



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**Mayo
2023**

Instituto Nacional de Pediatría

**Manual de Procedimientos de la
Subdirección de Medicina Crítica**



Instituto Nacional de Pediatría

Insurgentes Sur No. 3700-C
Col. Insurgentes Cuicuilco
Alcaldía Coyoacán
C.P. 04530 Ciudad de México
Conmutador: 10 84 09 00
www.pediatria.gob.mx
Correo electrónico institucional:
inped@pediatria.gob.mx

Síguenos



Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.



DIRECTORIO

Dra. Mercedes Macías Parra

Directora General

Dra. Amalia Guadalupe Bravo Lindoro

Directora Médica

Dra. Sara Elva Espinosa Padilla

Directora de Investigación

Dr. Luis Xochihua Díaz

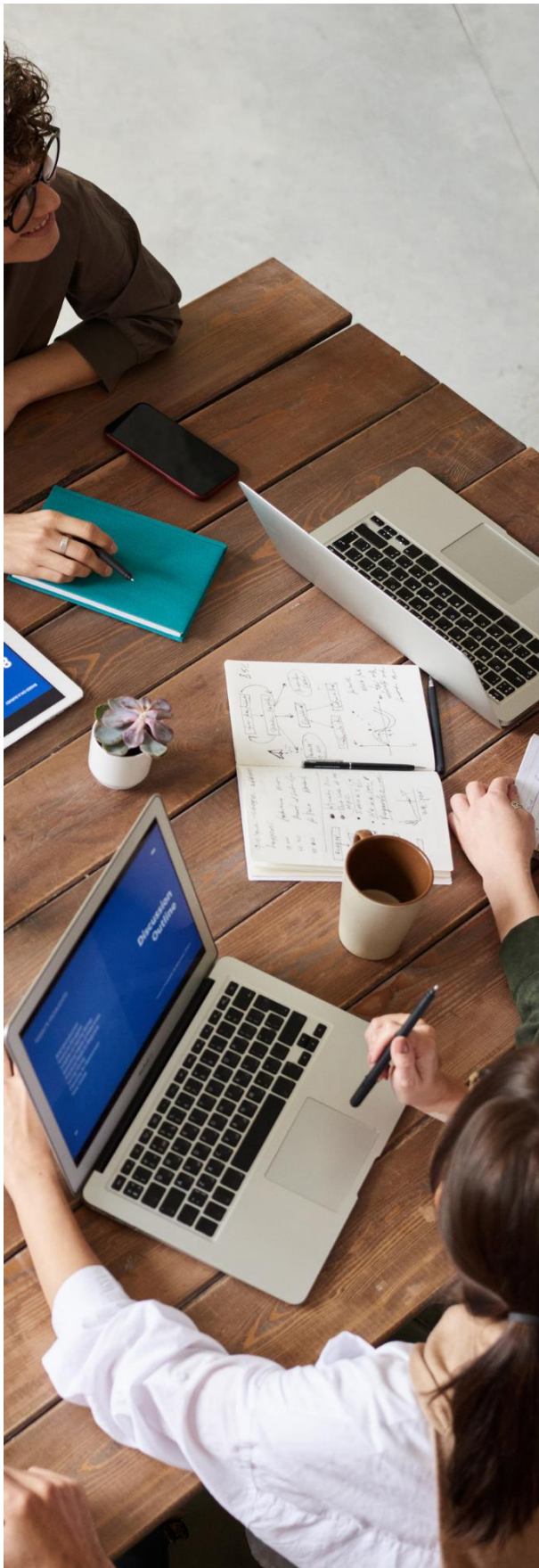
Director de Enseñanza

Lcdo. Gregorio Castañeda Hernández

Director de Administración

Lcdo. Agustín Arvizu Álvarez

Director de Planeación



COLABORADORES

Dr. Carlos López Candiani

Subdirector de Medicina Crítica

Dra. María del Carmen Obregón Mondragón

Jefa del Departamento de Urgencias

Dr. Héctor Alberto Macías Avilés

Jefe del Departamento de Neonatología

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre

Jefa del Departamento de Terapia Intensiva

Dra. Violeta Larisa Castañuela Sánchez

Coordinadora de la Unidad de Cuidados
Intensivos Cardiovasculares

Dr. Alexis Amado López Alamilla

Jefe del Servicio de Inhaloterapia

Dr. Alexis Amado López Alamilla

Encargado del Servicio de Terapia Intermedia



RECOPILADORES

Lcdo. Agustín Arvizu Álvarez

Director de Planeación

Dra. Angélica María Hernández Hernández

Jefa del Departamento de Diseño y Calidad

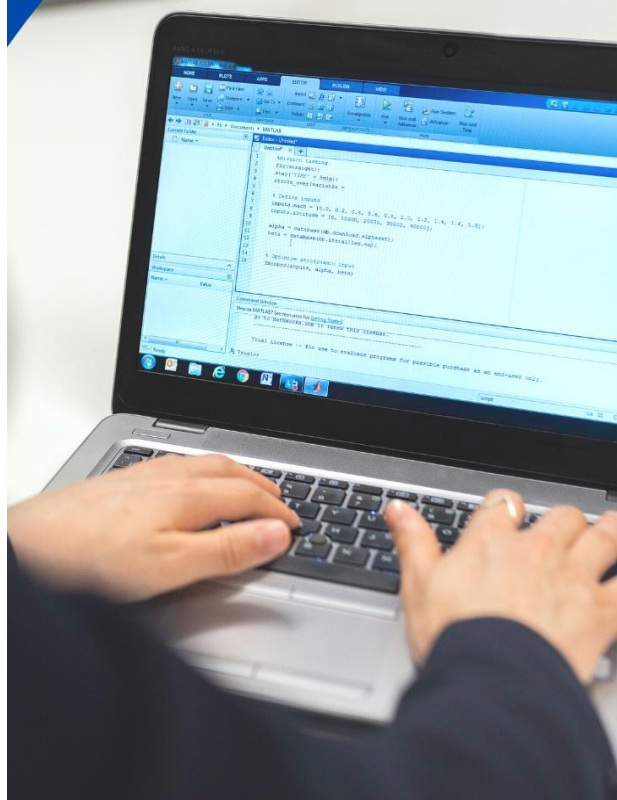
Lcdo. Fernando Rodríguez Ortiz

Lcda. Araceli Gómez Morones

Lcda. Erika Itzel Blancas Gómez

C. Alejandra Gómez Parra

Área de Organización de Procesos



POLÍTICA DE CALIDAD

Comprometidos en implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos que lleven a la obtención del cumplimiento de los objetivos en las áreas, de investigación, enseñanza y asistencia, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes con patología de alta complejidad, que permita obtener modelos interdisciplinarios, que proyecten a la institución a nivel nacional e internacional.





MISIÓN

Contribuir al desarrollo científico y tecnológico con el objeto de aportar nuevos conocimientos en las áreas que conforman la pediatría, formar recursos humanos de excelencia que se dediquen al cuidado de la salud de la niñez mexicana y brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad a la población infantil y adolescente.

VISIÓN

Ser la mejor institución para la atención de problemas de salud infantil a nivel nacional, ser reconocido dentro y fuera del país como centro de excelencia en la capacitación, actualización y formación de recursos humanos en áreas relacionadas con salud infantil y generar conocimientos de avanzada con base en la investigación científica que en ella se desarrolla.

CÓDIGO DE CONDUCTA Y REGLAS DE INTEGRIDAD DEL INP

Disponible en:
https://www.pediatria.gob.mx/archivos/comite/codigo_conducta.pdf



"Trabajando por la Salud de Nuestra Niñez Mexicana"

Valores de las y los Servidores públicos de la Administración Pública Federal

- Legalidad
- Honradez
- Lealtad
- Imparcialidad
- Eficiencia
- Interés Público
- Respeto
- Igualdad
- Equidad de Género
- Entorno Cultural y Ecológico
- Integridad
- Cooperación
- Liderazgo
- Transparencia
- Rendición de Cuentas
- Derechos Humanos

Principios Específicos

- Conocimiento y aplicación de las Leyes y Normas
- Ejercicio del Cargo Público
- Uso y Asignación de Recursos
- Uso Transparente y Responsable de la Información Interna
- Conflicto de Interés
- Clima y Cultura Institucional
- Relaciones entre Servidoras y Servidores Públicos
- Desarrollo Permanente e Integral
- Relación con la Sociedad
- Seguridad, Salud, Higiene y Medio Ambiente
- Relaciones con el Gobierno Federal, Estatal y Municipal

Reglas de integridad y acciones que las vulneran para el Ejercicio de la Función Pública

- Actuación Pública
- Información Pública
- Contrataciones Públicas, Licencias, Permisos, Autorización y Concesiones
- Programas Gubernamentales
- Trámites y Servicios
- Recursos Humanos
- Administración de Bienes Muebles e Inmuebles
- Procesos de Evaluación
- Control Interno
- Procedimiento Administrativo
- Desempeño Permanente con Integridad
- Cooperación con la Integridad
- Comportamiento Digno



POLITICAS DE CAPACITACIÓN PARA MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES

- 1.** La Capacitación en el Instituto Nacional de Pediatría será orientada a fortalecer las competencias de las áreas sustantivas, Investigación, Enseñanza, Atención Médica, Planeación y área Administrativa, con la finalidad de dar cumplimiento a las responsabilidades institucionales en beneficio de la atención y seguridad del paciente, de la excelencia en la formación de los recursos humanos y la investigación para responder a las necesidades de salud de la población pediátrica y adolescente del país.
 - 2.** Los Mandos Medios y Superiores, en coordinación con la Dirección de Administración a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, deberán apoyar y asistir a los cursos de capacitación internos, aprovechando el conocimiento, formación y experiencias del facilitador, sea interno o externo.
 - 3.** Los Mandos Medios y Superiores colaborarán activamente con la Dirección de Administración a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal en la realización del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, que deberán realizarse cada año, con el fin de formular el Programa Anual de Capacitación.
 - 4.** La Asistencia a los cursos de capacitación interna, será obligatoria, por instrucción de la Dirección General de este Instituto, con base en el Artículo 153-A y 153-D, capítulo III bis de la Productividad, Formación y Capacitación de personas Servidoras Públicas, de la Ley Federal del Trabajo; y el numeral 8.1 de la Capacitación de personas Servidoras Públicas, de la Norma para la capacitación de personas Servidoras Públicas, así como su anexo.
 - 5.** Las Constancias de participación, serán firmadas por la persona servidora pública que tenga el cargo de titular de la Dirección General y/o titular de Dirección de Área.
-



ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVO DEL MANUAL.....	3
III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ÁREA.....	4
IV. MARCO JURÍDICO DEL INP.....	6
V. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS.....	37
1. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS QUE REQUIEREN DE INHALOTERAPIA.	38
2. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN INHALOTERAPIA.	45
3. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS.....	53
4. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA.	70
5. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES.....	83
6. PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS.....	98
7. PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE INHALOTERAPIA.....	117
8. PROCEDIMIENTO PARA TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE SALA DE CHOQUE A TERAPIA INTENSIVA O NEONATOLOGÍA.....	127
9. PROCEDIMIENTO PARA TRASLADO E INGRESO DE PACIENTES DE OTROS HOSPITALES AL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.....	136
10. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTERMEDIA.	147
INSTRUCCIONES DE TRABAJO	161
1. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL ACCESO INTRAÓSEO	162



2. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO.....	167
3. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LA APLICACIÓN DE SURFACTANTE.....	174
4. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL.....	179
5. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA CATETERISMO DE VASOS UMBILICALES EN EL NEONATO.....	184
6. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL.....	191
7. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA COLOCACIÓN DE UNA LÍNEA ARTERIAL.....	197
8. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA DESFIBRILACIÓN Y CARDIOVERSIÓN.....	203
9. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN.....	213
10. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.....	223
11. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LAVADO DE MANOS.....	229
12. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA NUTRICIÓN PARENTERAL.....	232
13. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA PERICARDIOCENTESIS PERCUTANEA.....	238
14. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA PUNCIÓN LUMBAR.....	244
15. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA SONDA TRANSPILORICA.....	255
16. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA SONDEO VESICAL.....	259
17. TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALES PERIFERICOS.....	263
VI. GLOSARIO.....	269
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	272
VIII. CONTROL DE CAMBIOS.....	273
VIII. HOJA DE AUTORIZACIÓN.....	276

I. INTRODUCCIÓN

En el cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al Artículo 16 fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ha actualizado el presente Manual de Procedimientos de la Subdirección de Medicina Crítica, en razón de la importancia de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan el desarrollo eficiente de las funciones y cumplir con los objetivos y metas institucionales.

Su integración se realiza con base en el registro de la Estructura Orgánica con vigencia a partir del 01 de junio del 2020, en el Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Pediatría y con apego en la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Pediatría.

El Manual de Procedimientos está integrado por los siguientes apartados: Introducción, Objetivo del Manual, Antecedentes Históricos del Área, Marco Jurídico, procedimientos con su respectivo Propósito, Alcance, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Documentos de Referencia, Descripción de Actividades, Diagrama de Bloque (PEPSU), Diagrama de Flujo, Formatos y Anexos; Glosario, Bibliografía y/o Referencias, Control de Cambios y Hoja de Autorización.

Tiene la finalidad de informar y orientar al personal de la Subdirección de Medicina Crítica, sobre su funcionamiento, relaciones internas, canales de comunicación, ámbitos de competencia y responsabilidades.

El manual se actualizará periódicamente conforme a los lineamientos para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Pediatría y cuando existan modificaciones a la estructura orgánica



o normatividad aplicable, propiciando su simplificación, mejoramiento y enriquecimiento del mismo.

La difusión de este manual se realizará por la persona servidora pública titular de la dirección de área al personal adscrito a la misma. Disponible para su consulta permanente en la Normateca del INP http://www.pediatría.gob.mx/interna/normateca_sust.html.

Las personas servidoras públicas de la Subdirección de Medicina Crítica, en el Instituto Nacional de Pediatría, serán responsables de garantizar y vigilar la correcta aplicación del presente documento.



OBJETIVO DEL MANUAL

Proporcionar una guía de operación en el desarrollo de las actividades propias de la Subdirección de Medicina Crítica con la finalidad de optimizar sus funciones y contar con un instrumento de consulta para el personal del área y lectores interesados que deseen conocer las actividades que se desarrollan en la Subdirección.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ÁREA

Durante los últimos años ha tenido lugar un crecimiento explosivo en el campo del cuidado del paciente críticamente enfermo y el Instituto Nacional de Pediatría no ha sido una excepción.

A fin de incrementar la eficiencia en la atención nutricia de los pacientes, en 1988 el Dr. Fernández Varela, entonces Director General, consciente de los costos económicos y de común acuerdo con el equipo de Terapia Intensiva, ordena la concentración de la evaluación y tratamiento con nutrición parenteral, así como el diseño y preparación de las formas con el control administrativo en el Departamento de Terapia Intensiva. Con esta decisión se tomó el primer paso en la integración de los servicios de atención crítica del Instituto. Los magníficos resultados que se han observado a través de los años tanto en la investigación como en la enseñanza y en la asistencia son dignos de reconocimiento tanto dentro como fuera de la Institución e incluso en algunos centros especializados fuera del país.

La enorme demanda económica que los servicios médicos imponen a la nación aunado a la escasez de recursos para satisfacerla, así como el desarrollo de programas universitarios de subespecialidad médica y la necesidad de una sola administración de los recursos tecnológicos de alto costo y para áreas específicas de cuidado crítico, inspiraron la presentación de un proyecto de unificación de los Departamentos de Terapia Intensiva, Neonatología y Urgencias en una División de Medicina Crítica. El Dr. Fernández Varela no pudo concretarla por el cambio de administración; sin embargo, el interés persistió durante la gestión del Dr. Silvestre Frenk y finalmente la Dra. Alessandra Carnevale, logro esta integración administrativa. Los objetivos son administrar en forma racional los recursos técnicos y humanos en la atención de niños críticamente enfermos; impulsar la investigación en el área y dar compatibilidad y eficiencia a los esfuerzos en la enseñanza de las disciplinas relacionadas con el cuidado y tratamiento del paciente pediátrico grave.

Se nombra como primer jefe de la División al Dr. José Valente Aguilar Zinzer, quien hasta entonces laboraba como médico adscrito al Departamento de Terapia Intensiva. En noviembre de 1999, se le denomina Subdirección de Medicina Crítica.

Los años siguientes han ocupado el cargo las doctoras: María del Carmen Obregón Mondragón, Beatriz Llamosas Gallardo, Martha Patricia Márquez Aguirre y a la fecha de la actualización de este Manual, el Dr. Carlos López Candiani.

En 2005 el Servicio de Inhaloterapia que dependía de Neumología y luego de la Subdirección de Cirugía, pasa a ser parte de la Subdirección de Medicina Crítica. En 2009 se crea la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares con 6 espacios físicos para niños operados de corazón a cargo de la Dra. Violeta Larisa Castañuela Sánchez.

El 8 de junio de 2021 inicia actividades el Servicio de Terapia Intermedia con 4 camas físicas y queda a cargo del Dr. Alexis Amado López Alamilla como primer jefe.



IV. MARCO JURÍDICO DEL INP

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 05-02-1917, Última Reforma D.O.F. 28/05/2021

TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

- Convención Americana sobre Derechos Humanos. pacto de San José de Costa Rica
D.O.F. 07-05-1981, Última Reforma D.O.F. 01-09-1998.-
- Convención sobre los Derechos del Niño
D.O.F. 25-01-1991.-
- Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial de los Derechos del Paciente.
Septiembre/Octubre 1981.-
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
D.O.F. 19-10-2005.-
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
D.O.F. 12-05-1981.-
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" de 6 de Septiembre de 1994.
D.O.F. 19-01-1999.-
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad suscrita en la Ciudad de Guatemala el 7 de Julio de 1999.-
D.O.F. 12-03-2001.-
- Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (CIRDI), Adoptada en la Antigua, Guatemala, el Cinco de Junio de dos mil trece
D.O.F. 20-02-2020.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.-
D.O.F. 10/12/1948.-
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. -
D.O.F. 20-05-01981.-



- Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 02-05-2008.-
- Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia (CINDI).
D.O.F. 20-02-2020

LEYES

- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 04-01-2000, Última Reforma D.O.F. 20-05-2021.-
- Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 02-04-2013 Última Reforma D.O.F. 07-06-2021.
- Ley de Asistencia Social
D.O.F. 02-09-2004, Última Reforma D.O.F. 20-05-2021.-
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia
D.O.F. 1º-02-2007. ÚLTIMA REFORMA D.O.F. 01/06/2021
- Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
D.O.F. 18-03-2005.- Última Reforma D.O.F. 06/11/2020
- Ley de Ciencia y Tecnología
D.O.F. 05-06-2002, Última Reforma 06-11-2020.-
- Ley de Coordinación Fiscal
D.O.F. 27-12-1978, Última Reforma D.O.F. 30-01-2018.-
- Ley de Firma Electrónica Avanzada
D.O.F. 11-01-2012.- Última Reforma 20-05-2021
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación
Nueva Ley D.O.F. 18-07-2016.- Última Reforma 20-05-2021
- Ley de Transición Energética
D.O.F. 24-12-2015
- Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022
D.O.F. 12-11-2021

- Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos
D.O.F. 29-06-1992, Última Reforma D.O.F. 20 de Mayo de 2021
- Ley Federal de Protección a La Propiedad Industrial
D.O.F. 01-07-2020
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud
D.O.F. 26-05-2000, Última Reforma D.O.F. 29-11-2019.-.
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 04-01-2000, Última Reforma D.O.F. 20-05-2021.-
- Ley de Planeación
D.O.F. 05-01-1983, Última Reforma D.O.F. 16-02-2018.-
- Ley de Premios Estímulos y Recompensas Civiles
D.O.F. 31-12-1975, Última Reforma D.O.F. 10-05-2022.-
- Ley del Diario Oficial de la Federación y
Gacetas Gubernamentales
D.O.F. 24-12-1986, Última Reforma D.O.F. 31-05-2019.-
Fe de Erratas en D.O.F. 10-06-2019
- Ley del Impuesto al valor agregado
D.O.F. 29-12-1978.- Última Reforma 12-11-2021
- Ley del Impuesto Sobre la Renta
D.O.F. 11-12-2013- Última Reforma 12 11-2021
- Ley de Migración
D.O.F. 25-05-2011, Última Reforma D.O.F. 29-04-2022
- Ley de los Sistemas de Ahorro para el retiro
D.O.F. 23-05-1996, Última Reforma D.O.F. 16-12-2020.
- Ley de Nacionalidad
D.O.F. 23-01-1998, Última Reforma D.O.F. 23-04-2012.-
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
D.O.F. 31-03-2007, Última Reforma 22-11-2021
- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
D.O.F. 04-04-2013, Última Reforma en D.O.F. 22-06-2018.

- Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30-12-2015.-
- Ley del Servicio de Administración Tributaria
D.O.F. 15-12-1995, Última Reforma D.O.F. 04-12-2018
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica
D.O.F. 16-04-2008, Última Reforma D.O.F. - 20 de Mayo de 2021
- Ley de Infraestructura de la Calidad
D.O.F. DE 01-07-2020 Entrada en Vigor el 30-08-2020
- Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. 23-05-2014, Última Reforma 20 Mayo de 2021
- Ley Federal de Derechos
D.O.F. 31-12-1981, Última Reforma D.O.F. 27-12-2021.-
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14-05-1986, Última Reforma D.O.F. 01-03-2019.-
- Ley Federal de los Derechos del Contribuyente
D.O.F. 23-06-2005.-
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B del Artículo 123 Constitucional
D.O.F. 28-10-1963, Última Reforma D.O.F. 22-11-2021.-
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 26/03/2006, Última Reforma D.O.F. 27-02-2022.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 04-08-1994, Última Reforma D.O.F. 18-05-2018.-
- Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
D.O.F. 01-12-2005, Última Reforma D.O.F. 27/01/2017.-
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
D.O.F. 31-12-2004, Última Reforma D.O.F. 20 de mayo de 2021
- Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 25-07-2007, Última Reforma D.O.F. 16-02-2018.-
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-05-2016, Última Reforma 20 de mayo de 2021

- Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24-12-1996, Última Reforma D.O.F. 01-07-2020
- Ley Federal del Trabajo
D.O.F. 01-04-1970, Última Reforma D.O.F. 18-05-2022
- Ley Federal de Precusores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas y tabletas y/o comprimidos. -
D.O.F. 26-12-1997, Última Reforma D.O.F. 20-05-2021.-
- Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 19-12-2002, Última Reforma D.O.F. 14-09-2021
- Ley Federal para prevenir y eliminar la Discriminación
D.O.F. 11-06-2003, Última Reforma D.O.F. 20 de mayo de 2021
- Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita
D.O.F. 17-10-2012.- Última Reforma D.O.F. 20 de mayo de 2021
- Ley General de Bienes Nacionales
D.O.F. 20-05-2004, Última Reforma D.O.F. 14-09-2021.-
- Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31-12-2008, Última Reforma D.O.F. 19-01-2018.-
- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
D.O.F. 24-10-2011, Última Reforma 25-06-2018.
- Ley Federal de Deuda Pública
D.O.F. 31-12-1976, Última Reforma D.O.F. 30-01-2018.-
- Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 20-01-2004, Última Reforma D.O.F. 25-06-2018
- Ley Reglamentaria del Artículo 3º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en Materia de Mejora Continua de la Educación.
D.O.F. 30-09-2019
- Ley General de Educación
D.O.F. 30-09-2019
- Ley General de Población
D.O.F. 07-01-1974, Última Reforma D.O.F. 12-07-2018.
- Ley General de Protección Civil



D.O.F. 06-06-2012, Última Reforma D.O.F. 20 de mayo de 2021

- Ley General de Salud
D.O.F. 07-02-1984, Última Reforma D.O.F. 24/03/2023
- Ley General de Sociedades Mercantiles
D.O.F. 04-08-1934, Última Reforma D.O.F. 14-06-2018.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 04-05-2015, Última Reforma D.O.F. 20 de mayo 2021
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente
D.O.F. 28-01-1988, Última Reforma D.O.F. 11-04-2022
- Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito
D.O.F. 27-08-1932, Última Reforma D.O.F. 22-06-2018.-
- Ley General para la atención y protección a personas con la condición del Espectro Autista.
D.O.F. 30-04-2015.- Última Reforma D.O.F. 27 de mayo de 2016
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30-05-2011 Última Reforma D.O.F. 12-07-2018.
- Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres
D.O.F. 02-08-2006, Última Reforma D.O.F. 18-05-2022.-
- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
D.O.F. 08-10-2003.- Última Reforma D.O.F. 18-01-2021
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
D.O.F. 24-01-2012.- Última Reforma D.O.F. 04-05-2021
- Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes
D.O.F. 04-12-2014.- Última Reforma D.O.F. 28-04-2022
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29-12-1976, Última Reforma D.O.F. 05-04-2022
- Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa
D.O.F. 18-07-2016.-
- Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación
D.O.F. 07-06-2021

- Ley de la Fiscalía General de la República
D.O.F. 20-05-2021
- Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados
D.O.F. 26-01-2017.-
- Ley General de Archivos. -
D.O.F. 15-06-2018 Última Reforma D.O.F. 05-04-2022.
- Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 30-05-2008. – Última Reforma D.O.F. 17-02-2022
- Ley Orgánica del Centro Federal de Conciliación y Registro Laboral.
D.O.F. 06-01-2020
- Ley General en Materia de desaparición forzada de personas, desaparición cometida por particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas.
D.O.F. 17-11-2017.- Última Reforma D.O.F. 20 de mayo de 2021
- Ley Nacional de Ejecución Penal
D.O.F. 16-06-2016.- Última Reforma por Sentencia SCJN 09/05/2018
- Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal.
D.O.F. 29-12-2014.- Última Modificación 20-05-2021
- Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes
D.O.F. 16-06-2016.- Última Reforma D.O.F. 01-12-2020
- Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México
D.O.F. 26-05-1945, Última Reforma 19-01-2018.-
- La Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos
D.O.F. 19-05-2021
- Ley Federal de Austeridad Republicana
D.O.F. 19-11-2019
- Ley de Fomento a la Confianza Ciudadana
D.O.F. 20-01-2020
- La Ley General para la detección oportuna del Cáncer en la infancia y la Adolescencia.
D.O.F. 07/01/2021
- Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión

D.O.F. 14/07/2014 Última Reforma D.O.F. 20 de mayo de 2021

- Ley General de Educación Superior.
D.O.F. 20/04/2021
- Ley General de Bibliotecas.
D.O.F. 01/06/2021
- Ley General de Víctimas
D.O.F. 09/01/2013 Última Reforma D.O.F. 28/04/2022

CODIGOS

- Código Nacional de Procedimientos Penales
D.O.F. 05-03-2014, Última Reforma 19/02/2021.-
- Código Fiscal De La Federación
D.O.F. 31-12-1981, Última Reforma D.O.F. 12-11-2021
- Código de Comercio
D.O.F. 7 AL 13-12-1889, Última Reforma D.O.F. 28-03-2018.-
Cantidades Actualizadas 24/12/2020
- Código Civil Federal
D.O.F. 24 de mayo, 14 de julio, 3 y 31 de agosto de 1928, última reforma
D.O.F. 11/01/2021
- Código Federal de Procedimientos Civiles
D.O.F. 24-02-1943, Última Reforma D.O.F. 07-06-2021. Por Sentencia de la Corte
17-11-2021
- Código Penal Federal
D.O.F. 14-08-1931, Última Reforma D.O.F. 12-11-2021

REGLAMENTOS

- Reglamento del Registro Nacional de Cáncer
D.O.F. 17-07-2018
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 28-07-2010.- Última Reforma D.O.F. 02/06/2022
- Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. 04-02-1998 Última Reforma D.O.F. 31-05-2021



- Reglamento de la ley General de Protección Civil
D.O.F. 13-05-2014, Última Reforma D.O.F. 09-12-2015.-
- Reglamento de la Ley General de Victimas
D.O.F. 28-11-2014.
- Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.
D.O.F. 19-09-2014.-
- Reglamento de la Ley General de los Derechos de niñas, niños y Adolescentes.
D.O.F. 02-12-2015.-
- Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica
D.O.F. 03-11-1982, Última Reforma D.O.F. 24-03-2004.-
- Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 22-05-1998, Última Reforma D.O.F. 14-09-2005.-
- Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. 28-07-2010.- Última Reforma 02-06-2022
- Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta
D.O.F. 08-10-2015, Última Reforma D.O.F. 06-05-16.-
- Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30-06-02017
- Reglamento de la Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. 12-10-2007.-
- Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 26-01-1990, Última Reforma D.O.F. 23-11-2010.-
- Reglamento de la Ley Federal de Archivos
D.O.F. 13-05-2014.-
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28-06-2006 Última Reforma D.O.F. 13/11/2020
- Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal
D.O.F. 21-05-2012.-



- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-06-2003
- Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos Productos Químicos Esenciales y Maquinas para elaborar capsulas tableta y/o comprimidos
D.O.F. 15-09-1999.-
- Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 17-06-2003, Última Reforma D.O.F. 29-11-2006.-
- Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14-01-1999, Última Reforma D.O.F. 15-06-2018.-
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica
D.O.F. 14-05-1986, Última Reforma D.O.F. 17-07-2018.-
- Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
D.O.F. 22-08-2012, Última Reforma 10-05-2016.-
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes
D.O.F. 26-03-2014.-
- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
D.O.F. 09-09-1999, Última Reforma D.O.F. 12-02-2016.-
- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. 18-01-2006, Última Reforma D.O.F. 28-08-2008.-
- 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. 20-02-1985, Última Reforma D.O.F. 26-03-2014.-
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
D.O.F. 06-01-1987, Última Reforma D.O.F. 02-04-2014.-
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. 05-04-2004, Última Reforma D.O.F. 17-12-2014.-



- Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Impacto Ambiental
D.O.F. 30-05-2000, Última Reforma D.O.F. 31-10-2014
- Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 31-05-2009, Última Reforma D.O.F. 09-10-2012.-
- Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 23-11-1994, Última Reforma D.O.F. 16-12-2016.-
- Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 50. Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal
D.O.F. 01-10-1945.- Última Reforma D.O.F. 05-04-2018
- Reglamento de la Ley de Nacionalidad
D.O.F. 17-06-2009, Última Reforma D.O.F. 25-11-2013.-
- Reglamento de la Ley General de Población
D.O.F. 14-04-2000, Última Reforma D.O.F. 28-09-2012.-
- Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 30-11-2006. - Ultima Reforma D.O.F. 31-10-2014.-
- Reglamento de Procedimientos para la atención de Quejas Medicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 21-01-2003, Última Reforma D.O.F. 25-07-2006.-
- Reglamento de la Ley del Impuesto al valor agregado
D.O.F. 04-12-2006.- Última Reforma 25-09-2014.-
- Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el retiro
D.O.F. 24-08-2009.- Ultima Reforma 25-02-2020
- Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.
D.O.F. 13-11-2014.-
- Reglamento de los artículos 121 y 122 de la Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 05-06-2014.-
- Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal
D.O.F. 29-11-2006.-

- Reglamento del Artículo 95 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, para el cobro de fianzas otorgadas a favor de la Federación, del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, Distintas de las que garantizan obligaciones Fiscales Federales a Cargo de Terceros
D.O.F. 15-01-1991.-
- Reglamento del Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 02-04-2014.-
- Reglamento de la Ley de Migración
D.O.F. 28-09-2012, Última Reforma D.O.F. 23-05-2014.-
- Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
D.O.F. 14-05-2012.-
- Reglamento Interior de la Secretaria de Salud
D.O.F. 19-01-2004, Última Reforma D.O.F. 07-02-2018.-
- Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones
D.O.F. 10-01-2011.-
- Reglamento Interior para la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
D.O.F. 12-12-2006.-
- Reglamento por el que se establecen las Bases para la Realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina
D.O.F. 09-12-1983.-
- Reglamento General de Seguridad Radiológica
D.O.F. 22-11-1988.-
- Reglamento Interior de Consejo de Salubridad General,
D.O.F. 30-10-2001. - Última Reforma D.O.F. 11-12-2009.-
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus derivados Farmacológicos
D.O.F. 12-01-2021
- Reglamento Interno del Consejo Nacional de Trasplantes
D.O.F. 29-05-2000
- Reglamento para el uso de uniforme o vestuario y utilización de equipo



- Reglamento de Médicos Residentes
- Reglamento de Capacitación del Instituto Nacional de Pediatría

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

- NOM-015-SSA2-2010 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus
D.O.F. 23-11-2010
- NOM-013-SSA2-2015 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
D.O.F. 23-11-2016
- NOM-009-SSA2-2013 Para promoción de la Salud Escolar
D.O.F. 09-12-2013
- NOM-010-SSA2-2010 Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
D.O.F. 10-11-2010
- NOM-253-SSA1-2012 Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos
D.O.F. 26-10-2012
- NOM-011-SSA2-2011, Para la Prevención y Control de la Rabia Humana y en los Perros y Gatos
D.O.F. 02-12-2011
- NOM-006-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis
D.O.F. 13-11-2013
- NOM-001-SSA3-2012 En Materia de Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
D.O.F. 04-01-2013
- NOM-237-SSA1-2004 Para la Regulación de los Servicios de Salud, Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas
D.O.F. 15-06-2006
- NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia Epidemiológica
D.O.F. 19-02-2013
- NOM-016-SSA2-2012 Para la Vigilancia, Prevención, Control, Manejo y Tratamiento del Cólera
D.O.F. 23-10-2012

- NOM-003-SSA3-2010 Para la Practica de Hemodiálisis.
D.O.F. 08-07-2010
- NOM-004-SSA3-2012 En Materia del Expediente Clínico
D.O.F. 15-10-2012
- NOM-032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social para Niños, Niñas y Adolescentes en situación de Riesgo y Vulnerabilidad.
D.O.F. 25-02-2011
- NOM-005-SSA3-2010 Que Establece los Requisitos mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Medica de Pacientes Ambulatorios.4
Última Reforma D.O.F. 20-01-2016
- NOM-015-SSA3-2012 Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad
D.O.F. 14-09-2012
- NOM-008-SSA3-2017 Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad
D.O.F. 18-05-2018
- NOM-046-SSA2-2005.- Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. - Criterios para la Prevención y Atención.
D.O.F. 16-04-1999, Última Reforma D.O.F. 24-03-2016
- NOM-027-SSA2-2007, Para la Prevención y Control de la Lepra
D.O.F. 31-08-2009
- NOM-029-SSA3-2012 En Materia de Regulación de los Servicios de Salud. para la Práctica de la Cirugía Oftalmológica con Láser Excimer
D.O.F. 02-08-2012
- NOM-036-SSA2-2012 Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de Vacunas, Toxoides, Faboterápicos (Sueros) e Inmunoglobulinas en el Humano.
D.O.F. 28-09-2012 Aclaración Publicada en D.O.F. DE 12-10-2012
- NOM-027-SSA3-2013 Para la Regulación de los Servicios de Salud. que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos para la Atención Médica.
D.O.F. 04-09-2013
- NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
D.O.F. 09-02-2001, Última Reforma D.O.F. 26-09-2006
- NOM-026-SSA3-2012 Para la Práctica de la Cirugía mayor Ambulatoria.
D.O.F. 07-08-2012

- NOM-032-SSA2-2010, Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
D.O.F. 01-06-2011
- NOM-037-SSA2-2012, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias
DOF. 13-07-2012
- NOM-038-SSA2-2010 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Enfermedades por Deficiencia de Yodo.
D.O.F. 21-04-2011
- NOM-039-SSA2-2014 Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.
D.O.F. 01-06-2017, Última Modificación D.O.F. 01-12-2017
- NOM-034-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento
D.O.F. 24-06-2014
- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
D.O.F. 30-11-2012
- 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. 07-04-2016
- NOM-011-SSA3-2014 Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a través de Cuidados Paliativos.
D.O.F. 09-12-2014
- NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud
D.O.F. 02-09-2013
- NOM-016-SSA3-2012 Que Establece las características mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada
D.O.F. 08-01-2013
- NOM-034-SSA3-2013.- Regulación de los Servicios de Salud. - Atención Médica Prehospitalaria.
D.O.F. 23-09-2014
- NOM-025-SSA3-2013 Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos
D.O.F. 17-09-2013

- NOM-030-SSA3-2013 Que Establece las Características Arquitectónicas para facilitar el Acceso, Tránsito, uso y Permanencia de las Personas con Discapacidad en Establecimientos para la Atención Médica Ambulatoria y Hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 12-09-2013
- NOM-229-SSA1-2002.- Salud Ambiental. Requisitos Técnicos para las Instalaciones, Responsabilidades Sanitarias, Especificaciones Técnicas para los Equipos y Protección Radiológica en Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.
D.O.F. 15-09-2006.- Modificada por Publicación en D.O.F. 29-12-2014
- NOM-028-SSA3-2012 Para la Regulación de los Servicios de Salud. para la Práctica de la Ultrasonografía Diagnóstica
D.O.F. 07-01-2013
- NOM-036-NUCL-2001 Relativa a los Requerimientos para Instalaciones de Tratamiento y Acondicionamiento de los Desechos Radiactivos
D.O.F.26-09-2001
- NOM-013-NUCL-2009 Por la que se establecen los Requerimientos de Seguridad Radiológica para Egresar a Pacientes a quienes se les ha Administrado Material Radiactivo
D.O.F. 20-10-2009
- NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología
D.O.F. 23-03-2012
- NOM-026-NUCL-2011 Para la Vigilancia Médica del Personal Ocupacionalmente Expuesto a Radiaciones Ionizantes
D.O.F. 26-10-2011.
- NOM-012-NUCL-2002 Por la que se Establecen los Requerimientos y Calibración de Monitores de Radiación Ionizante
D.O.F. 19-06-2002
- NOM-033-NUCL-2016, Especificaciones Técnicas para la Operación de Unidades de Teleterapia: Aceleradores Lineales
D.O.F. 04-08-2016
- NOM-031-NUCL-2011 Que Establece los Requisitos para el Entrenamiento del Personal Ocupacionalmente Expuesto a Radiaciones Ionizantes
D.O.F. 26-10-2011

- NOM-039-NUCL-2011 Relativa las Especificaciones para la Exención de Prácticas y Fuentes Adscrita a Alguna Práctica, que utilizan Fuentes de Radiación Ionizante, de alguna o de todas las Condiciones Reguladoras
D.O.F. 26-10-2011
- NOM-052-SEMARNAT-2005 Que Establece las Características, el Procedimiento de Identificación, Clasificación y los Listados de los Residuos Peligrosos
D.O.F.23-06-2006
- NOM-002-SSA3-2017 Para la Organización, Funcionamiento de los Servicios de Radioterapia
D.O.F. 20-02-2018.-
- NOM-165-SEMARNAT-2013 Que Establece la lista de Sustancias sujetas a Reporte para el Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes
D.O.F. 24-01-2014
- NOM-012-SSA3-2012 Que Establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.
D.O.F. 04-12-2013
- NOM-251-SSA1-2009 Relativa a las Prácticas de Higiene para el Proceso de Alimentos, Bebidas o Suplementos Alimenticios
D.O.F. 01-03-2010
- Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2013. Educación en Salud. Criterios para la Utilización de los Establecimientos para la Atención Médica como Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internados de Pregrado de la Licenciatura en Medicina.
D.O.F. 21-10-2014
- NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control, de las Infecciones Nosocomiales
D.O.F. 20-11-2009
- NOM-040-NUCL-2016, Requisitos de Seguridad Radiológica para la Práctica de Medicina Nuclear.
D.O.F. 04-08-2016
- NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
D.O.F. 21-04-2011

- NOM-161-SEMARNAT-2011 Que establece los criterios para clasificar a los Residuos de Manejo Especial y determinar y cuales están sujetos a Plan de Manejo: el Listado de los Mismos, el Procedimiento para la Inclusión o Exclusión a dicho listado, si como los elementos y Procedimientos para la Formulación de los Planes de Manejo.
D.O.F.01-02-2013 Última Reforma D.O.F. del 05-11-2014
- NOM-007-SSA3-2011 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.
D.O.F. 27-03-2012
- Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres NMX-R-025-SCFI-2012.
D.O.F. 23-11-2012
- NOM-010-STPS-1999 Relativa a las Condiciones de Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo en donde se manejen, transporten, procesen o almacenen Sustancias Químicas capaces de Generar Contaminación en el Medio Ambiente Laboral.
D.O.F. 13-03-2000, Última Reforma D.O.F. 26-02-2001
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo-Identificación, Análisis y Prevención.
D.O.F. 23-10-2018
- NOM-018-STPS-2015.- Sistema Armonizado para la Identificación y Comunicación de Peligros y Riesgos por Sustancias Químicas Peligrosas en los Centros de Trabajo.
D.O.F. 09-10-2015 Aclaración D.O.F. 11-11-2015
- NOM-047-SSA1-2011 Relativa a la Salud Ambiental-Índices Biológicos de Exposición para el Personal Ocupacionalmente Expuesto a Sustancias Químicas
D.O.F. 06-06-2012
- NOM-257-SSA1-2014, En Materia de Medicamentos Biotecnológicos
D.O.F.11-11-2014
- NOM-077-SSA1-1994 Que Establece las Especificaciones Sanitarias de los Materiales de Control (En General) para Laboratorios de Patología Clínica
D.O.F. 01-07-1996
- NOM-078-SSA1-1994 Que Establece las Especificaciones Sanitarias de los Estándares de Calibración Utilizados en las Mediciones Realizadas en los Laboratorios de Patología Clínica.
D.O.F. 01-07-1996

