en caso de ser plaquetas estas se deben de mover durante su trayecto al servicio).	Enfermera del paciente	Formato de solicitud de hemoderivados
7	Preparar el equipo y material necesario para la instalación de los hemoderivados en área específica de preparación de medicamentos.	Enfermera del paciente	
8	Realizar lavado de manos y calzarse guantes para la instalación de los hemoderivados.	Enfermera del paciente	
9	Colocar el equipo específico para cada hemoderivado a transfundir, como lo especifica la norma la NOM- 253-SSA-1-2012.	Enfermera del paciente	
10	Monitorear y Registrar los signos vitales del paciente con base al formato de hemoderivados y Registros Clínicos de Enfermería.	Enfermera del paciente	Formato de hemoderivados, Formato de registros Clínicos de Enfermería
11	Verificar si el paciente presenta sintomatología de Reacción Transfusional.	Enfermera del paciente	Formato de registros Clínicos de Enfermería
12	Sí presenta alguna Reacción suspender de inmediato los hemoderivados y dar aviso al médico para su pronta	Enfermera del paciente	Formato de registros Clínicos

 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS	Código: PR-DSSP-UEE- 06
		Página 8 de 8

	atención y realizar acciones de registro y entrega de los hemoderivados al área correspondiente		de Enfermería
13	Sí no presenta reacción se termina la transfusión sanguínea y se realizan los registros correspondientes en los formatos establecidos.	Enfermera del paciente	Formato de hemoderivados, Formato de registros Clínicos de Enfermería.
14	Tomar Signos Vitales del paciente y registrar.	Enfermera del paciente	Formato de hemoderivados
15	Realizar el lavado de manos y colocarse guantes para el retiro del equipo y bolsa de la transfusión aplicada.	Enfermera del paciente	
16	Retirar el equipo y desechar en la bolsa roja de R.P.B.I.	Enfermera del paciente	

6. Registros:

6.1.	Consentimiento Informado
6.2.	Solicitud del Médico
6.3.	Hoja de Enfermería
6.4.	Formato de Solicitud de Transfusión de Unidades de Sangre o de sus componentes.

7. Políticas:

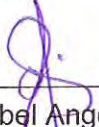
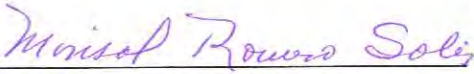



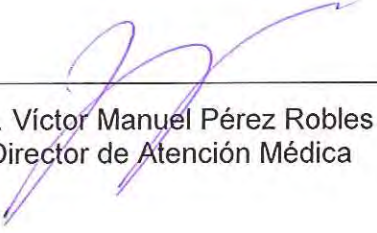
7.1.	No se deberá ministrar ningún hemoderivado sin antes haber realizado pruebas de compatibilidad o cruzadas.
------	--

8. Anexos:

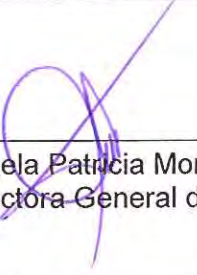
8.1	Consentimiento Informado.
8.2	Formato de Solicitud de Transfusión de unidades de sangre o de sus componentes.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍO TÉCNICO

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:  <hr/> L.E. Carmen Isabel Angelino Alcántara Jefa de Enfermeras Hospital Cuernavaca  <hr/> M.P.A. SSP Marisol Romero Solís Jefa de Enfermeras Hospital Tetecala  <hr/> L.E. Eva Martha Hernández Serrano Jefa de Enfermeras Hospital Cuautla  <hr/> L.E. María de los Ángeles Méndez Jaime Coordinadora de Enseñanza Hospital Tetecala	REVISÓ:  <hr/> Mtra. Norberta López Tarango Coordinadora de la Unidad Estatal de Enfermería  <hr/> Dr. Víctor Manuel Pérez Robles Director de Atención Médica
--	--

Fecha: Febrero 2015	Fecha: Febrero 2015
----------------------------	----------------------------

DOCUMENTO CONTROLADO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO CONTROLADO <input type="checkbox"/> COPIA No.	AUTORIZÓ:  <hr/> Dra. Ángela Patricia Mora González Directora General de SSM
--	---

Fecha: Febrero 2015	Fecha: Febrero 2015
----------------------------	----------------------------

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO ICSSM
15/02/ORD/15
SECRETARIO TÉCNICO

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO CUIDADO DE CATÉTERES INTRAVASCULARES	Código: PR-DSSP-UEE-07
		Página: 3 de 9

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para el cuidado de catéteres intravasculares.

2. Alcance:

Este procedimiento deberá ser aplicado por todo el personal de enfermería de los Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

Para su elaboración, este procedimiento se basó en el "Protocolo para el Manejo Estandarizado del Paciente con Catéter Periférico, Central y Permanente" de la Comisión Permanente de Enfermería.