- NORMA MEXICANA NMX-SAST-45001-IMNC-2018. Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo-Requisitos con Orientación para su uso. D.O.F. 14-11-2018
- NOM-220-SSA1-2016, Instalación y Operación de la Farmacovigilancia. D.O.F. 19-07-2017.-
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con Discapacidad. - Acciones de Prevención y Condiciones de Seguridad en Materia de Protección Civil en Situación de Emergencia o Desastre D.O.F. 12-08-2016
- NOM-024-SSA3-2012 En Materia de Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud. D.O.F. 30-11-2012.
- NOM-037-SSA3-2016 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios de Anatomía Patológica. D.O.F. 21-02-2017
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-STPS-2001, Condiciones Térmicas Elevadas o Abatidas-Condiciones de Seguridad e Higiene. D.O.F. 14-06-2002 Última Actualización D.O.F. 11 de junio de 2021

DECRETOS

- Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de Niños en los Conflictos Armados Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de mayo de 2000. Resolución A/RES/54/263 D.O.F. 17-01-2002. - Última Actualización D.O.F. 03-05-2002
- Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la venta de Niños la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de mayo del 2000 D.O.F. 16-01-2002. - Última Actualización D.O.F. 22-04-2002
- Decreto por el que los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y Servidores Públicos hasta el nivel de Director General en el Sector Centralizado o su Equivalente en el Sector Paraestatal Deberán Rendir al Separarse de sus Empleos Cargos o Comisiones, un Informe de los Asuntos de sus Competencias y Entregar los Recursos Financieros Humanos y Materiales que tengan asignados para el Ejercicio de sus Atribuciones Legales, a Quienes los Sustituyan en sus Funciones. D.O.F. 02-09-1988

- Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
D.O.F. 05-07-2001
- Decreto por el que se aprueba el Retiro de la Declaración Interpretativa que el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos Formuló al aprobar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de diciembre de 1997
D.O.F. 01-03-2000
- Decreto por el que se aprueba la enmienda al Párrafo Primero del Artículo 20 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.
D.O.F. 14-05-1996. -
- Decreto por el que se aprueba el retiro parcial de las Declaraciones Interpretativas y de la Reserva que el Gobierno de México Formulo al Párrafo 3 del Artículo y al Párrafo 2 del Artículo 23 respectivamente de la Convención Americana sobre Derechos Humanos al Proceder al Depósito de su Instrumento de Adhesión el 24 de marzo de 1981.
D.O.F. 17-01-2002
- Decreto por el que se aprueba la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia del Comité contra la Tortura de la Convención contra la Tortura otros tratos o penas crueles Inhumanos o degradantes adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984
D.O.F. 17-01-2002
- Decreto por el que se aprueban las Enmiendas a los Artículos 17 Párrafo 7 Y 18 Párrafo 5 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels Inhumanos o Degradantes del 10 de diciembre de 1984 Adoptada en Nueva York el 8 de Septiembre de 1992
D.O.F. 17-01-2002
- Decreto por el que se Reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y se Abroga el Diverso por el que se crea al Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Publicado el 24 de agosto de 1988.
D.O.F. 05-07-2001
- Decreto por el que se determina la Integración del Consejo Nacional de Vacunación
D.O.F. 26-11-2018

- Decreto por el que se Establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
D.O.F. 24-12-2002
- Decreto Promulgatorio de la Enmienda al Párrafo 2 del Artículo 43 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Adoptada por la Conferencia de los Estados Partes el 12 de diciembre de 1995.
D.O.F. 01-06-1998
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. 03-06-1996
- Decreto Promulgatorio de la Modificación de los Artículos 24 y 25 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud Adoptada en la 51 Asamblea Mundial de la Salud durante su Décima Sesión Plenaria Celebrada el 16 de mayo de 1998
D.O.F. 29-08-2001
- Decreto Promulgatorio del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 6 de octubre de 1999
D.O.F. 03-05-2002
- Decreto Promulgatorio de la Resolución Wha31 18 Adopción del Texto en Árabe y de la Reforma del Artículo 74 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud Adoptada en la 31 Asamblea Mundial de la Salud Durante su Décima Sesión Plenaria Celebrada el 18 de Mayo de 1978.
D.O.F. 29-08-2001
- Decreto por el que se Expide el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022.
D.O.F. 11-12-2021
- Decreto por el que se Reforman y Adicionan diversas Disposiciones del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 02-06-2022
- Decreto por el que se Aprueba el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.
D.O.F. 30-08-2019



ACUERDOS

- Acuerdo mediante el cual se Adscriben Orgánicamente las Unidades de la Secretaria de Salud
D.O.F. 19-08-2020
- Acuerdo numero 130 por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
D.O.F. 06-09-1995
- Acuerdo por el que se crea el Comité de Obras Publicas de la Secretaria de Salud
D.O.F. 07-02-2001
- Acuerdo por el que se emiten las Políticas y Disposiciones para Impulsar el uso y Aprovechamiento de la Informática y el Gobierno Digital, las Tecnologías de la Información y Comunicación, y la Seguridad de la Información en la Administración Pública Federal.
D.O.F. 06/09/2021
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se Sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el Artículo 81 de la Ley General de Salud, para la Aplicación de lo dispuesto por el Artículo 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley.
D.O.F. 25-03-2015
- Acuerdo por el que la Secretaria de Salud da a Conocer los Formatos de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal.
D.O.F. 28-12-2021
- Acuerdo Numero 55 por el que se Integran Patronatos en las Unidades Hospitalarias de la Secretaria de Salud y se Promueve su Creación en los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 17-03-1986
- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Trasplantes como una Comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal que tendrá por Objeto Promover Apoyar y Coordinar las Acciones en Materia de Trasplantes que Realizan las Instituciones de Salud de los Sectores Público, Social y Privado.
D.O.F. 19-01-1999
- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia.
D.O.F. 25-07-2001
- Acuerdo Numero 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaria de Salud
D.O.F. 04-12-1996

- Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud.
D.O.F. 22-09-2003
- Acuerdo numero 79 relativo a la Aplicación, Instrumentación y Actualización del Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de Muestras y Especímenes
D.O.F. 22-09-1988
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
D.O.F. 19-10-1983
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia en Control Interno
D.O.F. 12-07-2010, Última Actualización D.O.F. 05-09-2018
- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales
D.O.F. 16-07-2010, Última Reforma D.O.F. 03-10-2012
- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección
D.O.F. 12-07-2010. Última Actualización D.O.F. 23/10/2017
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, y se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha Materia
D.O.F. 12-07-2010, Última Reforma D.O.F. 05-09-2018
- Acuerdo por el que se Establecen Medidas para la elaboración del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas y para la Actualización previa de los pasantes en Servicio Social, de la Carrera de Medicina, en Materia de Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
D.O.F. 22-06-2012
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud
D.O.F. 19-10-1983
- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de la Salud
D.O.F. 25-09-1996
- Acuerdo por el que se emiten los Criterios Generales y la Metodología a los que deberán sujetarse los Procesos de Clasificación Socioeconómica de Pacientes en

los Establecimientos que presten Servicios de Atención Médica de la Secretaría de Salud y de las Entidades Coordinadas por dicha Secretaría
D.O.F. 27-05-2013, Última Reforma D.O.F 30-11-2020

- Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los Insumos Establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de Atención Médica y, para segundo y tercer nivel el Catálogo de Insumo.
D.O.F. 24-12-2002
- Acuerdo por el que se expide el Protocolo de actuación en materia de Contrataciones Públicas, Otorgamiento y Prórroga de Licencias, Permisos, Autorizaciones y Concesiones.
D.O.F. 20-08-2015 Última Actualización D.O.F 28-02-2017
- Acuerdo que Establece la Integración y Objetivos del Consejo Nacional de Salud
D.O.F. 27-01-2009
- Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que deberán observar las Dependencias y los Organismos Descentralizados de la Administración Pública Federal para la Recepción de Promociones que Formulen los Particulares en los Procedimientos Administrativos a través de medios de Comunicación Electrónica, así como para las notificaciones citatorios requerimientos solicitudes de Informes o Documentos y las Resoluciones Administrativas definidas que se emitan por esa misma vía
D.O.F. 17-01-2002
- Acuerdo por el que se emiten las Políticas y Disposiciones para impulsar el uso y aprovechamiento de la Informática, el Gobierno Digital, las Tecnologías de la Información y Comunicación, y la Seguridad de la Información en la Administración Pública Federal.
D.O.F. 06-09-2021
- Acuerdo por el que se fija el Importe Máximo de rentas por zonas y tipos de Inmuebles, a que se refiere el Párrafo Segundo del Artículo 146 de la Ley General de Bienes Nacionales.
D.O.F. 08-12-2021

- Acuerdo que tiene por Objeto fijar los Criterios para la Correcta Aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos en lo relativo a la Intervención o Participación de cualquier Servidor Público en la Selección, Nombramiento, Designación, Contratación, Promoción, Suspensión, Remoción, Cese, Rescisión de Contrato o Sanción de cualquier servidor Público, cuando tenga interés Personal, Familiar o de Negocios o que pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para sus Parientes Consanguíneos o por afinidad o Civiles a que se Refiere esa Ley.
D.O.F. 22-12-2006
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2019.
D.O.F 28-02-2019.
- Acuerdo por el que se emiten las reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad para el Ejercicio Fiscal 2019
D.O.F. 26-02-2019
- Acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el Protocolo de Actuación en materia de Contrataciones Públicas, Otorgamiento y Prórroga de Licencias, Permisos, Autorizaciones y Concesiones.
D.O.F. 19-02-2016 Ultima Modificación D.O.F. 28-02-2017
- Acuerdo por el que se establecen las Normas Conforme a las cuales se llevarán a cabo los Servicios Valuatorios Regulados por el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.
D.O.F. 25-07-2016
- Acuerdo por el que se emite el nuevo Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.
D.O.F. 27-01-2017. - Última Reforma 20-04-2021

ESTATUTO ORGANICO

- Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Pediatría
D.O.F. 09/07/2018 Ultima Reforma D.O.F 03/12/2019

OTROS

- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
D.O.F. 12-07-2019
- Programa Sectorial de Salud
DOF: 17-08-2020



- Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024
D.O.F. 30-08-2019
- Programa Nacional de Protección Civil
D.O.F. 30-04-2014
- Lista de valores mínimos para Desechos de Bienes Muebles que generen las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 18-07-2019
- Reglas para la Determinación, Acreditación y Verificación del Contenido Nacional de los Bienes que se Ofertan y Entregan en los Procedimientos de Contratación, así como para la Aplicación del Requisito de Contenido Nacional en la Contratación de Obras Públicas, que celebren las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 14 de Octubre de 2010

LINEAMIENTOS

- Lineamientos del Programa Estratégico
- Lineamientos del Consejo Técnico
- Lineamientos Generales que Regulan la Administración de los Servicios Personales INP
- Lineamientos de Operación para el Almacén de Farmacia. Depósito de Consumo de Quirófano y otros INP
- Lineamientos Generales para el uso del Servicio de Comedor INP
- Lineamientos para la Aplicación de Recursos Autogenerados y/o Ingresos Propios.
- Compendio de Políticas Institucionales de Calidad
01/01/2015
- Bases Generales para el Registro, Afectación, Disposición final y Baja de Bienes Muebles del Instituto Nacional de Pediatría.
- Políticas Bases y Lineamientos para la Contratación de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios en el Instituto Nacional de Pediatría.
- Políticas Bases y Lineamientos para la Contratación de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, en el Instituto Nacional de Pediatría.

- Manual del Subcomité de Revisión de Convocatorias del Instituto Nacional de Pediatría.
- Reglamento para el Uso de Uniforme o Vestuario y Utilización de Equipo.
- Manual de Políticas, Lineamientos o Criterios de Aplicación para Otorgar las Prestaciones Económicas, Sociales, Deportivas, Culturales y Organización de Eventos Motivacionales para los Trabajadores del Instituto Nacional de Pediatría
- Políticas de Transferencia de Tecnología del Instituto Nacional de Pediatría.

DOCUMENTOS NORMATIVOS ADMINISTRATIVOS

- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo (Subdirección de Medicina Crítica)
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Información y Documentación Científica.
- Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Calidad Institucional y Seguridad del Paciente (COCAISEP)
12/06/2014
- Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Bioseguridad
12/06/2014
- Manual de Gestión de la Calidad Dirección Médica
03/04/2012
- Manual de Organización de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal
01/09/2016
- Manual de Organización del Servicio de Foniatría
01/12/2017
- Manual de Organización de la Subdirección de Hemato-Oncología
01/12/2017
- Manual de Organización de la Subdirección de Servicios Generales
01/03/2008

- Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa.
01/12/2017
- Manual de Organización de la Subdirección de Medicina Experimental
01/12/2017
- Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería
01/09/201
- Manual de Organización de la Subdirección de Finanzas
01/09/2016
- Manual de Organización del Órgano Interno de Control
en el Instituto Nacional de Pediatría
01/01/2018
- Manual de Organización de la Dirección de Planeación
01/03/2011
- Manual de Organización del Departamento de Genética Humana
01/03/2013
- Manual de Organización de la Unidad de Medicina Paliativa
01/09/2012
- Manual de Organización de La Subdirección De Servicios Generales
01/03/2008
- Manual de Organización de la Subdirección de Recursos Materiales
01/09/2016
- Manual de Organización de la Subdirección de Programación y Evaluación
Educativa.
01/11/2008
- Manual de Organización de la Subdirección de Medicina Experimental
01/09/2016
- Manual de Organización de la Subdirección de Investigación Médica
01/09/2016
- Manual de Organización de la Subdirección de Información y Documentación
Científica
01/09/2016

- Manual de Organización de la Dirección Medica
01/09/2016
- Manual De Organización de la Dirección de Enseñanza
01/09/2016
- Manual de Organización de la Dirección de Investigación
01/09/2016
- Manual de Organización del Servicio de Escolaridad
01/09/2016
- Manual de Organización de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
01/09/2016
- Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Pediatría
01-10-2020
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
01/09/2016
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo Subdirección de Cirugía
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Investigación Médica
01/09/2016
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Información y Documentación Científica.
01/09/2016
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Cirugía
01/12/2017
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Medicina Crítica
01/12/2017
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Consulta Externa
01/02/2018
- Manual de Procedimientos del Departamento de Archivo Clínico
02/10/2008

- Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación
01/06/2018
- Manual de Procedimientos del Órgano Interno de Control
01/10/2008
- Manual de Procedimientos Operativos de la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
01/09/2016
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Medicina
01/12/2017
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Hemato-Oncología
01/01/2012
- Manual de Procedimientos del Servicio de Foniatría
01/12/2017
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de Consulta Externa
02/10/2016
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de la Subdirección de la Dirección Médica
01/03/2011
- Manual de Procedimientos de la Dirección de Planeación.
01/09/2016
- Manual de Procedimientos del Servicio de Escolaridad
01/03/2008
- Manual de Procedimientos del Departamento de Genética Humana.
01/03/2010
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Programación y Evaluación Educativa
01/11/2009
- Manual de Procedimientos de la Subdirección de Medicina Experimental
01/12/2017

- Manual de Instrucciones de Trabajo Generales y Cuidados Enfermeros de la Subdirección de Enfermería
03/04/2012
- Manual de Planeación de la Calidad de la Dirección Médica.
7/09/2018
- Manual de Políticas, Lineamientos o Criterios de Aplicación para Otorgar las Prestaciones Económicas, Sociales, Deportivas, Culturales y Organización de Eventos Motivacionales para los Trabajadores.
14/05/2013
- Manual del Subcomité de Revisión de Convocatorias.
01/07/2008
- Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Bienes Muebles.
01/03/2006
- Manual para el Otorgamiento de Derechos Adicionales por Riesgos de Trabajo.
01/02/2018
- Manual de Instrucciones de Trabajo del Departamento de Gestión Financiera por Prestación de Servicios de Salud.
01/02/2018
- Manual de Organización de Tecnologías de la Información.
- Reglas de Propiedad Intelectual del Instituto Nacional de Pediatría.
D.O.F. 13/03/2017
- Reglas del Código de Conducta y Reglas de Integridad.
- Condiciones Generales de Trabajo.



V. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS



1. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS QUE REQUIEREN DE INHALOTERAPIA.

1. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS QUE REQUIEREN DE INHALOTERAPIA.

1. Propósito

1.1 Otorgar asistencia respiratoria a los pacientes con diagnóstico de enfermedades que requieran de Inhaloterapia referido por cualquier Departamento o Servicio del Instituto, otorgando tratamientos adecuados con calidad y eficiencia, así como el seguimiento a los mismos.

2. Alcance

2.1 Aplica al Servicio de Inhaloterapia.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Se atenderá a todo paciente referido por cualquier Servicio o Departamento del Instituto.

3.2 Las terapias se otorgarán las 24 horas del día de lunes a domingo, los 365 días del año, incluyendo días festivos.

3.3 Todo tratamiento realizado en el Servicio de Inhaloterapia, debe ser indicado previamente por el Médico tratante del paciente.

3.4 Todo paciente que se le practiquen procedimientos con fines terapéuticos, deberá presentar **Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02)**, así como su recibo de pago.

3.3 En caso de que el familiar del paciente no presente la **Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02)** el Terapeuta deberá comunicarse con el Médico tratante e informarle el requerimiento de la solicitud, así como enviar al familiar a recoger la misma al Servicio o Departamento correspondiente.

3.4 El Jefe del Servicio de Inhaloterapia será el responsable de vigilar que los cuidados y tratamientos instalados en un paciente sean consistentes con los protocolos clínicos, así como las indicaciones de la medicina basada en evidencias o guías clínicas desarrolladas, adaptadas o adoptadas por el Instituto.

3.5 El Servicio de Inhaloterapia será el responsable de que la conducta de prácticas se lleve a cabo de acuerdo a los criterios de calidad señalados por el Consejo de Salubridad General. (Criterios de Evaluación, Capítulos de Procesos y Resultados, abril 2003).



3.6 El servicio de Inhaloterapia deberá dar seguimiento a los pacientes que soliciten terapias en los diferentes servicios hasta el final de su tratamiento.

3.7 El Médico tratante del paciente será el responsable de indicar al familiar que antes de acudir al Servicio de Inhaloterapia debe realizar el pago del servicio en Caja General.

3.8 En caso de que algún familiar del paciente requiera de entrenamiento de fisioterapia pulmonar los Terapistas serán los encargados de instruirlos de manera adecuada.

3.9 Los Terapistas deberán ser rolados de servicio de manera mensual.

4. Documentos de referencia

- a) Marco normativo
 - Referirse al marco normativo

5. Descripción de actividades

Secuencia etapas	de	Actividad	Responsable
1	Recepción de pacientes.	1.1 Recibe al paciente referido por el Departamento o Servicio tratante, con la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) y Recibo de Caja , archiva en carpeta de control e indica al paciente que espere su turno para recibir tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02). • Recibo de caja <p>Nota: En caso de que el familiar no haya pagado lo envía a pagar el tratamiento a la Caja General.</p> <p>Cuando el paciente tenga clasificación 1X está exento de pago.</p>	Personal Terapista o personal secretarial de Inhaloterapia.
2	Aplicación de tratamiento a pacientes.	2.1 Informa al familiar del paciente que se iniciara el tratamiento indicado por el médico tratante en la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) . <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02). 2.2 Atiende al paciente y otorga el tratamiento correspondiente de acuerdo a lo indicado en la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) . <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02). 	Personal Terapista de Inhaloterapia.
3	Registro del paciente.	3.1 Registra en libreta de registro de paciente la fecha, registro, folio de recibo, nombre del paciente, edad, servicio, diagnóstico, medicamento, número de tratamiento y firma del terapeuta tratante.	Personal Terapista de Inhaloterapia.
4	Elaboración de Informe Mensual.	4.1 Revisa libreta de registro , corroborando que los	Persona servidora pública titular del

Secuencia etapas	de	Actividad	Responsable
		tratamientos realizados durante el mes coincidan con los recibos de pago y con las Solicitudes de tratamiento (M-5-0-02). <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02). 	Servicio de Inhaloterapia.
		4.2 Elabora Informe Mensual los días 25 de cada mes, el cual envía por medio de oficio al Departamento de Neumología archivando una copia en el Servicio.	Persona servidora pública titular del Servicio de Inhaloterapia
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO			

6. Diagrama de bloque (PEPSU)

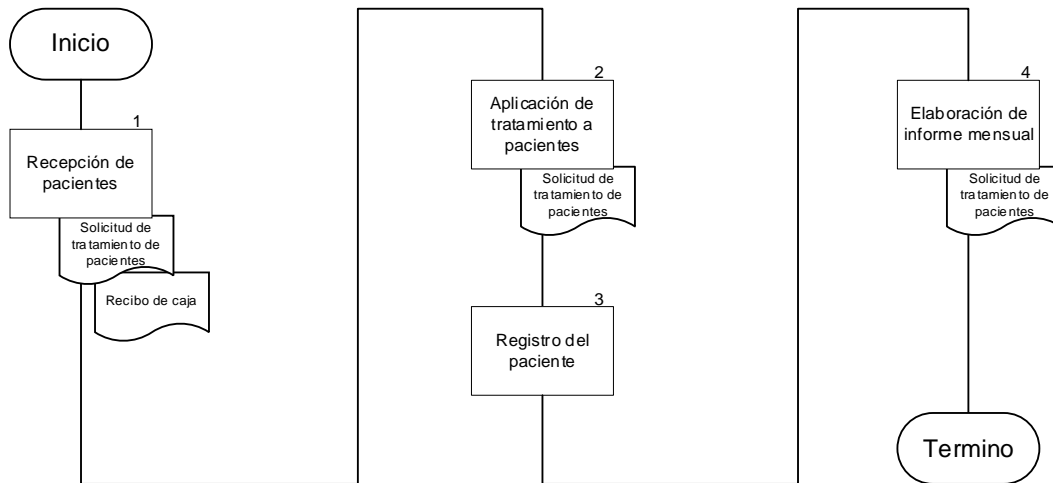
Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Consulta Externa Pediatría.	Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02).	a) Recepción de pacientes. b) Aplicación de tratamiento a pacientes.	Aplicación de Tratamiento de Inhaloterapia.	Paciente. Consulta Externa Pediatría.
Consulta de Subespecialidad.	Recibo de Caja.	c) Registro del paciente. d) Elaboración de Informe Mensual.		Consulta de Subespecialidad.

7. Diagrama de flujo

Entrada

Proceso

Resultado





8. Formatos

8.1 Solicitud de tratamiento para paciente (M-5-0-02)

9. Anexos

No aplica.



2. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN INHALOTERAPIA.

2. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN INHALOTERAPIA.

1. Propósito

1.1 Otorgar asistencia respiratoria a los pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedades que requieran de Inhaloterapia referido por cualquier Departamento o Servicio del Instituto, otorgando tratamientos adecuados con calidad y eficiencia, así como el seguimiento a los mismos.

2. Alcance

2.1 Aplica al Servicio de Inhaloterapia.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos.

3.1 Se atenderá a todo paciente referido por cualquier Servicio o Departamento del Instituto.

3.2 Las terapias se otorgarán las 24 horas del día de lunes a domingo, los 365 días del año, incluyendo días festivos.

3.3 Todo tratamiento realizado en el Servicio de Inhaloterapia, debe ser indicado previamente por el Médico tratante del paciente.

3.4 La persona servidora pública titular del Servicio de Inhaloterapia será el responsable de vigilar que los cuidados y tratamientos proporcionados al paciente sean consistentes con los protocolos clínicos, así como las indicaciones de la medicina basada en evidencias o guías clínicas desarrolladas, adaptadas o adoptadas por el Instituto.

3.5 El Servicio de Inhaloterapia será el responsable de que la conducta de prácticas se lleve a cabo de acuerdo a los criterios de calidad señalados por el "Consejo de Salubridad General". (Criterios de Evaluación, Capítulos de Procesos y Resultados, abril 2003).

3.6 El Terapeuta adscrito, se hará cargo de solicitar al médico responsable de cada paciente, la **Solicitud de tratamientos para pacientes (M-5-0-02)**.

3.7 A todo paciente hospitalizado que se le practiquen procedimientos de Inhaloterapia, se deberá anotar en **Hoja de Registro de Tratamientos (M-5-0-03)**. Así mismo será responsable de requisitar el tratamiento aplicado, la fecha y la hora en



Información Clínica de Enfermería (M-0-1-04 a-b) y Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-0-05 a-b) según sea el caso.

3.8 En caso de que algún familiar del paciente requiera de entrenamiento de fisioterapia pulmonar los terapeutas serán los encargados de instruirlos de manera adecuada.

3.9 Tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) se cambiarán todos los equipos colocados a los pacientes, el equipo que se encuentre sucio y requiera ser cambiado más de tres veces por semana lo realizará el Terapeuta encargado del paciente.

3.10 Los Terapeutas deberán ser rotados de servicio de manera mensual.

4. Documentos de referencia

- Referirse al marco jurídico.

5. Descripción de actividades

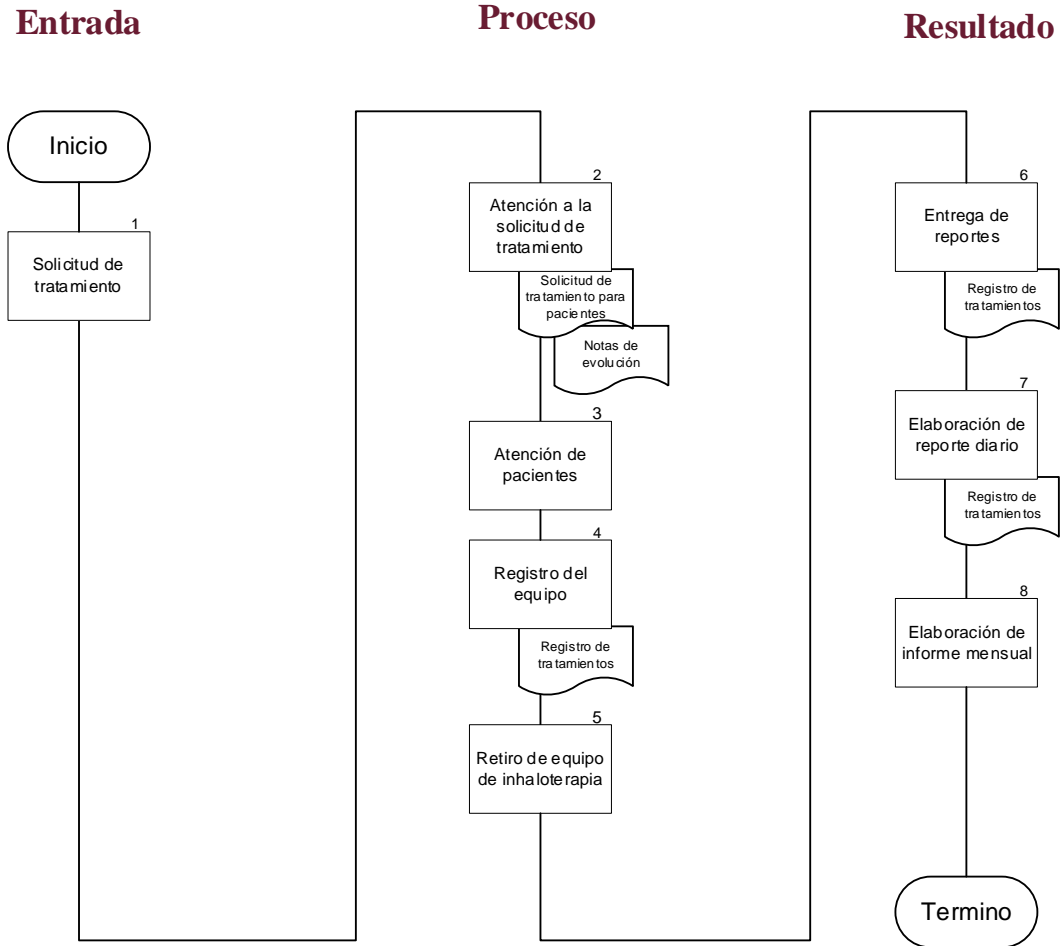
Secuencia de etapas	de	Actividad	Responsable
1	Solicitud de tratamiento.	1.1 Solicita tratamiento vía telefónica al Servicio de Inhaloterapia.	Personal Médico tratante del paciente.
		5.1.2 Recibe solicitud de tratamiento vía telefónica del departamento o servicio solicitante e informa a la persona servidora pública titular de Servicio para asignar al personal Terapista encargado de otorgar el tratamiento.	Personal Secretarial y/o personal de Terapia de Inhaloterapia.
2	Atención a la Solicitud de Tratamiento.	2.1 Acude al Departamento y/o Servicio correspondiente, solicita al personal Médico Tratante la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) y verifica los datos del paciente, número de cama y el tratamiento a seguir. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02). 	Personal Terapista de Inhaloterapia.
		2.2 Revisa el Expediente Clínico del paciente y verifica que esté registrado el tratamiento de Inhaloterapia indicado. <p>Nota: Si el tratamiento no es registrado en el Expediente Clínico se le Indicará al Médico Tratante para que anote el tratamiento de Inhaloterapia en Notas de Evolución (M-0-03 a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03 a-b). 	
		2.3 Registra en el Kardex correspondiente el tratamiento de Inhaloterapia que se aplicará al paciente.	
3	Atención de paciente.	3.1 Administra al paciente el tratamiento indicado por el personal Médico tratante.	Personal Terapista de Inhaloterapia.
4	Registro de tratamiento.	4.1 Anota en el Registro de Tratamientos (M-5-0-03) el tratamiento solicitado, número de	Personal Terapista de Inhaloterapia.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	cama, número de registro, edad, hora de inicio, diagnóstico, periodicidad, medicamento, etc. • Registro de Tratamientos (M-5-0-03).	
5 Retiro de Equipo de Inhaloterapia.	5.1 Al terminarse el tratamiento, retira el equipo sucio al paciente y lo lleva al área de limpieza de equipos de Inhaloterapia.	Personal Terapista de Inhaloterapia.
6 Entrega de reportes.	6.1 Al finalizar el turno captura en sistema electrónico los tratamientos del Registro de Tratamientos (M-5-0-03) otorgados a los pacientes para enviar a cuentas corrientes. • Registro de Tratamientos (M-5-0-03) 6.2 Entrega a la persona servidora pública titular del Servicio de Inhaloterapia todas las hojas de Registro de tratamiento (M-5-0-03) para su revisión y archivo. • Registro de Tratamientos (M-5-0-03)	
7 Elaboración de Reporte Diario.	7.1 Recibe diariamente el Registro de Tratamientos (M-5-0-03) del personal Terapista, se revisan y archivan. • Registro de Tratamientos (M-5-0-03)	Persona servidora pública Titular del Servicio de Inhaloterapia.
8 Elaboración de Informe Mensual.	8.1 Realiza Informe mensual el día 25 del mes del número de tratamientos administrados, lo elabora en original y una copia que entregará a la persona servidora pública titular del Departamento de Neumología y copia para su archivo.	
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Cualquier Departamento o Servicio del Instituto.	Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02).	a) Solicitud de tratamiento. b) Atención a la Solicitud de Tratamiento. c) Atención de paciente. d) Registro de tratamiento. e) Retiro de Equipo de Inhaloterapia. f) Entrega de reportes. g) Elaboración de Reporte Diario. h) Elaboración de Informe Mensual.	Tratamiento de Inhaloterapia a pacientes hospitalizados.	Paciente. Cualquier Departamento o Servicio del Instituto.

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

8.1 Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02)

8.2 Notas de evolución (M-0-03 a-b)

8.3 Registro de Tratamientos (M-5-0-03)

9. Anexos

No aplica.



3. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS

3. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS.

1. Propósito

- 1.1 Dar atención inmediata a pacientes que presentan un padecimiento que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, así como aquellos que no presenten un padecimiento de urgencias, pero que requieran atención en ese momento, con el fin de evitar que ese padecimiento pueda evolucionar a una urgencia médica.

2. Alcance

- 2.1 Departamento de Urgencias (Valoración, Consulta Externa Urgencias y Prehospitalización).

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Todos los ingresos que reciba el Instituto deberán quedar registrados en la fecha que sean recibidos.
- 3.2 La valoración inicial (Triage) se deberá otorgar en menos de 10 minutos de que el paciente solicita la atención, y esta no tendrá costo alguno (independientemente si cuenta o no con la seguridad social).
- 3.3 El área de recepción de Urgencias deberá preguntar si el paciente cuenta con seguridad social y corroborarlo con el CURP.
- 3.4 Todo paciente que solicita atención de urgencias deberá ser valorado a través del personal médico del área de valoración y consulta externa del Departamento de Urgencias.
- 3.5 La atención se dará las 24 horas de todos los días del año.
- 3.6 En los casos en que la condición clínica del paciente lo amerite, será ingresado de forma directa a sala de choque y posteriormente se deberán realizar los trámites administrativos correspondientes.

Al finalizar la atención en sala de choque el médico deberá realizar el formato de Control de tiempo de traslado de sala de choque M-5-0-01.



- 3.7 El Instituto deberá eximir el pago de cuotas de recuperación en los servicios de Urgencias de Valoración, Consulta, Prehospitalización, Hospitalización, procedimientos médicos, quirúrgicos o estudios diagnósticos en todo paciente menor de 18 años que no cuente con seguridad social.
- 3.8 Todo paciente con seguridad social que presente una urgencia calificada, entendiéndose como un problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que deberá recibir atención médica inmediata, quedará exento de pago. Una vez estabilizado el paciente se deberá realizar su traslado a la Unidad Médica que le corresponda.
- 3.9 Todo paciente menor de 18 años con clasificación socioeconómica INP (hijos del personal), deberán cubrir las cuotas de recuperación correspondientes.
- 3.10 Todo paciente que requiera atención médica en Consulta Externa de Urgencias deberá acudir a la caja para la captura de datos y sello de capturado.
- 3.11 En caso de requerir atención médica en Prehospitalización, el familiar y/o responsable del paciente deberá acudir a la Unidad de Gestión Médico Financiera (UGMF) y a la caja para la captura de datos.
- 3.12 El personal de recepción de Urgencias deberá entregar al personal de Archivo Clínico las Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 a-b y la Hoja de Consulta de Urgencias en el caso de los pacientes que no fueron ingresados a Prehospitalización u Hospitalización de Urgencias, al finalizar cada uno de los turnos.

- 3.13 En caso de que el personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente consideren que el paciente prehospitalizado requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto, se solicitará vía telefónica una interconsulta, dejando registro de esta en la nota correspondiente. Ver Instrucción de Trabajo Interconsulta hospitalaria.
- 3.14 Los pacientes atendidos en el área de Prehospitalización no podrán estar más de 24 horas, por lo cual se evaluará su egreso dependiendo de su evolución y condiciones clínicas ya sea a su domicilio, ingreso a diferentes Departamentos o Servicios del instituto o bien referencia a hospitales de 2° o 3° nivel de atención, dependiendo de la condición del paciente y la disponibilidad de camas en el hospital.
- 3.15 En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.
- 3.16 Todos los estudios de laboratorio y/o gabinete (incluye banco de sangre) deberán estar requisitados debidamente, así como contar con la firma de conformidad del Médico Adscrito. En el caso de las guardias el responsable de firmar será el personal Médico Residente de mayor jerarquía.
- 3.17 Cuando se requieran de procedimientos invasivos que puedan alterar la salud del paciente, se deberá llenar la Carta de Consentimiento Bajo Información M-0-30 (a-b), misma que se entrega al familiar para su firma.
- 3.18 En caso necesario el personal Médico tratante del paciente pedirá la participación del familiar o responsable del mismo para otorgar tratamiento médico, indicando de manera sencilla en qué consistirá su participación.
- 3.19 Siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso la Carta de Consentimiento Bajo Información M-0-30 (a-b) firmada por el familiar o tutor del paciente para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente al familiar o tutor el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. Ver Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 80.

- 3.20 En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la Carta de Consentimiento Bajo Información M-0-30 (a-b) a que se refiere la política anterior, será autorizada por el familiar más cercano en vínculo que acompañe al paciente, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 81.
- 3.21 Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere la política que antecede, el Médico Tratante con previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos Médicos Adscritos llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 81.
- 3.22 En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el personal Médico tratante del paciente será el encargado de informar al familiar o tutor que el Instituto y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del paciente, así como de su seguimiento fuera de la Institución, elaborará el formato del Alta Voluntaria M-4-1-21 solicitando la firma de conformidad del familiar o tutor.
- En caso de que el paciente se encuentre en estado crítico o inestable deberá solicitar la responsiva médica correspondiente.

En caso de que el familiar o tutor del paciente se niegue a firmar el Alta Voluntaria M-4-1-21 o se vaya del INP sin autorización del personal Médico tratante se realizará una nota explicatoria en la Nota de Evolución M-0-03 (a-b) con firma del personal Médico Adscrito, o del personal Médico Residente y del personal de Enfermería.

- 3.23 Todo paciente que egrese del área de urgencias por mejoría, alta voluntaria o defunción que cuente con Seguridad Social deberá acudir a caja a cubrir las cuotas de recuperación.
- 3.24 El Departamento de Urgencias será responsable de elaborar la Notificación Médico Legal (M-0-16) cuando se presenten lesiones que pongan en riesgo la vida o la función de un órgano o aparato, o bien si las lesiones son

presumiblemente vinculadas con un hecho ilícito en coordinación con el Departamento de Trabajo Social.

3.25 El Departamento de Urgencias clasificará las lesiones o padecimiento presumiblemente vinculado con un hecho ilícito en siete tipos:

1. Lesiones que tardan en sanar menos de 15 días.
2. Lesiones que tardan en sanar más de 15 días y menos de 60 días.
3. Lesiones que tardan en sanar más de 60 días.
4. Cuando dejen cicatriz permanentemente notable en la cara.
5. Cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o un miembro.
6. Si producen la pérdida de cualquier función orgánica, de un miembro, de un órgano o de una facultad, o causen una enfermedad incurable o una deformidad incorregible.
7. Cuando pongan en peligro la vida.

3.26 En caso de fallecimiento del paciente:

El personal Médico tratante da alta por fallecimiento y consigna la nota en Nota de Evolución M-0-03 (a-b), indica a la Enfermera de Urgencias que requisiere el Aviso de Alta M-0-1-02 en original y 2 copias y el Aviso de Defunción M-0-1-01.

- Informa al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.
- La Enfermera de Urgencias recibe Expediente Clínico y requisita Aviso de Alta M-0-1-02 y Aviso de Defunción M-0-1-01, que entrega a la recepcionista del área.
- Entrega el cadáver al Departamento de Anatomía Patológica.
- Recepcionista del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

3.27 Cuando el cuerpo vaya a ser enviado al INCIFO el personal médico adscrito será responsable de realizar un resumen clínico con las condiciones del cuerpo el cual será entregado a Trabajo Social de Urgencias. El personal de Enfermería será el encargado de llevar el cuerpo al Departamento de anatomía patológica.

4. Documentos de referencia.

- Referirse al marco jurídico.