4. Definiciones:

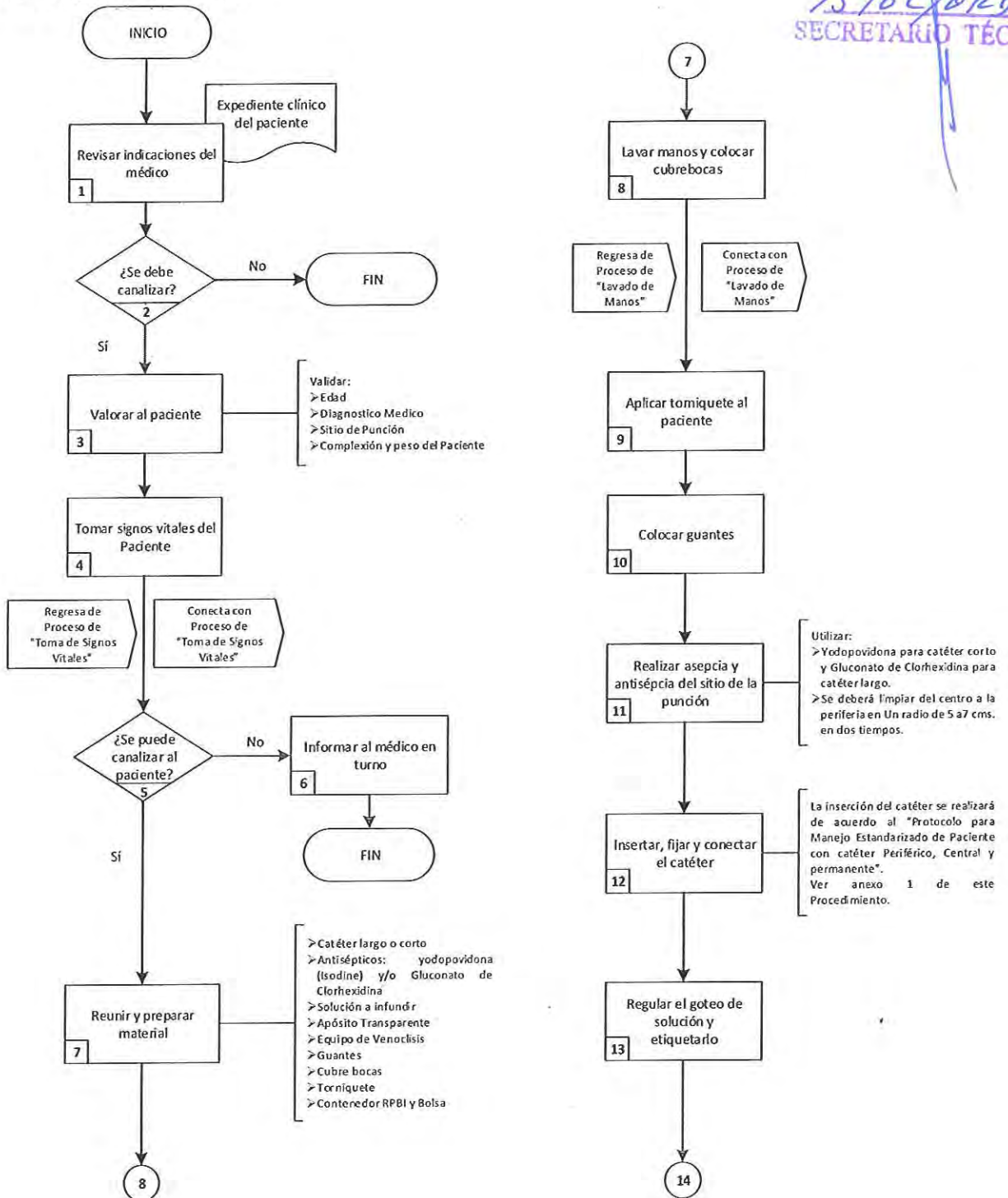
N/A

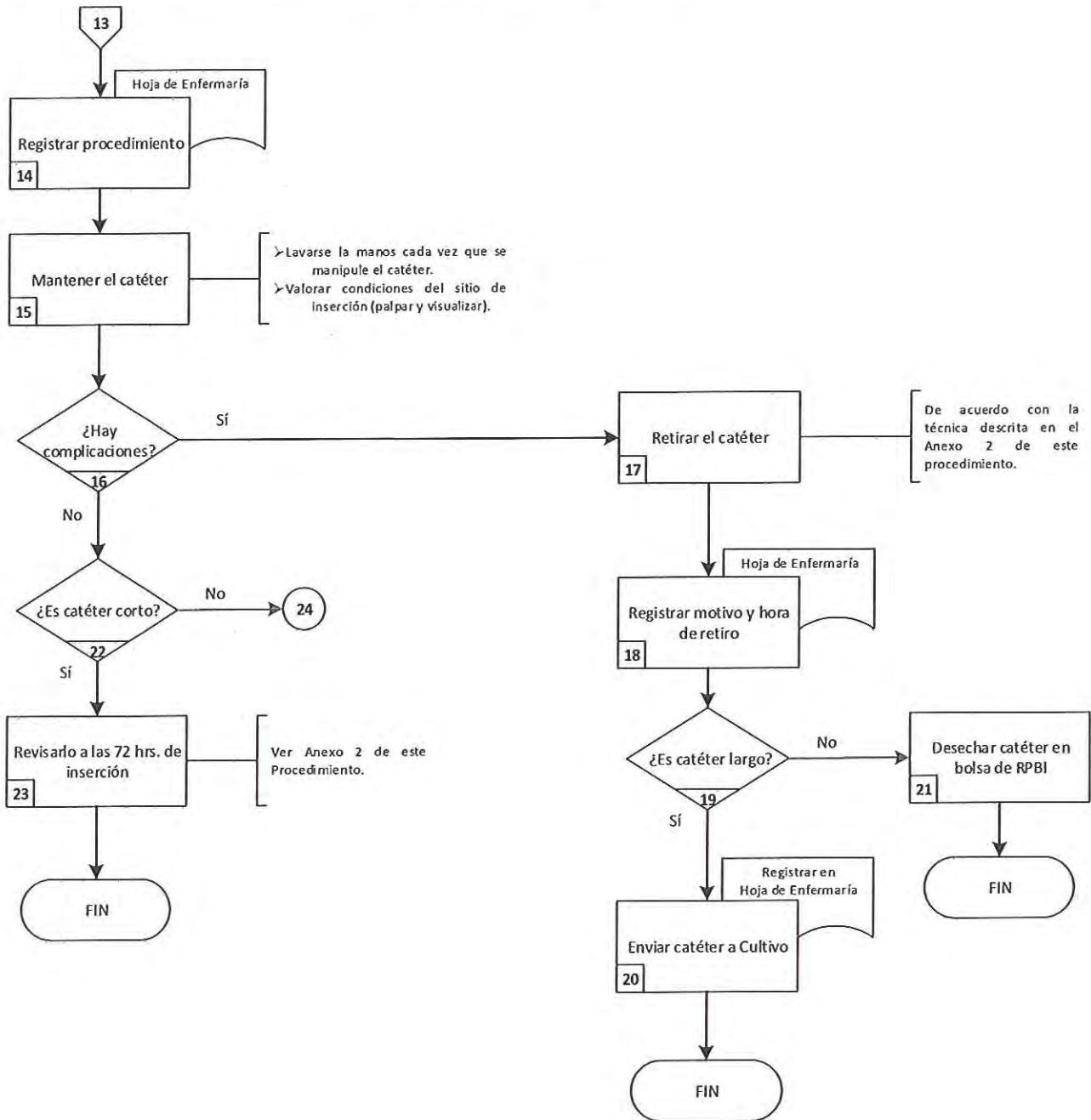
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/010/15
 SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO.
ACUERDO JGSSM
15/02/020/15
SECRETARIO TÉCNICO