5. Descripción de actividades

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1. Recepción del paciente.	1.1 Solicita atención médica en la Recepción de Urgencias. Ver política 3.6.	Usuario.
2. Registro del paciente.	2.1 Solicita datos generales del paciente al familiar o tutor y registra en el Sistema de información hospitalaria Registro de pacientes de urgencias , envía información al personal médico de valoración por el sistema de información hospitalaria. Ver política 3.2 y 3.3.	El personal de Recepción de Urgencias.
3. Atención médica para valoración inicial	3.1 Recibe Registro de pacientes de urgencias , por sistema de información hospitalaria, llama al paciente de acuerdo a la gravedad, valora su condición clínica, interroga, explora y llena Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b) por Sistema de Información Hospitalaria de manera electrónica. PROCEDE: ¿El paciente presenta un padecimiento que amerita atención en el Departamento de Urgencias? No: Informa al familiar o responsable del paciente, lo refiere a la unidad médica que le corresponda, completa, imprime, firma la Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b) y entrega al personal de Recepción de Urgencias, quien al finalizar el turno entrega las hojas a Archivo Clínico. Ver	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Urgencias

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	<p>política 3.11.</p> <p>Sí: Informa al familiar o responsable del paciente que amerita atención en el Instituto.</p> <p>3.2 Determina a que área de urgencias será enviado el paciente de acuerdo a la gravedad del padecimiento.</p> <p>PROCEDE ¿Determina que el paciente requiere asistencia médica en Prehospitalización?</p> <p>No: Espera atención por el personal médico de Consulta de Urgencias. Ver política 3.9.</p> <p>Nota: En caso de que no requiera atención médica después de la Consulta de Urgencias elaborará hoja de Consulta de Urgencias y receta médica, indica acudir a su domicilio, o Consulta Externa de pediatría o a la Unidad de atención médica correspondiente. Ver política 3.11.</p> <p>Sí: Indica al familiar y/o responsable del paciente pasar a la UGMF para su registro con INE y CURP. Imprime y firma la Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b) y entrega al personal médico de Prehospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b). • Hoja de Consulta de Urgencias 	

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
4. Captura de datos del paciente.	4.1 Captura datos del paciente y proporciona 2 juegos del Control de Pacientes A-0-11 4.2 Sella e indica entregar una copia de Control de Pacientes a caja de urgencias y a enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Control de pacientes A-0-11. 	Unidad de Gestión Médico Financiera (UGMF).
5. Registro de paciente.	5.1 Revisa sello del Control de pacientes A-0-11 y registra datos. 5.2 Sella de “capturado” en Control de pacientes A-0-11. <ul style="list-style-type: none"> • Control de pacientes A-0-11. 	Caja de Urgencias.
6. Ingreso a Prehospitalización.	6.1 Recibe del área médica de Valoración o Consulta Externa de Urgencias al paciente con la Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b) y Hoja de Consulta de Urgencias , si aplica. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b). • Hoja de Consulta de Urgencias 	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias.
7. Atención prehospitalaria.	7.1 Interroga y diagnostica al paciente, registrando las observaciones en Notas de Evolución M-0-03 (a-b) y captura en el sistema electrónico. Nota: En caso de enfermedad infecto-contagiosa o desastre el paciente será ingresado al área específica. 7.2 Determina según observaciones lo siguiente.	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Urgencias

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	<p>PROCEDE: ¿El paciente requiere estudios de laboratorio y/o gabinete?</p> <p>No: Anota las indicaciones médicas para el tratamiento del paciente en Notas de Evolución M-0-03 (a-b). Pasa a la Actividad 9.1.</p> <p>Sí: Anota las indicaciones médicas en Notas de Evolución M-0-03 (a-b), solicita y requisita los estudios de Laboratorio y/o Gabinete que el paciente requiera. Captura en el sistema informático hospitalario los estudios a realizar.</p> <p>7.3 Solicita a la Enfermera la toma de los estudios de laboratorio y/o gabinete o su asistencia para la toma de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución. 	
8. Toma de muestras.	8.1 Realiza la toma de estudios de laboratorio y/o gabinete o asiste al personal Médico. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería.	Personal de Enfermería de Urgencias.
	8.2 Envía por tubo neumático y/o con el personal Mensajero asignado al Departamento de Urgencias los estudios de laboratorio con las solicitudes firmadas. Nota: En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente acompañado por la Enfermera de Urgencias.	Personal Médico Residente asignado a Urgencias.

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	8.3 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete y deja constancia en Notas de Evolución M-0-03 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución M-0-03 (a-b). 	Personal Médico Residente asignado a Urgencias.
9. Seguimiento a Tratamiento.	9.1 Requisita la Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-6-1-04 (a-b) o la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) dependiendo de la gravedad clínica del paciente y archiva en la carpeta porta expediente del paciente. <p>Nota: Dependiendo del padecimiento del paciente y de su condición clínica se requisarán los siguientes formatos: Cuidados de Enfermería M-7-0-08, Solicitud de Formula y/o Dietas A-4-1-08, Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes M-2-0-11 (a-b), Control de Hemodiálisis M-1-4-06 (a-b), Hoja de Diálisis Peritoneal M-7-0-15, Control de Signos Vitales M-7-0-12, Hoja para Control de Peso Diario M-0-1-06, Hoja de Control del Enfermo Diabético M-7-0-10, Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico M-2-0-10 (a-b), Hoja de Balance Hídrico M-0-26 (a-b).</p> 9.2 Atiende al paciente de acuerdo a las indicaciones del personal Médico tratante. Ver Manual de Cuidados Enfermeros. 9.3 Anota en la libreta de Prehospitalización los datos del paciente y reporta al personal Médico las condiciones clínicas.	Personal de Enfermería de Urgencias.

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
<p>10. Evaluación del paciente.</p>	<p>10.1 Realiza monitoreo y determina la condición clínica del paciente que registra en el sistema electrónico.</p> <p>PROCEDE: ¿El paciente presenta mejoría?</p> <p>No: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>a) Modifica tratamiento médico y registra en Notas de Evolución M-0-03 (a-b). Regresa a la Actividad 5.6.2.</p> <p>b) Ingreso a hospitalización de subespecialidad.</p> <p>c) Solicita interconsulta vía telefónica al Departamento o Servicio correspondiente según padecimiento. Ver Instrucción de Trabajo de Interconsulta Hospitalaria y Transferencia Hospitalaria.</p> <p>d) Ingreso a hospitalización en la Sala de Urgencias: Notifica al personal de Enfermería de Urgencias el ingreso del paciente. Ver procedimiento de Hospitalización de Urgencias.</p> <p>e) Traslada a hospital de segundo nivel o tercer nivel siempre y cuando no se comprometa la vida del paciente. Ver instrucción de trabajo de Transferencia a hospitales periféricos.</p> <p>Sí: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>a) El paciente es dado de alta y envía a</p>	<p>Personal Médico Residente o personal Médico adscrito de Urgencias.</p>

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	<p>su domicilio, elabora Receta Médica M-0-23 que se entrega al familiar o tutor del paciente e indica recomendaciones.</p> <p>b) Consulta Externa Pediatría: Cita al paciente al día siguiente a las 7:00 am en Urgencias, el personal Médico tratante de Urgencias lo presenta con la persona servidora pública titular del Departamento de Consulta Externa o personal Médico adscrito. Ver procedimiento de Valoración en Consulta Externa Pediatría.</p> <p>c) Ingresa a hospitalización de subespecialidad: Solicita interconsulta vía telefónica al Departamento o Servicio correspondiente. Ver Instrucción de Trabajo de Interconsulta Hospitalaria y Transferencia Hospitalaria.</p> <p>d) Traslado a hospital de segundo o tercer nivel siempre y cuando no se comprometa la vida del paciente. Ver instrucción de trabajo de Transferencia a hospitales periféricos.</p> <p>10.2 Realiza las anotaciones finales en Nota de Evolución M-0-03 (a-b), y notifica al personal de enfermería de Urgencias del alta del paciente.</p> <p>10.3 Registra en el sistema de información hospitalaria el diagnóstico</p>	

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	del paciente de acuerdo al CIE 10, estudios de laboratorio y gabinete, interconsultas, así como procedimientos médicos realizados.	
	10.4 Envía al familiar o responsable del paciente a caja de urgencias. Ver Política 3.5, 3.6 y 3.7. 10.5 Recibe indicaciones del personal Médico tratante del destino del paciente. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería. <ul style="list-style-type: none"> • Nota de Evolución M-0-03 (a-b). 	Enfermera de Urgencias.
11. Reporte de Prehospitalización.	11.1 Realiza Informe Mensual de Prehospitalización en original y cuatro copias que se distribuyen como sigue: Original Dpto. de Archivo Clínico 1ª copia Sub. de Medicina Crítica 2ª copia Dirección Médica 3ª copia Dirección de Planeación 4ª copia Dpto. de Urgencias <ul style="list-style-type: none"> • Informe mensual de Prehospitalización 	Persona servidora pública titular del de Departamento Urgencias
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO.		

6 Diagrama de bloque

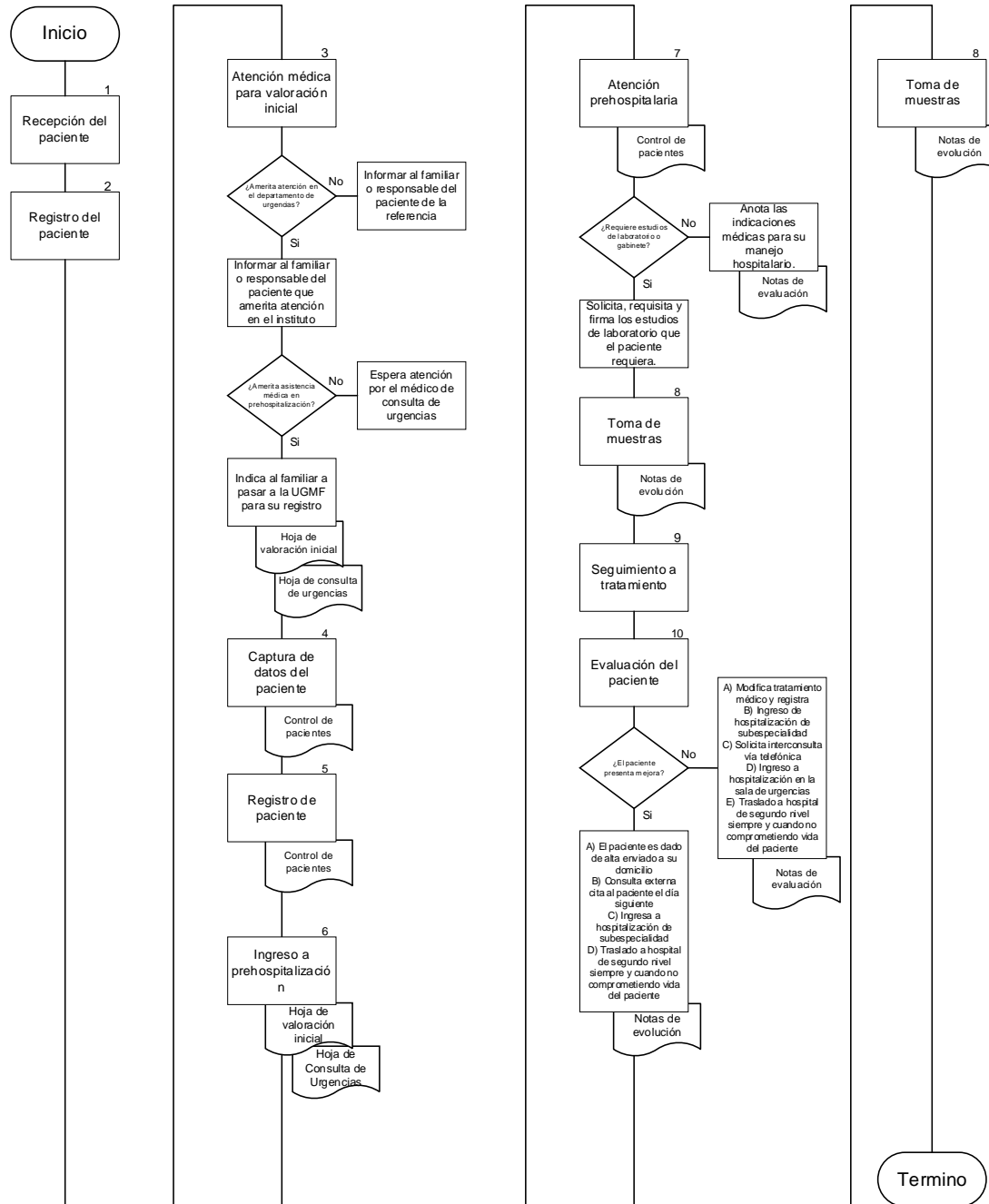
Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Paciente. Relaciones hospitalarias.	Registro de paciente de urgencias.	1. Recepción del paciente. 2. Registro del paciente. 3. Atención médica para valoración inicial. 4. Captura de datos del paciente. 5. Registro de paciente. 6. Ingreso a Pre-hospitalización. 7. Atención prehospitalaria. 8. Toma de muestras. 9. Seguimiento a Tratamiento. 10. Evaluación del paciente. 11. Reporte de Prehospitalización.	Atención médica integral de casos que requieran de una urgencia.	Consulta Externa Pediatría. Hospital de primer y segundo nivel. Hospitalización.

7 Diagrama de flujo

Entrada

Proceso

Resultado



8 Formatos

- 8.1 Control de tiempo de traslado de sala de choque M-5-0-01
- 8.2 Hoja de Valoración Inicial M-5-2-04 (a-b)
- 8.3 Carta de Consentimiento Bajo Información M-0-30 (a-b)
- 8.4 Alta Voluntaria M-4-1-21
- 8.5 Nota de Evolución M-0-03 (a-b)
- 8.6 Notificación Médico Legal M-0-16
- 8.7 Aviso de Alta M-0-1-02
- 8.8 Aviso de Defunción M-0-1-01
- 8.9 Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-6-1-04 (a-b)
- 8.10 Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)
- 8.11 Cuidados de Enfermería M-7-0-08
- 8.12 Solicitud de Formula y/o Dietas A-4-1-08
- 8.13 Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes M-2-0-11 (a-b)
- 8.14 Control de Hemodiálisis M-1-4-06 (a-b)
- 8.15 Hoja de Diálisis Peritoneal M-7-0-15
- 8.16 Control de Signos Vitales M-7-0-12
- 8.17 Hoja para Control de Peso Diario M-0-1-06
- 8.18 Hoja de Control del Enfermo Diabético M-7-0-10
- 8.19 Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico M-2-0-10 (a-b)
- 8.20 Hoja de Balance Hídrico M-0-26 (a-b)
- 8.21 Receta Médica M-0-23

9 Anexos

No Aplica



4. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA.

4. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA.

1. Propósito

1.1 Otorgar atención médica de calidad a los pacientes hospitalizados críticamente enfermos.

2. Alcance

2.1 Departamento de Terapia Intensiva.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Ingresarán al Departamento de Terapia Intensiva todos los pacientes de 0 a 18 años de edad con un padecimiento que ponga en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema.

3.2 Todo paciente ingresado de los diferentes Departamentos y/o Servicios médicos del Instituto deberán ser valorados por personal Médico adscrito y/o personal de Médico Residente del Departamento de Terapia Intensiva.

3.3 La persona servidora pública titular del Departamento, el personal Médico adscrito y el personal Médico Residente de Terapia Intensiva, serán los únicos autorizados para asignar cama no censable.

3.4 El Departamento o Servicio que transfiere al paciente al Departamento de Terapia Intensiva deberá de conservar la cama censable y ésta no se podrá asignar a ningún otro paciente.

3.5 En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), el personal Médico de Terapia Intensiva que realiza la interconsulta deberá establecer un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por su personal Médico tratante en el Departamento o Servicio correspondiente. Se consignará en **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** y se anexará al Expediente Clínico del paciente.

3.6 Para el internamiento del paciente, este deberá ser acompañado por el personal Médico Adscrito o personal Médico Residente del Departamento o Servicio que lo transfiere, personal de Enfermería y expediente clínico.

3.7 A todo paciente que se ingrese al Departamento de Terapia Intensiva, se le deberá requisitar el **Control de pacientes (M-5-1-03 a-b)**, el cual se deberá archivar como mínimo 2 años, así como la **Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b)** misma que se integra al expediente clínico al egresar al paciente.

3.8 En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.

- 3.9 Diariamente se realizarán visitas hospitalarias de 8:00 a 10:30 hrs. por personal Médico Adscrito correspondiente, o por personal Médico Residente de Terapia Intensiva, los Residentes de Pediatría y de Cirugía en rotación, Jefe de Enfermeras y personal de Trabajador Social del Departamento. Sábados, domingos y días festivos estará a cargo del personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de Terapia Intensiva.
- 3.10 El personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia, deberá asistir al Departamento de Terapia Intensiva para evaluar la evolución del paciente en conjunto con el personal Médico Adscrito de este Departamento.
- 3.11 A todo paciente que se le practiquen procedimientos Médico-Quirúrgicos, el personal Médico que efectuará el procedimiento deberá requisitar la **Carta de consentimiento bajo información (M-0-30 a-b)** como mínimo en los eventos que señala la **NOM-168-SSA1-1998**, del expediente clínico.
- 3.12 Todo familiar del paciente ingresado al Departamento de Terapia Intensiva, será canalizado al Departamento de Trabajo Social, para recibir orientación en relación al funcionamiento del Departamento. Se le otorgará el tríptico de “Cruzada por la Calidad” para su información, por parte del personal de Relaciones Hospitalarias.
- 3.13 Diariamente el personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de Terapia Intensiva, deberá informar al familiar o responsable del paciente sobre su estado de salud, esto se realizará en el horario de visita. Los informes otorgados al familiar en el turno matutino quedarán registrados en el formato **Hoja de Información al Familiar (M-5-3-13)**.
- 3.14 Los pacientes que deban ser transferidos de Quirófano a Terapia Intensiva se programará su ingreso de acuerdo a la lista de intervenciones quirúrgicas enviada por el Departamento de Anestesiología con un mínimo de 12 horas de anticipación y deberá ser solicitada por el personal Médico Tratante o personal Médico Residente Quirúrgico al personal Médico Adscrito o personal Médico Residente de Terapia Intensiva; en el caso de que no exista disponibilidad de camas en el Departamento se deberá notificar inmediatamente al personal Médico Cirujano.
- 3.15 Para el internamiento del paciente operado, este debe ser acompañado por el personal médico cirujano y anesthesiólogo responsables además del expediente clínico el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas.

- 3.16 Todos los estudios de laboratorio (incluye banco de sangre) y/o gabinete, deberán estar debidamente requisitados y firmados de conformidad por el personal Médico Adscrito. En el caso de las guardias el responsable de firmar será el personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de mayor jerarquía.
- 3.17 Todo paciente, deberá tener una nota diaria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** escrita a máquina o letra de molde debidamente redactada, legible y sin abreviaturas; será supervisada y autorizada por el personal Médico Adscrito y el fin de semana por el personal Médico Adscrito o el personal Médico Residente de mayor jerarquía. Así mismo diariamente se consignará una nota de guardia en el Expediente Clínico del paciente.
- 3.18 Todo paciente grave se le deberá de consignar en el expediente clínico una **Notas de evolución (M-0-03 a-b)** adicional que describa claramente las condiciones del paciente cada que lo requiera.
- 3.19 El egreso hospitalario lo decidirá el personal Médico Adscrito de Terapia Intensiva cuando el paciente esté estable o sea irrecuperable y continuará su tratamiento médico hospitalario por el Departamento o Servicio correspondiente. Se le avisará del egreso al personal Médico tratante del Departamento o Servicio de procedencia.
- 3.20 En caso de fallecimiento es responsabilidad del personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de Terapia Intensiva y del personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia solicitar al familiar o tutor, la autorización para realizar la autopsia de ley.
- 3.21 En caso de que el personal Médico Adscrito consideren que el paciente requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto se solicitara a través del formato **Solicitud de Interconsulta (M-0-05)**.
- 3.22 En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el personal Médico tratante del paciente será el encargado de informar al familiar o tutor que el Instituto y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del paciente, ni de su seguimiento fuera de la Institución, así mismo elabora el formato del **Alta Voluntaria (M-4-1-2)** solicitando la firma de conformidad del familiar o responsable del paciente así como la responsiva médica correspondiente.

- 3.23 En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable) el personal Médico tratante del Departamento o Servicio solicitante se mantendrá en contacto con el personal Médico de Terapia Intensiva.
- 3.24 Al egreso de cada paciente el personal de Enfermería será responsable de efectuar la limpieza del equipo médico utilizado, el cambio de ropa de cama y solicitar al servicio de limpieza el aseo de las camas y área informando si el paciente egresado fue infecto-contagioso para realizar la limpieza pertinente, con el fin de dar atención inmediata a los pacientes pendientes de ingreso.
- 3.25 En caso de fallecimiento del paciente:
- El personal Médico tratante informa al personal de enfermería del fallecimiento y lo consigna en la **Nota de Evolución (M-0-03 a-b)**, requisita **Aviso de Alta (M-0-1-02)** en original y 2 copias que entrega con el Expediente Clínico al personal de Enfermera de Terapia Intensiva e indica requisitar **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**.
 - Informará al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.
 - El personal de enfermera de Terapia Intensiva recibe Expediente Clínico y requisita **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**, que entrega al personal de recepción del piso.
 - Inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.
 - Entrega el cadáver al Departamento de anatomía patológica.
 - El personal de Recepción del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

4. Documentos de referencia

Referirse al Marco Jurídico

5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de interconsulta.	<p>1.1 Recibe Solicitud de Interconsulta (M-0-05), firma de recibido en la copia, turna original al personal Médico Adscrito responsable de interconsultas y registra en bitácora.</p> <p>• Solicitud de Interconsulta</p> <p>Nota: Para el caso de la sala de choque del Departamento de Urgencias, la solicitud de interconsulta se realizará vía telefónica.</p>	Personal Médico Adscrito y/o Secretaria de Terapia Intensiva.
2 Atención médica de interconsulta.	<p>2.1 Acude al Departamento y/o Servicio correspondiente, revisa el expediente clínico y valora al paciente.</p> <p>¿Amerita manejo de Terapia Intensiva?</p> <p>No: Continúa el manejo por el Departamento y/o Servicio correspondiente, escribe nota médica en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del Expediente Clínico.</p> <p>Si: Informa al personal Médico del Departamento y/o Servicio correspondiente que el paciente debe ser transferido a Terapia Intensiva y notifica el número de cama no censable, escribe nota médica en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) anotando fecha y hora de aceptación.</p> <p>Nota: En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), se establecerá un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por el personal médico tratante del</p>	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de Terapia Intensiva.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>paciente en el Departamento y/o Servicio correspondiente. Se consignará en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) y anexa al expediente clínico del paciente.</p> <p>2.2 Notifica al Jefe de Enfermera de Terapia Intensiva del ingreso del paciente.</p>	
<p>3 Ingreso de pacientes a Terapia Intensiva</p>	<p>3.1 Recibe al paciente, expediente clínico y placa adresógrafa. Registra al paciente en el kárdex correspondiente, en la libreta de ingreso y egreso anotando la hora de ingreso y el número de cama no censable asignada.</p> <p>3.2 Requisita Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b), la integra al expediente clínico e informa del ingreso al personal Médico Adscrito y/o al personal Médico Residente.</p> <p>• Hoja de cuidados intensivos</p> <p>Nota: Según lo requiera la patología del paciente se requisitará la Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes (M-2-0-11 a-b), Hoja de diálisis peritoneal (M-7-0-15), Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10) y la Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10).</p>	<p>Personal de Enfermera de Terapia Intensiva</p>
<p>4 Atención médica en Terapia Intensiva</p>	<p>4.1 Revisa, explora y estabiliza al paciente de sus constantes vitales, elabora nota de ingreso en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b), los integra al expediente clínico y establece un diagnóstico probable.</p>	<p>Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de Terapia Intensiva.</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>• Notas de evolución</p> <p>Nota: Según lo requiera la patología del paciente, requisita Control de Pacientes (M-5-1-03 a-b), Hoja de Valoración Neurológica (M-5-1-06 a-b) y Hoja de Valoración Hemodinámica (M-5-1-07).</p> <p>4.2 Determina según observaciones lo siguiente:</p> <p>¿Requiere estudios de laboratorio y/o gabinete?</p> <p>No: Anota las indicaciones médicas para su manejo hospitalario en Notas de Evolución (M-0-03 a-b). Pasa a la actividad 6.1.</p> <p>Sí: Solicita, requisita y firma los estudios de laboratorio y gabinete que el paciente requiera de acuerdo a su diagnóstico. Pasa a la actividad 4.3.</p> <p>4.3 Anota las indicaciones médicas para el tratamiento del paciente en Notas de Evolución (M-0-03-a-b) y solicita a la enfermera que realice la toma de los estudios de laboratorio y/o gabinete o su asistencia para la toma de los mismos.</p>	<p></p> <p>Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de Terapia Intensiva.</p> <p>Personal Médico Residente de Terapia Intensiva</p>
5 Toma de muestras	<p>5.1 Toma estudios de laboratorio y/o asiste al personal Médico en la toma de los mismos. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería</p> <p>5.2 Envía por tubo neumático o entrega al mensajero de Terapia Intensiva los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas. En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente</p>	<p>Personal de Enfermería de Terapia Intensiva</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	acompañada por la Enfermera de Terapia Intensiva. 5.3 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete, deja constancia en Notas de Evolución (M-0-03-a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	
6 Seguimiento a tratamiento	6.1 Brinda atención clínica al paciente de acuerdo a las instrucciones del personal Médico tratante.	Personal de Enfermería de Terapia Intensiva
7 Evaluación clínica del paciente	7.1 Realiza monitoreo y determina la condición clínica del paciente. Consigna la evolución en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del expediente clínico. ¿El paciente presenta mejoría? No: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera: a) Modifica tratamiento médico y realiza paso de visita diaria, actualiza la evolución del paciente en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) . Regresa a la actividad 4.2. b) Decide egreso por ser paciente terminal e irrecuperable (decisión tomada en conjunto con el personal Médico tratante) e informa al Jefe de Enfermería de Terapia Intensiva. Pasa a la actividad 8.1. Si: El paciente es dado de alta y canalizado a los siguientes destinos: a) Departamento o Servicio de procedencia: Consigna el egreso en Notas de Evolución (M-0-03	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de Terapia Intensiva

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>a-b) del expediente e informa al Jefe de Enfermería de Terapia Intensiva. Pasa a la actividad 8.1.</p> <p>b) Departamento o Servicio diferente al de su procedencia: Consigna nota de alta en Notas de evolución (M-0-03 a-b) del expediente clínico, informa al personal Médico tratante del paciente y al Jefe de Enfermería de Terapia Intensiva. Ver Instrucción de Trabajo de transferencia hospitalaria.</p>	
8 Alta del paciente	8.1 Informa al Jefe de Enfermeras del Departamento o Servicio correspondiente del alta del paciente.	Jefe de Enfermeras de Terapia Intensiva
	8.2 Acude al Departamento de Terapia Intensiva por el paciente.	Personal de Enfermería del Departamento o Servicio correspondiente
	8.3 Entrega al paciente al personal de Enfermería del Departamento y/o Servicio correspondiente, y el Expediente Clínico. Anota en la libreta de ingreso y egreso el egreso del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
9 Elaboración de Informe mensual	9.1 Recibe originales de la Solicitud de Interconsulta (M-0-05) , elabora el 25 de cada mes informe mensual del número de interconsultas , así como de los ingresos y egresos , en original y cuatro copias, la original al Departamento de Archivo Clínico, 1ª copia a la Dirección Médica, 2ª copia a la Subdirección de Medicina Crítica, 3ª copia a la Dirección de Planeación y la 4ª copia se archiva, después de recabar los sellos de recibido de las áreas mencionadas.	Jefe de Servicio de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		

6 Diagrama de bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Cualquier Departament o o Servicio del Instituto.	Solicitud de Interconsulta. Guías Médicas. Procedimientos operativos.	a) Solicitud de interconsulta. . b) Atención médica de interconsulta. . c) Ingreso de pacientes a Terapia Intensiva. d) Atención médica en Terapia Intensiva. e) Toma de muestras. f) Seguimiento a tratamiento. g) Evaluación clínica del paciente. h) Alta del paciente. i) Elaboración de informe mensual.	Estabilización médica a pacientes críticamente enfermos.	Departament o o Servicio del Instituto. Paciente.

8 Formatos

- 8.1 Solicitud de interconsulta (M-0-05)
- 8.2 Notas de Evolución (M-0-03 a-b)
- 8.3 Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b)
- 8.4 Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes (M-2-0-11 a-b)
- 8.5 Hoja de diálisis peritoneal M-7-0-15
- 8.6 Hoja de la enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10)
- 8.7 Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10)
- 8.8 Control de pacientes (M-5-1-03 a-b)
- 8.9 Hoja de valoración Neurológica (M-5-1-06 a-b)
- 8.10 Hoja de valoración Hemodinámica (M-5-1-07)

9 Anexos

No aplica



5. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES.

5. PROCEDIMIENTO PARA ASISTENCIA MÉDICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES.

1. Propósito

1.1 Otorgar atención médica de Alta Especialidad a los pacientes operados de cirugía cardiovascular con cardiopatías congénitas.

2. Alcance

2.1 Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

3.1 Ingresarán a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares todos los pacientes de 0 a 18 años de edad operados de cirugía cardiovascular o con cardiopatía congénita no corregida, con inestabilidad hemodinámica y/o ventilatoria que comprometa la función de un órgano y/o la vida y requiera cirugía cardiovascular en un plazo corto.

3.2 Todo paciente que ingrese de quirófano deberá haberse consensado entre el personal médico adscrito y personal médico residente de cirugía cardiovascular con el personal médico adscrito de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

3.3 Todo paciente ingresado de los diferentes Departamentos y/o Servicios médicos del Instituto deberán ser valorados por el personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

3.4 La persona servidora pública titular del Departamento, el personal Médico Adscrito y el personal Médico Residentes de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, serán los únicos autorizados para asignar cama no censable.

3.5 El Departamento o Servicio que transfiere al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares deberá de conservar la cama censable y esta no se podrá asignar a ningún otro paciente.

3.6 En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), el personal Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares que realiza la interconsulta deberá establecer un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por el personal Médico tratante en el Departamento o Servicio correspondiente. Se

consignará en **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** y se anexará al Expediente Clínico del paciente.

- 3.7 Cuando el paciente ingresa de quirófano el paciente deberá ser acompañado por el personal médico anesthesiólogo adscrito y personal médico residente, personal médico cirujano adscrito y personal médico residente, personal técnico en perfusión y personal de enfermería de quirófano. La recepción se realizará de acuerdo al protocolo de “Entrega segura” visible en cada ambiente de la Unidad y se llenará el formato de “Entrega segura”.
- 3.8 Para el internamiento del paciente de otros departamentos o servicios este deberá ser acompañado por el personal Médico Adscrito o personal Médico Residente del Departamento o Servicio que lo transfiere, personal de Enfermería y expediente clínico.
- 3.9 A todo paciente que se ingrese a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, se le deberá requisitar el **Control de pacientes (M-5-1-03 a-b)**, el cual se deberá archivar como mínimo 2 años, así como la **Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b)** misma que se integra al expediente clínico al egresar al paciente.
- 3.10 Diariamente se realizará revisión médica y académica de cada paciente de 8:00 am – 11:00 am por el personal Médico Adscrito, personal Médico Residente de la Unidad de cuidados Intensivos Cardiovasculares, Personal Médico Residente rotantes de Cardiología, Anestesia y Terapia Intensiva, y la Trabajadora Social del Departamento. En la visita médica se analizará en detalle en estado del paciente y se trazaran planes de tratamiento y objetivos a corto y mediano plazo.
- 3.11 El personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia, deberá asistir a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares para evaluar la evolución del paciente en conjunto con el personal Médico Adscrito de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares de manera diaria.
- 3.12 A todo paciente que se le practiquen procedimientos Médico-Quirúrgicos, el personal Médico que efectuará el procedimiento deberá requisitar la **Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b)** como mínimo en los eventos que señala la **NOM-168-SSA1-1998**, del Expediente Clínico.
- 3.13 Todo familiar del paciente ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, será canalizado al Departamento de Trabajo Social, para recibir

orientación en relación al funcionamiento del Departamento. Se le otorgará el tríptico de “Cruzada por la Calidad” para su información, por parte del personal de Relaciones Hospitalarias.

- 3.14 Diariamente el personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de Terapia Intensiva Cardiovascular, deberá informar al familiar o responsable del paciente sobre su estado de salud, esto se realizará en el horario de visita. Los informes otorgados al familiar en el turno matutino y vespertino quedarán registrados en el formato **Hoja de Información al Familiar (M-5-3-13)**.
- 3.15 Los pacientes operados de cirugía cardiovascular que deban ser ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares se programará su ingreso en base a la lista de procedimientos quirúrgicos programados y deberá ser solicitada por el personal Médico Tratante o el personal Médico Residente Quirúrgico al personal Médico Adscrito o al personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares; en el caso de que no exista disponibilidad de camas en el Departamento se deberá notificar inmediatamente al personal Médico Cirujano Cardiovascular. En caso de urgencia se notificará de inmediato al personal médico adscrito de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares para otorgar espacio.
- 3.16 Todos los estudios de laboratorio (incluye banco de sangre) y/o gabinete, deberán estar debidamente requisitados y firmados de conformidad por el personal Médico Adscrito. En el caso de las guardias el responsable de firmar será el personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de mayor jerarquía.
- 3.17 Todo paciente, deberá tener una nota diaria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** escrita en el sistema de expediente electrónico e impresa redactada, legible y sin abreviaturas; será supervisada y autorizada por el personal Médico Adscrito y el fin de semana por el personal Médico Adscrito o el personal Médico Residente de mayor jerarquía. En caso de cambio en las condiciones del paciente se consignará una nota de guardia en el Expediente Clínico del paciente.
- 3.18 Todo paciente grave se le deberá de consignar en el expediente clínico una **Notas de evolución (M-0-03 a-b)** adicional que describa claramente las condiciones del paciente cada que lo requiera.
- 3.19 El egreso hospitalario lo decidirá el personal Médico Adscrito de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares cuando el paciente no requiere soporte hemodinámico ni ventilatorio o bien se encuentre en un estado irrecuperable y



continuará su tratamiento médico hospitalario por el Departamento o Servicio correspondiente. Se le avisará del egreso al personal Médico tratante del Departamento o Servicio de procedencia.

- 3.20 Para el egreso del paciente el personal médico tratante y el personal médico residente de cardiología deberá asistir a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares para realizar la entrega de la información relacionada a la atención del paciente en esta área.
- 3.21 En caso de que el personal Médico Adscrito consideren que el paciente requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto se solicitara a través del formato **Solicitud de Interconsulta (M-0-05)**.
- 3.22 En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el personal Médico tratante del paciente será el encargado de informar al familiar o tutor que el Instituto y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del paciente, ni de su seguimiento fuera de la Institución, así mismo elabora el formato del **Alta Voluntaria (M-4-1-2)** solicitando la firma de conformidad del familiar o responsable del paciente así como la responsiva médica correspondiente.
- 3.23 En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable) el personal Médico tratante del Departamento o Servicio solicitante se mantendrá en contacto con el personal Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
- 3.24 El personal de Enfermería será responsable de efectuar la limpieza del equipo médico utilizado, el cambio de ropa de cama y solicitar al servicio de limpieza el aseo de las camas y área informando si el paciente egresado fue infecto-contagioso para realizar la limpieza pertinente, con el fin de dar atención inmediata a los pacientes pendientes de ingreso.
- 3.25 En caso de fallecimiento es responsabilidad del personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de Terapia Intensiva Cardiovascular y del personal Médico Adscrito y/o del personal Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia solicitar al familiar o tutor, la autorización para realizar la autopsia de ley.
- 3.26 En caso de fallecimiento del paciente:
El personal Médico tratante da alta por fallecimiento y consigna la nota en **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)**, requisita **Aviso de Alta (M-0-1-02)** en original y 2



copias que entrega con el Expediente Clínico a la Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares e indica requisitar **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**.

- 3.27 Informará al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.
- 3.28 La enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares recibe Expediente Clínico y requisita **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**, que entrega al personal de recepción del piso.
- 3.29 El personal de recepción del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias "Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción".
- 3.30 Entrega el cuerpo al Departamento de Anatomía Patológica.

4. Documentos de referencia

- Referirse al Marco Jurídico

5 Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de interconsulta.	<p>1.1 Recibe Solicitud de Interconsulta (M-0-05), firma de recibido en la copia, turna original al personal Médico Adscrito responsable de interconsultas y registra en bitácora.</p> <p>• Solicitud de Interconsulta</p> <p>Nota: Para el caso de la sala de choque del Departamento de Urgencias y Servicio de Hemodinamia la solicitud de interconsulta se realizará vía telefónica.</p>	El personal Médico Adscrito y/o el personal Secretarial de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
2. Ingreso procedente de quirófano.	2.1 Se recibe al paciente previamente acordado el ingreso entre el personal médico adscrito de la Unidad Cardiovascular y personal médico cirujano adscrito. Se estabilizan signos vitales, se procede a realizar entrega segura	El personal Médico adscrito y del personal médico residente de la Unidad de Cuidados Intensivos cardiovasculares, personal médico adscrito y personal residente en anestesiología, personal médico adscrito y personal residente en cirugía cardiovascular.
3 Atención médica de interconsulta.	<p>3.1 Acude al Departamento y/o Servicio correspondiente, revisa el expediente clínico y valora al paciente.</p> <p>¿Amerita manejo de Terapia Intensiva Cardiovascular?</p> <p>No: Continúa el manejo por el Departamento y/o Servicio correspondiente, escribe nota médica en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del Expediente Clínico.</p> <p>Si: Informa al personal Médico del Departamento y/o Servicio correspondiente que el paciente debe</p>	El personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>ser transferido a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares y notifica el número de cama no censable, escribe nota médica y tratamiento en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) anotando fecha y hora de aceptación.</p> <p>Nota: En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), se establecerá un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por el personal médico tratante del paciente en el Departamento y/o Servicio correspondiente. Se consignará en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) y anexa al expediente clínico del paciente.</p>	
	<p>3.2 Notifica a la persona servidora pública Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del ingreso del paciente.</p>	<p>Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.</p>
<p>4 Ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares</p>	<p>4.1 Recibe al paciente, expediente clínico. Registra al paciente en el kárdex correspondiente, en la libreta de ingreso y egreso anotando la hora de ingreso y el número de cama no censable asignada.</p> <p>4.2 Requisita Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b), la integra al expediente clínico e informa del ingreso al personal Médico Adscrito y/o al personal Médico Residente.</p> <p>• Hoja de cuidados intensivos</p> <p>Nota: Según lo requiera la patología del paciente se requisitará la Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes (M-2-0-11 a-b), Hoja de diálisis peritoneal (M-7-0-15), Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10) y la Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10).</p>	<p>Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5 Atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.	5.1 Revisa, explora y estabiliza al paciente de sus constantes vitales, elabora nota de indicaciones de ingreso y las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) , los integra al expediente clínico y establece un diagnóstico probable. Se establecen planes de tratamiento y objetivos. • Notas de evolución Nota: Según lo requiera la patología del paciente, requisita Control de Pacientes (M-5-1-03 a-b) , Hoja de Valoración Neurológica (M-5-1-06 a-b) y Hoja de Valoración Hemodinámica (M-5-1-07) .	El personal Médico Adscrito y el personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
	5.2 Determina según observaciones lo siguiente: ¿Requiere estudios de laboratorio y/o gabinete? No: Anota las indicaciones médicas para su manejo hospitalario en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) . Pasa a la actividad 5.6.1 Sí: Solicita, requisita y firma los estudios de laboratorio y gabinete que el paciente requiera de acuerdo a su diagnóstico. Pasa a la actividad 4.3.	Personal Médico Adscrito y personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
	5.3 Anota las indicaciones médicas para el tratamiento del paciente en Notas de Evolución (M-0-03-a-b) y solicita al personal de enfermería que realice la toma de los estudios de laboratorio y/o gabinete o su asistencia para la toma de los mismos.	Personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
6 Toma de muestras.	6.1 Toma estudios de laboratorio y/o asiste al personal Médico en la toma de los mismos. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería.	Personal Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>6.2 Envía por tubo neumático o entrega al personal de mensajería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas. En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente acompañada por la Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.</p> <p>6.3 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete, deja constancia en Notas de Evolución (M-0-03 a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	
7 Seguimiento a tratamiento.	7.1 Brinda atención clínica al paciente de acuerdo a las instrucciones del personal Médico tratante y monitoriza la respuesta al tratamiento.	Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
8 Evaluación clínica del paciente.	<p>8.1 Realiza monitoreo y determina la condición clínica del paciente. Consigna la evolución, condición, riesgo y pronóstico en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del expediente clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución <p>¿El paciente presenta mejoría?</p> <p>No: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>c) Modifica tratamiento médico y realiza paso de visita diaria, actualiza la evolución del paciente en Notas de Evolución (M-0-03 a-b). Regresa a la actividad 4.2.</p> <p>d) Decide egreso por ser paciente terminal e irrecuperable (decisión</p>	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares

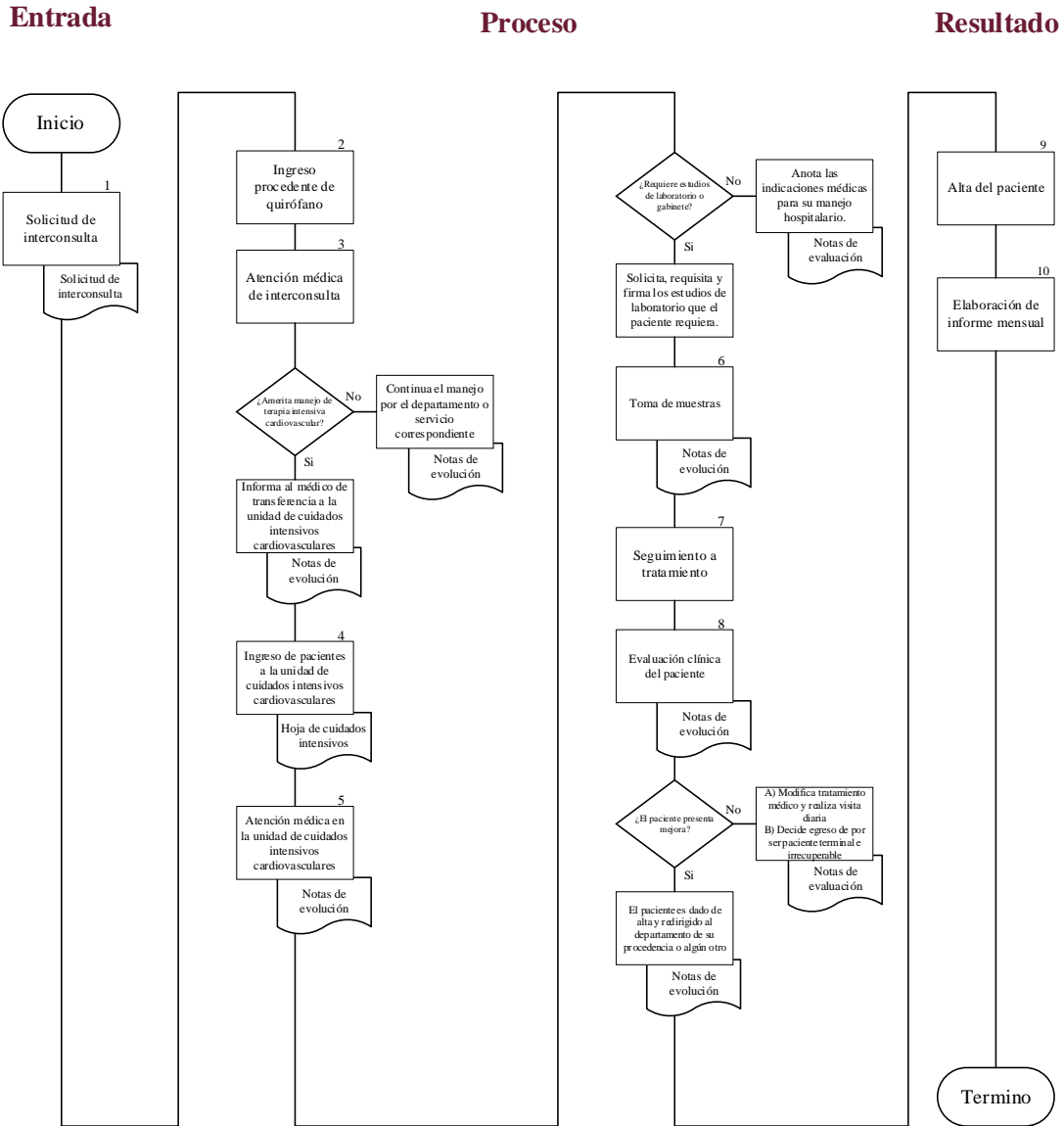
Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>tomada en conjunto con el personal Médico tratante) e informa a la persona servidora pública Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Pasa a la actividad 8.1.</p> <p>Si: El paciente es dado de alta y canalizado a los siguientes destinos:</p> <p>c) Departamento o Servicio de procedencia: Consigna el egreso en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del expediente e informa a la persona servidora pública Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Pasa a la actividad 8.1.</p> <p>d) Departamento o Servicio diferente al de su procedencia: Consigna nota de alta en Notas de evolución (M-0-03 a-b) del expediente clínico, informa al personal Médico tratante del paciente y a la persona servidora pública Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Ver Instrucción de Trabajo de transferencia hospitalaria. Pasa a la actividad 8.1.</p>	
9 Alta del paciente.	<p>a. Informa al personal Médico adscrito y al personal médico residente del servicio tratante, así como a la persona servidora pública Jefe de Enfermeras del Departamento o Servicio correspondiente del alta del paciente.</p>	<p>Personal Médico adscrito, personal médico residente de cardiología y a la persona servidora pública Jefe de Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	9.2 Acude a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares por el paciente.	Enfermera del Departamento o Servicio correspondiente
	9.3 Entrega de la información correspondiente a la estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares al paciente al personal médico adscrito y personal residente del servicio tratante (cardiología) y a al personal de Enfermería del Departamento y/o Servicio correspondiente y el Expediente Clínico. Anota en la libreta de ingreso y egreso el egreso del paciente.	Personal Médico adscrito, personal médico residente de cardiología y Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
10 Elaboración de Informe mensual.	10.1 Recibe originales de la Solicitud de Interconsulta (M-0-05) , elabora el 25 de cada mes informe mensual del número de interconsultas , así como de los ingresos y egresos , en original y cuatro copias, la original al Departamento de Archivo Clínico, 1ª copia a la Dirección Médica, 2ª copia a la Subdirección de Medicina Crítica, 3ª copia a la Dirección de Planeación y la 4ª copia se archiva, después de recabar los sellos de recibido de las áreas mencionadas.	Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO.		