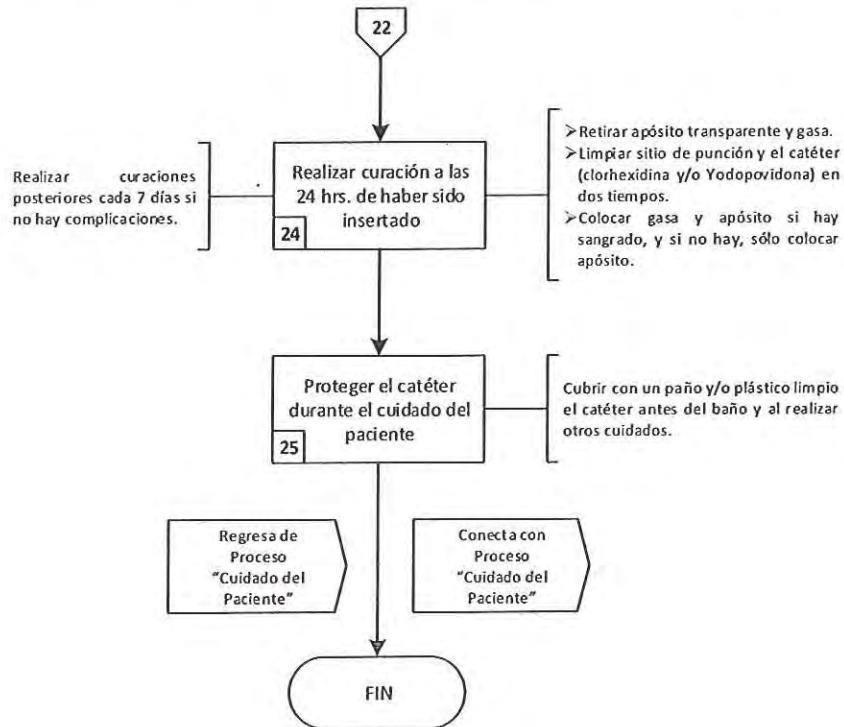
5. Desarrollo:

5.1. Diagrama de Flujo





APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO IGSSM
 15/02/020/15
 SECRETARIO TÉCNICO




5.2. Descripción de actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
1	Cotejar indicaciones del médico al ingreso del paciente.	Enfermera(o) de turno	Hoja de Indicaciones médicas
2	No decide canalizar, termina procedimiento. Si decide canalizar.	Enfermera(o) de turno	N/A
3	Se toma en cuenta: edad, diagnóstico médico, sitio de punción, complexión, peso del paciente. Y tipo de catéter a instalar.	Enfermera(o) de turno	Hoja de ingreso y Hoja de enfermería
4	Valorar y registrar signos vitales del paciente.	Enfermera(o) de turno	En Hoja de Enfermería
5	No se puede canalizar, informal al médico para toma de medidas correspondientes.	Enfermera(o) de turno	N/A
6	Si se puede canalizar.	Enfermera(o) de turno	N/A
7	Se prepara en lamosa Pasteur, el material necesario (catéter largo o corto, soluciones antisépticas, Yodopovidona, Gluconato de clorhexidina al 2%, solución parenteral con equipo conectado, contenedor de RPBI).	Enfermera(o) de turno	N/A

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO.
 ACUERDO IGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
PROCEDIMIENTO
CUIDADO DE CATÉTERES
INTRAVASCULARES
SECRETARÍA TÉCNICA

 MORELOS <small>GOBIERNO DEL ESTADO</small>	Servicios de Salud	Código: PR-DSSP-UEE-07 Página: 7 de 9
---	---------------------------	--

8	Una vez reunido el material, se procede a lavado de manos, según protocolo y colocación de cubre bocas.	Enfermera(o) de turno	N/A
9	Seleccionar sitio de punción para colocación de torniquete.	Enfermera(o) de turno	N/A
10	Se calzan los guantes estériles con técnica abierta.	Enfermera(o) de turno	N/A
11	Tomar una gasa vierta Yodopovidona realice asepsia, del centro a la periferia, en un radio de 5-7 cm tratando de no contaminar con la piel circundante, desechar la torunda y permita que seque en dos tiempos (realizar este procedimiento en 2 ocasiones).	Enfermera(o) de turno	N/A
12	<p>Insertar, fijar y conectar el catéter al paciente.</p> <p>Insertar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La elección del catéter puede ser: Catéter de estancia corta (periférico menos de 72 horas), Catéter de estancia Media (periférico de 1 a 4 semanas), catéter de estancia Media (central de 3 semanas a 5 meses), catéter de estancia prolongada (tunelizado de 6 meses y hasta años), catéter de estancia prolongada implantación de 6 meses y hasta años). <p>Nota: no realice más de 2 intentos de inserción y utilice un catéter por intento y en caso necesario recorte el bello no lo rasure.</p> <p>Posterior enviar a rayos X para control de instalación.</p> <p>Fijar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir tamaño del apósito transparente estéril según el catéter colocado. <p>Aplique el apósito trasparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción y sin estirarlo, realizar presión sobre el apósito en toda su extensión del centro a su periferia para que el adhesivo fije a la piel, evite dejar burbujas por debajo del apósito. Evite acodaduras y fije adecuadamente el catéter para evitar movimientos que pueden generar complicaciones (flebitis o pérdida accidental del mismo)</p> <p>Nota: no aplicar benjuí, antibióticos tópicos o cremas en el sitio de inserción, ya que puede provocar resistencia microbiana e infecciones por hongos.</p> <p>Conectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conectar el equipo de infusión en el catéter de forma estéril manteniendo las precauciones universales para no contaminar el catéter. <p>Mantenga circuito cerrado en todo momento.</p>	Enfermera(o) de turno	Hoja de Enfermería
13	<p>Regular el goteo de solución y etiquetarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular el goteo programando correctamente la bomba de infusión y si es con normo gotero o micro gotero con la regla de tres y de acuerdo al horario indicado. • Colocar una etiqueta con la fecha de instalación, calibre del catéter y nombre de la persona que lo instalo, sin obstruir la visibilidad del sitio de inserción. 	Enfermera(o) de turno	