6 Diagrama de bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Quirófano principalmente y Cualquier Departamento o Servicio del Instituto.	Solicitud de cama por el servicio de cirugía cardiovascular o el departamento solicitante urgencias, hemodinámica u hospitalización en cardiología. Solicitud de Interconsulta. Guías Médicas. Procedimientos operativos.	a) Solicitud de cama por el servicio de cirugía cardiovascular. a) Solicitud de interconsulta. b) Atención médica de interconsulta. c) Ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. d) Atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. e) Toma de muestras. f) Seguimiento a tratamiento. g) Evaluación clínica del paciente. h) Alta del paciente. l) Elaboración de informe mensual.	Estabilización médica a pacientes críticamente enfermos.	Departamento o Servicio del Instituto. Paciente.

7 Diagrama de flujo



8 Formatos

- 8.1 Notas de evolución (M-0-03 a-b)
- 8.2 Control de pacientes (M-5-1-03 a-b)
- 8.3 Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b)
- 8.4 Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b)
- 8.5 Hoja de información al familiar (M-5-3-13)
- 8.6 Solicitud de interconsulta (M-0-05)
- 8.7 Alta Voluntaria (M-4-1-2)
- 8.8 Aviso de Alta (M-0-1-02)
- 8.9 Aviso de Defunción (M-0-1-01)
- 8.10 Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes (M-2-0-11 a-b)
- 8.11 Hoja de diálisis peritoneal (M-7-0-15)
- 8.12 Hoja de la enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10)
- 8.13 Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10)
- 8.14 Hoja de valoración Neurológica (M-5-1-06 a-b)
- 8.15 Hoja de valoración Hemodinámica (M-5-1-07)

9 Anexos

No aplica.



6. PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS.

6. PROCEDIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS.

1. Propósito

1.1 Otorgar la atención médica oportuna, de calidad, con eficiencia y seguridad a los pacientes que requieran o se encuentren hospitalizados en el Departamento de Urgencias por presentar padecimientos que pongan en peligro la vida o la función de un órgano del paciente.

2. Alcance

2.1 Área de Hospitalización del Departamento de Urgencias.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 La persona servidora pública titular del Departamento, el personal Médico Adscrito y al personal médico Jefe de la guardia, serán los únicos autorizados para asignar cama.

3.2 La persona servidora pública titular del Departamento será el responsable de vigilar que los diagnósticos y tratamientos brindados en un paciente sean consistentes con los protocolos clínicos, desarrollados, adaptados o adoptados por el Instituto basados en la evidencia o guías clínicas.

3.3 Los ingresos se realizarán los 365 días del año las 24 horas del día.

3.4 Siempre deberá recabarse al ingreso del paciente la **Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b)** firmada por el familiar o tutor del paciente para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente al familiar o tutor el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente. Ver **Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 80.**

3.5 Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere la política que antecede, el personal Médico Tratante con previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos personas Médicos Adscritos llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 81.

- 3.6 Todo el personal médico y paramédico deberá llevar a cabo el procedimiento de lavado de manos antes y después del manejo y/o exploración del paciente. El personal del Departamento será el responsable de verificar la existencia y buen uso de los métodos de asepsia (jabón, desinfectantes, alcohol en gel, guantes y mascarillas) y que se depositen correctamente los residuos biológicos infecciosos.
- 3.7 El personal Médico Adscrito o personal Residente será el responsable de constatar que la aplicación de todos los medicamentos, soluciones parenterales, sangre o hemoderivados se efectúen, así como de aquellos que requieran de sistemas cerrados o con filtros.
- 3.8 Diariamente se realizarán paso de visita, de lunes a viernes por la persona servidora pública titular del Departamento y/o el personal Médico Adscrito correspondiente y las personas Médicos Residentes de Pediatría. Los sábados, domingos y días festivos estarán a cargo de las personas Médicos Adscritos o personal Jefe de la Guardia, personal Médicos Residentes, y personal de Enfermería.
- 3.9 Todo paciente hospitalizado, deberá tener nota diaria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** escrita a máquina debidamente redactada, legible y sin abreviaturas, las cuales serán supervisada y firmadas por personal Médico Adscrito o por el personal Médico Residente encargado de la sala de Hospitalización de Urgencias.
- 3.10 A todo cambio en la evolución del paciente que comprometa su vida, se realizará una **Nota de Evolución (M-0-03 a-b)** adicional donde se describirá claramente las condiciones del paciente, misma que se anexará al expediente clínico.
- 3.11 El personal Médico tratante de Urgencias será responsable de informar diariamente al familiar o tutor del paciente las condiciones clínicas del mismo y solicitará la firma de conformidad en la **Libreta de Informes**. Durante las guardias o los fines de semana el responsable será el personal Médico Residente o personal Médico Adscrito. En el caso de que el paciente pertenezca a cualquier Departamento o Servicio del Instituto el personal Médico de la subespecialidad y el personal Médico tratante de Urgencias serán los responsables de realizar dicha actividad.

- 3.12 Todo paciente grave que amerite estudios de gabinete, deberá ser acompañado por el personal de Enfermería y el personal Médico Residente de Urgencias.
- 3.13 En casos urgentes, se localizará al familiar a través del Departamento de Trabajo Social para notificarle el estado de salud del paciente.
- 3.14 A todo paciente transferido al Departamento de Terapia Intensiva, el personal Médico tratante de Urgencias deberá conseguir cama censable en el Departamento o Servicio que corresponda según el padecimiento del paciente.
- 3.15 Todo paciente que ingrese a Hospitalización de Urgencias se le deberá realizar o actualizar la **Historia Clínica (M-0-31 a-d)** correspondiente, misma que se integrará al expediente clínico con firma de visto bueno del personal Médico Adscrito o por el personal Médico Residente encargado de la sala de Hospitalización de Urgencias.
- 3.16 En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el personal Médico tratante del paciente será el encargado de informar al familiar o tutor que el Instituto y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del paciente, así como de su seguimiento fuera de la Institución. Elaborará el formato del **Alta Voluntaria (M-4-1-21)** solicitando la firma de conformidad del familiar o tutor. En caso de que el paciente se encuentre en estado crítico o inestable deberá solicitar la responsiva médica correspondiente. En caso de que el familiar o tutor del paciente se niegue a firmar el **Alta Voluntaria (M-4-1-21)** o se vaya del INP sin autorización del personal Médico tratante se realizará una nota explicatoria en la **Nota de Evolución (M-0-03 a-b)** con firma del personal Médico Adscrito, del personal Médico Residente y del personal de Enfermería.
- 3.17 Los pacientes hospitalizados en el Departamento de Urgencias que deben internarse en las diferentes especialidades tendrán prioridad para su ingreso sobre los pacientes de Consulta Externa, por lo que la asignación de camas por el especialista deberá ser antes de las 10:00 hrs.
- 3.18 En caso de fallecimiento del paciente, el personal Médico tratante, Adscrito o el personal Jefe de Guardia respectivamente, deberá solicitar al familiar o tutor la autorización para realizar la autopsia.



3.19 Todos los estudios de laboratorio y/o gabinete (incluye banco de sangre) deberán ser requisitados, así como contar con la firma de conformidad del personal Médico Adscrito o del personal Jefe de Guardia según sea el caso.

3.20 En caso de que el personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente consideren que el paciente requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto, se solicitará a través del formato **Solicitud de Interconsulta (M-0-05)**. **Ver Instrucción de Trabajo Interconsulta hospitalaria.**

3.21 El Departamento de Urgencias será responsable de elaborar la **Notificación Médico Legal (M-0-16)** en coordinación con el Departamento de Trabajo social, cuando se presenten lesiones que pongan en riesgo la vida o la función de un órgano o aparato, o bien si las lesiones son presumiblemente vinculadas con un hecho ilícito.

3.22 El Departamento de Urgencias clasificara las lesiones o padecimiento presumiblemente vinculado con un hecho ilícito en siete tipos:

- Lesiones que tardan en sanar menos de 15 días
- Lesiones que tardan en sanar más de 15 días y menos de 60 días.
- Lesiones que tardan en sanar más de 60 días.
- Cuando dejen cicatriz permanentemente notable en la cara.
- Cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o un miembro.
- Si producen la pérdida de cualquier función orgánica, de un miembro, de un órgano o de una facultad, o causen una enfermedad incurable o una deformidad incorregible.
- Cuando pongan en peligro la vida.

3.23 En caso de fallecimiento del paciente:

- El personal Médico tratante informa del fallecimiento y lo consigna en la nota **de Evolución (M-0-03 a-b)**, indica al personal de Enfermera de Urgencias que requisiere el **Aviso de Alta (M-0-1-02)** en original y 2 copias y el **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**.
- Informa al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.
- La Enfermera de Urgencias recibe Expediente Clínico y requisita **Aviso de Alta (M-0-1-02)** y **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**, que entrega al personal de recepción del área.
- Entrega el cadáver al Departamento de anatomía patológica.
- El personal de recepción del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias "Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción".



3.24 Cuando el cuerpo vaya a ser enviado al INCIFO el personal Médico Tratante será responsable de realizar un resumen clínico con las condiciones del paciente el cual será entregado a Trabajo Social de Urgencias. El personal de Enfermería será el encargado de llevar el cuerpo al Departamento de anatomía patológica.

3.25 En caso de que el paciente no cuente con el expediente clínico, se realizará su apertura. El familiar o tutor del paciente será el responsable de entregar al personal de Enfermera de Prehospitalización de Urgencias cuando el trámite administrativo esté concluido, posteriormente entregará la documentación a la persona Jefe de Enfermeras de la Sala de Hospitalización de Urgencias.

4. Documentos de referencia

Referirse al Marco Jurídico

5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de Hospitalización de Urgencias.	<p>1.1 Recibe solicitud verbal del ingreso de pacientes a Hospitalización de Urgencias por parte del personal Médico tratante en la Prehospitalización de Urgencias.</p> <p>Nota: En caso de que algún Departamento o Servicio del INP soliciten cama prestada en la Hospitalización de Urgencias se recibirá solo con autorización de la persona servidora pública titular del Departamento o personal Médico adscrito de Urgencias indicando que el Departamento o Servicio solicitante realizará el trámite administrativo correspondiente.</p> <p>1.2 Verifica físicamente y pregunta a la persona Jefe de Enfermeras el estatus de ocupación de la Sala de Hospitalización de Urgencias.</p> <p>¿Existe disponibilidad de cama o cuna en Hospitalización de Urgencias?</p> <p>No: Informa al personal Médico tratante de la Prehospitalización para que establezca al paciente. Ver procedimiento de Asistencia Médica de Urgencias.</p> <p>Si: Asigna número de cama e informa al personal Médico tratante. Pasa a la Actividad.</p>	Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias
2 Aceptación del paciente en la Hospitalización de Urgencias.	<p>2.1 Recibe el número de la cama asignada, informa al familiar o tutor del ingreso a Hospitalización, requisita Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24) en original y 4 copias y Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso</p>	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Prehospitalización.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	Hospitalario (M-0-36 a-b) , entrega al familiar o responsable y envía a Trabajo Social de Urgencias para realizar los trámites correspondientes.	
3 Transferencia del paciente.	3.1 Informa al personal de Enfermera de Prehospitalización la transferencia del paciente a Hospitalización de Urgencias e indica el número de cama asignada para que realice la transferencia del mismo.	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Prehospitalización.
	3.2 Recibe indicaciones y realiza la transferencia a Hospitalización de Urgencias entregando al paciente con su Expediente Clínico (En caso de que el paciente cuente con el mismo) o el folio, indicaciones y estudios de laboratorio y/o gabinete a la Jefa de Enfermeras de Hospitalización de Urgencias.	Enfermera de Prehospitalización o del Departamento o Servicio correspondiente
4 Recepción del paciente en Hospitalización de Urgencias	4.1 Recibe al paciente y la documentación, verifica y registra en Plan de Cuidados (M-7-0-08) y en el Plan de Cuidados "Medicamentos" (M-7-0-17) el Nombre completo del paciente, No. de Expediente Clínico, edad, sexo, y número de cama, entrega paciente a la Enfermera de Hospitalización de Urgencias.	Jefa de Enfermeras de Hospitalización de Urgencias
	4.2 Recibe al paciente, registra peso, talla y signos vitales en la Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b) o en la Hoja de Información Clínica de Enfermería (M-0-1-04 a-b) , e integra al Expediente Clínico. Ver Manual de Cuidados Enfermeros. Nota: Dependiendo del padecimiento del paciente y de su condición clínica se requisitará los	Personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	siguientes formatos: Cuidados de Enfermería (M-7-0-08), Solicitud de Formula y/o Dietas (A-4-1-08), Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes (M-2-0-11 a-b), Control de Hemodiálisis (M-1-4-06 a-b), Hoja de Diálisis Peritoneal (M-2-0-15), Control de Signos Vitales (M-7-0-12), Hoja para Control de Peso Diario (M-0-1-06), Hoja de Control del Enfermo Diabético (M-7-0-10), Hoja de la Enfermera para Paciente Quirúrgico (M-2-0-10 a-b), Hoja de Balance Hídrico (M-0-26 a-b).	
	4.3 Informa al personal Médico Adscrito o al personal Médico Residente de Hospitalización de Urgencias del ingreso del paciente.	Personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias
5 Atención médica de urgencias.	5.1 Recibe información verbal del personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias acerca del ingreso del paciente, revisa el Expediente Clínico (En caso de que cuente con este) o folio, explora y estabiliza al paciente.	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias.
	5.2 Elabora nota de ingreso hospitalario en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución Nota: En caso de que el paciente no cuente con la Historia Clínica (M-0-31 a-d) o esta no se encuentre actualizada se realizará. La actualización de la Historia Clínica (M-0-31 a-b) se realizará cuando el personal Médico	Personal Médico Residente asignado a Urgencias.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	tratante determine que es necesario.	
	5.3 Determina según observaciones lo siguiente y registra las indicaciones médicas para el tratamiento en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución ¿El paciente requiere estudios de laboratorio y/o gabinete? No: Pasa a la actividad 8.1. Si: Solicita y requisita los estudios de Laboratorio y/o Gabinete que el paciente requiera.	
	5.4 Solicita al personal de Enfermería su asistencia para toma de estudios de laboratorio y/o gabinete.	Personal Médico Residente asignado a Urgencias
6 Toma de muestras.	6.1 Asiste al personal Médico en la toma de estudios de laboratorio. Ver Manual de Cuidados Enfermeros. Nota: En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente acompañada por el personal Médico Residente en caso de que el paciente se encuentre grave o inestable.	Personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias
	6.2 Envía por tubo neumático y/o con el personal de mensajería asignado al Departamento de Urgencias los estudios de laboratorio con las solicitudes firmadas.	Personal Médico Residente de Hospitalización de Urgencias
7 Recepción de resultados.	7.1 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete y deja constancia en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
8 Evaluación del paciente.	<p>8.1 Atiende al paciente de acuerdo a las indicaciones del personal Médico tratante y reporta las condiciones clínicas del paciente, así mismo realiza las anotaciones pertinentes en Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b) o en la Hoja de Información Clínica de Enfermería (M-0-1-04 a-b). Ver Manual de Cuidados Enfermeros.</p> <p>Nota: Dependiendo del padecimiento del paciente y de su condición clínica se requisitará los siguientes formatos: Plan de Cuidados (M-7-0-08), Solicitud de Formula y/o Dietas (A-4-1-08), Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes (M-2-0-11 a-b), Control de Hemodiálisis (M-1-4-06 a-b), Hoja de Diálisis Peritoneal (M-7-0-15), Control de Signos Vitales (M-7-0-12), Hoja para Control de Peso Diario (M-0-1-06), Hoja de Control del Enfermo Diabético (M-7-0-10), Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10 a-b), Hoja de Balance Hídrico (M-0-26 a-b).</p>	Personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias
	<p>8.2 Realiza monitoreo, evalúa condición clínica del paciente, examina los resultados de los estudios de laboratorio y/o gabinete, registra la evolución en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) y determina lo siguiente:</p> <p>¿El paciente presenta mejoría?</p> <p>No: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p>	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>a) Modifica tratamiento médico y registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b). Regresa a la actividad 5.5.3.</p> <p>b) Ingreso a Terapia Intensiva: Requisita Solicitud de Interconsulta (M-0-05) para realizar la transferencia del paciente. Ver Instrucción de Trabajo de Interconsulta Hospitalaria y Transferencia Hospitalaria.</p> <p>Si: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>a) Por Mejoría o Curación: Requisita Receta Médica (M-0-23) e informa al familiar o responsable del alta del paciente e indica recomendaciones. Pasa a la actividad 9.1.</p> <p>b) Hospitalización de Subespecialidad: Solicita interconsulta al Departamento o Servicio correspondiente. Ver Instrucción de Trabajo de Interconsulta Hospitalaria y Transferencia Hospitalaria. Consigna nota de alta y la transferencia del paciente en Notas de evolución (M-0-03 a-b)</p> <p>c) Traslado a otra institución hospitalaria siempre y cuando no se comprometa la vida del paciente. Ver instrucción de trabajo de Traslado a hospitales</p>	<p>Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	periféricos. Pasa a la actividad 9.1.	
9 Egreso del paciente.	9.1 Realiza la Nota de Alta en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) e integra al Expediente Clínico y la Hoja de Egreso Hospitalario (M-0-28 a-b) en original y 2 copias, la original y la 1ª copia la integra al Expediente Clínico, la 2ª se la entrega al familiar y notifica a la Enfermera de Hospitalización de Urgencias del alta del paciente.	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias.
	9.2 Indica a la Enfermera de Hospitalización de Urgencias que elabore el Aviso de Alta (M-0-1-02) e informa al familiar o responsable del paciente que realice el pago de la atención médica. <ul style="list-style-type: none"> • Aviso de Alta 	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias.
	9.3 Elabora Aviso de Alta (M-0-1-02) e informa vía telefónica a la recepcionista. Ver procedimiento Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción. <ul style="list-style-type: none"> • Aviso de Alta 	Personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias
	9.4 Recibe del familiar o responsable del paciente la copia de Recibo de Caja (A-2-2-27) y Aviso de Salida (M-4-1-36) los cuales anexa al Expediente Clínico y turna el Expediente Clínico al Departamento de Archivo Clínico. <ul style="list-style-type: none"> • Recibo de Caja • Aviso de Salida 	
	9.5 Anota el egreso del paciente en la libreta de ingresos y egresos de Hospitalización de Urgencias.	Enfermera de Hospitalización de Urgencias
	9.6 Recibe Expediente Clínico del personal de Enfermería de Hospitalización de Urgencias,	Archivo Clínico

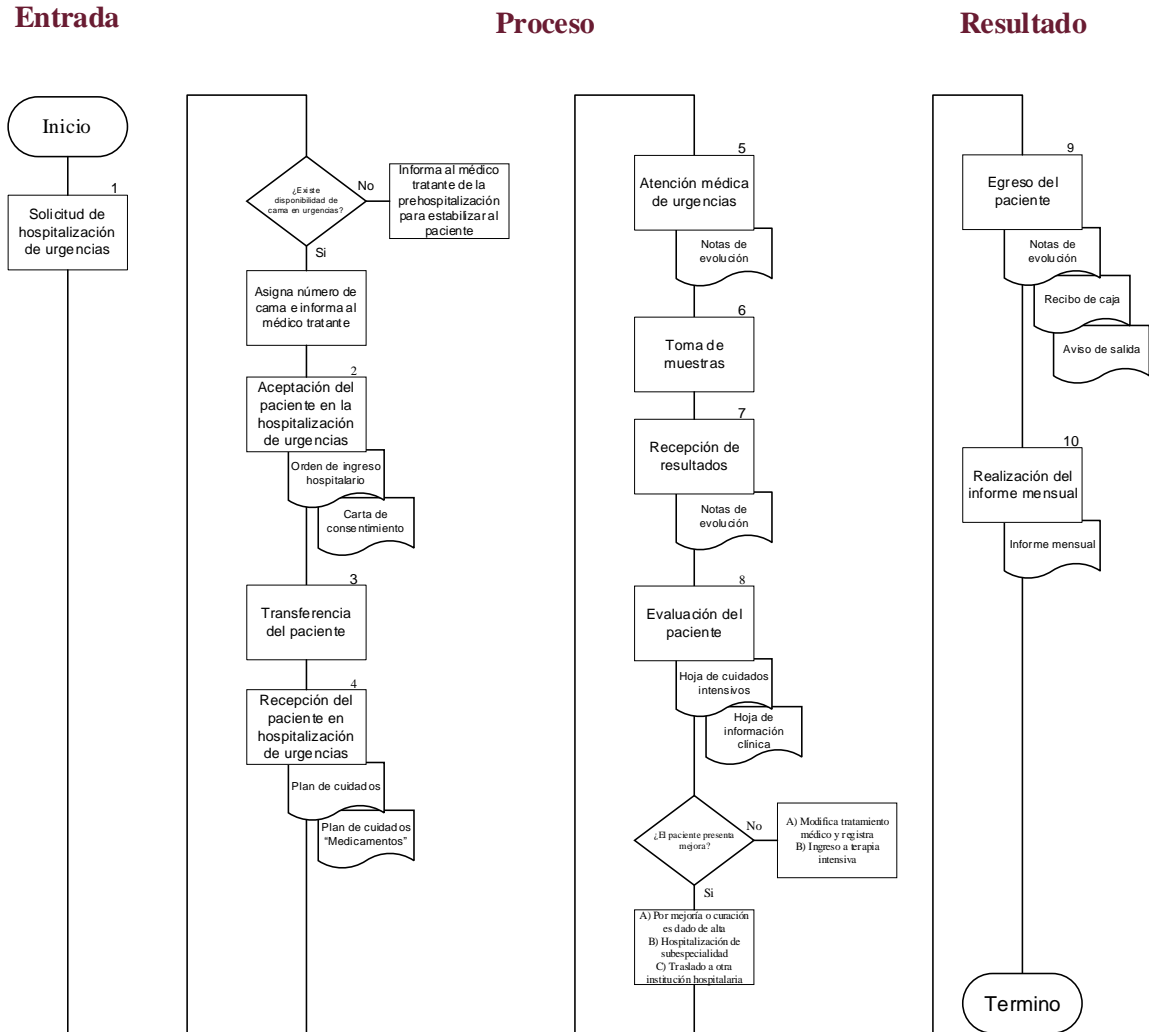


Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	firma de recibido en la Libreta de Censo y archiva.	
	9.7 Realiza el egreso del paciente. Nota: En caso de que el paciente requiera consulta de subespecialidad el personal Médico Residente tramita el Carnet de Citas (M-0-32 a-b) e informa al familiar que debe asistir a la subespecialidad	Personal Médico Residente o personal Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias
10 Realización del Informe Mensual.	10.1 Realiza Informe Mensual de Hospitalización en original y cuatro copias que se distribuyen como sigue: original a Archivo Clínico, 1ª copia a Subdirección de Medicina Crítica, 2da copia a Dirección de Medicina 3ra copia a la dirección de Planeación y 4ta	Persona servidora pública titular del Departamento Urgencias.
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
<p>Prehospitalización de Urgencias.</p> <p>Departamento o Servicio del Instituto.</p>	<p>Solicitud de cama en Hospitalización de Urgencias.</p>	<p>a) Solicitud de Hospitalización de Urgencias.</p> <p>b) Aceptación del paciente en la Hospitalización de Urgencias.</p> <p>c) Transferencia del paciente.</p> <p>d) Recepción del paciente en Hospitalización de Urgencias.</p> <p>e) Atención médica de urgencias.</p> <p>f) Toma de muestras.</p> <p>g) Recepción de resultados.</p> <p>h) Evaluación del paciente.</p> <p>i) Egreso del paciente.</p> <p>j) Realización del Informe Mensual.</p>	<p>Atención médica integral a pacientes hospitalizados</p>	<p>Paciente</p> <p>Consulta Externa Pediatría.</p> <p>Unidad de primer nivel u hospital de segundo nivel.</p> <p>Hospitalización de subespecialidad.</p>

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

- 8.1 Carta de Consentimiento Bajo Información (M-0-30 a-b)
- 8.2 Notas de Evolución (M-0-03 a-b)
- 8.3 Historia Clínica (M-0-31 a-d)
- 8.4 Alta Voluntaria (M-4-1-21)
- 8.5 Solicitud de interconsulta (M-0-05)
- 8.6 Notificación Médico Legal (M-0-16)
- 8.7 Aviso de alta (M-0-1-02)
- 8.8 Aviso de Defunción (M-0-1-01)
- 8.9 Orden de ingreso Hospitalario (M-0-24)
- 8.10 Carta de consentimiento bajo Información para ingreso Hospitalario (M-0-36 a-b)
- 8.11 Plan de cuidados (M-7-0-08)
- 8.12 Plan de cuidados “Medicamentos” (M-7-0-17)
- 8.13 Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b)
- 8.14 Hoja de información Clínica de Enfermería (M-0-1-04 a-b)
- 8.15 Cuidados de Enfermería (M-7-0-08)
- 8.16 Solicitud de formula y/o dietas (A-4-1-08)
- 8.17 Hoja de Registro de Transfusiones de sangre y/o Componentes (M-2-0-11 a-b)
- 8.18 Control de Hemodiálisis (M-1-4-06 a-b)
- 8.19 Hoja de Diálisis peritoneal (M-2-0-15)
- 8.20 Control de Signos vitales (M-7-0-12)
- 8.21 Hoja para control de peso diario (M-0-1-06)
- 8.22 Hoja de control del enfermo Diabético (M-7-0-10)
- 8.23 Hoja de la enfermera para paciente Quirúrgico (M-2-0-10 a-b)
- 8.24 Hoja de Balance Hídrico (M-0-26 a-b)
- 8.25 Hoja de Diálisis Peritoneal (M-7-0-15)
- 8.26 Receta Médica (M-0-23)

8.27 Hoja de egreso Hospitalario (M-0-28 a-b)

8.28 Recibo de caja (A-2-2-27)

8.29 Aviso de salida (M-4-1-36)

8.30 Carnet de Citas (M-0-32-a-b)

9. Anexos

No aplica.



7. PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE INHALOTERAPIA.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE INHALOTERAPIA.

1. Propósito

1.1 Lavar y esterilizar los equipos sucios y contaminados, que se hayan ocupado en pacientes hospitalizados y ambulatorios, con el fin de reducir la carga microorganismos durante y después de la terapéutica inhalatoria mediante sustancias químicas.

2. Alcance

2.1 A todo el personal del servicio de Inhaloterapia.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 La persona asignada al área de limpieza y desinfección de equipos del Servicio de Inhaloterapia es el responsable de que se lleve a cabo este procedimiento.

3.2 La persona asignada al área de limpieza y desinfección de equipos será responsable de mantener los equipos siempre limpios, dándoles el procesamiento adecuado y manteniéndolos en bolsas transparentes.

3.3 La persona servidora pública titular del Servicio de Inhaloterapia será el responsable de vigilar que los equipos se encuentren debidamente armados y empaquetados en bolsas de grado médico transparentes para su fácil identificación, por la persona asignada al área de limpieza y desinfección de equipos.

3.4 Es responsabilidad del personal Terapeuta adscrito, informar y/o comunicar La persona servidora pública titular del Servicio de los equipos que se encuentren en mal estado (rotos, incompletos, mal armados, etc.)

3.5 Diariamente se supervisará que los equipos limpios se encuentren acomodados en su lugar visibles y que los equipos sucios se les otorgue el procesamiento adecuado.

3.6 En caso de equipos contaminados (paciente infecto contagioso) la persona responsable del mismo, deberá desechar el equipo a través de los lineamientos brindados por el servicio de RPBI

3.7 Cada 4 meses se solicitarán toma de muestras bacteriológicas a los equipos, para verificar que el procesamiento que se lleva a cabo se está aplicando adecuadamente.

3.8 Los equipos desechables (Mascarillas, Micronebulizadores, Nebulizadores, Piezas T, codos, mangueras y líneas de oxígeno) se utilizarán por paciente por un periodo máximo de 3 días y posterior se desecharán. En caso de requerir el paciente continuar con terapia inhalada, se utilizará un equipo nuevo. Para fines de optimización del servicio de Inhaloterapia se realizan los cambios de los equipos previamente comentados los días lunes y jueves en el turno matutino y/o vespertino.

4. Documentos de referencia

Referirse al Marco Jurídico.

5 Descripción de actividades.

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1. Recepción de equipos sucios de aerosolterapia.	<p>1.1 Prepara en los contenedores las soluciones desinfectantes y esterilizantes (Jabón enzimático y Glutaraldehído) en base a las instrucciones del fabricante, etiquetando en cada contener el nombre de la solución, la fecha de preparación y de caducidad según las especificaciones del fabricante.</p> <p>Ver Anexo A y B</p> <p>a. Determina el procedimiento a seguir para la limpieza (lavado, esterilizado y secado) de cada equipo sucio (Válvulas de exhalación, Cartuchos de exhalación de ventilación mecánica, sensor de flujo de cable caliente, jarra colectora de agua).</p> <p>b. Realizar sumersión total en la solución con jabón enzimático al 0.5% por 15 minutos vigilando que la totalidad del dispositivo se sumerja , sin flotar o salga a la superficie y agitando periódicamente.</p> <p>c. Transcurridos los 15 minutos, se retiran las piezas de la solución de jabón enzimático y se enjuagan sumergiéndolas en agua por al menos 1 minuto agitando periódicamente para garantizar una limpieza exhaustiva.</p> <p>d. Inspección de piezas y comprobación de ausencia de restos de suciedad.</p> <p>e. Realizar sumersión total en la solución esterilizante en frio de glutaraldehído 0.5% por 60 minutos vigilando que la totalidad del dispositivo se sumerja, sin flotar o salga a la superficie.</p>	Servicio de Inhaloterapia (persona asignada al área de limpieza de equipos).

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	f. Transcurridos los 60 minutos se retiran los equipos y se colocan en la secadora automática	
2. Recepción de ventiladores mecánicos, torres de oxigenoterapia y sistemas de alto flujo sucios.	<p>2.1 Recibe los ventiladores mecánicos, torres de oxigenoterapia y sistemas de alto flujo que en su caso se le hayan retirado a cada paciente, y procede a desarmar los circuitos de ventilación y son desechados.</p> <p>2.2 Procede a la limpieza de la superficie de todo el equipo con un paño limpio humedecido con la solución de jabón enzimático al 0.5% permitiendo actuar en superficie por un periodo de 15 minutos.</p> <p>2.3 Transcurridos los 15 minutos se realiza nueva limpieza con un paño limpio humedecido con agua.</p>	Servicio de Inhaloterapia (persona asignada al área de limpieza de equipos).
3. Armado de equipos.	<p>3.1 Los equipos esterilizados se retiran de la secadora automática y se procede a su armado, posterior se colocan en bolsas de grado médico de plástico; rotulando fecha, hora y nombre del técnico que realizó el armado, y se acomodan en su lugar establecido.</p> <p>3.2 Los equipos nuevos para brindar tratamiento inhalado (Mascarillas, pieza T, nebulizador, micronebulizador, codos, manguera) serán armados y colocados en bolsas grado médico de plástico, rotulando fecha, hora y nombre del técnico que realizó el armado, y se acomodan en su lugar establecido.</p> <p>3.3 Los circuitos de ventiladores mecánicos nuevos, se arman y los coloca en el ventilador correspondiente rotulando fecha, hora y nombre del técnico que</p>	Servicio de Inhaloterapia (persona asignada al área de limpieza de equipos).

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	realizó el armado, y se acomodan en su lugar establecido.	
4. Trámite de vales de salida de Almacén.	<p>4.1 Requisita el Vale de salida de Almacén General A-3-0-06 y el Recetario Colectivo M-0-20, para solicitar las soluciones desinfectantes y esterilizantes, así como los medicamentos respectivamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vale de salida de Almacén General • Recetario Colectivo 	La persona servidora pública titular del Servicio de Inhaloterapia
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO.		

6 Diagrama de Bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Servicios: Hospitalización. Consulta Externa.	Ventiladores mecánicos, torres de oxigenoterapia y sistemas de alto flujo sucios de Hospitalización. Equipos sucios (Válvulas de exhalación, Cartuchos de exhalación de ventilación mecánica, sensor de flujo de cable caliente, jarra colectora de agua) de hospitalización y Consulta Externa (Nebulizadores reusables).	Recepción de equipos sucios de aerosolterapia. 2. Recepción de ventiladores mecánicos, torres de oxigenoterapia y sistemas de alto flujo sucios. 3. Armado de equipos 4. Trámite de vales de salida de Almacén.	Vale de Almacén General Recetario Colectivo.	Paciente Servicios: Hospitalización. Consulta Externa.

8 Formatos

8.1 Vale de salida de Almacén General (A-3-0-06)

8.2 Recetario Colectivo (M-0-20)

9 Anexos

Anexo 1

Rehúso de Material Desechable

No se realizará bajo ninguna circunstancia rehúso de material desechable.

Anexo A

Preparación y uso de solución de jabón enzimático.

- **Composición:** Detergente líquido compuesto por agentes tensioactivos, secuestrante, estabilizante y complejo enzimática (amilasa, celulasa, lipasa, manasa y proteasa.)
- **Indicación:** Limpieza de material médico, quirúrgico, endoscopios y dispositivos médicos. Apto su uso en inmersión, cubeta de ultrasonidos, lavadora automática y túnel de lavado.
- **Preparación:** Se realizará la preparación siguiendo las recomendaciones del proveedor, con el objetivo de llevar a una concentración final del 0.5%.
- **Tiempo de inmersión del equipo:** Basado en las propiedades microbiológicas descritas con cada fabricante, se realizará inmersión total de los equipos por un periodo total de 15 minutos. En caso de limpieza de superficies se realizará aplicación con paño no tejido y se dejará actuar por 15 minutos, posteriormente se realizará enjuague con agua.
- **Enjuague:** Posterior al tiempo de inmersión se retira el equipo y se realizará enjuague con agua.
- **Tiempo máximo de uso de la solución preparada:** Se ajustará el tiempo máximo de uso basado en las recomendaciones por cada fabricante. Se dará un tiempo máximo de uso de 24 horas, en caso de material sucio se acortará el tiempo de uso a 8 horas.

Anexo B

Preparación y uso de solución concentrada esterilizante en frío de glutaraldehído.

Se realizarán los lineamientos dictados por el Subcomité Hospitalario de Tecnovigilancia que se presenta a continuación:



8. PROCEDIMIENTO PARA TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE SALA DE CHOQUE A TERAPIA INTENSIVA O NEONATOLOGÍA.

8. PROCEDIMIENTO PARA TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE SALA DE CHOQUE A TERAPIA INTENSIVA O NEONATOLOGÍA.

1. Propósito

1.1 Brindar atención oportuna, eficaz y con calidad a los pacientes gravemente enfermos, que requieren ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva o al Departamento de Neonatología, evitando así una estancia prolongada en la Sala de Choque del Departamento de Urgencias, con la finalidad de disminuir la tardanza en el ingreso de los pacientes en un tiempo no mayor de dos horas.

2. Alcance

2.1 Subdirección de Medicina Crítica.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Si el paciente requiere de ingreso al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología, se deberá llevar a cabo el traslado del paciente en un lapso no mayor a dos horas, siempre y cuando la disponibilidad de camas, de personal y las condiciones del paciente lo permita.

3.2 Si la inestabilidad del paciente no permite su movilización se mantendrá en la Sala de Choque, bajo vigilancia y tratamiento adecuado hasta que pueda ingresar al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología.

3.3 A todo paciente ingresado al Departamento de Terapia Intensiva se le deberá conservar la cama asignada en el Departamento y ésta no podrá ser ocupada por ningún otro paciente.

3.4 El personal Médico del Departamento de Urgencias y el personal de Enfermería, deberán acompañar al paciente durante el traslado al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología y verificar la hora de recepción anotada en las libretas correspondientes y que esto correlacione con el formato de **Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01)**.

3.5 El personal Médico Adscrito del Departamento de Urgencias debe solicitar cama censable para el paciente trasladado a Terapia Intensiva, al Departamento o Servicio correspondiente de acuerdo con el padecimiento.

3.6 En caso de fallecimiento del paciente:

3.7 El personal Médico tratante informa del fallecimiento, realiza **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)**, indica al personal de Enfermería de Urgencias que elabore el **Aviso de Alta (M-0-1-02)** y el **Aviso de Defunción (M-0-1-01)** en original y dos copias.

3.8 Informa al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.

3.9 El Personal de Enfermería de Urgencias recibe Expediente Clínico y requisita **Aviso de Alta (M-0-1-02)** y **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**, que entrega al personal de recepción del área.

3.10 Entrega el cadáver al Departamento de Anatomía Patológica.

3.11 El personal de recepción del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

3.12 Cuando el cuerpo vaya a ser enviado al INCIFO el personal Médico adscrito será responsable de realizar un resumen clínico, el cual será entregado a Trabajo Social de Urgencias. El personal de Enfermería será el encargado de llevar el cuerpo al Departamento de Anatomía Patológica.

4. Documentos de referencia

- Referirse al marco jurídico.