14	Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería en horario y turno correspondiente.	Enfermera(o) de turno	
15	Mantener el catéter Lavarse las manos siempre que se manipule el catéter- Valore diariamente las condiciones del sitio de inserción del catéter, mediante palpación y visualización directa a través del apósito transparente.	Enfermera(o) de turno	
16	Hay complicaciones si : Complicaciones locales infecciosas las locales son dolor e infiltración y las infecciosas son flebitis formación e abscesos bacteriemia, tromboflebitis séptica, endocarditis bacteriana.	Enfermera(o) de turno	
17	Retirar el catéter de acuerdo a técnica en anexo 2.	Enfermera(o) de turno	
18	Registrar motivo y hora de retiro. Se registra en la hoja de enfermería el tipo de complicación existente en ese momento.	Enfermera(o) de turno	Hoja de Enfermería
19	Es catéter es largo si es no Se pasa actividad 21.		
20	Enviar catéter a cultivo. Extraiga suavemente el catéter en un ángulo de 90º si el catéter ofrece resistencia no intentar jalar e informe al médico, evitar que la punta del catéter toque superficie no estéril al momento de salir, corte 5 cm con tijera estéril y colóquelo en tubo de ensaye estéril y envíe a laboratorio. Cubrir sitio de punción con apósito estéril por 24 horas posterior al retiro y verifique datos de sangrado.	Enfermera(o) de turno	Hoja de Enfermería
21	Desechar el catéter en bolsa de RPBI.	Enfermera(o) de turno	
22	¿Es catéter corto?	Enfermera(o) de turno	
23	Retirarlo a las 72 horas de instalación. Reemplace los catéteres periféricos cortos cada 72 hrs o 96hrs. En adultos. En pediatría y geriátricos deje el catéter colocado hasta terminar el tratamiento a menos que ocurra una complicación.	Enfermera(o) de turno	
24	Realizar curación a las 24 hrs. De haber sido instalado si hay sangrado y el apósito se humedece, desprende, o ensucia visiblemente, si no hay complicación realizar curación cada 7 días.	Enfermera(o) de turno	
25	Proteger el catéter durante el cuidado del paciente.	Enfermera(o) de turno	

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO IGSSM/
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

6. Registros:

6.1 Hoja de enfermería

7. Políticas:

N/A

8. Anexos:

- 8.1.** Anexo 1: Inserción de Catéter
- 8.2.** Anexo 2: Retiro de Catéter

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM/
15/02/020/15
SECRETARÍO TÉCNICO



SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:

L.E. Juliana Nájera Zeferino
Coordinadora de Enseñanza Hospital de la Mujer

L.E. Armida Díaz Fuentes
Jefa de Enfermeras Hospital Temixco

LEO. Floricel Ramos Montes
Coordinadora de Enseñanza Hospital Temixco

REVISÓ:

Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería

Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:

Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015


APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JSSM
15/02/2015
SECRETARÍA TÉCNICA

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TECNICO

	PROCEDIMIENTO MANEJO DE RPBI	Código: PR-DSSP-UEE-09
		Página 3 de 5

1. Propósito:

Controlar el manejo seguro y eficiente de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) por parte del personal de enfermería.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de enfermería de los Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

Para la elaboración de este procedimiento de tomó como referencia la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, "Protección Ambiental, Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo".

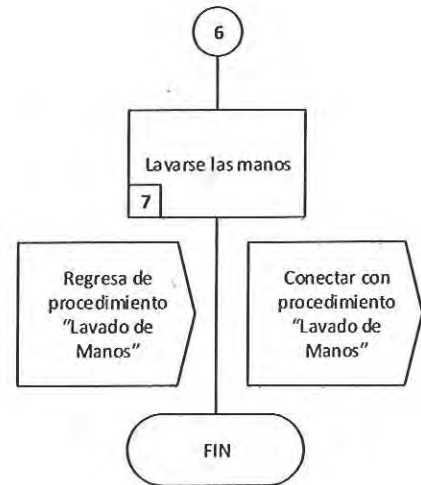
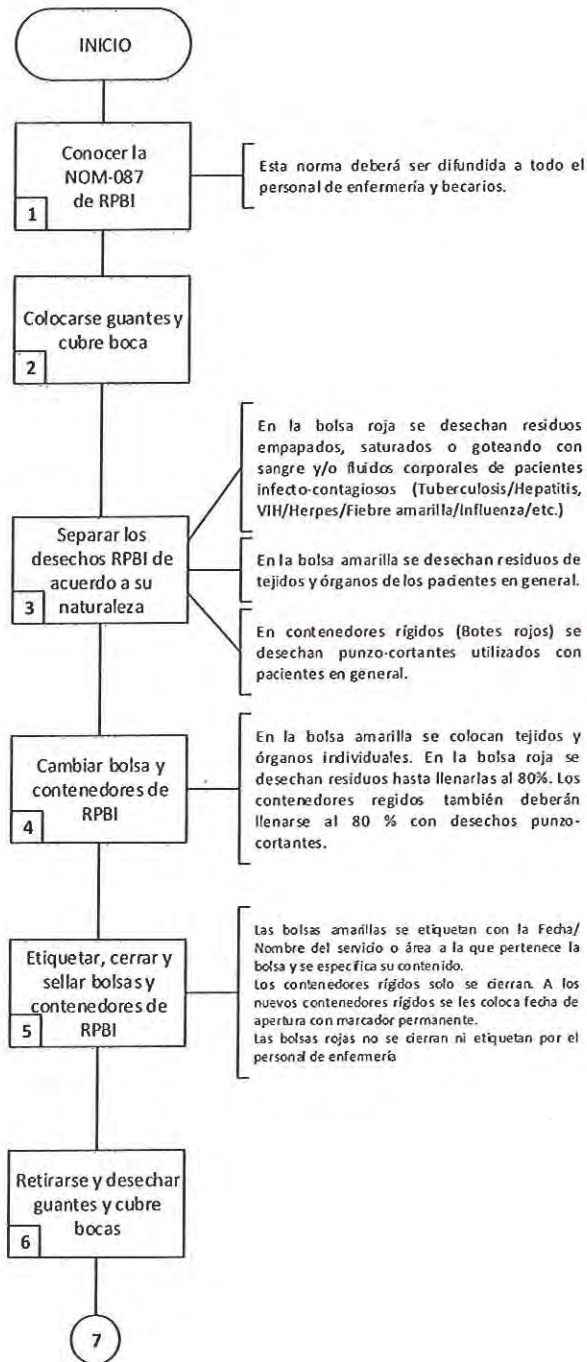
4. Definiciones:

N/A

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA

5. Desarrollo:

5.1 Diagrama de Flujo



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACORDADO EN SESIÓN
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