5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Evaluación del paciente y solicitud de interconsulta.	1.1 Evalúa condiciones clínicas del paciente grave, se estabiliza en la sala de choque y solicita interconsulta vía telefónica al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología.	Personal Médico Residente y/o personal Médico Adscrito de Urgencias.
	1.2 Asiste al personal Médico tratante en la estabilización del paciente críticamente enfermo. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería.	Personal de Enfermería de Urgencias.
2 Atención de interconsulta.	<p>2.1 Acude a la sala de choque del Departamento de Urgencias, valora al paciente y revisa las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) incluidas en la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) o en el Expediente Clínico cuando se tenga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución • Evaluación inicial <p>¿Requiere ingreso al departamento?</p> <p>No: Continúa el manejo por el Departamento de Urgencias, notifica verbalmente al personal Médico de Urgencias y requisita el motivo del rechazo del ingreso del paciente en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b).</p> <p>Si: Notifica verbalmente al personal Médico de Urgencias la asignación de cama en el Departamento de Terapia Intensiva (no censable) o Neonatología. Pasa a la actividad 2.2.</p>	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de Terapia Intensiva o Neonatología

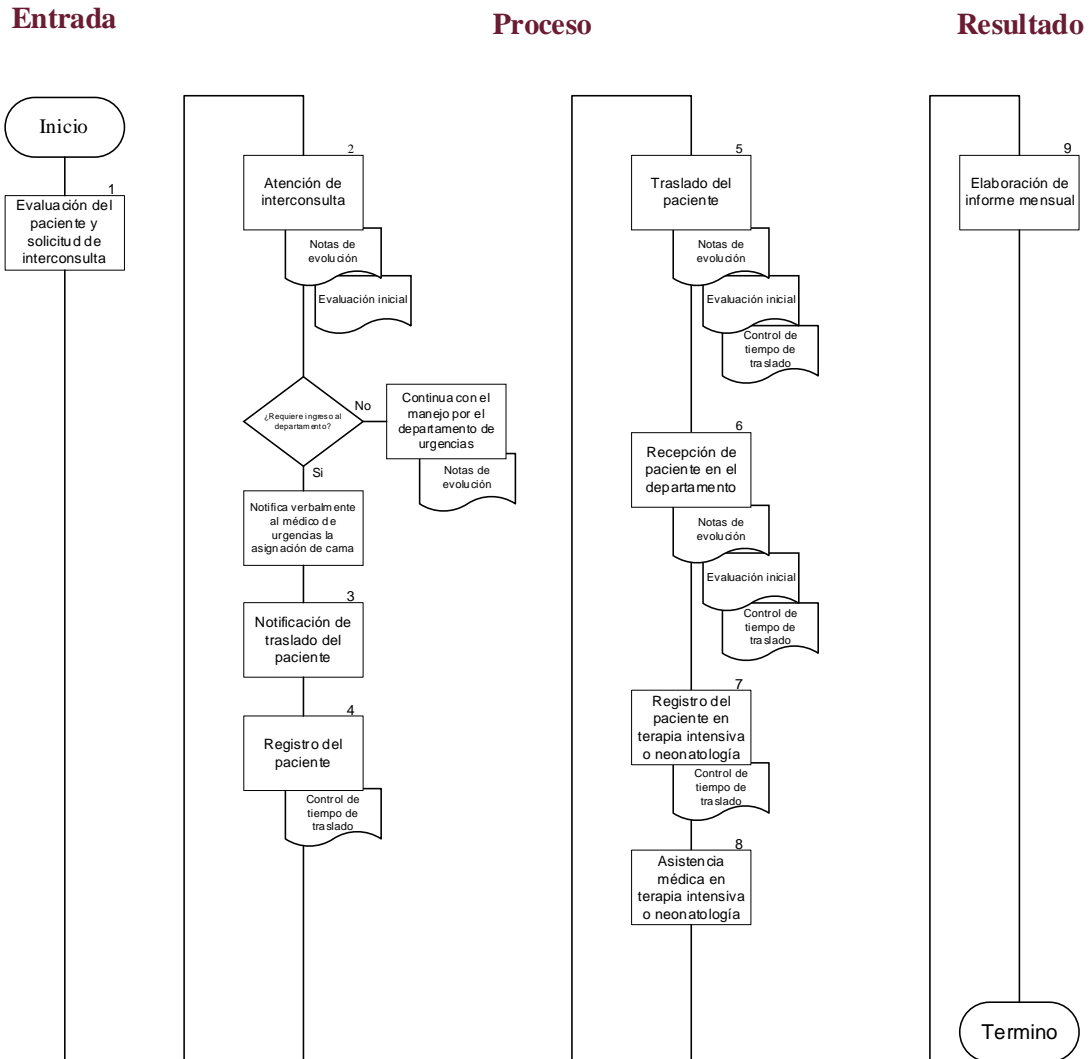
Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	2.2 Informa al personal de Enfermería de Terapia Intensiva o Neonatología del ingreso del paciente para que prepare la cama asignada. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería.	
3 Notificación del traslado del paciente.	3.1 Recibe notificación verbal de asignación de cama por parte del personal Médico del Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología.	Personal Médico Adscrito y personal de Enfermería de Urgencias.
4 Registro del paciente.	4.1 Requisita en original y copia el Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01) , original para archivo del Departamento de Urgencias y la copia para el Departamento correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> • Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque 	Personal Médico Residente asignado a Urgencias.
5 Traslado del paciente.	4.2 Registra en la libreta de sala de choque, el nombre completo del paciente, la hora de recepción y egreso, así como el número de Expediente Clínico o Folio de Urgencias dependiendo del caso. 5.1 Transfiere al paciente al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología, con las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) incluidas en la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) o el Expediente Clínico dependiendo del caso y el Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución • Evaluación Inicial • Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque 	Personal Médico Adscrito de Urgencias y personal de Enfermería de Urgencias

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
6 Recepción del paciente en el Departamento.	6.1 Recibe al paciente, las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) incluidas en la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) o el Expediente Clínico dependiendo del caso y el Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución • Evaluación Inicial • Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque 	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente y personal de Enfermería de Terapia Intensiva o Neonatología.
7 Registro del paciente en Terapia Intensiva o Neonatología.	7.1 Registra en la libreta de ingreso el nombre completo del paciente, número de Expediente Clínico o Folio de Urgencias, dependiendo del caso, así como la hora de recepción.	Personal de Enfermería de Terapia Intensiva o Neonatología.
	7.2 Coteja, ratifica y firma, Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01) y la libreta de ingreso. <ul style="list-style-type: none"> • Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque 	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente de Terapia Intensiva o Neonatología
8 Asistencia Médica en Terapia Intensiva o Neonatología.	8.1 Inicia el manejo del paciente por el Departamento tratante. Ver Procedimiento de Asistencia Médica en Terapia Intensiva o Ingreso y Egreso Hospitalario.	Departamento de Terapia Intensiva o Departamento de Neonatología.
9 Elaboración de Informe Mensual	9 Elabora en original y copia el Informe Mensual de los pacientes que fueron transferidos de la sala de choque a la Terapia Intensiva o a Neonatología y lo turna mediante oficio a la Subdirección de Medicina Crítica misma que se queda con el original y la copia se archiva después de recabar el sello de recibido.	Persona servidora pública titular del Departamento de Urgencias.
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO.		

6. Diagrama de bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Pacientes críticamente enfermos en estado de choque.	Pacientes críticamente enfermos en estado de choque. Solicitud de interconsulta vía telefónica. Manual de cuidados enfermeros.	a) Evaluación del paciente y solicitud de interconsulta. b) Atención de interconsulta. c) Notificación del traslado del paciente. d) Registro del paciente. e) Traslado del paciente. f) Recepción del paciente en el departamento. g) Registro del paciente en Terapia Intensiva o Neonatología. h) Asistencia Médica en Terapia Intensiva o Neonatología. i) Elaboración de Informe Mensual.	Estabilización médica del paciente en estado de choque.	Paciente. Terapia Intensiva Neonatología Urgencias.

7 Diagrama de flujo



8 Formatos

8.1 Control de tiempo de traslado de Sala de Choque (M-5-0-01)

8.2 Notas de evolución (M-0-03 a-b)

8.3 Aviso de Alta (M-0-1-02)

8.4 Aviso de Defunción (M-0-1-01)

8.5 Evaluación inicial (M-5-2-06 a-d)

9 Anexos

No aplica



9. PROCEDIMIENTO PARA TRASLADO E INGRESO DE PACIENTES DE OTROS HOSPITALES AL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.

9. PROCEDIMIENTO PARA TRASLADO E INGRESO DE PACIENTES DE OTROS HOSPITALES AL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA.

1. Propósito

1.1 Atender solicitudes de traslado de pacientes de otras Instituciones Médicas al Instituto Nacional de Pediatría, para diagnosticar y tratar a recién nacidos con padecimientos agudos o crónicos que requieran atención médico quirúrgica especializada.

2. Alcance

2.1 Aplica al Departamento de Neonatología.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 En Neonatología serán aceptados todos aquellos pacientes de 0 a 28 días de edad con diagnóstico de padecimiento neonatal de alta especialidad.

3.2 El traslado de los pacientes al Departamento de Neonatología solo se realizará en el turno matutino y vespertino.

3.3 Será responsabilidad del Hospital solicitante realizar el traslado del paciente al INP si este no se encuentra dentro de la Ciudad de México, el traslado será autorizado por la persona servidora pública titular del Departamento o personal Médico Adscrito de Neonatología vía telefónica de acuerdo al padecimiento del paciente.

3.4 Sólo será autorizado el traslado del paciente a esta Institución cuando no se ponga en riesgo la vida de este.

3.5 Cuando el paciente se encuentre en la Ciudad de México, siempre que sea posible y se cuente con los recursos técnicos y humanos, los traslados se deberán realizar por el equipo de Neonatología del INP, previo al traslado preparar el equipo y contar con personal, material y medio de transporte adecuado, coordinado con la unidad que lo refiere.



3.6 Será responsabilidad del personal Médico Residente que lleve a cabo el traslado, elaborara las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** que incluyan los motivos del traslado, la evolución médica previa del sitio en donde se encuentra el paciente, anexando los estudios de laboratorio y gabinete efectuados, las impresiones diagnósticas, tratamientos y complicaciones que hubiesen ocurrido durante el traslado. Dicha nota deberá ir firmada por el personal Médico.

3.7 El personal de Enfermería de Neonatología será el encargado de realizar las anotaciones pertinentes ocurridas durante el traslado en la **Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b)**.

3.8 Será requisito indispensable para el traslado del paciente al INP que se encuentre presente el padre o tutor para la responsiva, autorización y toma de decisiones.

4. Documentos de referencia

- Referirse al marco jurídico.

5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de Traslado	<p>1.1 Recibe solicitud de servicio personalmente, por correo electrónico y vía telefónica del personal Médico de otra Institución hospitalaria o del familiar o responsable del paciente que requiere atención de tercer nivel y registra en la Libreta de Solicitud de Traslados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de Solicitud de Traslados <p>Nota: El Departamento de Trabajo Social puede recibir la petición del traslado de un paciente. Informará al solicitante que se comunique con el personal Médico.</p>	<p>La persona servidora pública titular del Departamento, personal Médico Adscrito.</p>
	<p>1.2 Verifica físicamente y pregunta a la persona Jefe de Enfermeras el estatus de ocupación de las camas en el Departamento de Neonatología.</p> <p>¿Existe disponibilidad de cama en el Departamento?</p> <p>No: Rechaza al paciente explicando la falta de espacio físico e informa que tanto el solicitante como el Departamento de Neonatología estarán en comunicación para intentar el traslado del paciente posteriormente. Registra en la Libreta de Solicitud de Traslados.</p> <p>Si: Informa al solicitante del servicio que envíe por correo electrónico el resumen clínico del paciente y Solicitud de traslado de recién nacido.</p>	<p>Persona servidora pública titular del Departamento, personal Médico Adscrito de Neonatología</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>1.3 Recibe resumen clínico del paciente y Solicitud de traslado de recién nacido. Verifica que el paciente cuente con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Edad menor o igual a 28 días de vida extrauterina. b) Paciente nacido a término críticamente enfermo pero recuperable. c) Prematuros o con desnutrición intrauterina con peso menor de 1,500 gr. al nacer. d) Neonatos con ventilación mecánica. e) Malformaciones congénitas mayores. f) Urgencias quirúrgicas. g) Tumores h) Errores Innatos del metabolismo i) Intoxicaciones. <p>¿El paciente cumple con alguna de los requisitos del Departamento de Neonatología para su ingreso?</p> <p>No: Informa al solicitante del servicio el motivo por el cual el paciente no es aceptado en el Departamento de Neonatología.</p> <p>Si: El personal médico solicitante deberá enviar constancias de no derechohabiente (IMSS, ISSSTE) copia de certificado de nacimiento. Informa al solicitante del servicio que el equipo de traslado acudirá a valorar al paciente.</p> <p>Pasa a la actividad 5.2.1.</p>	<p>Persona servidora pública titular del Departamento, personal Médico Adscrito de Neonatología.</p>
2 Asignación del personal Médico.	2.1 Asigna al personal Médico Residente y al personal de	Persona servidora pública titular del

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	Enfermería de Neonatología que realizarán el traslado del paciente.	Departamento o personal Médico Adscrito de Neonatología.
3 Preparación del Equipo para realizar el traslado.	3.1 Avisa al personal de Trabajo Social asignado a Neonatología acerca del traslado del paciente para que se realice la solicitud de la ambulancia.	Persona servidora pública titular del Departamento o personal Médico Adscrito de Neonatología
	3.2 Informa a Transportes del traslado del paciente, requisita Autorización salida de Vehículos (M-4-1-27) , solicita firma del personal Médico solicitante y entrega el formato al Área de transportes. <ul style="list-style-type: none"> • Autorización salida de Vehículos 	Trabajo Social
	3.3 Revisa el maletín de traslado y en caso necesario suministra el material y medicamentos faltantes. Nota: Para el caso de Enfermería. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería.	Personal Médico Residente y personal de Enfermería de Neonatología
	3.4 Recibe notificación vía telefónica de Trabajo Social del arribo de la ambulancia.	Personal Médico Residente y persona de Enfermera de Neonatología.
4 Valoración Médica para traslado del paciente.	4.1 Asiste al hospital donde se encuentra el paciente. Explora al paciente y valora su condición de gravedad clínica y determina lo siguiente: ¿El traslado compromete la vida del paciente? No: Entrega al familiar o tutor del paciente la Solicitud de Traslado Neonatal (M-5-3-01) para su	Personal Médico Residente y persona de Enfermería de Neonatología.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>llenado y autorización. Pasa a la siguiente actividad.</p> <p>Si: Informa al personal Médico solicitante del servicio que el traslado es denegado debido a las condiciones clínicas del paciente.</p> <p>Nota: En caso de que el paciente sea estabilizado por el hospital solicitante se podrá programar el ingreso al INP dependiendo de la disponibilidad de camas. Regresa a la actividad 1.2.</p>	
5 Traslado del paciente al INP.	<p>5.1 Realiza el traslado del paciente al Instituto, controlando los signos vitales del paciente, el personal Enfermería registra cualquier incidencia en la Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos 	Personal Médico Residente y personal de Enfermería de Neonatología.
6 Ingreso al Departamento de Neonatología.	<p>6.1 Ingresan al paciente al Departamento de Neonatología para su atención médica, informa al personal Médico del Departamento de las condiciones clínicas del paciente.</p>	Personal Médico Residente y personal Enfermera de Neonatología.
	<p>6.2 Realiza anotaciones del traslado del paciente así como cualquier incidencia en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	Personal Médico Residente de Neonatología
	<p>6.3 Requisita Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24), Historia Clínica (M-0-31 a-d), Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario (M-0-36 a-b) y solicita firma de conformidad al familiar o tutor del paciente.</p>	

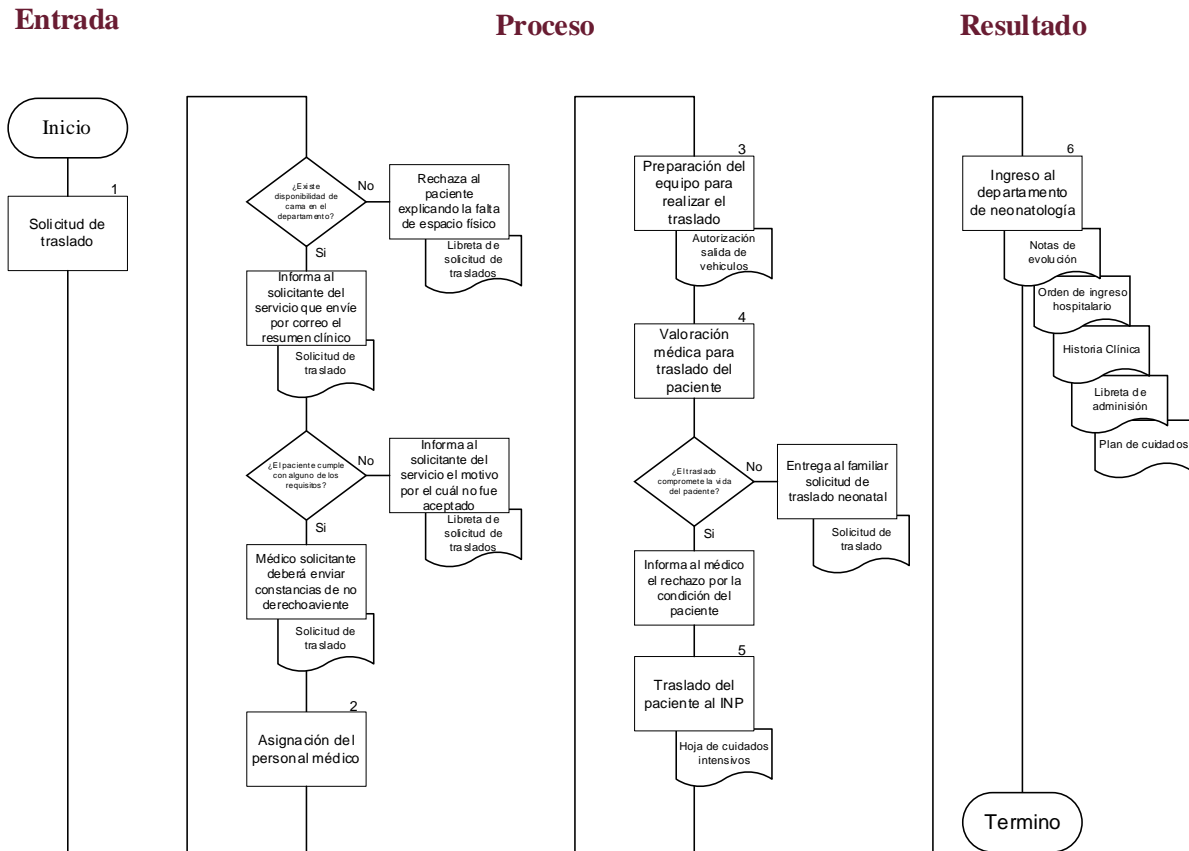
Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de Ingreso Hospitalario. • Historia Clínica. • Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario. 	
	<p>6.4 Informa al familiar o responsable del paciente que acuda a la Consulta Externa de Pediatría para realizar el trámite administrativo del ingreso del paciente al INP con la Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24).</p> <p>Nota: En el caso de que el ingreso del paciente sea en el turno vespertino, nocturno o guardias el trámite administrativo para el ingreso hospitalario del paciente lo realizará Trabajo Social de Urgencias.</p>	<p>Personal Médico Residente de Neonatología.</p>
	<p>6.5 Recibe del familiar o responsable del paciente Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24) aprobada, verifica y registra en la Libreta de Admisión y en la hoja de Plan de Cuidados (M-7-0-08), nombre completo del paciente, no. de expediente clínico, edad, sexo, y número de cama, entrega paciente al personal de Enfermería de Neonatología.</p> <p>Conecta con el Procedimiento de Ingreso y Egreso Hospitalario actividad 5.7.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orden de Ingreso Hospitalario • Libreta de Admisión • Plan de Cuidados 	<p>La persona servidora pública Jefa de Enfermeras de Neonatología</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO.		

6. Diagrama de bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Otros Hospitales.	Solicitud de Servicio.	a) Solicitud de Traslado.	Traslado del paciente al INP.	Paciente. Departamento de Neonatología.
Familiar o responsable del paciente.	Solicitud de traslado de recién nacido.	b) Asignación del personal Médico.		
	Historia Clínica.	c) Preparación del Equipo para realizar el traslado.		
		d) Valoración Médica para traslado del paciente.		
		e) Traslado del paciente al INP.		
		f) Ingreso al Departamento de Neonatología.		

7. Diagrama de flujo



8. Formatos

8.1 Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

8.2 Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b)

8.3 Autorización salida de vehículos (M-4-1-27)

8.4 Solicitud de traslado Neonatal (M-5-3-01)

8.5 Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b)

8.6 Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24)

8.7 Historia Clínica (M-0-31 a-d)

8.8 Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario (M-0-36 a-b)

8.9 Plan de Cuidados (M-7-0-08)

9. Anexos

No aplica.



10 PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTERMEDIA.

10. PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTERMEDIA.

1. Propósito

1.1 Otorgar atención médica de calidad a los pacientes hospitalizados críticamente enfermos.

2. Alcance

2.1 Servicio de Terapia Intermedia.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Ingresarán al Servicio de Terapia Intermedia todos los pacientes de 0 a 18 años de edad con un padecimiento que ponga en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema.

3.2 Todo paciente ingresado de los diferentes Departamentos y/o Servicios médicos del Instituto deberán ser valorados por el personal Médico Adscrito y/o personal Médicos Residentes del Servicio de Terapia Intermedia.

3.3 La persona servidora pública titular del Servicio y el personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia, serán los únicos autorizados para asignar cama no censable.

3.4 El Departamento o Servicio que transfiere al paciente al Servicio de Terapia Intermedia deberá de conservar la cama censable y esta no se podrá asignar a ningún otro paciente.

3.5 En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), el personal Médico de Terapia Intermedia que realiza la interconsulta deberá establecer un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por su personal Médico tratante en el Departamento o Servicio correspondiente. Se consignará **en Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** y se anexará al Expediente Clínico del paciente.

3.6 Para el internamiento del paciente, este deberá ser acompañado por el personal Médico Adscrito o personal Médico Residente del Departamento o Servicio que lo transfiere, personal de Enfermería y expediente clínico.

3.7 A todo paciente que se ingrese al Servicio de Terapia Intermedia, se le deberá requisitar el **Control de pacientes (M-5-1-03 a-b)**, el cual se deberá archivar como mínimo 2 años, así como la **Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b)** misma que se integra al expediente clínico al egresar al paciente.

3.8 En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.

- 3.9 Diariamente se realizarán visitas hospitalarias de 8:00 a 10:30 hrs. por el personal Médico Adscrito correspondiente, el personal Residente de Pediatría en rotación, la personal Jefe de Enfermeras y el personal de Trabajo Social del Departamento. Sábados, domingos y días festivos estará a cargo del personal Médico Adscrito y/o el personal Médicos Residentes de Pediatría.
- 3.10 El personal Médico Adscrito y/o el personal Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia, deberá asistir al Servicio de Terapia Intermedia para evaluar la evolución del paciente en conjunto con el personal Médico Adscrito de este Servicio.
- 3.11 A todo paciente que se le practiquen procedimientos Médico-Quirúrgicos, el personal Médico que efectuará el procedimiento deberá requisitar la **Carta de consentimiento bajo información (M-0-30 a-b)** como mínimo en los eventos que señala la **NOM-168-SSA1-1998**, del expediente clínico.
- 3.12 Todo familiar del paciente ingresado al Servicio de Terapia Intermedia, será canalizado al Departamento de Trabajo Social, para recibir orientación en relación al funcionamiento del Servicio. Se le otorgará el tríptico de “Cruzada por la Calidad” para su información, por parte del personal de Relaciones Hospitalarias.
- 3.13 Diariamente el personal Médico Adscrito, deberá informar al familiar o responsable del paciente sobre su estado de salud, esto se realizará en el horario de visita. Los informes otorgados al familiar en el turno matutino quedarán registrados en el formato **Hoja de Información al Familiar (M-5-3-13)**.
- 3.14 Los pacientes que deban ser transferidos de Quirófano a Terapia Intermedia deberá ser acompañado por el cirujano y anesthesiólogo responsables además del expediente clínico el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas.
- 3.15 Todos los estudios de laboratorio (incluye banco de sangre) y/o gabinete, deberán estar debidamente requisitados y firmados de conformidad por el personal Médico Adscrito. En el caso de las guardias el responsable de firmar será el personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente de mayor jerarquía.
- 3.16 Todo paciente, deberá tener una nota diaria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** escrita a máquina o letra de molde debidamente redactada, legible y sin abreviaturas; será supervisada y autorizada por el personal Médico Adscrito y el fin de semana por el personal Médico Adscrito o el personal Médico Residente de mayor jerarquía. Así mismo diariamente se consignará una nota de guardia en el Expediente Clínico del paciente.



- 3.17 Todo paciente grave se le deberá de consignar en el expediente clínico una **Notas de evolución (M-0-03 a-b)** adicional que describa claramente las condiciones del paciente cada que lo requiera.
- 3.18 El solicitar interconsulta para el traslado al Departamento de Terapia Intensiva lo decidirá el personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia cuando el paciente requiera una monitorización mayor a la brindada por la Terapia Intermedia, requiera ventilación mecánica invasiva, presente falla orgánica múltiple y/o uso de más de 2 aminas vasoactivas.
- 3.19 El egreso hospitalario lo decidirá el personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia cuando el paciente esté estable o sea irrecuperable y continuará su tratamiento médico hospitalario por el Departamento o Servicio correspondiente. Se le avisará del egreso al personal Médico tratante del Departamento o Servicio de procedencia.
- 3.20 En caso de fallecimiento es responsabilidad del personal Médico Adscrito y/o del personal Médico Residente de Pediatría y del personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia solicitar al familiar o tutor, la autorización para realizar la autopsia de ley.
- 3.21 En caso de que el personal Médico Adscrito consideren que el paciente requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto se solicitara a través del formato **Solicitud de Interconsulta (M-0-05)**.
- 3.22 En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el personal Médico tratante del paciente será el encargado de informar al familiar o tutor que el Instituto y el personal médico no tendrá ninguna responsabilidad a partir del alta del paciente, ni de su seguimiento fuera de la Institución, así mismo elabora el formato del **Alta Voluntaria (M-4-1-2)** solicitando la firma de conformidad del familiar o responsable del paciente así como la responsiva médica correspondiente.
- 3.23 En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable) el personal Médico tratante del Departamento o Servicio solicitante se mantendrá en contacto con el personal Médico de Terapia Intermedia.
- 3.24 Al egreso de cada paciente el personal de Enfermería será responsable de efectuar la limpieza del equipo médico utilizado, el cambio de ropa de cama y solicitar al servicio de limpieza el aseo de las camas y área informando si el paciente egresado fue infecto-contagioso para realizar la limpieza pertinente, con el fin de dar atención inmediata a los pacientes pendientes de ingreso.

3.25 En caso de fallecimiento del paciente:

- El personal Médico tratante informa del fallecimiento y consigna en **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)**, requisita **Aviso de Alta (M-0-1-02)** en original y 2 copias que entrega con el Expediente Clínico a la Enfermera de Terapia intermedia indica requisitar **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**.
- Informará al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.
- El personal de enfermería de Terapia Intermedia recibe Expediente Clínico y requisita **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**, que entrega a la recepcionista del piso.
- Inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.
- Entrega el cadáver al Departamento de anatomía patológica.
- El personal de recepción del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

4. Documentos de referencia

- Referirse al marco jurídico.

5 Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Solicitud de interconsulta.	1.1 Recibe Solicitud de Interconsulta (M-0-05) , firma de recibido en la copia, turna original al personal Médico Adscrito responsable de interconsultas y registra en bitácora. • Solicitud de Interconsulta.	Personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia.
2 Atención médica de interconsulta.	2.1 Acude al Departamento y/o Servicio correspondiente, revisa el expediente clínico y valora al paciente. ¿Amerita manejo de Terapia Intermedia? No: Continúa el manejo por el Departamento y/o Servicio correspondiente, escribe nota médica en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del Expediente Clínico. Si: Informa al personal Médico del Departamento y/o Servicio correspondiente que el paciente debe ser transferido a Terapia Intermedia y notifica el número de cama no censable, escribe nota médica en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) anotando fecha y hora de aceptación. Nota: En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), se establecerá un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por el Personal médico tratante del paciente en el Departamento y/o Servicio correspondiente. Se consignará en Notas de Evolución	Personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	(M-0-03 a-b) y anexa al expediente clínico del paciente.	
	2.2 Notifica a la persona servidora pública Jefe de Enfermera de Terapia Intermedia del ingreso del paciente.	Personal de Enfermería de Terapia Intermedia
3 Ingreso de pacientes a Terapia Intermedia	<p>3.1 Recibe al paciente, expediente clínico. Registra al paciente en el kárdex correspondiente, en la libreta de ingreso y egreso anotando la hora de ingreso y el número de cama.</p> <p>3.2 Requisita Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b), la integra al expediente clínico e informa del ingreso al personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.</p> <p>• Hoja de cuidados intensivos</p> <p>Nota: Según lo requiera la patología del paciente se requisitará la Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes (M-2-0-11 a-b), Hoja de diálisis peritoneal (M-7-0-15), Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10) y la Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10).</p>	Personal de Enfermería de Terapia Intermedia
4 Atención médica en Terapia Intermedia.	<p>4.1 Revisa, explora y estabiliza al paciente de sus constantes vitales, elabora nota de ingreso en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b), los integra al expediente clínico y establece un diagnóstico probable.</p> <p>• Notas de evolución (M-0-03 A-B).</p> <p>Nota: Según lo requiera la patología del paciente, requisita Control de Pacientes (M-5-1-03 a-b), Hoja de Valoración Neurológica (M-5-1-06</p>	Personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia y personal Médico Residente de Pediatría.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>a-b) y Hoja de Valoración Hemodinámica (M-5-1-07).</p> <p>4.2 Determina según observaciones lo siguiente: ¿Requiere estudios de laboratorio y/o gabinete?</p> <p>No: Anota las indicaciones médicas para su manejo hospitalario en Notas de Evolución (M-0-03 a-b). Pasa a la actividad 5.6.1.</p> <p>Sí: Solicita, requisita y firma los estudios de laboratorio y gabinete que el paciente requiera de acuerdo a su diagnóstico. Pasa a la actividad 5.4.3.</p> <p>4.3 Anota las indicaciones médicas para el tratamiento del paciente en Notas de Evolución (M-0-03-a-b) y solicita al Personal de enfermería que realice la toma de los estudios de laboratorio y/o gabinete o su asistencia para la toma de los mismos.</p>	<p>Personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia y personal Médico Residente de Pediatría.</p> <p>Personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia y personal Médico Residente de Pediatría.</p>
<p>5 Toma de muestras.</p>	<p>5.1 Toma estudios de laboratorio y/o asiste al personal Médico en la toma de los mismos. Ver Manual de instrucciones de trabajo generales, cuidados enfermeros, Subdirección de Enfermería.</p> <p>5.2 Envía por tubo neumático o entrega al personal de mensajería de Terapia Intermedia los productos sanguíneos con sus solicitudes firmadas. En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente acompañada por el personal de Enfermería de Terapia Intermedia.</p> <p>5.3 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete, deja constancia en Notas de Evolución (M-0-03-a-b).</p>	<p>Personal de Enfermera de Terapia Intermedia.</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	
6 Seguimiento a tratamiento.	6.1 Brinda atención clínica al paciente de acuerdo a las instrucciones del Personal Médico tratante.	Personal de Enfermería de Terapia Intermedia.
7 Evaluación clínica del paciente.	<p>7.1 Realiza monitoreo y determina la condición clínica del paciente. Consigna la evolución en Notas de Evolución (M-0-03-a-b) del expediente clínico.</p> <p>¿El paciente presenta mejoría?</p> <p>No: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>a) Modifica tratamiento médico y realiza paso de visita diaria, actualiza la evolución del paciente en Notas de Evolución (M-0-03 a-b). Regresa a la actividad 4.2.</p> <p>b) Decide solicitar interconsulta para traslado al Departamento de Terapia Intensiva, se informa al Personal Médico tratante y al personal Jefe de Enfermería de Terapia Intermedia.</p> <p>c) Decide egreso por ser paciente terminal e irrecuperable (decisión tomada en conjunto con el Personal Médico tratante) e informa al personal Jefe de Enfermería de Terapia Intermedia. Pasa a la actividad 5.8.1.</p>	Personal Médico Adscrito de Terapia Intermedia o personal Médico Residente de Pediatría.

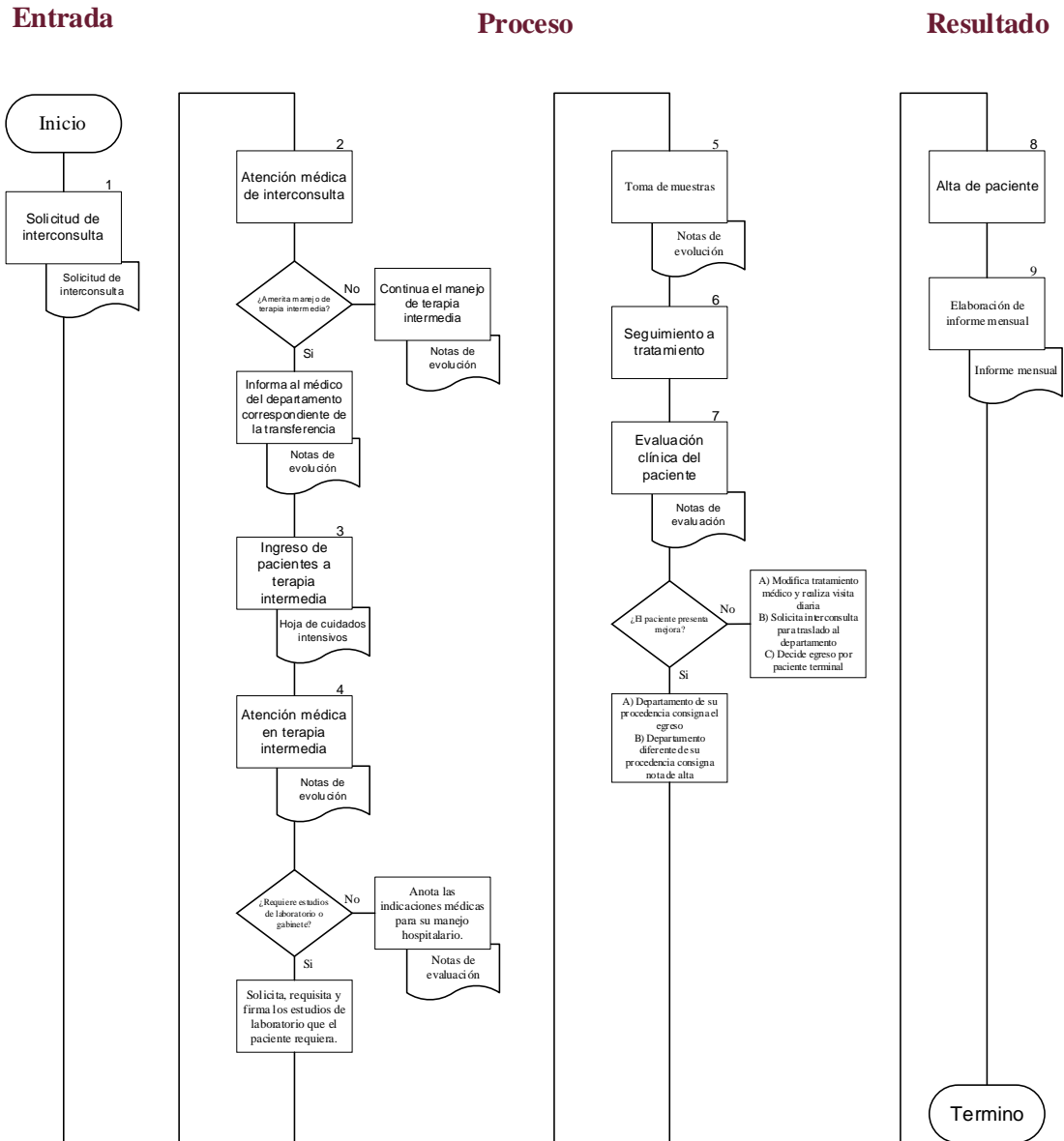
Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>Si: El paciente es dado de alta y canalizado a los siguientes destinos:</p> <p>a) Departamento o Servicio de procedencia: Consigna el egreso en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) del expediente e informa al personal Jefe de Enfermería de Terapia Intermedia. Pasa a la actividad 5.8.1.</p> <p>b) Departamento o Servicio diferente al de su procedencia: Consigna nota de alta en Notas de evolución (M-0-03 a-b) del expediente clínico, informa al Personal Médico tratante del paciente y al Personal Jefe de Enfermería de Terapia Intermedia. Ver Instrucción de Trabajo de transferencia hospitalaria.</p>	
8 Alta del paciente.	<p>8.1 Informa al personal Jefe de Enfermeras del Departamento o Servicio correspondiente del alta del paciente.</p> <p>8.2 Acude al Departamento de Terapia Intermedia por el paciente.</p> <p>8.3 Entrega al paciente al personal de Enfermería del Departamento y/o Servicio correspondiente y el Expediente Clínico. Anota en la libreta de ingreso y egreso el egreso del paciente.</p>	<p>Personal Jefe de Enfermeras de Terapia Intermedia.</p> <p>personal de Enfermería del Departamento o Servicio correspondiente.</p> <p>Personal Enfermera de Terapia Intermedia.</p>
9 Elaboración de Informe mensual.	9.1 Recibe originales de la Solicitud de Interconsulta , elabora el 25 de cada mes informe mensual del número de interconsultas , así	Prsonal Jefe de Servicio de Terapia Intermedia.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	como de los ingresos y egresos , en original y cuatro copias, la original al Departamento de Archivo Clínico, 1ª copia a la Dirección Médica, 2ª copia a la Subdirección de Medicina Crítica, 3ª copia a la Dirección de Planeación y la 4ª copia se archiva, después de recabar los sellos de recibido de las áreas mencionadas.	
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO.		

6 Diagrama de bloque (PEPSU)

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Cualquier Departament o o Servicio del Instituto.	Solicitud de Interconsulta. Guías Médicas. Procedimientos operativos.	a) Solicitud de interconsulta. . b) Atención médica de interconsulta. . c) Ingreso de pacientes a Terapia Intermedia. d) Atención médica en Terapia Intermedia. e) Toma de muestras. f) Seguimiento a tratamiento. g) Evaluación clínica del paciente. h) Alta del paciente. l) Elaboración de informe mensual.	Estabilización médica a pacientes críticamente enfermos.	Departament o o Servicio del Instituto. Paciente.

7 Diagrama de Flujo



8 Formatos

- 8.1 Solicitud de Interconsulta (M-0-05)
- 8.2 Notas de Evolución (M-0-03 a-b)
- 8.3 Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b)
- 8.4 Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes (M-2-0-11 a-b)
- 8.5 Hoja de diálisis peritoneal (M-7-0-15)
- 8.6 Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10)
- 8.7 Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10)
- 8.8 Control de Pacientes (M-5-1-03 a-b)
- 8.9 Hoja de Valoración Neurológica (M-5-1-06 a-b)
- 8.10 Hoja de Valoración Hemodinámica (M-5-1-07)

9 Anexos

No aplica.



INSTRUCCIONES DE TRABAJO



1. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL ACCESO INTRAÓSEO

1. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL ACCESO INTRAÓSEO

1. Propósito

1.1 Establecer un acceso vascular de manera rápida en pacientes críticamente enfermos a menudo es difícil aún en personal experimentado. El acceso intraóseo ofrece una alternativa simple, para lograr un acceso vascular de emergencia en corto tiempo. Está indicado en las situaciones que comprometen la vida del paciente y donde es imposible obtener de manera rápida un acceso vascular, como paro cardiorrespiratorio, choque, quemaduras y estado epiléptico. Con este acceso se pueden administrar de manera adecuada líquidos, productos sanguíneos y diferentes medicamentos.

2. Alcance

2.1 Aplica a las enfermeras del Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales

- 3.1 Guantes y cubrebocas
- 3.2 Frasco de solución fisiológica
- 3.3 Campo estéril hendido
- 3.4 Gasas estériles
- 3.5 Jeringa de 10 y 20 ml.
- 3.6 Llave de 3 vías
- 3.7 Recipientes para solución estéril
- 3.8 Solución de yodo
- 3.9 Aguja intra ósea 16 y 18 g.