5.2 Descripción de Actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo (Código)
1	Conocer la NOM-087 de RPBI a través de la difusión a todo el personal de enfermería y becarios.	Enfermeras y Becarios	
2	Colocarse guantes y cubre bocas.	Enfermeras y Becarios	
3	Separar los desechos RPBI de acuerdo a su naturaleza.	Enfermeras y Becarios	
4	Cambiar bolsa contenedor de RPBI: <ul style="list-style-type: none"> En la bolsa amarilla se colocan tejidos y órganos individuales En la bolsa roja se desechan residuos hasta llenarlas al 80%. Los contenedores rígidos también deberán llenarse al 80% con desechos punzocortantes. 	Enfermeras y Becarios	
5	Etiquetar, cerrar y sellar bolsas y contenedores de RPBI: <ul style="list-style-type: none"> Las bolsas amarillas se etiquetan con la fecha/nombre del servicio o área a la que pertenece la bolsa, así como especificación del contenido. Los contenedores rígidos solo se cierran. A los nuevos contenedores rígidos se les coloca la fecha de apertura con marcador permanente. Las bolsas rojas no se cierran ni etiquetan por el personal de enfermería. 	Enfermeras y Becarios	
6	Retirarse guantes y cubre bocas y desecharlos.	Enfermeras y Becarios	
7	Lavarse las manos.	Enfermeras y Becarios	

6. Registros:

N/A

7. Políticas:

7.1 Todo el personal de enfermería de los SSM tiene la obligación de conocer y estudiar la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002.


8. Anexos:

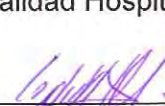
8.1 Copia de la Norma.





SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

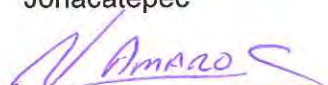
ELABORÓ:


L.E.O. Catalina Pineda Barrera
Supervisora de Calidad Hospital Jojutla



EASE. Guadalupe Olvera Miranda
Coordinadora de Enseñanza Hospital Axochiapan

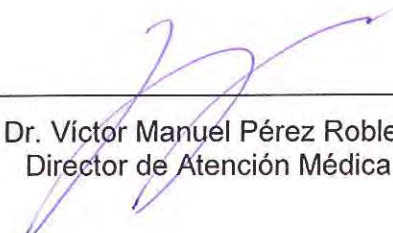

L.E. Rosa Luchi Martínez
Jefa de Enfermeras Hospital Axochiapan


Enf. Qr. Sandra margarita Amaro Ramírez
Coordinadora de Enseñanza Hospital
Jonacatepec


L.E. Virginia Amaro Sánchez
Jefa de Enfermeras Hospital Jonacatepec

REVISÓ:


Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería


Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

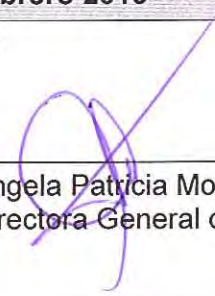
Fecha: **Febrero 2015**

Fecha: **Febrero 2015**

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:


Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: **Febrero 2015**

Fecha: **Febrero 2015**


APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO GSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM /
15/02/070/15
 SECRETARIO TÉCNICO

 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO TOMA DE SIGNOS VITALES	Código: PR-DSSP-UEE-10
		Página 3 de 8

1. Propósito:

Establecer un método eficiente y estandarizado para tomar los signos vitales de los pacientes.

2. En Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de enfermería de Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

N/A

4. Definiciones:

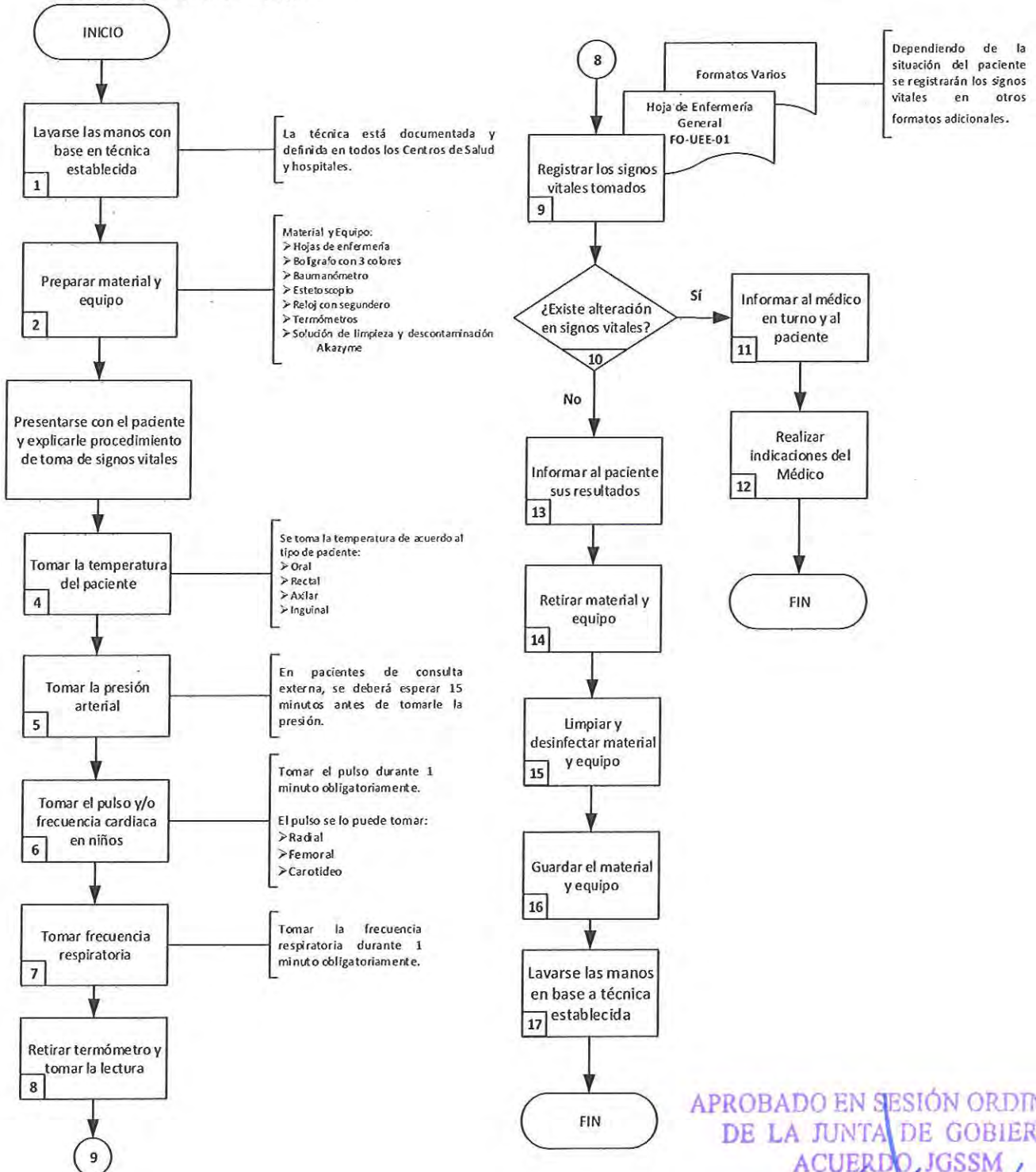
Eupnea: Respiración de profundidad y frecuencia normales.