4. Descripción de Actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Selección de la parte del cuerpo a proceder.	1.1 Se coloca guates estériles y selecciona el sitio dependiendo de la edad y condiciones del paciente. Los sitios de preferencia en la región tibial anterior y proximal o en la región tibial distal, así como en el fémur distal y cresta iliaca. Nota: El sitio más frecuentemente utilizado es la región proximal de la tibia, en la parte media de la superficie plana, 3 cm por debajo de la tuberosidad anterior de la tibia.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
	1.2 Fija la extremidad y coloca con un soporte blando.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
	1.3 Realiza antisepsia de la región donde se puncionará.	
2 Introducción de la aguja.	2.1 Avanza la aguja, usando una presión firme y un movimiento de tornillo, o un movimiento rotatorio en un ángulo de 90 grados.	Personal Médico Adscrito ó Médico Residente
	2.2 Al pasar la corteza ósea la resistencia disminuye, la aguja debe estar firme sin necesidad de sostenerla.	
3 Realización de la aspiración.	3.1 Retira el estilete de la aguja, y conecta una jeringa de 10 o 20 ml, y aspira contenido medular para confirmar su adecuada posición. Nota: Si no es posible aspirar material medular, administra 5 a 10 ml de solución salina sin encontrar resistencia y sin evidencia de aumento de volumen en la región.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente
4 Infusión de líquidos o medicamentos.	4.1 Conecta la llave de tres vías a la aguja intraósea y en un extremo coloca el equipo de venoclisis y en otro una jeringa de 20 ml., e inicia la infusión de líquidos o medicamentos.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2 Fija la aguja intraósea con tela adhesiva, en el caso de haber utilizado una aguja de médula ósea, coloca la pinza hemostática en la unión de la aguja con la piel de manera perpendicular a la extremidad y cierra, y posteriormente coloca tela adhesiva de manera circular sobre la pinza y la extremidad en ambos lados.	
5 Monitoreo del paciente.	5.1 Observa la región cada 5 a 10 minutos durante la infusión por evidencia de extravasación, revisa los pulsos distales de la extremidad. Ver anexos 1, 2 y 3.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

- Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Recomendaciones

Evite prolongar el uso del acceso intraóseo por más de 8 horas.

Una vez colocado el acceso intraóseo, se debe iniciar la colocación de un acceso vascular periférico o venoso central dependiendo de la condición del paciente, y al tener este acceso, retirar el intraóseo.

Al retirar la aguja intraósea, se deberá realizar presión en el sitio para evitar la formación de hematomas.

Anexo 2

Contraindicaciones

En realidad, no existen contraindicaciones absolutas para realizar un acceso intraóseo. Las contraindicaciones relativas y precauciones son las siguientes:

- Fractura en la extremidad.
- Celulitis, infección o quemadura en el sitio de la punción.
- Osteoporosis.
- Osteogénesis imperfecta.

Anexo 3

Complicaciones

Las complicaciones por la colocación de un acceso intraóseo son raras. Pero se han mencionado las siguientes:

- Extravasación de líquidos: Está es la complicación más frecuente, y potencialmente grave. Las causas más frecuentes son penetración incompleta de la corteza ósea con la aguja, o bien la penetración de la corteza posterior, extravasación a través de un defecto óseo (fracturas o punción intraósea previa) y la extravasación a través del foramen de los vasos nutrientes. El riesgo de extravasación aumenta con infusión prolongada o cuando se ejerce mucha presión al infundir. El riesgo de necrosis en la piel se incrementa cuando se administran catecolaminas. En raros casos se han reportado síndrome compartimental secundario a la extravasación.
- Infecciones: Estas son celulitis localizada, abscesos subcutáneos, y oteomielitis. El riesgo de infecciones se incrementa cuando se usa el acceso intraóseo en pacientes con bacteremia, cuando se infunden soluciones hipertónicas y cuando la aguja permanece por un largo tiempo.
- Fracturas: Estas se han reportado, en especial en niños muy pequeños y cuando se ejerce gran presión al colocar la aguja.



2. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

2. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

1. Propósito

La colocación de un acceso venoso periférico se utiliza para la administración de líquidos, administración de productos sanguíneos, corrección de anomalías de electrolitos, administración de medicamentos, nutrición parenteral y para toma de productos sanguíneos para exámenes diagnósticos.

2. Alcance

Todos los servicios de hospitalización del instituto, departamento de urgencias y toma de productos.

3. Herramientas o materiales

- Torniquete
- Torundas o gasas
- Alcohol o solución de yodo
- Guantes
- Aguja o catéter sobre aguja (tipo Rochester), dependiendo de la edad. Cuadro 1
- Solución glucosada al 5% o solución de NaCl 0.9%, 500 ml.
- Equipo de venoclisis
- Jeringas de 3, 5 y 10 cc
- Soporte para fijación (varios tamaños)
- Micropore de 2.5 cm.
- Tela adhesiva 2.5 cm.
- Tijeras

4. Descripción de Actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Selección de la parte del cuerpo a proceder.	1.1 Selecciona el sitio dependiendo de la edad y condiciones del paciente. En condiciones de urgencias se elegirá la vena periférica de mayor calibre distante de donde se aplican los esfuerzos de resucitación. Los sitios más comúnmente usados en el paciente pediátrico son región dorsal de la mano, antebrazo, piernas y pie.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente
2 Preparación del paciente.	4.2.1 Se coloca en una posición adecuada y sujeta al paciente o la extremidad y lo coloca en una superficie firme antes de realizar la punción venosa. Ver anexo 1	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
	4.2.2 Realiza una adecuada antisepsia de la región, en niños con sensibilidad al yodo, es preferible utilizar alcohol. Nota: Si es necesario rasure el sitio.	
	4.2.3 Se colocar guantes de látex de exploración, estos pueden o no ser estériles.	
3 Realización de torniquete	3.1 Aplica un torniquete en la región proximal la vena, lo más cerca posible de la punción. Selecciona el segmento distendido de la vena y fije la piel para estabilizar la vena.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
4 Introduce de aguja o catéter	4.1 Introduce la aguja o el catéter con el bisel hacia arriba a través de la piel 0.5 cm debajo de la vena con un ángulo de 20 a 30 grados, y ajusta el ángulo de 10 a 15 grados antes de puncionar la vena. Avanza lentamente hasta que un flujo de sangre aparezca en la cámara del catéter. En los vasos muy pequeños o con mala perfusión el “flujo de sangre” en la cámara puede ser mínimo o estar retardado. Espere	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	un momento para determinar si la punción venosa ha sido exitosa. Ver anexo 2.	
	4.5 Después de obtener el flujo de sangre en la cámara del catéter, avanza lentamente solo unos milímetros el estilete, posteriormente lo mantiene estable y avanza el catéter dentro de la vena y retira el estilete.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
5 Retiro de torniquete.	5.1 Retira el torniquete.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
6 Introducción de flujo de solución.	6.1 Coloca el equipo de venoclisis al catéter, y administra un flujo de solución para comprobar la permeabilidad.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
7 Colocación de soporte de fijación.	7.1 Fija el catéter con micropore o tela adhesiva y posteriormente coloca un soporte de fijación en la extremidad para evitar que ésta se mueva. Ver anexos 3 y 4.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Selección de Punción Venosa

En el caso de que se requiera realizar la punción venosa para exámenes sanguíneos, éste puede ser de dos maneras:

- Realizar la punción venosa con una aguja y jeringa, en este caso se aspirará gentilmente el émbolo de la jeringa, para obtener un flujo de sangre dentro de la jeringa, la cantidad dependerá de los tipos de exámenes que se realizarán. En el caso de que sea una muestra de sangre para hemocultivo, este procedimiento se debe realizar con técnica estéril, es decir el personal que realice la punción venosa debe vestirse con gorro, cubreboca, bata y guantes estériles. La asepsia de la piel que se puncionará será con una solución de yodo.
- Realizar la punción venosa sólo con aguja, y al obtener el flujo de sangre, se procederá a colocar el o los tubos para recolectar la sangre en ellos.

Anexo 2

Recomendaciones de agujas o catéteres venosos.		
Edades	Peso (Kg)	Tamaño apropiado de Agujas / Catéter (gauge)
Recién nacido – 6 meses	– 8.0 8.0 – 15.0	22 a 27 21 a 24
7 meses – 3 años	15.0 – 28.0	20 a 23
4 – 8 años	28.0 – 45.0	18 a 22
9 – 12 años	> 45	16 a 22
Mayores de 12 años		

Anexo 3

Contraindicaciones

En realidad, no existen contraindicaciones absolutas para realizar una punción venosa periférica. Las contraindicaciones relativas y precauciones son las siguientes:

- Celulitis sobre la vena;
- Lesión proximal de la vena;
- Fracturas inestables en la región proximal al sitio de la punción venosa;

- Se debe considerar lesión u oclusión de la vena proximal en trauma abdominal grave o fracturas pélvicas;
- Evitar punción de venas profundas en niños con coagulopatías sin corrección;
- Evitar colocar catéteres en las venas del cuello en lactantes con dificultad respiratoria o lesiones intracraneales.

Anexo 4

Complicaciones

Inflamación o flebitis: lesión de la íntima de la vena por movimiento, irritación química por medicamentos, líquidos hiperosmolares, duración mayor de 72 horas. Se puede prevenir manteniendo una adecuada fijación para evitar el movimiento, colocar una extensión de la línea venosa para evitar manipulación, revisar continuamente el sitio, y cambiar el sitio cada 48 a 72 horas.

Infección del sitio: Este se puede evitar al preparar adecuadamente el sitio de la punción venosa con técnica aséptica, mantenerlo seco, colocar recubrimientos o protecciones estériles en el sitio y cambiar el catéter venoso periférico cada 48 a 72 horas.

Infiltración y lesión o necrosis del tejido: Se puede evitar utilizando el tamaño de catéter adecuado, diluir los medicamentos y líquidos hiperosmolares apropiadamente, vigilar el sitio estrechamente de manera continua.

Hematoma o sangrado: Tener extremo cuidado y vigilancia del sitio en pacientes con una coagulopatía conocida y evitar punciones venosas profundas en estos pacientes, retirar el torniquete antes de manipular la aguja, aplicar presión directa después de retirar el catéter o la aguja.

Necrosis por presión, parálisis de nervios periféricos, alteración de la circulación periférica, deformidades por posición: Evitar envolver las extremidades con cinta adhesiva completamente; colocar almohadillas en todas las articulaciones; evaluar continuamente la circulación y el estado neurovascular de todas las extremidades sujetas o inmovilizadas.

Trombosis: Esta se presenta más frecuentemente en la punción de venas profundas. Se debe utilizar el tamaño apropiado de catéteres para prevenir lesión de la íntima; cambiar los sitios del catéter frecuentemente; infundir soluciones con heparina cuando se coloquen líneas en venas profundas.

Tromboembolismo pulmonar: Esta se presenta por embolización del coágulo por manipulación o forzar una infusión en líneas obstruidas con coágulos.

Embolismo aéreo: Esto se debe al paso de aire a la circulación, por lo cual se deben purgar de aire tanto el catéter como la línea venosa antes de iniciar la infusión de líquidos.

Embolismo de un fragmento del catéter: Se puede presentar por un defecto del catéter o ruptura inadvertida de este durante la inserción o manipulación. Se debe probar la integridad y permeabilidad del catéter antes de usarlo; nunca reinsertar el estilete al catéter una vez retirado.

Sobrecarga de líquidos / alteraciones de electrolitos: Este riesgo se disminuye utilizando bombas de infusión, cambios en el control de volumen y/o utilizando micro goteros.



3. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LA APLICACIÓN DE SURFACTANTE

3. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LA APLICACIÓN DE SURFACTANTE

1. Propósito

Está indicado para tratamiento de rescate temprano y tardío del síndrome de dificultad respiratoria (SDR) (enfermedad de membrana hialina) en recién nacidos prematuros. Esto reduce significativamente la incidencia de SDR, la mortalidad por SDR y las complicaciones debidas a fuga de aire.

En el Instituto Nacional de Pediatría en el Departamento de Neonatología se utiliza en la modalidad de RESCATE para tratar recién nacidos prematuros con SDR confirmado por antecedente clínico, radiografía de tórax y gasometría y que requieren ventilación mecánica, hay que administrar el surfactante de ser posible en las primeras 24 horas de vida pero al ser hospital de referencia se ha considerado su uso hasta las 36 horas de vida siempre y cuando la persona servidora pública titular del servicio esté de acuerdo junto con el equipo médico.

2. Alcance

Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales

- Cubre bocas
- Guantes estériles.
- Cánula endotraqueal.
- Surfactante bovino o porcino
- Jeringas de 3 y 5 ml
- Dosis de surfactante según tipo:
 - Natural bovino (survanta): 100 mg/kg (4 ml/Kg/dosis) precalentar a medio ambiente, aplicar sin agitar.
 - Natural porcino (curosurf) 200mg/kg para la dosis inicial y 100 mg/kg en subsecuentes, precalentar a medio ambiente y aplicar sin agitar.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Aplicación de surfactante.	1.1 Realice lavado de manos.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
	1.2 Coloque guantes y cubrebocas.	
	1.3 Administrar el surfactante a través de la cánula observando la correcta saturación de hemoglobina transcutánea y sin que se presente reflujo de surfactante. Ver anexo 1, 2 y 3.	
	1.4 Coloque al paciente en decúbito dorsal en Tendelemburg y con la cabeza a la derecha.	
	1.5 Aplique 1/3 de la dosis en decúbito dorsal con la cabeza en posición neutra, el siguiente tercio girando la cabeza hacia la derecha y el último tercio girando la cabeza a la izquierda. Nota: En caso de deterioro sin recuperación se debe suspender la aplicación. Hay que evitar la aspiración de la cánula endotraqueal en las siguientes dos horas posteriores a la administración.	
	1.6 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la aplicación de surfactante practicada al neonato. • Notas de Evolución	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Criterios de aplicación (primera dosis):

- Edad menor a 24 horas de vida (La decisión de su aplicación fuera de este tiempo habrá que considerarse con la persona servidora pública titular del servicio y el equipo médico);
- Radiografía de tórax compatible con enfermedad de membrana hialina;
- Necesidad de asistencia ventilatoria fase III con FIO₂ > 40 % para lograr una PaO₂ > 60 mmHg;
- Catéter arterial (umbilical o arterioclisis) para monitorización gasométrica y monitor de saturación transcutánea de oxígeno;
- Gradiente arterioalveolar < 0.22.

Criterios de reaplicación (dosis subsecuentes)

La dosis subsecuente se administra de 8 a 12 hrs. de la inicial, si cumple los siguientes criterios:

- Ventilación mecánica, con FIO₂ > 40% para mantener PaO₂ > 50 %;
- Presión media de la vía aérea \geq 6;
- Radiografía de tórax sin barotrauma, con datos de enfermedad de membranas biliares, verificando la adecuada posición de la cánula endotraqueal;
- Se recomienda administrar no más de dos dosis subsecuentes.

Anexo 2

Contraindicaciones

- Malformaciones congénitas mayores.
- Enfermedades que interfieran con la función Cardiopulmonar (hidrops fetal, TORCH, derrame pleural etc.).
- Conocimiento o sospecha de enfermedad cromosómica incompatible con la vida (trisomía 13, 18, anencefalia, etc.).

Anexo 3

Precauciones

El surfactante es sólo para uso intratraqueal, este puede afectar rápidamente la oxigenación y la distensibilidad pulmonar; por lo tanto, su uso debe restringirse a instilaciones clínicas supervisadas con la disponibilidad de personal médico a la cuna del paciente experimentado en intubación orotraqueal, manejo de ventiladores y cuidado general en recién nacidos prematuros. Hay que realizar la monitorización con gasometrías arteriales o transcutáneas de oxígeno y bióxido de carbono. La aspiración endotraqueal no debe realizarse en los minutos siguientes a la aplicación de surfactante, a menos que se presenten datos de obstrucción de vías aéreas.



4. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL

4. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL.

1. Propósito

Realizar la aspiración endotraqueal en pacientes intubados o con traqueostomía.

2. Alcance

Al Departamento de Terapia Intensiva, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular y Neonatología

3. Herramientas o materiales

- Sonda de aspiración simple o sistema de aspiración cerrada. Su diámetro debe ser lo más grande posible, sin sobre pasar la mitad del diámetro del tubo endotraqueal. Ver anexo 1.
- Tubuladura para conectar la sonda de aspiración al recipiente contenedor; este sistema debe cambiarse cada 24 horas.
- Conexión al sistema de vacío.
- Guantes estériles.
- Suero salino al 0.9%.
- Bolsa de ventilación con reservorio.
- Fuente de succión.
- Fuente de oxígeno.

Debe realizarse entre dos personas.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Preparación del personal.	1.1 Realiza lavado de manos y coloca guantes.	Personal Médico Residente.
	1.2 Coloca la aspiración general a 50-95 mmHg para lactantes y a 90-115 mmHg para niños.	
2 Desconexión del paciente.	2.1 Desconecta al paciente del respirador y utilizando la bolsa de ventilación con reservorio, se hiperventila por dos minutos con FiO ₂ de 100%.	Personal Médico Residente.
3 Monitoreo del paciente.	3.1 Vigila saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca.	Personal Médico Residente.
4 Lavado bronquial.	4.1 Realiza, si es necesario, lavado bronquial donde introduce 0.3 mililitros en neonatos y 1-2 mililitros de suero salino estéril en el resto de los pacientes, repite actividad 4.2.1.	Personal Médico Residente.
5 Manejo de sonda.	5.1 Sin aplicar aspiración, introduce la sonda hasta que el paciente tosa o se note una ligera obstrucción. Ver anexo 2.	Personal Médico Residente.
	5.2 Retira la sonda 0.5 cm y aspira a la vez que rota entre el pulgar y el índice. La aspiración nunca debe durar más de 5 segundos.	
	5.3 Repite las actividades 4.2. y 4.4. con la cabeza del paciente girada a cada lado para facilitar la introducción de la sonda en los dos bronquios principales. Nota: Para evitar infecciones nosocomiales, utiliza otra sonda para orofaringe y nariz. En caso de usar la misma sonda primero aspira por el tubo endotraqueal y la desecha posteriormente.	
6 Revisión de signos.	6.1 Comprueba signos vitales, oximetría y auscultación pulmonar.	Personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
7 Tratamiento de PEEP.	<p>7.1 Si el paciente tiene PEEP muy alto, la aspiración se realiza con el uso del ventilador o de una bolsa con válvula accesoria de PEEP.</p> <p>Nota: Lo ideal es utilizar sistemas de aspiración cerrado lo cual permite no desconectar al paciente del ventilador y la disminución de neumonías asociadas a ventilación mecánica.</p>	Personal Médico Residente.
8 Termino de la aspiración.	<p>8.1 Al finalizar la aspiración, conectar al paciente al ventilador. Asegurarse que no hay broncoespasmo y la ventilación es adecuada. Ver anexo 2.</p>	Personal Médico Residente.
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO.		

5. Formatos

No aplica

6. Anexos

Anexo 1

MEDIDAS PARA EL CALIBRE DE ASPIRACIÓN

TAMAÑO DEL TUBO (DIÁMETRO INTERNO)	CALIBRE DE Sonda DE ASPIRACIÓN (FRENCH)
<4	5
4.5 – 5	6
5.5 – 6	8
6.5 –7	10
>7.5	10-12

Anexo 2

COMPLICACIONES

- Lesión de la mucosa, puede producir hemorragia y ser foco de infección. Se disminuye el riesgo utilizando sondas con orificios en el extremo, en los lados y regulando adecuadamente las presiones.
- Hipoxemias, **sobre todo si la aspiración es prolongada.**
- Broncoespasmo por irritación de la vía aérea.
- Lesión pulmonar si se introduce gran cantidad de solución durante la aspiración.
- Arritmias por el estímulo vagal o hipoxemia.



5. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA CATETERISMO DE VASOS UMBILICALES EN EL NEONATO

5. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA CATETERISMO DE VASOS UMBILICALES EN EL NEONATO

Canalización de arteria y vena umbilical

1. Propósito

Dar atención médica a pacientes que requieran de una vía central para medir la presión venosa central, gases arteriales, monitoreo continuo de la presión sanguínea arterial, exanguinotransfusión por una vía y por dos vías.

2. Alcance

Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales

- Compresas de campo estériles.
- Cinta métrica.
- Porta agujas.
- Tijeras de sutura.
- Pinza hemostática (mosco).
- Pinza de disección fina (allis).
- Llave de tres vías.
- Catéter para arteria y vena umbilical radiopaco (3.5, 5 french).
- Cinta adhesiva (micropore).
- Suturas de seda 000.
- Gasas.
- Soluciones antisépticas.
- Guantes.
- Bata estéril.
- Jeringa de 10 ml.
- Solución isotónica
- Aguja calibre 22.
- Lentes.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Cateterismo de vasos umbilicales en el neonato.	1.1 Colocar al paciente en posición supina y enrollar un paño alrededor de ambas piernas del paciente de manera sutil y fíjelo en la cama. Nota: Esto estabiliza al paciente para realizar el cateterismo y permite la observación de los pies para descartar el vasoespasmo. Ver anexo 1.	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
	1.2 Llena una jeringa de 10 ml. con solución para purgar el catéter y asea el área del cordón con solución antiséptica.	
	1.3 Coloca los campos estériles alrededor del cordón umbilical, dejando la cabeza y los pies expuestos para vigilancia de vasoespasmo o signos de sufrimiento durante el cateterismo.	
	1.4 Amarra una porción de cinta umbilical alrededor de la base del mismo lo suficientemente apretada para minimizar la pérdida de sangre, pero permitiendo que el catéter pase con facilidad a través del vaso. Ver anexo 1 y 2.	
	1.5 Corta el excedente del cordón umbilical con bisturí, dejando un muñón de un centímetro. Nota: El bisturí permite por lo general un corte más amplio, de manera que los vasos se observan mejor. Hay usualmente dos arterias umbilicales y una vena umbilical. Las arterias son más pequeñas y se ubican por lo común a las horas 4 y 7.	
	1.6 Toma el hemostato curvo y asegure el extremo del cordón umbilical manteniéndolo hacia arriba. Use la pinza de disección fina	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>para abrir y dilatar la arteria y/o vena umbilical realizando los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coloca un brazo de la pinza en el vaso. 2. Utiliza ambos brazos para dilatar suavemente y retirar en caso necesario los trombos. 3. Una vez que esté lo suficientemente dilatada, inserta el catéter. Ver anexo 3. <p>1.7 Realiza aspiración para verificar el retorno de sangre ya que está colocado el catéter.</p> <p>1.8 Obtenga una radiografía toracoabdominal requisitando el formato correspondiente para verificar la posición del catéter.</p> <p>1.9 Realiza una sutura circular corrediza para fijar los catéteres.</p> <p>1.10 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) el cateterismo de vasos umbilicales en el neonato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Complicaciones

Infecciones: Puede prevenirse mediante el uso de técnica estrictamente estéril; no se debe realizar ningún intento de introducir más el catéter una vez que ha sido colocado y suturado en su posición.

Accidentes vasculares: Puede ocurrir trombosis o infarto; el vasoespasmo lleva en ocasiones a la pérdida de una extremidad, hipertensión a largo plazo causada por estenosis de la arteria renal debido a una ubicación inapropiada del catéter cercano a las arterias renales.

Hemorragia: Cuando el catéter se desconecta de algún punto de fijación, por lo que estos deben verificarse constantemente. Si ocurre una hemorragia, puede ser necesario reemplazar el volumen sanguíneo.

Perforación de los vasos: El catéter nunca debe ser forzado su introducción; si no avanza con facilidad, se debe intentar el uso de otro vaso. Si ocurre una perforación, puede requerirse una intervención quirúrgica urgente.

Anexo 2

Precauciones

Duración de la canalización: el tiempo mínimo necesario, hasta un máximo de 5-7 días.

Los hijos de madre diabética tienen alto riesgo de trombosis; es más frecuente cuanto más prolongada sea la canalización.

Vigilar presión arterial, función renal, pulsos femorales o presencia de trombos al lavar la vía.

Si se sospecha espasmo arterial/trombosis (blaqueamiento de la pierna), calentar con gasas o balsas tibias la extremidad contralateral durante 10 min. Si esto no es eficaz,

hay que retirar el catéter. Si pese a la retirada persisten signos de isquemia, valorar vasodilatadores, heparinización o fibrinolíticos.

Las extracciones como la infusión de fármacos, soluciones de lavado, etc., deben realizarse lentamente para evitar oscilaciones de la presión arterial y del flujo sanguíneo cerebral.

En catéteres de doble luz:

Luz distal: goteo base heparinizado, calcio, hemoderivados y medicación.

Luz proximal: drogas en perfusión continua que sean necesarias.

Mantenimiento de la vía: Perfusión de soluciones (SG 5%, SSF) heparinizadas (1 U/ ml) a una velocidad mínima de 0.1cc/h.

Retiro del catéter:

- Parar la perfusión.
- Soltar los puntos que fijan el catéter al cordón.
- Retirar lentamente el catéter hasta que queden dentro 2-3 cm. Esperar en esta posición 2 minutos para que haga espasmo la arteria; continuar retirando después.
- Hemostasia por compresión (gasa, pinza); en algunos casos es preciso dar un punto a la arteria.
- Enviar la punta del catéter a cultivo.

Anexo 3

Colocación del catéter

El catéter arterial puede ser colocado de dos posiciones distintas.

- Posición baja, la punta del catéter se ubica por debajo del nivel L3;
- Posición alta, el catéter se ubica por encima del diafragma, a nivel T6 a T9.

La longitud puede obtenerse de la tabla de mediciones del catéter umbilical.



Otro método para determinar la longitud necesaria para una cateterización baja es medir dos tercios de la distancia entre el cordón umbilical y el punto medio de la clavícula.

El catéter venoso debe estar colocado en la aurícula derecha, por lo que se debe de consultar la siguiente tabla:

Distancia del hombro a cicatriz umbilical (Cm)	Inserción de catéter (cm)		
	Posición baja catéter arterial	Posición alta catéter arterial	Catéter venoso
9	5.0	9.0	5.7
10	5.5	10.5	6.5
11	6.3	11.5	7.2
12	7.0	13.0	8.0
13	7.8	14.0	8.5
14	8.5	15.0	9.5
15	9.3	16.5	10.0
16	10.0	17.5	10.5
17	11.0	19.0	11.5
18	12.0	20.0	12.5



6. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL.

6. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL.

1. Propósito

La cateterización transuretral de la vejiga, es un procedimiento común en pediatría. Las principales indicaciones son en la retención aguda de orina o la imposibilidad para el vaciamiento vesical, o bien para la medición del gasto urinario en especial en pacientes críticamente enfermos, con trauma múltiple, choque en estos pacientes se prefiere dejar una sonda de manera permanente, también se indica cateterización intermitente para propósitos diagnósticos como en infecciones de vías urinarias, en los pacientes con vejiga neurogénica o bien para la realización de estudios urológicos de la anatomía del tracto urinario.

2. Alcance

Todos los servicios de hospitalización del instituto, departamento de urgencias.

3. Herramientas o materiales

- Sondas vesicales de diferentes medidas (ver cuadro 1)
- Solución de yodo
- Gel lubricante
- Campos estériles
- Guates estériles
- Gasas
- Jeringa de 5 ml.
- Agua estéril
- Pinzas hemostáticas
- Contenedor estéril

4 Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Preparación del personal y del paciente.	1.1 Coloca y fija al paciente.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
	1.2 Realiza lavado higiénico de manos.	
	1.3 Se coloca guantes de un solo uso.	
	1.4 Realiza lavado genital	
2 Colocación de campos	2.1 Coloca campos estériles, delimitando así el campo de acción. En el campo estéril se puede colocar el material estéril (entre las piernas del paciente).	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
3 Manejo de aire.	3.1 Comprueba el balón de seguridad de la sonda, introduce 3-5 ml. de aire, espera unos segundos y saca el aire. Ver anexo 1.	
Varones		
4 Introducción de suero fisiológico.	4.1 Pone en la jeringa 3-5 ml. de suero fisiológico. El pene se sostiene en extensión con el prepucio retraído, se lubrica la sonda con jalea, y se sostiene de 8 a 8 cm del extremo distal y se inserta cuidadosamente en el meato, avanzando con lentitud hacia la zona de resistencia del esfínter externo; se mantiene una leve presión para vencer esa resistencia sin soltar la sonda hasta entrar en la vejiga. Ver anexo 2.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
Mujeres		
	4.2 En el sexo femenino separa los labios mayores e identifica el meato uretral, lubrica la sonda e introduce de manera cuidadosa y lentamente; la dirección es ligeramente de arriba hacia abajo y con algunos centímetros se llega a la vejiga. Ver anexo 2	
5 Manejo de sonda.	5.1 Toma con firmeza la sonda cuando empiece a fluir la orina y la conecta a la bolsa colectora. Ver anexo 3.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	5.2 Llena el balón de seguridad y comprueba que está bien fijada.	
	5.3 Retira el material y coloca cómodamente al paciente.	
	5.4 Fija la sonda al muslo del paciente y a la cama. Ver anexos 4 y 5.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5 Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6 Anexos

Anexo 1

Tamaño del catéter vesical recomendado para niños			
	Niños (French)	Niñas (French)	Tipo
Recién nacido	3	3 o 5	Recta
1 – 2 años	5	5 o 8	Recta / Globo
3 – 5 años	8	8	Globo
6 – 10 años	8 o 10	8 o 10	Globo
11 y 12 años	10 o 12	12	Globo
Mayor de 13 años	12	12 o 14	Globo

Anexo 2

Diferencias entre el cateterismo masculino y el femenino

En las niñas el orificio uretral es inmediatamente anterior al orificio vaginal sin embargo se puede cometer el error de introducir la sonda en la vagina en vez de en el orificio uretral. En tal caso, cogeríamos otra sonda y empezaríamos de nuevo.

También hay que tener en cuenta la longitud de la uretra; la uretra femenina es más corta por lo que sólo se precisan algunos centímetros de avance para alcanzar la vejiga. En los niños, insertar algunos centímetros más que la longitud del cuerpo del pene. En el niño es importante, que al principio el pene esté en posición vertical, cuando se hayan introducido unos 4cm. se hará descender el pene para que pase bien la sonda por la próstata

Anexo 3

Las diferencias entre la sonda permanente y la no permanente.

Las sondas permanentes son de caucho y tienen más de una luz, por ejemplo, la sonda Foley tiene 2 luces, una para hinchar el balón de seguridad y otra que pone en contacto directo a la vejiga con el exterior o con el sistema de drenaje escogido y la sonda Foley Alcock tiene 3 luces, una para hinchar el balón de seguridad y las otras dos ponen en contacto directo a la vejiga con el exterior. Se utilizan en ambos sexos. Se utilizan sobre todo para realizar lavados con irrigaciones o drenar la orina.

Las sondas vesicales no permanentes son de goma (blanda, rígida o semirrígida), con una sola luz. Por ejemplo, la sonda de Nelatón no lleva incorporado balón de seguridad (como todas las que no son permanentes) y se utiliza para la extracción de orina (recogida de muestras, descompresión de la vejiga o bien para inyectar sustancias).

Un tipo de sonda no permanente, es la sonda Beguille, utilizada para hombres normalmente y que en su parte distal presenta una acodadura que hace que la sonda entre mejor en casos de estenosis uretral; en cambio la sonda vesical femenina como su nombre indica se utiliza en mujeres y no presenta una acodadura en su parte distal.

Anexo 4

Contraindicaciones

Antes de realizar la colocación de una sonda vesical, se debe evaluar cuidadosamente al niño por si presenta una lesión pélvica o abdominal. Nunca intentar la colocación de una sonda vesical en niños que presentan sangre en el meato uretral, desplazamiento prostático en el examen rectal (niños), hematoma perineal o escrotal, o una fractura de pelvis. Las contraindicaciones absolutas son dos:

- Lesión uretral
- Lesión vesical

Anexo 5

Complicaciones

Las complicaciones de la cateterización vesical son raras en la edad pediátrica, principalmente porque estos pacientes son generalmente sanos. La gran mayoría de las complicaciones son cuando la sonda vesical se deja a permanencia, las principales complicaciones son:

- Trauma uretral o vesical
- Cateterización vesical



- Infección de vías urinarias
- Parafimosis
- Hematuria



7. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA COLOCACIÓN DE UNA LÍNEA ARTERIAL

7. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA COLOCACIÓN DE UNA LÍNEA ARTERIAL

1. Propósito

La colocación de una línea arterial tiene un número importante de indicaciones, las cuales son con el fin de monitorización o mediciones en el paciente críticamente enfermo, las principales indicaciones con las siguientes:

- Tratamiento del paciente clínicamente enfermo.
- Monitorización continua de la tensión arterial, en pacientes con inestabilidad hemodinámica que requieren tratamiento inotrópico o vasopresor.
- Monitorización continua de la tensión arterial para facilitar titulación adecuada de medicamentos de soporte.
- Para medición de oxigenación arterial.
- Toma de muestras.
- Paciente con alteración ventilatoria.
- Medición de las presiones parciales.

2. Alcance

Todos los servicios de hospitalización del Instituto, Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales

- Funda de almohada o sábana chica enrollada
- Cinta adhesiva de 1 a 3 cm de ancho
- Campos y gasas estériles.
- Jabón, alcohol, tintura de polivinilpirrolidona.
- Jeringa desechable de 3ml.
- Lidocaína 1% (opcional)
- Intracat de 20 y 22 G.
- Tapón para línea arterial o llave de tres vías.
- Módulo de monitorización.
- Solución heparinizada para infusión continua (250 UI heparina/250 ml solución fisiológica 0.9%).

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Selección de punción.	4.1 Utiliza como primera opción para puncionar o colocar de manera permanente el catéter, la arteria radial o pedia, ya que la radial es más accesible y fácil de canular en tanto la pedia provoca menor incidencia de complicaciones y es más fácil de conservar, otras opciones son la femoral, cubital y axilar.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
2 Realización de prueba de Allen.	2.1 Palpa el pulso arterial radial de 1 a 2 cm desde la muñeca, se realiza la prueba de Allen para verificar circulación colateral, alternando con oclusión de arteria radial y ulnar, revisando la mano para valorar perfusión. Nota: En pacientes conscientes, valora el uso de lidocaína al 1% para minimizar el dolor.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
3 Realización de la punción.	3.1 Cuando se va a puncionar arteria radial coloca la extremidad en dorsiflexión de la muñeca y aducción del pulgar mediante colocación de la funda de almohada enrollada debajo de la misma, y fija la mano con tela adhesiva. 3.2 Posteriormente bajo técnica estéril, palpa con la mano no dominante el pulso, procede a entrar con la aguja en un ángulo de 30° o 45° con respecto a la piel en dirección hacia donde se ha palpado el pulso, avanza, al entrar en contacto con la pared arterial las pulsaciones de la arteria serán transmitidas a la misma. Nota: En caso de resistencia al avance o deja de haber pulsaciones, procede a avanzar el angiocat hasta perforar ambas paredes de la	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>arteria retirando lentamente hasta obtener flujo de sangre nuevamente.</p> <p>3.3 Procede a avanzar la cánula sobre el mandril girándola hacia la izquierda y la derecha hasta lograr el avance de la misma sin resistencia.</p> <p>3.4 Una vez colocada la cánula obtiene a través de la misma un flujo continuo de sangre pulsátil y posteriormente coloca el tapón de conexión arterial o la llave de tres vías, conecta a transductor y módulo de monitorización.</p> <p>3.5 Después de tomar la muestra de sangre o una punción fallida presiona con firmeza durante 5 minutos sin ocluir la arteria (10-15 minutos en pacientes anticoagulados).</p>	
4 Permeabilización.	4.1 Mantiene permeabilizada la preparación de solución salina con heparina a una concentración de 2 a 4 unidades (unidades/ml) 500 a 1000 UI en 250 ml. de solución. Permeabiliza la línea de 1 a 2 hrs. con 3 ml. de solución en cada ocasión. Ver anexos 1, 2 y 3	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Recomendaciones adicionales

Permeabilizar la línea cuantas veces sea necesario, en partícula posterior a la toma de muestras; cambiar la curación de la línea cada 72 hrs. mínimas; supervisar el estado de la línea, así como estado circulatorio de la extremidad para detectar complicaciones en etapa temprana.

Anexo 2

Contraindicaciones

Son pocas, pero específicas:

- No se debe de comprometer la circulación distal al sitio de colocación, lo que significa que aquellos sitios con de circulación colateral deficiente (fenómeno de Raynaud, tromboangitis obliterante, o arterias terminales como la arteria braquial).
- Lesión traumática proximal al sitio propuesto.

Relativas:

- Cirugía previa en el sitio de punción.
- Anticoagulación.
- Coagulopatías.
- Infección del sitio en donde se va a colocar catéter
- Ateroesclerosis.

Anexo 3

Complicaciones

- Laceración del vaso, hematoma (aplicar presión en el sitio de punción con firmeza durante 5 minutos).



Espasmo arterial e isquemia (se debe a traumatismo arterial excesivo con formación de un trombo o hematoma periarterial. Puede evitarse al usar aguja de calibre pequeño).

- Embolización distal y proximal.
- Incapacidad de pasar catéter a través de arteria.
- Infección local y sistémica (técnica aséptica, curación cada 72 hrs. y tratamiento consistirá en retirar la cánula).
- Daño a estructuras cercanas.



8. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA DESFIBRILACIÓN Y CARDIOVERSIÓN

8. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA DESFIBRILACIÓN Y CARDIOVERSIÓN

1. Propósito

Identificar y tratar una arritmia potencialmente letal y recuperar así el correcto funcionamiento cardíaco

2. Alcance

Al departamento de Terapia intensiva y Urgencias.

3. Herramientas o materiales

- Desfibrilador: condensador de energía.
- Interfase del electrodo: permite el paso de corriente a través de la piel ya sea en forma de gel o pasta conductora o con gasas empapadas en suero salino.

Nota: Es necesario previo a la desfibrilación realizar las actividades citadas en el **Anexo 1**.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Consideración preliminar.	1.1 En el caso de la CV, consigue un acceso venoso periférico previo y sedar al paciente con agentes de acción corta como midazolam (0.1-0.2 mg/Kg.).	Personal Médico Residente.
2 Aplicación de analgésicos.	2.1 Añade un analgésico como el fentanilo. Nota: En el caso de la DF no es preciso lo anterior ya que el paciente se encuentra en situación de PCR y en este caso no se debe perder tiempo en conseguir un acceso venoso, sino que lo primero es realizar la descarga eléctrica y a partir de aquí seguir el algoritmo de PCR en caso de FV o TVSP. Ver anexo 2.	Personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
3 Monitoreo de pacientes.	<p>3.1 Monitoriza al paciente, siendo lo más práctico utilizar el desfibrilador, ya sea con las palas o con electrodos, y aún más importante seleccionar en el desfibrilador el tipo de monitorización (palas, DI, DII). Las palas son muy rápidas y útiles de entrada, pero impiden realizar simultáneamente masaje cardíaco (en el caso de la FV) por lo que se recomienda monitorizar con electrodos en cuanto sea posible.</p> <p>Ver anexo 3.</p> <p>3.2 Elige el tipo de palas según la edad o peso del paciente: palas pequeñas de elección en niños menores de 1 año o menores de 10 Kg., y a partir de aquí se utilizan las palas de adultos.</p>	Personal Médico Residente.
4 Preparación de la descarga.	<p>4.1 Escoge la descarga que puede realizar en modo sincrónico o asincrónico ya sea para cardioversión o desfibrilación respectivamente.</p> <p>4.2 Aplica gel conductor en las palas o coloca gasas empapadas con suero fisiológico evitando que contacten entre ellas.</p> <p>4.3 Escoge la carga a administrar (0.5-1 J/Kg. en cardioversión ó 2-4J/Kg. en desfibrilación).</p> <p>4.4 Coloca las palas en tórax del paciente: la forma habitual, es colocar una pala en 4°-5° espacio intercostal de la línea medio axilar izquierda (ápex) y la segunda pala en 2°-3° espacio intercostal paraesternal derecho (infraclavicular).</p> <p>Nota: es menos frecuente, y de elección, en caso de utilizar palas de adultos en niños pequeños, es colocar las palas en el tórax una</p>	Personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>anterior y otra posterior. En caso de Cardioversión, asegúrese que el dispositivo de sincronización este encendido.</p> <p>4.5 Carga el desfibrilador, ya sea accionando el botón de las palas o del desfibrilador.</p>	
5 Aplicación a pacientes.	<p>5.1 Avisa a todo el personal de que se separen del paciente y confirmarlo visualmente, y se asegura de que persiste el ritmo a revertir. Ver anexo 5.</p> <p>5.2 Acciona simultáneamente los 2 botones de descarga de ambas palas.</p> <p>5.3 Confirma si la descarga ha sido o no efectiva. Si esta ha sido efectiva debe producirse una línea isoeléctrica en el trazado ECG y/o movimiento músculo-esquelético torácico.</p> <p>Nota: En caso de no modificarse el trazado de base se debe sospechar que no ha habido descarga y hay que revisar la técnica.</p>	Personal Médico Residente.
6 Evaluación de pacientes.	<p>6.1 Observa el ritmo resultante tras la descarga eléctrica y determina:</p> <p>a) Si el ritmo de base se ha modificado, pero sin llegar a la asistolia (línea isoeléctrica) debemos pensar en que la dosis ha sido insuficiente y repetir la técnica doblando la dosis.</p> <p>b) Si se consigue la asistolia pero reaparece la FV hay que seguir el algoritmo de RCP en caso de FV / TVSP (ver algoritmo 1).</p>	Personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>c) Si hay asistolia y aparece un nuevo ritmo cardíaco, comprueba si este es eficaz buscando pulsos y si es así continua con el soporte hemodinámico preciso (volumen, drogas inotrópicas, corrección acidosis). Si el nuevo ritmo no se acompaña de latido eficaz y no hay pulso nos encontramos ante una disociación electromecánica y hay que seguir su algoritmo de RCP.</p> <p>Nota: Para ver de forma más resumida estas actividades, pase a Anexo 4.</p>	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

No Aplica

6. Anexos

Anexo 1

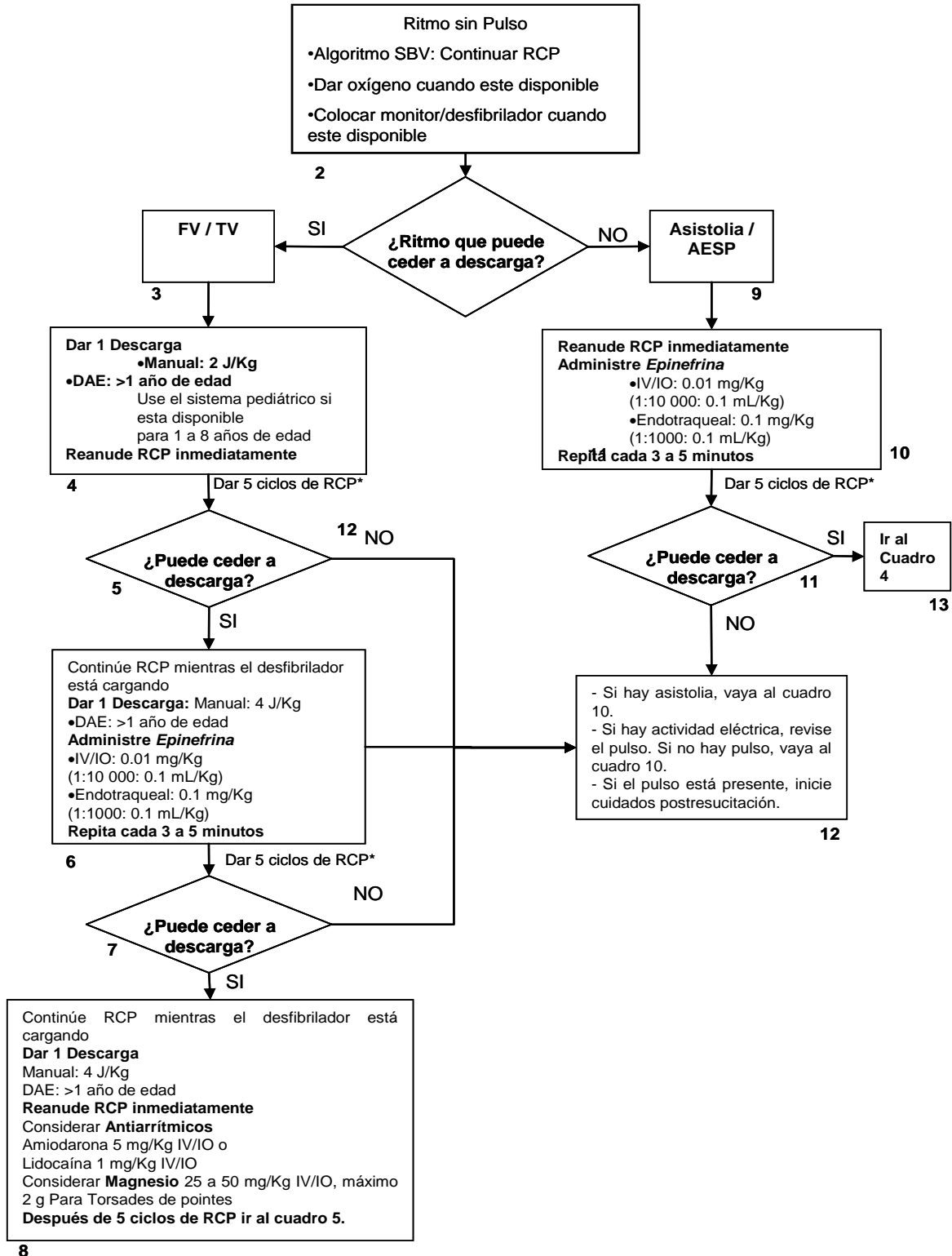
Previo a la desfibrilación

Pero además habría que tener:

- Un acceso venoso periférico o intraóseo.
- Material para asegurar una vía aérea permeable y oxigenoterapia.
- Fármacos sedantes/analgésicos y sus antagonistas en CV.
- Fármacos para una RCP avanzada (adrenalina, lidocaína, amiodarona).
- Monitorización del paciente, además de pulsioximetría y tensión arterial si es posible en la CV.

Anexo 2

Algoritmo de Ritmo sin Pulso



*** Durante RCP**

Compresiones rápidas y fuertes (100/min): Rote al que realiza las compresiones cada 2 minutos, con la revisión del ritmo.

Asegure reexpansión completa del tórax: Investigue y trate los posibles factores que pueden contribuir al paro:

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Ion Hidrógeno (Acidosis)
- Hipo / hiperkalemia
- Hipoglucemia
- Hipotermia
- Tóxicos
- Taponamiento cardiaco
- Neumotórax a Tensión
- Trombosis (coronaria o pulmonar)
- Trauma

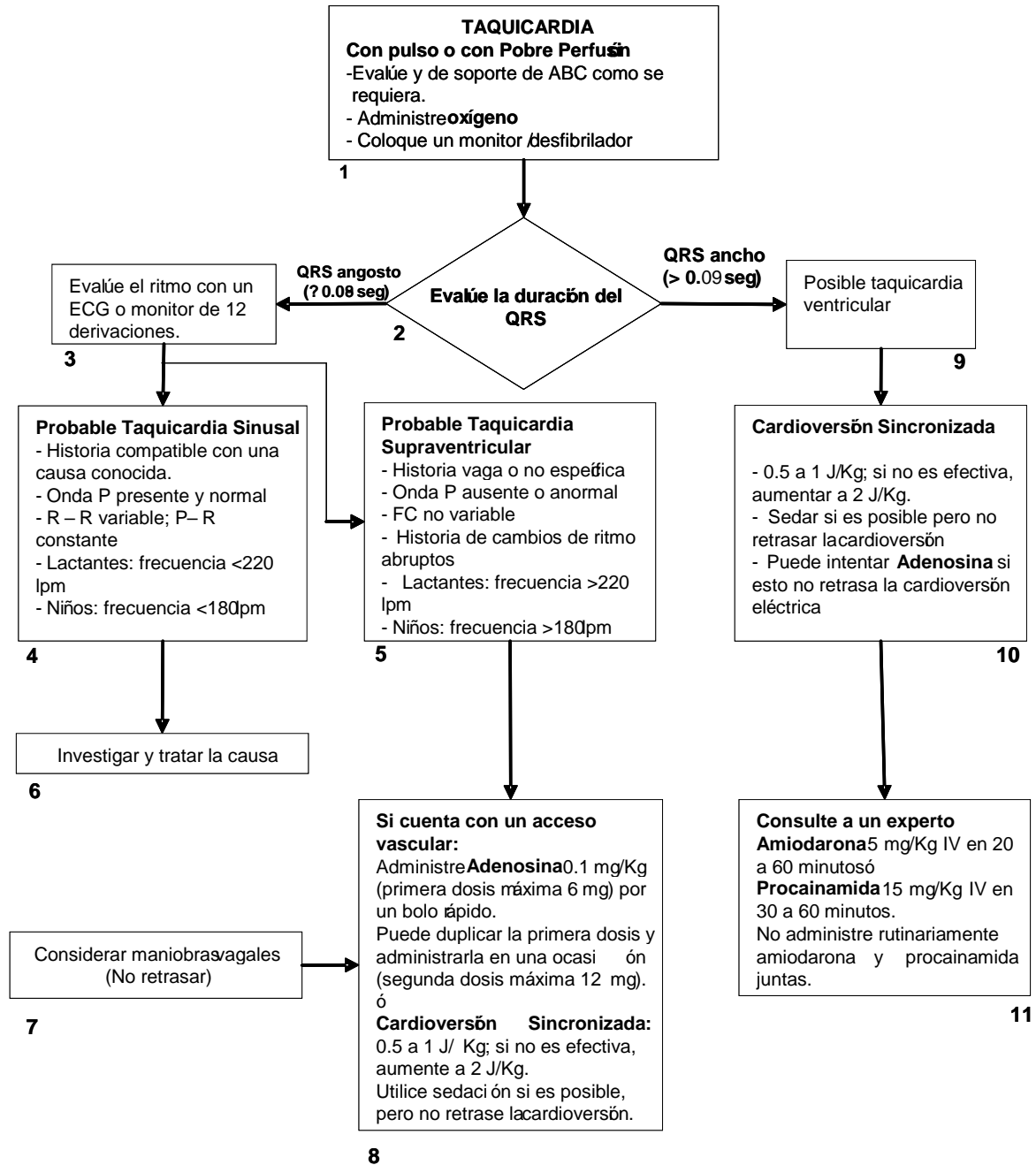
Minimice las interrupciones en las compresiones torácicas: Un ciclo de RCP: 15 compresiones por 2 respiraciones; 5 ciclos (1 a 2 minutos).

Evite la hiperventilación.

Asegure la vía aérea y confirme su colocación.

Después de que la vía aérea avanzada sea colocada. Dar compresiones torácicas continuas sin pausas para respiraciones. Dar 8 a 10 respiraciones por minuto. Revise el ritmo cada 2 minutos.

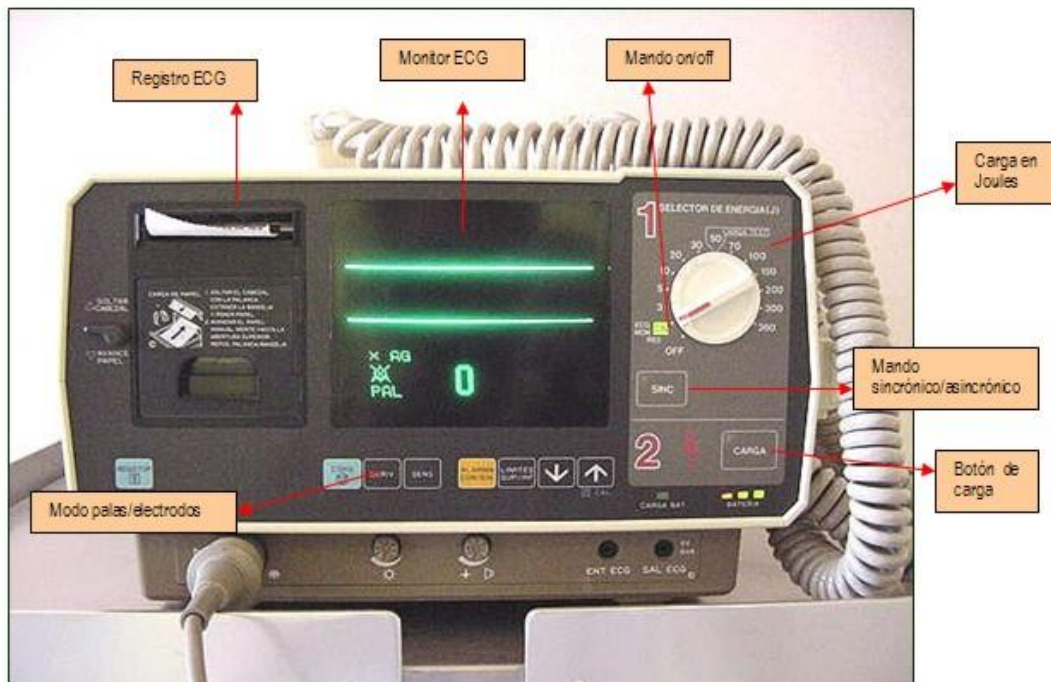
Algoritmo de Taquicardia



Durante la Evaluación Tratar los posibles factores contribuyentes:

- Asegure y verifique la vía aérea y un acceso vascular cuando sea posible
- Hipovolemia
- Hipoxia
- Ion Hidrógeno (Acidosis)
- Hipo / hiperkalemia
- Hipoglucemia
- Hipotermia
- Tóxicos
- Taponamiento cardiaco
- Neumotórax a Tensión
- Trombosis (coronaria o pulmonar)
- Trauma
- Considere consultar a un experto
- Preparar para la cardioversión

Anexo 3



Desfibrilador
(Imagen tomada del grupo español de RCP pediátrica)

Anexo 4

Técnica

- Lubricar las palas del desfibrilador con pasta conductora o compresas/gasas empapadas en suero salino, evitando que contacten entre sí.
- Poner el mando en asincrónico en el caso de la DF o en sincrónico en caso de CV.
- Cargar el desfibrilador a 2-4 J/Kg. en DF o 0'5-1 J/Kg. en la CV.
- Colocar las palas presionadas contra el tórax:
 - Una infraclavicular derecha
 - Otra en ápex

- Avisar a todo el personal que se separe del paciente y comprobar de nuevo que persiste la FV o TVSP.
- Apretar simultáneamente los botones de ambas palas.
- Comprobar que se ha producido la descarga (movimiento esquelético o línea isoeleétrica).
- Comprobar si se ha modificado el ritmo del ECG y si el niño ha recuperado el pulso.

Anexo 5

Complicaciones

En el paciente se puede encontrar con:

- Hipoventilación o hipoxia secundaria a la sedación en caso CV.
- Quemaduras superficiales (raramente profundas) si no se aplica gel conductor o si se aplica de forma no apropiada.
- Daño miocárdico en forma de arritmias cardíacas.
- Arritmias inducidas tras la descarga eléctrica: como bradicardia, bloqueo AV, asistolia, TV o FV.
- En este caso la FV responde bien habitualmente a una descarga asincrónica.
- Si hay isquemia miocárdica: bradicardia o BAV que necesitan marcapasos externo.
- En el personal sanitario el riesgo de descarga accidental se produce si se contacta directamente con el paciente o con superficies conductoras cercanas a éste como la cama, electrodos, monitor y otras piezas metálicas conectadas al enfermo, y su incidencia se estima en torno a 1/1700 procedimientos. Se presentan quemaduras y arritmias cardíacas inducidas.



9. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN

9. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN.

1. Propósito

Realizar la exsanguinotransfusión con el fin de ser utilizada para controlar distintas patologías (Ver anexo 1), mejorando así el estado clínico del paciente.

2. Alcance

Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales

- Cuna de calor radiante.
- Equipo para sostén y reanimación respiratorios (por ejemplo; oxígeno, dispositivo de aspiración), este equipo y las medicaciones empleadas para la reanimación deben estar al alcance inmediato.
- Equipo para monitorear la frecuencia cardiaca.
- Equipo para monitorear la presión arterial.
- Equipo para monitorear la frecuencia respiratoria.
- Equipo para monitorear la temperatura.
- Equipo para monitorear la PaO₂, la PaCO₂ y la SaO₂.
- Equipo para cateterismo de la arteria umbilical y de la vena umbilical.
- Bandeja de exsanguinotransfusión descartable.
- Sonda nasogástrica para evacuar el estómago.
- Sangre.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
Exsanguinotransfusión por una vía		
1 Exsanguinotransfusión por una vía.	1.1 Colocar al recién nacido en decúbito. La sujeción debe ser firme, pero no ajustada, así mismo se colocará el monitor de signos vitales.	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
	1.2 Introduce una sonda nasogástrica para evacuar el estómago y déjela colocada para mantener la descompresión gástrica y prevenir la regurgitación y la aspiración de jugo gástrico. Es necesario tener en cuenta todas las complicaciones pertinentes. Ver Anexo 2.	
	1.3 Realizar lavado de manos, colóquese una bata y guantes estériles.	
	1.4 Realizar el cateterismo de la vena umbilical. Ver Instrucción de Trabajo Cateterismo de vasos umbilicales en el neonato.	
	Nota: Si se va a efectuar un intercambio por dos vías también habrá que colocar un catéter en la arteria umbilical y confirmar su posición por radiografía.	
	1.5 Tener preparada la unidad de sangre considerando lo siguiente: a) Controlar los tipos de sangre del donante y del recién nacido. b) Controlar la temperatura de la sangre y los procedimientos de calentamiento. c) Controlar el hematócrito. Se debe agitar la sangre con regularidad para mantener un hematócrito constante.	
1.6 Conecte la bolsa de sangre al sistema y a las llaves de tres vías.		

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>1.7 Establecer el volumen de cada alícuota. Ver Anexo 3.</p> <p>Nota: En el caso de que los cambios de volumen durante el intercambio simple pudieran provocar o agravar una insuficiencia miocárdica por ejemplo hidropesía fetal). Realiza una exsanguinotransfusión por dos vías. Pasa a la actividad 4.2.1.</p> <p>1.8 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la exsanguineotransfusión por una vía practicada al neonato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	
Exsanguinotransfusión por 2 vías		
<p>2 Exsanguinotransfusión por 2 vías.</p>	<p>2.1 Realiza la exanguinotransfusión por 2 vías haciendo infusiones a través de la vena umbilical y extracciones a través de la arteria umbilical.</p> <p>Nota: Es necesario tener en cuenta todas las complicaciones pertinentes. Ver Anexo 2.</p> <p>2.2 Conecte la unidad de sangre al equipo para infusión y a las llaves de tres vías unidas al catéter de la vena umbilical.</p> <p>Nota: Si el catéter va a quedar colocado después de la exsanguinotransfusión (por lo general, para monitorear la presión venosa central) se debe introducir hasta arriba del diafragma y confirmar su posición mediante una radiografía de tórax requisitando el formato correspondiente.</p>	<p>Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>2.3 Conecta los circuitos y las llaves de tres vías al catéter de la arteria umbilical y a una bolsa plástica estéril para descartar la sangre extraída.</p> <p>Nota: Si se está practicando intercambio isovolumétrico debido a insuficiencia cardíaca la presión venosa central se puede determinar a través del catéter de la vena umbilical; se lo debe introducir hasta arriba del diafragma, en la vena cava inferior. En el caso de requerir Exsanguinotransfusión parcial o Exsanguinotransfusión parcial isovolumétrica Ver Anexo 4. En caso de requerir algún procedimiento adicional Ver anexo 5.</p> <p>2.4 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la exsanguineotransfusión por dos vías practicada al neonato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03 a-b). 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b).

6. Anexos

Anexo 1

Indicaciones

Hiperbilirrubinemia. Las exsanguinotransfusiones se practican en recién nacidos con hiperbilirrubinemia de cualquier etiología cuando el nivel sérico de bilirrubina puede alcanzar o superar un nivel que los expone a toxicidad del sistema nervioso central (por ejemplo kernicterus) de no mediar tratamiento. Por lo general se recomienda exsanguinotransfusión de 2 volémias a lo largo de 50-70 minutos para eliminar y

reducir la bilirrubina sérica. La eficiencia de la eliminación de bilirrubina sérica aumenta en los procedimientos más lentos debido a la equilibración de la bilirrubina extravascular e intravascular.

Enfermedad hemolítica del recién nacido. Esta enfermedad obedece a la destrucción de los glóbulos rojos fetales por anticuerpos maternos adquiridos de manera pasiva. La exsanguinotransfusión ayuda a eliminar glóbulos rojos revestidos de anticuerpos, lo que prolonga la supervivencia intravascular de estas células. También elimina bilirrubina potencialmente tóxica secundaria a una mayor carga de bilirrubina resultante de la destrucción de los glóbulos rojos y aporta volumen plasmático y albúmina para la unión con la bilirrubina. Cuando la destrucción de los glóbulos rojos es rápida pueden ser necesarias exsanguinotransfusiones de 2 volemias reiteradas.

Coagulación Intravascular diseminada (CID) de múltiples causas. Se prefiere una exsanguinotransfusión de 2 volemias, pero según el estado del recién nacido enfermo, cualquiera de los métodos de intercambio puede ayudar a aportar los factores de la coagulación requeridos y a reducir la etiología de base de la coagulación anormal. En los casos menos severos de CID puede bastar la reposición de los factores de la coagulación por transfusión de plasma fresco congelado (10-15 mL/kg).

Trastornos metabólicos que causan acidosis severa (por ejemplo aminoaciduria con hiperamonemia asociada). Los intercambios parciales suelen ser aceptables. La diálisis peritoneal también puede ser útil para tratar algunos trastornos metabólicos progresivos.

Policitemia. Lo mejor suele ser indicar una exsanguinotransfusión parcial con solución fisiológica. También se puede emplear fracción proteica del plasma (por ejemplo Plasmanate) o albúmina al 5% en solución fisiológica; sin embargo, se prefiere la solución fisiológica porque reduce tanto la policitemia como la hiperviscosidad de la volemia circulante del recién nacido. La fracción proteica del plasma o la albúmina al 5% pueden no modificar la viscosidad pese a la reducción de la masa eritrocitaria circulante.

Anemia severa (normovolémica o hipervolémica) que provoca insuficiencia cardíaca, como en la hidropesía fetal, es tratada en forma óptima con una exsanguinotransfusión parcial utilizando glóbulos rojos desplammatizados.

Anexo 2

Complicaciones

Infección. Se ha comunicado bacteriemia (habitualmente secundaria a *Staphylococcus* y/o *Klebsiella*), hepatitis, infección por citomegalovirus, paludismo y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Complicaciones vasculares. Puede sobrevenir embolia de un coágulo o gaseosa, arterioespasmo de los miembros inferiores e infarto de órganos importantes.

Coagulopatías. Las coagulopatías se pueden deber a trombocitopenia o a disminución de los factores de la coagulación. Las plaquetas pueden descender en más del 50% después de una exsanguinotransfusión de 2 volemias.

Alteraciones electrolíticas. Puede haber hiperpotasemia e hipocalcemia.

Hipoglucemia. La hipoglucemia es especialmente probable en recién nacidos de madres diabéticas y en los que presentan eritroblastosis fetal.

Acidosis metabólica. La acidosis metabólica secundaria a sangre de donante almacenada (debido a la carga ácida) es menos frecuente en la sangre conservada en citrato-fosfato-dextrosa (CPD).

Alcalosis metabólica. Puede sobrevenir alcalosis metabólica debido a un retraso en la depuración hepática del conservador citrato de la sangre donada.

Enterocolitis necrosante. Se ha sugerido una mayor incidencia de enterocolitis necrosante después de efectuar una exsanguinotransfusión. Por esta razón se debe retirar en catéter de la vena umbilical después del procedimiento a menos que sea necesario monitorear la presión venosa central. Asimismo, recomendamos no indicar alimentación durante por lo menos 24 horas para observar al recién nacido y detectar un posible íleo posintercambio.

Anexo 3

Alícuotas utilizadas habitualmente en la exsanguinotransfusión neonatal

Peso del recién nacido	Alícuota (ml)
Más de 3 kg	20
2-3 kg	15
1-2 kg	10
850 g-1kg	5
Menos de 850 g	1-3

Anexo 4

Exsanguinotransfusión simple

La volemia normal en un recién nacido de término es de 80 ml/kg. En un recién nacido que pesa 2 kg la volemia sería de 160 ml. En una exsanguinotransfusión de 2 volemias, se intercambia el doble de este volumen. Por lo tanto, la cantidad de sangre necesaria para un recién nacido de 2 kg sería de 320 ml. Se deben tomar en cuenta el bajo peso de nacimiento y la volemia de los recién nacidos extremadamente prematuros (puede ser de hasta 95 ml/kg) al calcular los volúmenes de intercambio.

Hay que permitir que el banco de sangre cuente con un tiempo adecuado para la tipificación y la compatibilización de la sangre. Durante este período el nivel de bilirrubina del recién nacido aumentará y este aumento debe ser tenido en cuenta al solicitar la sangre. La exsanguinotransfusión debe ser efectuada en un ámbito de terapia intensiva.

Anexo 5

Procedimientos Auxiliares

Estudios de laboratorio. Se debe extraer sangre para estudios de laboratorio antes y después de la exanguinotransfusión.

- **Estudios sanguíneos bioquímicos:** calcio total, sodio, potasio cloruro, pH, PaCO₂, estado ácido-base, bicarbonato y glucosa sérica.

- **Estudios hematológicos:** hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, recuento leucocitario y fórmula leucocitaria. El banco de sangre a menudo solicita sangre para retipificación y compatibilización después de la exanguinotransfusión con el fin de verificar la tipificación y volver a efectuar las pruebas de compatibilidad y para estudiar reacciones transfusionales si es necesario.
- Monitorización de glucosa semicuantitativa cada 100 ml.

Administración de gluconato de calcio. El buffer citrato fija el calcio y disminuye transitoriamente los niveles de calcio ionizado. El tratamiento de una presunta hipocalcemia en pacientes que reciben transfusiones es controvertido. Algún personal médico administra de rutina 1 – 2 ml. de gluconato de calcio al 10% en infusión lenta después de cada 100 ml. de sangre de donante intercambiada. Otros sostienen que este tratamiento no ejerce efectos terapéuticos a menos que se demuestre hipocalcemia por medio de un ECG que revele una modificación del intervalo QT.

Fototerapia. La fototerapia se inicia o se reanuda después de la exanguinotransfusión en los trastornos asociados con un alto nivel de bilirrubina.

Monitoreo de los niveles séricos de bilirrubina. Es preciso continuar monitoreando los niveles séricos de bilirrubina posexanguinotransfusión a las 4 y 6 horas y luego cada 6 horas. Es esperable un rebote de los niveles de bilirrubina después de la transfusión.

Reinstalación de medicamentos. Los pacientes que recibían antibióticos o anticonvulsivantes deberán volver a ser medicados. A menos que el estado cardíaco se esté deteriorando o que los niveles séricos de digoxina sean demasiado bajos, no se debe volver a medicar a los pacientes que reciben digoxina.

1. Exsanguinotransfusión parcial

Una exsanguinotransfusión parcial se efectúa de la misma manera que una exsanguinotransfusión de 2 volemias. Si el intercambio parcial es por policitemia (usando solución fisiológica u otro derivado hemático) o anemia (glóbulos rojos desplazmatizados), se puede aplicar la siguiente fórmula para determinar el volumen de la transfusión:

$$\text{Volumen de intercambio (MI)} = \frac{\text{Volemia estimada (mL x peso [kg])} \times (\text{Hto observado} - \text{Hto deseado})}{\text{Hto observado}}$$

2. **Exsanguinotransfusión parcial isovolumétrica** con glóbulos rojos desplazmatizados: es el mejor procedimiento en caos severo de hidropesía fetal.



10. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

1. Propósito

Asegurar la vía aérea del paciente con el fin de brindar sostén respiratorio mecánico, obtener material aspirado para cultivo, ayudar a la higiene broncopulmonar, aliviar la estenosis subglótica del neonato críticamente enfermo.

2. Alcance

Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales

- Tubo endotraqueal. **Ver Anexo 1**
- Mando de laringoscopio pediátrico con rama (hoja N° 0 para recién nacidos que pesan < 3,000 g, hoja Miller N° 1 para recién nacidos que pesan > 3,000 g)
- Aparato de bolsa
- Válvula
- Mascarilla de 250, 500 y 750 mls.
- Adaptador de tubo endotraqueal
- Fuente de oxígeno con flujómetro
- Sondas de aspiración
- Cinta
- Tijeras
- Estilete (opcional)
- Guantes
- Lentes
- Monitorización EKG.
- Saturación O2.
- Acceso venoso periférico.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Preparación del material y equipo.	1.1 Realiza lavado de manos y coloca guantes estériles.	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
	1.2 Corte el tubo endotraqueal para eliminar el espacio muerto. Algunos tubos nuevos están marcados oral o nasal y deben ser cortados de la manera apropiada.	
	1.3 Coloque el monitor de signos vitales al paciente.	
	1.4 Verifique el funcionamiento de la fuente de luz del laringoscopio antes de iniciar la intubación endotraqueal.	
	1.5 Coloque un aparato de bolsa y máscara a la cabecera del paciente, verifica que haya fuente de oxígeno y forma de conectado Nota: Coloque el estilete (si se lo emplea) en el tubo endotraqueal. Los estiletes flexibles son opcionales, pero pueden ayudar a dirigir el tubo hasta su posición en forma más eficiente.	
2 Intubación endotraqueal.	2.1 Coloque al recién nacido en "posición de olfateo" (ligera extensión del cuello), sin hiperextensión. Nota: En los recién nacidos, la hiperextensión cervical puede provocar el colapso de la tráquea. Considere las precauciones pertinentes. Ver Anexo 2.	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
	2.2 Aspire con precaución la orofaringe según sea necesario para visualizar con claridad las estructuras anatómicas.	
	2.3 Controle la frecuencia cardíaca y el color del recién nacido.	
	2.4 Sostenga el laringoscopio con la mano izquierda. Introducirlo en el	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	lado derecho de la boca y desplazar la lengua hacia el lado izquierdo.	
	2.5 Haga avanzar la hoja unos pocos milímetros, pasándola por debajo de la epiglotis.	
	2.6 Levante la hoja verticalmente para elevar la epiglotis y visualizarla. Hay que recordar que el propósito del laringoscopio es levantar verticalmente la epiglotis, no abrirla. Nota: Para visualizar mejor las cuerdas vocales un asistente puede aplicar una suave presión externa al cartílago tiroideo (maniobra de Sellick).	
	2.7 Introduzca el tubo endotraqueal a lo largo del lado derecho de la boca y hasta pasar las cuerdas vocales durante la inspiración. Nota: Lo mejor es hacer avanzar el tubo sólo 2-2.5 cm. por la tráquea, para evitar colocarlo en el bronquio fuente derecho. A veces es útil fijar el tubo con cinta al labio cuando se los ha hecho avanzar 7 cm. en un recién nacido de 3 kg. (Regla de "1, 2, 3/7, 8,9").	
	2.8 Retire el estilete con suavidad mientras se sostiene el tubo en posición.	
	2.9 Confirme la posición del tubo y coloque la bolsa de reanimación al mismo.	
	2.10 Aplique ventilación manual mientras el personal médico ausculta ambos lados del tórax para determinar si los ruidos respiratorios son iguales.	
	2.11 Ausculta el estómago para asegurarse de no haber ingresado	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>inadvertidamente en el esófago del neonato.</p> <p>2.12 Pincele la piel con tintura de benjui, fije el tubo de manera segura en su posición.</p> <p>2.13 Realice una radiografía de tórax para confirmar la posición correcta del tubo requisitando el formato correspondiente.</p> <p>2.14 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la intubación endotraqueal practicada al neonato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Tamaño recomendado del tubo endotraqueal según el peso o la edad gestacional del recién nacido*

Tamaño del tubo (DI mm)	Peso	Edad gestacional
2.5	Menos de 1,000 g	Menos de 28 semanas
3.0	1,000 – 2,000 g	28 – 34 semanas
3.5	2,000 – 3,000 g	34 – 38 semanas
4.0	Más de 3,000 g	Más de 38 semanas

Tomado de Textbook of Neonatal Resuscitation, 2016 American Academy of Pediatrics.

Anexo 2

Complicaciones

Perforación traqueal. La perforación traqueal es una complicación rara que exige intervención quirúrgica. Se la puede prevenir mediante el uso cuidadoso del laringoscopio y el tubo endotraqueal.

Perforación esofágica. La perforación esofágica suele ser causada por una intubación traumática. El tratamiento depende del grado de perforación. La mayoría de las lesiones pueden ser manejadas mediante nutrición parenteral hasta que la filtración se cierre, antibióticos de amplio espectro y observación para detectar signos de infección. Después de varias semanas puede ser necesario un estudio de la deglución contrastado con bario para evaluar la curación o descartar la formación de estenosis.

Edema laríngeo. El edema laríngeo es común después de la extubación y puede provocar dificultad respiratoria. Se puede administrar un curso breve de esteroides (por ejemplo dexametasona) por vía intravenosa antes e inmediatamente después de la extubación. De todos modos, la dexametasona sistémica no reduce el estridor agudo posextubación de los recién nacidos.

Surcos palatinos. En casos de intubación prolongada por lo general se observan surcos palatinos, que típicamente se resuelven con el transcurso del tiempo.

Estenosis subglótica. La estenosis subglótica casi siempre se asocia con una intubación endotraqueal prolongada (>3-4 semanas). En general es necesario recurrir a la corrección quirúrgica. En caso de intubación prolongada se puede considerar la traqueostomía.



11. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LAVADO DE MANOS

11. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA LAVADO DE MANOS

1. Propósito

Reducir la diseminación y transmisión de infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario.

2. Alcance

Todas las personas que ingresen al área de hospitalización.

3. Herramientas o materiales

- Lavabo con agua corriente.
- Jabón de pastilla o líquido antiséptico.
- Toallas desechables.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Lavado de Manos.	1.1 Retira anillos, reloj y pulseras.	Personal Médico Adscrito, personal Médico Residente y personal de Enfermería.
	1.2 Moja y enjabona sus manos con 3 a 5 ml. de jabón.	
	1.3 Frota con fuerza las manos durante 15 a 30 segundos, inicia por las palmas, dorso, espacios, interdigitales y finalmente muñecas.	
	1.4 Enjuaga perfectamente siguiendo los pasos anteriores para eliminar completamente los residuos de jabón. Ver anexo 1.	
	1.5 Seca con 2 toallas desechables, de los dedos hacia las muñecas.	
	1.6 Cierra la llave del agua con la toalla que secó las manos.	
	1.7 Deposita la toalla de papel húmeda en el contenedor de la basura municipal.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

No aplica.

6. Anexo

Anexo 1

Técnica del lavado de manos. Repita cada movimiento 5 veces





12. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA NUTRICIÓN PARENTERAL

12. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA NUTRICIÓN PARENTERAL.

1. Propósito

Administrar macro y micro nutrientes por vía intravenosa en pacientes en los cuales está contra indicado administrar nutrición vía oral o enteral.

2. Alcance

Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales

- Equipo de cómputo.
- Software diseñado para formulación de nutrición parenteral.
- Plicometro.
- Cinta métrica.
- Infatómetro.
- Estadímetro.

4. Pasos de la Instrucción.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Tratamiento con nutrición parenteral.	1.1 Establece la indicación para administrar la nutrición parenteral total en el paciente críticamente enfermo.	Personal Adscrito y/o personal Residente de Terapia Intensiva. Médico de Terapia Intensiva.
2 Formulación de la nutrición parenteral.	2.1 Realiza la Evaluación Nutricia inicial (M-5-1-01 a-b) , calcula los requerimientos, en base a tolerancia, condiciones metabólicas y patología del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Nutricia inicial (M-5-1-01 a-b) 	Personal Adscrito de Terapia Intensiva. Médico de Terapia Intensiva.
	2.2 Requisita Hoja de Cálculo de Alimentación Parenteral (M-5-1-02 a-b) , y Alimentación Parenteral (M-5-1-04) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cálculo de Alimentación Parenteral (M-5-1-02 a-b). • Alimentación Parenteral (M-5-1-04). 	Personal Adscrito de Terapia Intensiva y/o personal de Enfermería asignada al área de soporte nutricional especializado de Terapia Intensiva. Médico de Terapia Intensiva.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
3 Recepción de nutriciones parenterales	3.1 Recibe mezclas de nutrición parenteral del proveedor, coteja con el Registro de Nutriciones AP recibidas el contenido de las nutriciones y verifica que la entrega este completa. Tanto el proveedor como el personal de Enfermería anotan nombre firma, fecha, hora y clave en el Registro de Nutriciones AP recibidas , misma que es resguardada en el Departamento de Terapia Intensiva. Almacena en refrigeración las mezclas. <ul style="list-style-type: none"> • Registro de nutriciones AP recibidas. 3.2 Recibe del proveedor la hoja Registro de envió y Recibo de Nutrición Parenteral en original y dos copias. <ul style="list-style-type: none"> • Registro de envió • Recibo de nutrición parenteral 3.3 Solicita al proveedor que anote en ambas hojas su nombre, firma, hora y fecha así mismo el personal de Enfermería deberá realizar la misma actividad. 3.4 Resguarda copia del Registro de Envió y Recibo de Nutrición Parenteral y entrega al proveedor original y copia. <ul style="list-style-type: none"> • Registro de envió • Recibo de nutrición parenteral. 	Personal de Enfermería asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva
5 Registro y envió de nutriciones parenterales al centro de costos del INP.	5.1 Registra y envía por sistema electrónico al centro de costo del Instituto Nacional de Pediatría la lista de pacientes que recibieron nutrición parenteral.	Personal de Enfermería asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva.
6 Registro de requerimientos de nutrición parenteral en Notas de Evolución.	6.1 Sella y requisita los requerimientos calculados de la nutrición parenteral en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	Personal de Enfermería asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
7 Administración de nutrición parenteral.	7.1 Administra vía intravenosa al paciente la mezcla parenteral. Ver Manual de cuidados enfermeros.	Personal de Enfermería de Terapia Intensiva responsable del paciente.
8 Evaluación del paciente con nutrición parenteral.	<p>8.1 Realiza visita médica diaria al paciente, evalúa condición clínica y registra la evolución en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) (sello correspondiente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03 a-b). <p>¿El paciente requiere seguir con nutrición parenteral?</p> <p>No: Inicia alimentación enteral, continúa el tratamiento y registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b).</p> <p>Si: Adecua en caso necesario la formulación parenteral de acuerdo al estado metabólico del paciente. Registra las modificaciones en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) (sello correspondiente). Regresa a la actividad 5.2.1.</p>	Personal Médico Adscrito y personal Médico Residente de Terapia Intensiva.
9 Informe mensual de nutriciones parenterales.	9.1 Informa a la persona servidora pública titular del Departamento de Terapia Intensiva el día 25 de cada mes el número de nutriciones parenterales administradas a los pacientes críticamente enfermos.	Personal de Enfermería asignada al área de Soporte Nutricio de Terapia Intensiva.
	<p>9.2 Elabora el día 25 de cada mes Informe Mensual de Nutriciones Parenterales en original y cuatro copias que distribuye de la siguiente manera:</p> <p>Original al Departamento de Archivo Clínico, 1ª copia a la Dirección Médica, 2ª copia a la Subdirección de Medicina Crítica, la 3ª a Planeación y la 4ª se archiva</p>	Persona servidora pública titular del Departamento de Terapia Intensiva.



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	después de recabar los sellos de recibido de las áreas mencionadas.	
TERMINO DE LA INSTRUCCIÓN		

5. Formatos

Evaluación Nutricia inicial (M-5-1-01 a-b).

Hoja de Cálculo de Alimentación Parenteral (M-5-1-02 a-b).

Alimentación Parenteral (M-5-1-04).

Registro de Nutriciones AP.

Registro de envió y recibo de Nutrición Parenteral.

Notas de Evolución (M-0-03 A-B).

Informe Mensual de Nutriciones Parenterales.

6 . Anexos

No aplica.



13. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA PERICARDIOCENTESIS PERCUTANEA

13. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA PERICARDIOCENTESIS PERCUTANEA

1. Propósito

Identificar y tratar una arritmia potencialmente letal y recuperar así el correcto funcionamiento cardíaco

2. Alcance

Personal del departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales

- Torundas de gasa estéril 4x4
- Solución de yodo
- Guantes, bata, cubrebocas y gorro estériles
- Lidocaína al 1%
- Angiocatéter de calibre 16 o 18 de 2 pulgadas (5cm) o aguja para corazón o raquianestesia de 12-18cm y calibre 16-18 cm (bisel corto)
- Jeringas de 10 y 50 ml.
- Llaves de 3 vías
- Tubos (catéteres) IV
- Frascos-ámpula para muestras y tubos de cultivo
- Balón, mascarilla, oxígeno, monitor, oxímetro de pulso, aparato automatizado para medir tensión arterial
- Carrito con material para urgencias cardiovasculares
- Expansores volumétricos
- Pinzas de "cocodrilo" estériles
- Guía estéril flexible

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Preparación del paciente.	1.1 Coloca al menor en decúbito dorsal o en circunstancias óptimas con la mitad superior del cuerpo elevada a 30-45 grados (de esta manera el corazón se acerca más a la pared anterior del tórax).	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
2 Realización del acceso.	2.1 Coloca acceso IV y el monitor cardíaco (EKG).	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
	2.2 Si hay estabilidad hemodinámica y no hay deterioro respiratorio, considera la práctica de premedicación / sedación consciente. La premedicación con atropina es útil para evitar la respuesta vasovagal.	
3 Colocación de campos	3.1 Prepara con técnica aséptica y coloca campos estériles en toda la zona xifoidea inferior y epigástrica.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
4 Anestesia del paciente	4.1 Anestesia la zona con xilocaína al 1%.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
	4.2 Dispone de una llave de 3 vías, se unirá la jeringa al orificio central. Se une al catéter o la aguja de raquianestesia a la llave y se colocan pinzas de cocodrilo al cubo de la aguja.	
5 Monitoreo del paciente	5.1 Una vez puncionada la piel vigila el trazo del EKG al unir el cordón estéril que viene de la aguja pericárdica a la derivación V del electrocardiógrafo.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
6 Vía de acceso paratifoideo izquierda (preferida)	6.1 Con aspiración suave poco a poco introduce el catéter en un ángulo de 45 grados respecto al plano coronal, por debajo del borde costal izquierdo junto al apéndice xifoides, en dirección del plano parasagital medio clavicular izquierdo (algunos prefieren la orientación hacia el hombro	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>izquierdo, la zona media escapular izquierda o el hombro derecho).</p> <p>6.2 Percibe la resistencia del pericardio y un tronido leve cuando la aguja lo punciona. Se observará el monitor EKG en busca de cambios en el trazo, como elevación del segmento ST al entrar en contacto la aguja con el epicardio ventricular; también se advierte elevación del segmento PR al entrar en contacto con el epicardio auricular.</p>	
<p>7 Vía de acceso paraesternal izquierda.</p>	<p>7.1 Con aspiración suave introduce la aguja en sentido perpendicular a la pared del tórax, sobre el borde superior de la quinta costilla y junto al borde esternal. Cuando la aguja está en un plano profundo al arco costal se reorienta hacia el hombro izquierdo. Puede percibirse la resistencia del pericardio y un tronido pequeño cuando lo punciona la aguja. Se observará el trazo del EKG.</p>	<p>Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.</p>
<p>8 Ajuste de pinzas hemostáticas.</p>	<p>8.1 Al aspirar el líquido en el interior de la jeringa, une las pinzas hemostáticas a la aguja en la superficie de la piel, para evitar la penetración excesiva y accidental.</p>	<p>Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.</p>
<p>9 Extracción de líquidos.</p>	<p>9.1 Extrae el volumen deseado de líquido y envía al laboratorio para las pruebas necesarias: cultivos en busca de bacterias, virus y hongos, recuentos celular total y diferencial, nivel de glucosa y proteínas, DHL, tinción de gran. y amilasa.</p>	<p>Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	9.2 Extrae la aguja y coloca un apósito estéril.	
10 Solicitud de estudios.	10.1 Realiza la radiografía de tórax y el electrocardiograma después de la pericardiocentesis y 6 horas posteriores a la misma.	Personal Médico Adscrito ó personal Médico Residente.
11 Monitoreó del paciente	11.1 Sigue vigilando y monitorizando al paciente.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

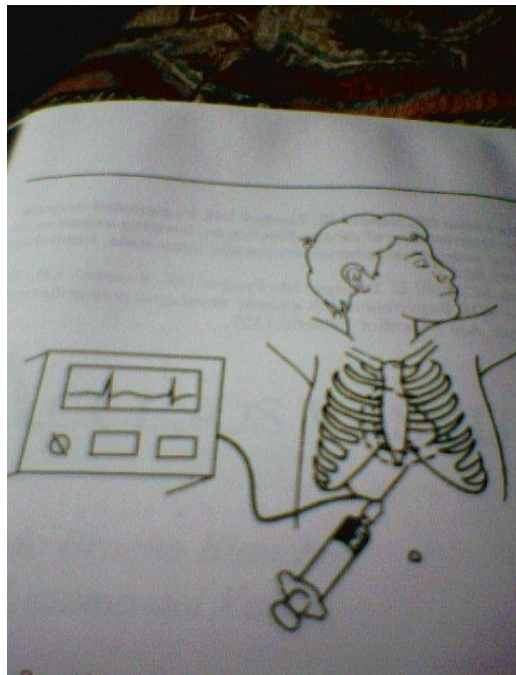
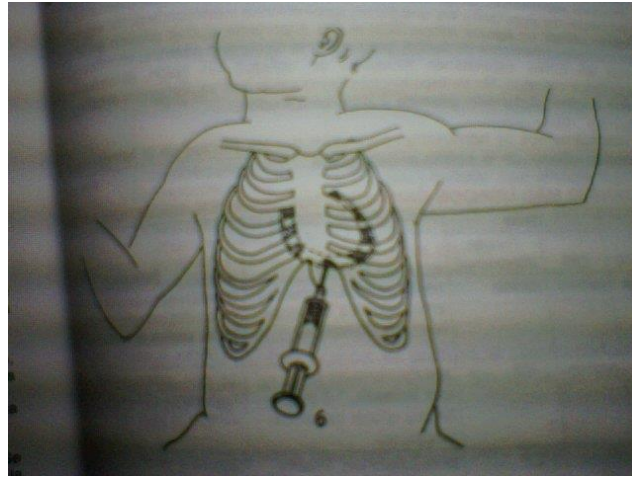
5. Formatos

No aplica

6 Anexos

Anexo 1

Imágenes referentes a la Pericardiocentesis Percutánea.





14. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA PUNCIÓN LUMBAR

14. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA PUNCIÓN LUMBAR

1. Propósito

El examen del líquido cefalorraquídeo (LCR), se realiza con el propósito de obtener información que es relevante para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas. Muchas condiciones urgentes que ponen en peligro la vida, requieren una evaluación inmediata del LCR. Ciertas condiciones pueden resultar peligrosas al realizar una punción lumbar; este procedimiento debe hacerse posterior a un adecuado examen neurológico del paciente con lo cual se evaluarán los beneficios de este procedimiento.

2. Alcance

Todos los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Pediatría.

3. Herramientas o materiales

- Lidocaína al 1%. (10 mg/ml)
- Aguja de calibre 25 para anestesia local.
- Jeringas de 3 y 5 ml.
- Agujas espinales de calibre 20 a 22 y de 1 ½ pulgadas para neonatos, lactantes y niños pequeños, y de 2 ½ pulgadas para niños grandes y adolescentes.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Bata estéril.
- Gorro y cubrebocas.
- Campos estériles.
- Vaso para antiséptico.
- 3 a 4 tubos estériles.
- Manómetro con llave de 3 vías

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Localización de sitio de punción.	1.1 Una vez colocado el paciente, localiza el sitio de la punción; el espacio intervertebral de L3-L4 (eje que pasa por el borde superior de las crestas ilíacas), ya que las raíces terminales de la médula espinal se localizan a nivel de L3 y el riesgo de lesión es mínimo.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
2 Realización de asepsia y antisepsia.	2.1 Realiza asepsia y antisepsia enérgica de la región con una solución de yodo-povidone, inicia en el sitio de la punción en forma circular hasta un área de 10-15 cm., repite esto en tres ocasiones, y posteriormente coloca un campo estéril.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
PACIENTES MAYORES DE 1 AÑO		
3 Administración de anestesia.	3.1 Se recomienda en los pacientes mayores de 1 año, la administración de anestesia local con Lidocaína simple al 1% con una dosis máxima de 4-5 mg/kg., misma que inicia en forma intradérmica en el sitio de la punción.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
4 Introducción de la aguja.	4.1 Posteriormente avanza la aguja dentro del espacio deseado inyectando el anestésico, tiene cuidado de no inyectar dentro de un vaso sanguíneo o del canal espinal.	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.
	4.2 Asegura que el estilete se encuentre colocado dentro de la aguja, con el objeto de prevenir implantación de tejido epidérmico.	
	4.3 La aguja la sostiene en el centro de su dedo índice y pulgar. Introduce la aguja con el bisel hacia arriba para prevenir la sección de fibras durales y disminuir el riesgo de salida de LCR una vez que este procedimiento se haya realizado.	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.4 Con la aguja perpendicular al plano vertical, avanza a través de la piel hacia las estructuras profundas hasta encontrar una resistencia ligera, lo cual es a nivel del ligamento espinoso. Esta resistencia continúa hasta que la aguja penetra a la dura madre, en este momento siente un “pop”, sensación causada por el cambio de resistencia, lo cual indica que la aguja se encuentra en el espacio subaracnoideo, por lo que se retira el estilete. Ver anexo 1.</p> <p>4.5 Si no se obtiene LCR, rota la aguja 90° hacia cada lado para prevenir una posible obstrucción, tiene cuidado para no ocasionar una punción traumática.</p> <p>Nota: Si aún con este procedimiento no se obtiene LCR, se tendrá que volver a colocar el estilete y avanzar la aguja uno o dos milímetros hacia delante y volver a verificar. La profundidad de la punción puede determinarse usando la fórmula siguiente:</p> <p>Profundidad = 0.77 cm. + 2.56 (m2 de la PL superficie corporal)</p>	
	PACIENTES MAYORES DE 2 AÑOS	
5 Medición de la presión.	5.1 Es recomendable en los pacientes mayores de 2 años, la medición de la presión inicial del LCR, para lo cual se coloca una llave de tres vías sobre la aguja y se conecta al manómetro, para posteriormente abrir la llave e iniciar la medición de la presión. Se debe tomar en cuenta que puede existir una fluctuación de la presión del LCR con los ciclos cardiacos y respiratorios. Con el paciente en	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>decúbito lateral la presión normal del LCR es de 50 a 200 mm de H₂O. Hay que recordar que la presión puede estar artificialmente elevada en el paciente que no se encuentra relajado ni tranquilo. Así mismo esta no tiene valor en el paciente que se encuentra sentado. Es importante tomar la presión final al terminar el procedimiento.</p> <p>Nota: En caso de que la presión inicial sea mayor de 200 mm de H₂O, este procedimiento deberá ser terminado de inmediato y no se deberá extraer más del líquido que se encuentre en el manómetro, el cual se deberá mandar analizar. Ver anexo 6.</p>	
6 Recolección del LCR.	<p>6.1 Después de obtener la presión inicial, el LCR se recolecta en frascos estériles. Ver anexos 2 y 3.</p> <p>Nota: La cantidad límite de LCR a recolectar en el prematuro o en el recién nacido de término es de 2 ml., mientras que en los niños mayores pueden recolectarse LCR en forma segura de 3 a 6 ml.</p> <p>6.2 Una vez completada la recolección del LCR, se coloca de nuevo el estilete y retira la aguja.</p>	Personal Médico Adscrito o personal Médico Residente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>6.3 Coloca un vendaje compresivo sobre el sitio de la punción, y el paciente deberá mantenerse en reposo, y si es posible en posición prona durante 3 a 4 horas, valorando la presencia de cualquier alteración neurológica (cefalea, vómito, alteración del estado de alerta, etc.) y administrando una adecuada cantidad de líquidos. Ver anexos 4 y 5.</p> <p>Nota: Es importante comentar que el apoyo de la sedación es indispensable cuando se requiere de la medición de la presión del LCR o bien cuando es imposible lograr una adecuada posición para la realización del procedimiento, lo cual puede obtenerse con la administración de Midazolam de 0.1 a 0.3 mg / kg. sublingual o intranasal de 10 a 20 minutos antes del procedimiento o bien de 0.05 a 0.1 mg / kg. intravenoso 5 minutos antes del procedimiento, sin olvidar mantener el control de la vía aérea, la respiración y el adecuado estado circulatorio, además de una monitorización estrecha de la oxigenación.</p>	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Técnica

En todo paciente que se realice una punción lumbar, se deberá vigilar de manera estrecha la vía aérea, ya que al colocarlo en la posición adecuada y sujetarlo, puede obstruirse, sobre todo si se trata de un recién nacido o lactante. Por esta razón se recomienda que en estos pacientes se realice el procedimiento en posición sedente y en los pacientes de mayor edad en decúbito lateral.

Una vez elegida la posición, se debe administrar oxígeno al paciente a razón de 3 a 5 litros por minuto. Es importante monitorizar al paciente con un oxímetro de pulso durante el procedimiento, para evaluar su oxigenación, en especial en los pacientes críticamente enfermos.

Acceso en decúbito lateral.

El eje cráneo espinal del paciente deberá estar paralelo al plano de la mesa de exploración, teniendo al paciente con las rodillas flexionadas, así como el torso, evitando una flexión excesiva del cuello. Se deben localizar las crestas ilíacas, imaginando un plano transversal entre los dos puntos que intersectan a la espina, que es aproximadamente el espacio entre L3 y L4.

Acceso en sedestación.

Se debe contar con un asistente para sostener al paciente sobre la mesa de exploración, con las rodillas y el tronco flexionados. El asistente deberá sujetar el codo y la rodilla derecha del paciente con su mano izquierda, el codo y la rodilla izquierda del paciente con su mano derecha (Fig. 2). En pacientes mayores, esta técnica deberá realizarse de manera voluntaria, sentándose el paciente en la orilla de la mesa de exploración con la espalda flexionada y los antebrazos descansados sobre las rodillas. Un asistente estabilizará la posición del paciente para mantenerlo alineado durante todo el procedimiento. Aquí el eje craneoespinal estará perpendicular al plano de la mesa y el eje de las crestas ilíacas paralelo a la mesa.

Anexo 2

Punción lumbar traumática.

En caso de que al obtener LCR, éste se encuentre con rasgos de sangre; se coleccionará en frascos diferentes hasta que éste se haga más claro, el último se enviará para citoquímico y los primeros frascos para cultivos (Prueba de los tres tubos).

Aunque una punción lumbar sea traumática, se podrá valorar el LCR con ciertas reservas, al realizar la corrección de leucocitos y proteínas de la siguiente manera:

1000 eritrocitos/mm³ elevan 1-2 leucocitos/mm³.

1. El número de leucocitos introducidos/mm³ = [(leucocitos periféricos) x (eritrocitos en LCR)] / eritrocitos periféricos
2. 1000 eritrocitos/mm³ en LCR eleva las proteínas de 1 a 1.5 mg/dl.

Se debe buscar la mejor forma de realizar una punción lumbar, siendo fundamental una adecuada participación del ayudante, sin embargo, hay que tomar en cuenta, que aún en las mejores condiciones, una punción lumbar puede resultar traumática en más del 20%.

Anexo 3

Punción lumbar hemorrágica

Cuando lo obtenido en la punción lumbar es totalmente contenido hemorrágico o bien no existe aclaramiento en la prueba de los tres tubos, se deberá observar inmediatamente la muestra al microscopio para determinar el porcentaje de crenocitos, lo cual nos hablaría de la presencia de una hemorragia subaracnoidea. Se enviará una muestra para cultivo.

Anexo 4

Contraindicaciones

Absolutas

- Pacientes con signos y síntomas de hipertensión intracraneana severa*, (presencia de papiledema, disminución de los pulsos venosos en fondo de ojo), datos de focalización, o de deterioro rostro caudal o bien de una TAC de cráneo con desviación de la línea media.

- Pacientes con coagulopatía severa con evidencia de sangrado activo. **
- Infecciones de los tejidos blandos sobre la región donde se realizará la punción lumbar.

Relativas

- Pacientes con inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria. En el momento que estas alteraciones se encuentren controladas, se podrá realizar el procedimiento.
- Pacientes con alteraciones de la coagulación que pueda responder al manejo con hemoderivados, posterior a lo cual se pueda realizar el procedimiento.

* Es importante aclarar que en caso de tener datos de hipertensión intracraneana severa, debe realizarse una TAC de cráneo con fines diagnósticos de la causa de la hipertensión intracraneana, y no para evaluar si se realiza una punción lumbar.

** Por otro lado no es necesario tomar pruebas de coagulación a todos los pacientes que se les realizará una punción lumbar; si existen datos de sangrado activo, el procedimiento está contraindicado inicialmente en pacientes con coagulopatías conocidas.

Anexo 5

Complicaciones

- El dolor en el sitio de la punción es el efecto adverso más común en los pacientes que se realiza una punción lumbar.
- La cefalea posterior a la punción ocurre más comúnmente en mayores de 10 años.
- Otras complicaciones incluyen vómito, parálisis temporal, tumores epidermoides, hematomas epidurales, subdurales o hemorragia subaracnoidea, además de deterioro neurológico y respiratorio agudo.
- El riesgo de parálisis es extraordinariamente raro.
- Para prevenir los tumores epidermoides, se deberá realizar la punción lumbar con un estilete colocado dentro de la aguja.
- La posición y la manipulación de los recién nacidos y lactantes menores durante la punción lumbar puede resultar en apnea o hipoxemia y deterioro clínico, sin embargo, estas complicaciones pueden disminuirse al evitar una excesiva



flexión del cuello, administrando oxígeno al paciente durante el procedimiento y utilizando la posición de sedestación.

- La herniación cerebral puede ocurrir si se realiza la punción lumbar en paciente con datos de hipertensión intracraneana severa, lo cual es una contraindicación, además de que, al realizarse la medición de la presión durante el procedimiento, esta se encontraría elevada con lo cual se suspendería el procedimiento inmediatamente.
- La incidencia de infecciones posterior al realizar una punción lumbar es extraordinariamente baja.

Anexo 6

Análisis del Líquido Cefalorraquídeo

El estudio del LCR debe incluir, análisis citoquímico, cuenta y tipo celular, nivel de glucosa y de proteínas, se debe enviar a tinción de Gram y a cultivos, lo cual es útil en el diagnóstico, es recomendable guardar un frasco con 2 ml. de LCR en el refrigerador para estudios especiales (tabla 1). Es importante obtener el nivel sérico de glucosa antes de realizar la punción lumbar, para determinar la relación de glucosa sérico con la del LCR.

Tabla 1. Manifestaciones del LCR en infecciones comunes de SNC.

Condición	Leucocitos/mm ³	Proteínas mg/dl	Glucosa	Tinción Gram	Presión Inicial
Normal	< 6 células de linfocitos y monocitos	< 45	60-70% del nivel de la glucosa en sangre	Negativo	50-200 mmH ₂ O
Meningitis Bacteriana Aguda	100-10,000; predomina PMN	50-100	< 40 mg/dl 0 < 50% de la glucosa en sangre	Positivo en un 80%	Elevada
Meningitis Bacteriana parcialmente tratada	10-100 PMN o predominio de linfocitos	50-100	< 40 mg/dl	Positivo o negativo	Elevada
Meningitis viral	20-1000; en etapa inicial predomina PMN, pero es típico linfocitos	Normal o ligeramente elevada; usualmente < 100	Normal	Negativo	Normal o Ligeramente elevada
Meningitis tuberculosa	20-500 predominio linfocitos	50-200	< 40 mg/dl	Negativo	Elevada
Meningitis por Criptococo	Normal a 100 Predominio linfocitos	100	< 40 mg/dl	Negativo	Elevada
Absceso cerebral	10-100; PMN y linfocitos	50-100	Normal	Negativo	Elevado
Absceso epidural	10-100; predominio linfocitos	100-1000	Normal	Negativo	Normal



15. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA SONDA TRANSPILORICA

15. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA SONDA TRANSPILORICA

1. Propósito

Brindar alimentación enteral en pacientes críticos.

2. Alcance

Al departamento de Terapia intensiva y Urgencias

3. Herramientas o materiales

- Sonda de silicona o poliuretano de 6, 8, 10 Fr. Flexible.
- Jeringa de 60cc.
- Llave de tres vías

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Consideración preliminar.	1.1 Mide la longitud necesaria para alcanzar estómago y duodeno.	Personal Adscrito o Médico Residente. Medico personal
2 Preparación del paciente.	2.1 Coloca al paciente en decúbito supino con la cama elevada entre 15-30°, cabeza centrada y cuello ligeramente flexionado.	Personal Adscrito o Médico Residente. Medico personal
3 Introducción de la sonda.	3.1 Lubrica la sonda con agua y se hace avanzar hasta la primera marca y se confirma su localización en estómago.	Personal Adscrito o Médico Residente. Medico personal
	3.2 Confirma la posición mediante inyección de 10ml. de aire (auscultar en el cuadrante superior derecho) y avanzar la sonda poco a poco, 1 o 2cm cada vez.	
	3.3 Si la situación clínica del paciente lo permite, coloca al niño en decúbito lateral derecho y continuar introduciendo la sonda centímetro a centímetro mientras inyectan 5cm. de aire, hasta la longitud calculada para alcanzar el yeyuno.	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	3.4 Si se encuentra resistencia, al avance, el aire no entra fácilmente o la sonda retrocede se sospecha la existencia de un bucle y se retira la sonda hasta la posición gástrica y avanza de nuevo.	Personal Médico Residente.
4 Control radiológico.	4.1 Una vez colocada la sonda, hace siempre un control radiológico para confirmar la posición. Si la situación no es correcta intenta de nuevo (hasta tres veces).	Personal Médico Residente.
	4.2 Comprueba posición midiendo pH alcalino en el aspirado.	
	4.3 Realiza confirmación radiológica y Fija sonda. Nota: En caso de fracaso o contraindicación de la técnica, deberá mediante endoscopia o fluroscopia.	
	CUIDADOS PARA MANTENIMIENTO	
5 Control de equipo.	5.1 Evitar la salida accidental con fijación adecuada, comprobando periódicamente la distancia externa.	Personal Médico Residente.
	5.2 Evitar la obstrucción mediante, lavando con agua de forma periódica.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

No aplica

6. Anexos

Anexo 1

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA TÉCNICA



Lesiones nasales, sinusitis, otitis media, esofagitis, náuseas, reflujo esofágico, fístulas traqueoesofágicas y roturas de varices esofágicas.

Obstrucción de la sonda o anudamiento en estómago, obstrucción pilórica o intestinal, paso a cavidad o submucosa faríngea.

A mediano o largo plazo pueden producirse alteraciones de vaciado gástrico o reflujo duodenogástrico como resultado de presencia de una sonda a través del píloro.



16. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA SONDEO VESICAL

16. INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA SONDEO VESICAL

1. Propósito

Brindar atención médica al paciente críticamente enfermo que requiera una muestra de orina y no se la puede obtener al acecho o no es posible realizar una aspiración suprapúbica, así mismo el sondeo vesical se lleva a cabo para monitorear la diuresis, aliviar la retención urinaria o efectuar una cistografía o una cistouretrografía miccional.

2. Alcance

Todas las áreas clínicas del Instituto

3. Herramientas o materiales

- Guantes estériles
- Torundas de algodón
- Solución de yodo-povidona
- Campos estériles
- Lubricantes
- Un frasco de recolección estéril
- Sondas uretrales (catéter para arteria umbilical 3.5 fr. para recién nacidos que pesan <1,000 g; sonda alimentaría 5 fr. para recién nacidos que pesan 1,000-1,800 g; sonda alimentaría 8 fr. para recién nacidos que pesan > 1,800 g)

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
Varones		
1 Sondeo vesical en varones.	1.1 Coloca al recién nacido en decúbito dorsal, con los muslos en abducción (posición en ancas de rana).	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
	1.2 Limpie el pene con solución de yodo-povidona, comenzando por el meato y avanzando en dirección proximal.	
	1.3 Póngase guantes estériles y coloque toallas estériles en el área para preparar el campo.	
	1.4 Coloque la punta de la sonda en lubricante estéril.	
	Nota: Se elige una sonda de alimentación en el caso de recién nacidos.	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	1.5 Sostenga el pene aproximadamente perpendicular al cuerpo para enderezar la uretra peniana de modo de prevenir una falsa vía. Es necesario tener en cuenta las complicaciones que se puedan suscitar. Ver anexo 1.	
	1.6 Haga avanzar la sonda hasta que aparezca orina. Nota: Es posible que se perciba una ligera resistencia cuando la sonda atraviesa el esfínter externo y por lo general se requiere una presión suave y sostenida para franquear esta área. Nunca se debe forzar la sonda.	
	1.7 Recolecte la muestra de orina. Pasa a la actividad 3.1. Nota: Si la sonda va a permanecer colocada, algunos consideran que en los varones se la debe fijar con cinta al hemiabdomen inferior, más que al miembro inferior, para ayudar a disminuir la formación de estenosis causadas por presión sobre la uretra posterior.	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
Niñas		
2 Sondaje Vesical en Niñas.	2.1 Coloca a la recién nacida en decúbito dorsal, con los muslos en abducción (posición ancas de rana).	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
	2.2 Separa los labios y limpia el área alrededor del meato con solución de yodo-povidona. Nota: Limpia de adelante hacia atrás para prevenir la contaminación fecal.	
	2.3 Póngase guantes estériles y prepare el campo con toallas estériles alrededor de los labios.	
	2.4 Separe los labios con 2 dedos.	
	2.5 Lubrique la sonda, hágala avanzar por la uretra hasta que	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	aparezca orina y fíjela al miembro inferior si va a permanecer colocada. Es necesario tener en cuenta las complicaciones que se puedan suscitar. Ver anexo 1.	
3 Registro del sondeo vesical.	3.1 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) el sondeo vesical practicado al neonato. <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución 	Personal Médico Adscrito y/o personal Médico Residente.
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Anexos

Anexo 1

Complicaciones

Infección: Es necesaria una técnica estéril estricta para ayudar a prevenir la infección. El sondeo en el que se retira de inmediato el catéter conlleva escaso riesgo de infección. Cuanto más tiempo se deje colocada una sonda, mayor probabilidad de infección.

Traumatismo uretral (“falsa vía”) o vesical: El traumatismo uretral o vesical es más común en los varones. Se puede prevenir lubricando de manera adecuada la sonda y elongando el pene para enderezar la uretra. Nunca se debe forzar la sonda si se percibe resistencia.

Hematuria: Por lo general la hematuria es transitoria, pero puede requerir irrigación con solución fisiológica.

Estenosis: La estenosis, que es más frecuente en los varones, suele ser causada por el uso de una sonda demasiado grande o por un sondeo prolongado o traumático. En los varones la fijación de la sonda a la pared abdominal anterior ayudará a disminuir la presión sobre la uretra posterior.



17. TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALES PERIFERICOS

17. TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALES PERIFERICOS

1. Propósito

Referir a los pacientes a otras Instituciones Médicas dependiendo de la complejidad del padecimiento, para ser atendidos en los diferentes niveles de atención.

2. Alcance

Al Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

N/A

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Valoración de paciente.	1.1 Valora la condición clínica del paciente y determina que debe de ser referido a una Unidad Hospitalaria Periférica. Ver procedimiento de Atención Médica de Urgencias.	Personal Médico Adscrito y personal Médico Residente de Urgencias.
2 Trámite del traslado del paciente.	2.1 Requisita la Solicitud de Envío de Pacientes (M-4-1-29 a-b) y la envía al personal de Trabajo Social de Urgencias. <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de envío de pacientes (M-4-1-29 a-b). 	Personal Médico Adscrito y personal Médico Residente de Urgencias.
	2.2 Envía al familiar o responsable del paciente al Departamento de Trabajo Social de Urgencias para realizar los trámites correspondientes, explicándole las razones del traslado. Ver Procedimiento para la referencia de	
	2.3 Recibe notificación vía telefónica de la Trabajadora Social, de la Institución hospitalaria que recibirá al paciente.	

3 Traslado del paciente.	3.1 Avisa al personal de enfermería de urgencias del traslado del paciente.	Personal Médico Adscrito y personal Médico Residente de Urgencias.
	3.2 Prepara al paciente, el material y medicamentos necesarios para el traslado y acompaña al personal Médico en el traslado. Ver Manual de Procedimientos.	Enfermera de Urgencias
	3.3 Acompaña al paciente a su traslado, llevando consigo la documentación necesaria para su atención médica.	Personal Médico Adscrito, personal Médico Residente de Urgencias y personal de Enfermería de Urgencias.
	3.4 Entrega al paciente al personal Médico tratante de la Institución médica de referencia, así como la documentación del mismo.	
	3.5 Solicita firma de conformidad al personal Médico tratante de la Institución médica de referencia en la copia de la Solicitud de Envío de Pacientes (M-4-1-29 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Envío de Pacientes (M-4-1-29 a-b) 	
	3.6 Entrega la copia de la Solicitud de Envío de Pacientes (M-4-1-29 a-b) de la Institución que refiere, a la Trabajadora Social de Urgencias para que se realicen los trámites conducentes. Ver procedimiento para la referencia de pacientes en Urgencias.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Formatos

Solicitud de Envío de Pacientes

6. Anexos

N/A

18 INSTRUCCIÓN DE TRABAJO PARA EL USO DE LA SOLUCIÓN CONCENTRADA ESTERILIZANTE EN FRÍO DE GLUTARALDEHÍDO

1 Propósito

Estandarizar el uso de la solución concentrada esterilizante en frío de glutaraldehído en todos los servicios del Instituto Nacional de Pediatría donde se realizan procesos de limpieza, desinfección de alto nivel / esterilización de material o instrumental.

2 Alcance

A nivel interno: Al personal dedicado al limpiar, desinfectar y esterilizar el instrumental destinado a la atención de pacientes.

A nivel externo: NA

3 Herramientas o materiales:

3.1 equipo de protección personal (EPP):

- Guantes de nitrilo dobles

- Delantales resistentes a líquidos

- Gafas de seguridad

- Mascarillas respiratorias con filtros A2P2

4 Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1 Colocación de equipo de protección personal	1.1. Coloca el equipo de Protección personal (EPP), de acuerdo al siguiente orden: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Guantes de nitrilo dobles. <p><i>Nota. Cambiarlos cada vez que se manipule el glutaraldehído y después de 5 minutos de inmersión continuada en la solución.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Delantal de un solo uso. ➤ Gafas de Seguridad o careta ➤ Mascarillas Respiratorias con filtros A2P2 (para vapores de punto de ebullición elevado y partículas). <ul style="list-style-type: none"> • Ficha técnica de solución esterilizante en frío de glutaraldehído 	
2. Realización de la mezcla de la solución esterilizante	2.1 Realiza la mezcla de la solución esterilizante en frío de Glutaraldehído (concentración final 0.5%) de acuerdo a lo indicado por el fabricante en un recipiente. <i>Anexo 1.</i> <p><i>Nota: Use solamente la cantidad necesaria de glutaraldehído para realizar su procedimiento.</i></p>	
3. Registro en etiqueta adherida, nombre de la solución, fecha de mezclado y fecha de expiración	3.1 Registra en una etiqueta adherida al recipiente, el nombre de la solución activada la fecha de mezclado y la fecha de expiración. <p><i>Nota: La fecha de caducidad estará determinada de acuerdo a lo indicado por el fabricante. Sin embargo, el tiempo máximo de uso</i></p>	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5 Formatos

Solicitud de Envío de Pacientes

6 Anexos

La persona asignada a limpiar y desinfectar el material o instrumental de cada servicio será la responsable de mantener los equipos limpios, dándoles el procedimiento adecuado y manteniéndolos en bolsas transparentes.

Las actividades de limpieza, desinfección y esterilización que se lleven a cabo con la solución concentrada esterilizante en frío de glutaraldehído deberán realizarse en un espacio abierto y con ventilación que asegure la recirculación del aire.

Los servicios en los que se llevará a cabo dicho el proceso son:

- Endoscopias de Gastroenterología (cuarto piso)
- Endoscopias de Neumología (segundo piso)
- Inhaloterapia (segundo piso)
- Quirófano (segundo piso)
- Hemodinamia Rx (primer piso)
- Estomatología

La persona asignada a la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental o material deberá contar con el siguiente equipo de protección personal (EPP):

- Guantes de nitrilo dobles
- Delantales resistentes a líquidos
- Gafas de seguridad
- Mascarillas respiratorias con filtros A2P2

La Central de Equipos y Esterilización (CEyE) será el área responsable de distribuir la solución concentrada esterilizante en frío de glutaraldehído a través de un vale previamente establecido.

VI. GLOSARIO

ABDUCCIÓN: Con miembros separados de la línea media.

ANTISEPSIA: Implica la eliminación o inhibición de la proliferación de microorganismos en tejidos vivos o líquidos corporales mediante el uso de antisépticos.

CATETERISMO: Introducción de un catéter en un vaso sanguíneo.

CRÁNEO: Contenedor rígido, es una estructura inextensible, por lo cual el volumen es constante independiente a su contenido en condiciones normales, este contenido se puede dividir en 3 componentes:

- Tejido cerebral (80%),
- Líquido cefalorraquídeo (10%), y
- Volumen sanguíneo (10%).

La suma de estos tres volúmenes compone la Presión Intracraneal manteniendo un valor normal entre 5 y 15 mmhg, si el volumen de cualquiera de estos tres componentes aumenta, habrá un descenso similar del resto con el fin de evitar el aumento de la PIC. A ello lo denominamos compliance intracraneal o hipótesis modificada de Monro y Kellie.

Cuando la distensibilidad es adecuada el cuerpo tiende a compensar el aumento de volumen de sangre, LCR y Tejido cerebral disminuyendo el volumen del resto de los componentes, sin elevar significativamente la PIC.

Las meninges y líquido cefalorraquídeo (LCR): Su rol principal es el protector, las meninges están constituidas por tres capas que separan el parénquima del cráneo.

Las tres capas desde el exterior al interior son:

- la duramadre adherida al cráneo (entre los cuales se forma un espacio virtual llamado epidural),
- la aracnoides (genera otro espacio llamado subdural) y,
- la piamadre debajo de la cual hay un espacio real por donde pasan los vasos y el LCR que recubre el parénquima que sirve como amortiguador que evita que choque o roce directamente con las estructuras óseas.

DECÚBITO DORSAL: Boca arriba

DESFIBRILACIÓN (DF): Como la cardioversión (CV) consisten en una descarga eléctrica de alto voltaje, mayor en la DF (dosis de 2-4 J / Kg.) que en la CV (dosis de 0.5-1 J / Kg.), que causa una despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de células cardíacas, rompiendo así el mecanismo de reentrada de la vía anómala de conducción de la mayoría de taquiarritmias, permitiendo al nodo sinusal auricular asumir de nuevo la actividad normal como marcapasos cardíaco (recuperar el ritmo sinusal). En el caso de la desfibrilación esta descarga será brusca o asincrónica, mientras que en el caso de la cardioversión la descarga debe ser sincronizada con el inicio del complejo QRS.

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL: Proceso de desinfección que destruye todos los microorganismos de objetos inanimados, con excepción de alto número de esporas bacterianas, mediante la inmersión total de un artículo en un germicida químico durante un tiempo definido.

DESINFECTANTES DE ALTO NIVEL: Se caracterizan por actuar inclusive sobre los esporos bacterianos (formas más resistentes dentro de los microorganismos), produciendo una esterilización química si el tiempo de acción es el adecuado. Se utilizan sobre instrumentos médicos o quirúrgicos termosensibles.

DESINFECCIÓN: Proceso que elimina la mayoría de los microorganismos excepto las esporas.

DESINFECTANTE: Es el agente químico destinado a la desinfección o eliminación de microorganismos, generalmente se refiere a una solución con poder bactericida como por ejemplo el Hipoclorito de sodio, también se utilizan sustancias como el formaldehído y el Glutaraldehído.

DESFIBRILACIÓN (DF): Como la cardioversión (CV) consisten en una descarga eléctrica de alto voltaje, mayor en la DF (dosis de 2-4 J / Kg.) que en la CV (dosis de 0.5-1 J / Kg.), que causa una despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de células cardíacas, rompiendo así el mecanismo de reentrada de la vía anómala de conducción de la mayoría de taquiarritmias, permitiendo al nodo sinusal auricular asumir de nuevo la actividad normal como marcapasos cardíaco (recuperar el ritmo sinusal). En el caso de la desfibrilación esta descarga será brusca o asincrónica, mientras que en el caso de la cardioversión la descarga debe ser sincronizada con el inicio del complejo QRS.

EPIGLOTIS: Región anatómica de la vía aérea.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP): El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.

ESTERILIZACIÓN. Destrucción o eliminación de cualquier tipo de vida microbiana de los materiales procesados, incluidas las esporas.

EXANGUINOTRANSFUSIÓN: Es una técnica que se utiliza principalmente para mantener la bilirrubina sérica por debajo de los niveles de neutotoxicidad.

Asimismo, se recurre a exanguinotransfusión para controlar otras patologías, como por ejemplo policitemia o anemia. Los tres tipos de exanguinotransfusión de uso habitual son: 1) intercambio de 2 volemias, 2) intercambio isovolumétrico de 2 volemias y 3) intercambio parcial (<2 volemias) con solución fisiológica, albúmina al 5% en solución fisiológica o plasma.

Estos procedimientos se indican fundamentalmente en recién nacidos enfermos, pero también se los puede utilizar para intercambios intrauterinos en fetos expuestos a alto riesgo de toxicidad del sistema nervioso central (por ejemplo, eritroblastosis fetal) por muestreo percutáneo de sangre umbilical (MPSU) y cateterismo de la vena umbilical bajo guía ecográfica.

FOTOTERAPIA: Es una medida terapéutica utilizada en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal. La fototerapia transforma la bilirrubina que está presente en los capilares y en el espacio intersticial.

HOJA: Parte del laringoscopio que se introduce en orofaringe.

HEMIABDOMEN INFERIOR: Mitad inferior del abdomen.

HEMOSTATO CURVO: Pinza curva para hemostasia, es decir, controlar sangrado.

HIPOTERMIA: Estado en el que una persona tiene, o está en riesgo de tener una reducción mantenida de la temperatura corporal por debajo de los 35.5°C, registrada en el recto, debido a un aumento de la sensibilidad a factores externos.

HIPOXEMIA: Disminución de presión arterial de oxígeno y de la saturación de la hemoglobina en sangre arterial.

LARINGOSCOPIO: Aparato para visualizar laringe.

LIMPIEZA: Proceso mecánico mediante el cual se elimina cualquier clase de suciedad incluyendo material orgánico de las superficies y objetos. Se busca la remoción de materia extraña de los objetos –tierra, materia orgánica. Por lo general se realiza con agua y detergentes o productos enzimáticos, mediante acción mecánica.

MEATO: Orificio uretral por donde sale la orina.

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE: Registro y/o representación gráfica permanente de ciertos signos fisiológicos o constantes vitales mediante un monitor.

PERICARDIOCENTESIS: Es la extracción de líquido del saco pericárdico mediante un catéter guiado por ecocardiografía.

POSICIÓN SUPINA: Boca arriba.

POSICIÓN DE OLFATEO: Ligera extensión del cuello.

PRESIÓN VENOSA CENTRAL: Es la presión que ejerce el volumen del entorno venoso corporal, el cual se mide en la vena cava superior o en la aurícula derecha.

La presión venosa central se mide en cm agua, la cifra normal varía dependiendo del sitio donde se encuentra situada la punta del catéter central, siendo de 2 a 8 cm de agua en aurícula derecha y de 8 a 12 cm de agua en la vena cava superior.

TOMA DE PRODUCTOS: Es la recolección de material y residuos biológicos para su estudio.

VASOESPASMO: Contracción de un vaso sanguíneo.

VII. BIBLIOGRAFÍA

No Aplica.



VIII. CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Motivo del Cambio
0	30-Oct-2006	Creación del Sistema de Gestión de la Calidad.
1	23-Feb-2007	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del procedimiento de Hospitalización de Urgencias. • Creación del procedimiento Traslado e Ingreso de pacientes de otros hospitales al Departamento de Neonatología. • Modificación del procedimiento del Acceso Venoso Periférico (anexo 1). • Modificación del procedimiento de Asistencia Médica de Urgencias. • Modificación del procedimiento a instrucción de trabajo de Nutrición Parenteral. • Modificación al procedimiento de Asistencia Médica en Terapia Intensiva.
2	1-Abril-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación en la política no. 12 del procedimiento Asistencia Médica en Terapia Intensiva.
3	2-Marzo-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de los procedimientos de Inhaloterapia.
4	26-Feb-10	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en Urgencias en caso de Contingencia. • Creación de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
5	22-Marzo-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del Procedimiento de Inhaloterapia: Limpieza, desinfección y esterilización de equipos. • Modificaciones al índice para poner los procedimientos en orden alfabético. • Integración de las Instrucciones de Trabajo de Cuidados Enfermeros de: Neonatología, Terapia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares y Urgencias.

6	2017	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño Institucional • Misión y Visión Institucional • Valores del Código de Ética de las y los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal. • Código de Conducta Institucional • Marco Jurídico 2017 • Políticas de Capacitación para mandos medios y superiores • Se actualizaron los Procedimientos de: Urgencias Terapia Intensiva Neonatología
7	OCTUBRE 2022	<p>Se actualizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Históricos del Área. • Formato institucional. • Directorio, Colaboradores y Recopiladores. • Misión y Visión Institucional. • Código de Conducta y Reglas de Integridad del INP. • Introducción (Fecha de Estructura Orgánica). • Marco Jurídico del INP. • Control de cambios. • Integración de Hoja de Autorización. <p>Se actualizaron los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Médica de Urgencias. • Asistencia Médica en Terapia Intermedia. • Asistencia Médica en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. • Transferencia de pacientes de sala de choque a Terapia Intensiva o Neonatología. • Traslado e ingreso de pacientes de otros hospitales al Departamento de Neonatología. <p>Se actualizaron las siguientes instrucciones de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso venoso periférico • Aplicación de surfactante • Cateterismo de vasos umbilicales en el neonato • Colocación de sonda vesical • Colocación de una línea arterial • Exanguinotransfusión • Intubación endotraqueal <p>Se eliminaron las Instrucciones de Trabajo de Enfermería.</p>

<p>8</p>	<p>MAYO 2023</p>	<p>Se actualizó:</p> <ul style="list-style-type: none">• Formato institucional.• Directorio, Colaboradores y Recopiladores.• Introducción• Marco Jurídico del INP.• Control de cambios.• Hoja de Autorización. <p>Se actualizó el procedimiento para:</p> <ul style="list-style-type: none">• La limpieza, desinfección y esterilización de equipos del servicio de Inhaloterapia <p>Se integró la Instrucción de Trabajo para:</p> <ul style="list-style-type: none">• El uso de la Solución concentrada esterilizante en frío de Glutaraldehído
-----------------	-------------------------	---



VIII. HOJA DE AUTORIZACIÓN

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

MAYO 2023

Autorización

Dra. Mercedes Macías Parra

Directora General