Apneusis: Patrón respiratorio anormal que consiste en una pausa en la inspiración completa; calambre causado por una lesión en el nivel medio o pontina caudal del tronco cerebral.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO GSSM
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO

5. Desarrollo:

5.1. Diagrama de Flujo



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/070/15
 SECRETARIO TÉCNICO

5.2. Descripción de actividades:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo(Código)
1	<ul style="list-style-type: none"> Retirar pulseras, anillos y reloj de las manos. Realizar el lavado de manos con alcohol gel de 20 a 30 segundos., con agua y jabón de 40 a 60 segundos, con agua y clorhexidina de 15 a 30 segundos, de acuerdo a la técnica documentada. Recordando los cinco momentos del lavado de manos. (Antes y después del contacto directo con el paciente, antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes, después del contacto con fluidos o secreciones corporales, después del contacto con objetos en el entorno del paciente). 	Enfermería	
2	<ul style="list-style-type: none"> Reunir el material y equipo en una charola, para llevarlo a la Unidad del paciente incluyendo la solución de limpieza y descontaminación. Material: baumanómetro, estetoscopio, reloj con segundero, termómetro clínico, lapicero con tintas de color azul, verde y rojo, solución antiséptica y formatos para el registro de las cifras obtenidas de los signos vitales. 	Enfermería	
3	<ul style="list-style-type: none"> Saludar amablemente al paciente, presentándose e informarle del procedimiento a realizar, corroborar datos de identificación correcta, además de aclarar dudas si el paciente lo refiere. 	Enfermería	
4	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que el termómetro se encuentre marcando 35° C, antes de colocarlo al paciente. Se colocará en el lugar correspondiente a edad y a tipo de paciente (oral, rectal, axilar, inguinal). Retirar el termómetro al final de la toma de los signos vitales. 	Enfermería	

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

5	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el manómetro este calibrado y la válvula cerrada. • En pacientes hospitalizados en decúbito dorsal con el brazo en abducción (extendido) y con la palma de la mano abierta y hacia arriba. • En pacientes que acudan a la consulta externa deberán esperar 15 minutos en reposo, tomar la presión en posición sentado con el brazo sobre el escritorio en abducción (extendido) con la palma abierta hacia arriba. • Colocar el brazalete a 3 cm., por arriba del pliegue del codo y de acuerdo a la edad del paciente, cuidando que las guías estén a nivel de la arteria y no sobre la ropa. • Palpar el pulso de la arteria donde se colocará la cápsula del estetoscopio procurando que no quede introducida por debajo del brazalete. • Bombear la perilla con la válvula cerrada verificando que la manecilla del manómetro llegue a la presión requerida (20 mm de mercurio por arriba de la cifra normal de la presión sistólica). • Abrir la válvula y dejar Salir el aire gradualmente para escuchar el primer latido o ruido correspondiente a la presión sistólica, continuar observando la manecilla en el manómetro hasta escuchar el último ruido o latido para detectar la presión diastólica. • Retirar cuidadosamente el brazalete y el estetoscopio. • Dejar cómodo al paciente. 	Enfermería	
6	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar con suavidad la mano del paciente. • Localizar el pulso (puede ser radial, femoral, carotideo) utilizando los dedos índice y medio o por observación según sea el caso, contando las pulsaciones durante un minuto obligatoriamente, verificando frecuencia, ritmo y amplitud • En caso de niños, colocar el estetoscopio sobre el tórax a nivel del corazón, escuchando los latidos cardiacos y contarlos durante un minuto obligatoriamente de la misma forma que en el segundo punto. 	Enfermería	

**APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO IGSSM/
15/02/2015
SECRETARIO TÉCNICO**

7	<ul style="list-style-type: none"> Sin retirar la mano del pulso del paciente, observar la expansión de la región toraco abdominal y contabilizar las respiraciones del paciente durante un minuto obligatoriamente, valorando de acuerdo a la frecuencia (eupnea, taquipnea y bradipnea) y características (hiperventilación, apneusis, cheynnestoke, kusmaul). 	Enfermería	
8	<ul style="list-style-type: none"> Retirar el termómetro y tomar la lectura de grados y centígrados marcados. Con movimientos suaves regresar el mercurio del termómetro hasta los 35°C y colocarlo en recipiente de solución de limpieza y desinfección. 	Enfermería	
9	<ul style="list-style-type: none"> Registrar y graficar las cifras de los signos vitales obtenidos y anotarlos utilizando los colores correspondientes. Temperatura (rojo), pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial (azul). 	Enfermería	Hoja de enfermería (FO-UEE-01) y documentos varios
10	<ul style="list-style-type: none"> ¿Si existe alteración en las cifras obtenidas de los signos vitales? 	Enfermería	
11	<ul style="list-style-type: none"> Informar inmediatamente al médico tratante o en turno. 	Enfermería	
12	<ul style="list-style-type: none"> Realizar las indicaciones médicas de forma inmediata y precisa explicando de los procedimientos al paciente. 	Enfermería	
13	<ul style="list-style-type: none"> Si no existe alteración en las cifras de los signos vitales obtenidos se informa al paciente de sus resultados. 	Enfermería	
14	<ul style="list-style-type: none"> Retirar el material y equipo de la unidad del paciente. 	Enfermería	
15	<ul style="list-style-type: none"> Limpiar y desinfectar el material y equipo. (Política 8.2 de este procedimiento). 	Enfermería	
16	<ul style="list-style-type: none"> Guardar el equipo y material de los signos vitales en el lugar correspondiente limpio y en orden. 	Enfermería	
17	<ul style="list-style-type: none"> Realizar lavado de manos de acuerdo a la técnica establecida y documentada. Recordando los 5 momentos de lavado de manos (mismo procedimiento que la actividad numero 1). 	Enfermería	

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO IGISM
 15/02/2015
 SECRETARIO TÉCNICO

 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO TOMA DE SIGNOS VITALES	Código: PR-DSSP-UEE-10
		Página 8 de 8

6. Registros:

6.1 Hoja de Enfermería y formatos varios.

7. Políticas:

7.1 Se deben tomar los signos vitales a todo paciente que ingresa a un Centro de Salud u Hospital (1^{er}, 2^o y 3^{er} Nivel de atención) y también toda vez que el paciente sea trasladado a una unidad de tratamiento y antes de un procedimiento médico.

7.2 Política de Limpieza y Descontaminación de termómetros


1. Retirar el termómetro del paciente.
2. Depositar el termómetro en la solución con Alkazyme, en dosis de 20 gr. (1 sobre) en 4 litros de agua.
3. Dejarlo sumergido durante 15 minutos.
4. Sacarlo y lavarlo en el chorro de agua.
5. Secarlo y guardarlo en su recipiente correspondiente.
6. La limpieza y desinfección se realizará cada vez que el termómetro sea utilizado.

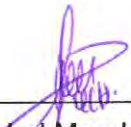
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO IGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍO TÉCNICO




SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS


ELABORÓ:

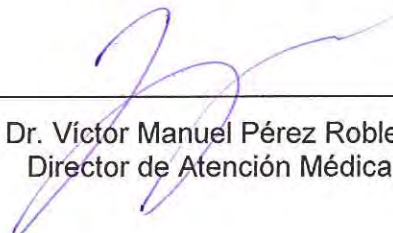

L.E.O. María De la Salud Guzmán Martínez
Subdirectora de Enfermería
Hospital del Niño y Adolescente Morelense


L.E.O. María Isabel Mendoza Hernández
Coordinadora de Enseñanza
Hospital del Niño y Adolescente Morelense


L.E.O. Norma Leticia Gutiérrez Lázaro
Supervisora de Infecciones Nosocomiales
Hospital del Niño y Adolescente Morelense

REVISÓ:


Mtra. Norberta López Tarango
Coordinadora de la
Unidad Estatal de Enfermería


Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

DOCUMENTO

CONTROLADO
NO CONTROLADO
COPIA No.

AUTORIZÓ:


Dra. Ángela Patricia Mora González
Directora General de SSM

Fecha: Febrero 2015

Fecha: Febrero 2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JSSM
15/02/2015
SECRETARÍA TÉCNICA




Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM/
 15/02/ORD/15
 SECRETARIO TÉCNICO

 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO LAVADO DE MANOS	Código: PR-DSSP-UEE-11
		Página 3 de 5

1. Propósito:

Establecer un método estandarizado y efectivo para el lavado de manos.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todo el personal de enfermería de SSM y del HNAM. Es responsabilidad de las Subdirecciones y Jefaturas de Enfermería, supervisar y controlar el cumplimiento de este procedimiento. Es responsabilidad de todo el personal de enfermería aplicar y cumplir cabalmente este procedimiento.

3. Referencias:

Para la elaboración de este procediendo se tomó como referencia la NOM-045 y la Técnica establecida por la OMS para la higiene de manos.

4. Definiciones:

N/A

5. Responsabilidades:

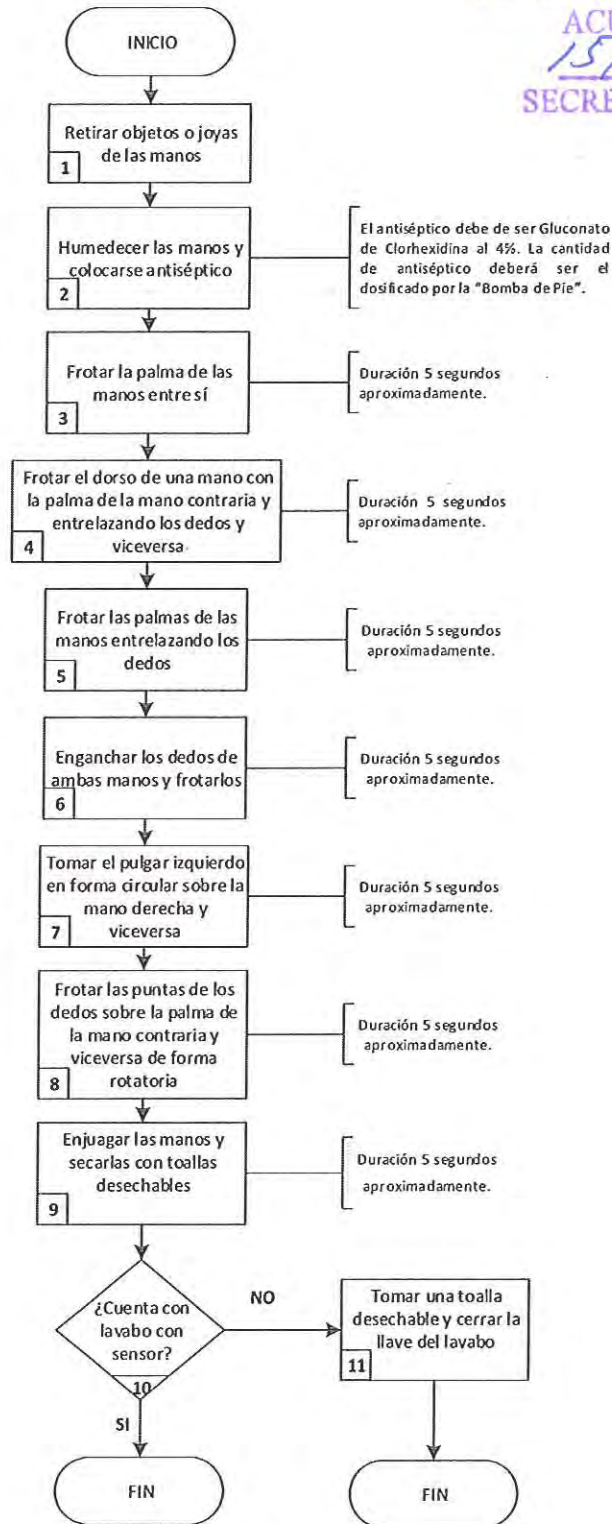
1. Es responsabilidad de las subdirecciones y jefaturas de Enfermería, supervisar y controlar el cumplimiento de este procedimiento.
2. Es responsabilidad de todo el personal de Enfermería aplicar y cumplir cabalmente este procedimiento.


APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO AGSSM/
 15/02/070/15
 SECRETARÍO TÉCNICO

6. Desarrollo:

6.1 Diagrama de Flujo

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM/
15/02/0720/15
 SECRETARIO TÉCNICO






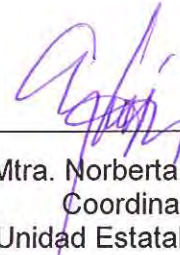
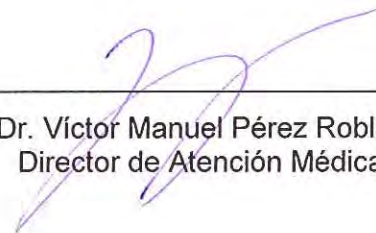
 Servicios de Salud	PROCEDIMIENTO LAVADO DE MANOS	Código: PR-DSSP-UEE-11
		Página 5 de 5

7. Políticas:

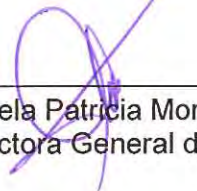
- 7.1 Deberá aplicarse este procedimiento ANTES de tener contacto físico con el paciente.
- 7.2 Deberá aplicarse este procedimiento ANTES de realizar cualquier tarea o procedimiento en el paciente.
- 7.3 Deberá aplicarse este procedimiento DESPUÉS de haber tenido contacto directo con fluidos corporales del paciente.
- 7.4 Deberá aplicarse este procesamiento DESPUÉS de haber realizado cualquier tarea o procedimiento al paciente.
- 7.5 Deberá aplicarse este procedimiento DESPUÉS de estar en contacto con el entorno del paciente.
- 7.6 Deberá aplicarse este procedimiento DESPUÉS de ir al baño.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSM
15/02/2015
SECRETARÍA TÉCNICA

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ: <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> </div> <p style="text-align: center;">L.E. Juliana Nájera Zeferino Coordinadora de Enseñanza Hospital de la Mujer</p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> </div> <p style="text-align: center;">L.E. Armida Díaz Fuentes Jefa de Enfermeras Hospital Temixco</p> <div style="text-align: center;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> </div> <p style="text-align: center;">LEO. Floricel Ramos Montes Coordinadora de Enseñanza Hospital Temixco</p>	REVISÓ: <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> </div> <p style="text-align: center;">Mtra. Norberta López Tarango Coordinadora de la Unidad Estatal de Enfermería</p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> </div> <p style="text-align: center;">Dr. Víctor Manuel Pérez Robles Director de Atención Médica</p>
--	--

Fecha: Febrero 2015	Fecha: Febrero 2015
----------------------------	----------------------------

DOCUMENTO CONTROLADO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO CONTROLADO <input type="checkbox"/> COPIA No.	AUTORIZÓ: <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> </div> <p style="text-align: center;">Dra. Ángela Patricia Mora González Directora General de SSM</p>
---	---

Fecha: Febrero 2015	Fecha: Febrero 2015
----------------------------	----------------------------

Vo. Bo. JUNTA DE GOBIERNO
 APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 15/02/2015
 SECRETARÍA TÉCNICA


PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE DE CONTROL DE DOCUMENTOS

Hoja de Control de Emisión y Revisión

El original de este documento queda bajo resguardo del Responsable de Control de Documentos; la distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo al Listado Maestro de Documentos.

No. Rev.	Motivo del cambio	Punto afectado	Actividad (es) afectada (s)	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Emisión	N/A	N/A	N/A	02-2015

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO GSSM
15/02/ORD/15
 SECRETARIO TÉCNICO

 Servicios de Salud	<p style="color: purple;">APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO MAYOR DEL ESTADO</p> <p>INSTRUCTIVO DE TRABAJO IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</p> <p style="color: purple;">15/02/2015 SECRETARÍA TÉCNICA</p>	Código: IT-DSSP-UEE-01
		Página 3 de 4

1. Propósito:

Normar y estandarizar la correcta identificación del paciente de los Servicios de Salud de Morelos.

2. Alcance:

Este instructivo aplica a todo el personal de enfermería de los Servicios de Salud de Morelos.

3. Referencias:

Para la elaboración de este instructivo, se tomó como referencia la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-003-SSA3-2012 y las Metas Internacionales de seguridad del paciente.

4. Definiciones:

N/A

5. Desarrollo del Instructivo:

5.1. Recibir al paciente, preguntarle y registrar (o al familiar/persona que lo acompaña) los siguientes datos en la Hoja de Enfermería:

- ✓ Nombre Completo
- ✓ Fecha de Nacimiento
- ✓ Edad
- ✓ Genero
- ✓ Folio del Seguro Popular (si lo tiene)
- ✓ Peso de Ingreso
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Fecha y Hora de Ingreso
- ✓ Médico Tratante
- ✓ Enfermera (o) que recibe al Paciente
- ✓ Alergias del Paciente
- ✓ Riesgo de Caída
- ✓ Riesgo de úlceras por presión
- ✓ Tipo Sanguíneo

5.2. Registrar los datos completos del paciente en el formato “Identificación del Paciente” (FO-UEE-02), cuando el paciente sea ingresado al Centro de Salud y/o al Hospital, sin importar la duración de su estadía en horas o días.

En caso de que el paciente no sea ingresado al Centro de Salud o al Hospital, no se deberá llenar este formato.

5.3. Todo paciente que haya ingresado, deberá portar en su mano derecha un brazalete con los siguientes datos:

- ✓ Nombre completo
- ✓ Género
- ✓ Edad
- ✓ Folio de Seguro Popular (si lo tiene)
- ✓ Fecha de Nacimiento

Este brazalete será del color de acuerdo a su grupo sanguíneo:

- A = Amarillo (“A” RH negativo y positivo)
- B = Azul (“B” RH negativo y positivo)
- AB = Rojo (“AB” RH negativo y positivo)
- O = Negro (“O” RH negativo y positivo)
- Sin tipo Sanguíneo = Blanco

6. Registros:

- 6.1 Hojas de Enfermería
- 6.2 Formato “Identificación del Paciente”
- 6.3 Brazalete del Paciente

7. Políticas:

N/A

8. Anexos:

N/A