



SALUD

**SECRETARÍA
DE SALUD**



**INSTITUTO NACIONAL
DE PEDIATRÍA**



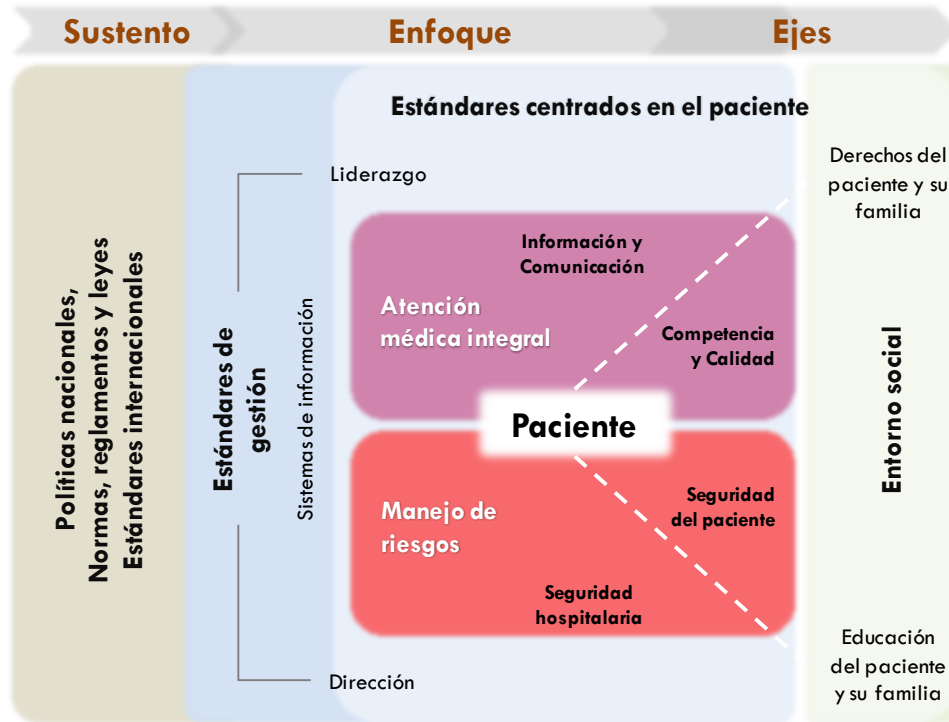
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS
E INSTRUCCIONES DE TRABAJO**

SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA CRÍTICA



ABRIL, 2012

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD



Instituto Nacional de Pediatría
 Insurgentes Sur No. 3700-C
 Col. Insurgentes Cuicuilco
 Delegación Coyoacán
 C.P. 04530 México D.F.
 Correo electrónico: pediatria_inp@prodigy.net.mx
 Fecha de autorización: 03/Abril/2012
ISBN: 968-9170-04-X

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

Trabajo editorial realizado por el Servicio de Impresiones Gráficas
 Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Del. Coyoacan, C.P. 04530

DIRECTORIO

Dr. Alejandro Serrano Sierra
Dirección General

Dr. José N. Reynes Manzur
Dirección Médica

M. en C. Francisco J. Espinosa Rosales
Dirección de Investigación

Dra. Rosaura Rosas Vargas
Dirección de Enseñanza

M. en A. Eugenio A. Alvirez Orozco
Dirección de Administración

Dr. Juan Pablo Villa Barragán
Dirección de Planeación



COLABORADORES

Subdirección de Medicina Crítica

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre
Subdirección de Medicina Crítica

Dr. Mario Acosta Bastidas
Departamento de Urgencias

Dr. Carlos López Candiani
Departamento de Neonatología

Dra. Patricia Zárate Castañón
Departamento de Terapia Intensiva

Tre. Hortensia García Flores
Servicio de Inhaloterapia

Subdirección de Enfermería

Mtra. Margarita Hernández Zavala
Subdirección de Enfermería

Lic. Judith Barrientos Sánchez

Lic. Miriam Pichardo Monroy

Lic. Lorena González Montes

Lic. Nora Lozano Ramírez

Lic. Mariana Pedraza Cacique

Lic. Alma Delia Mexicano Aragón

Lic. Jessica Casas Arias

Lic. Ofelia Carranza Moreno

Lic. Gabriela Betancour Mendoza

Enf. Norma Patricia Carbó Martínez

Enf. Silvia Morales Juárez

Enf. Mónica Rivera Muciño

Enf. Juan Miguel Galicia Miranda



RECOPILADORES

Dr. Juan Pablo Villa Barragán
Director de Planeación

Dr. Pablo Moreno Sánchez
Jefe del Departamento de Diseño y Calidad

Dr. César Scorza Islas
C. Lilia Grajeda Martínez
Coordinación de Gestión de Calidad

Lic. Araceli Gómez Morones
Lic. Erika Itzel Blancas Gómez
Coordinación de Organización de Procesos



AUTORIZACIÓN



Dr. José N. Reynes Manzur
Director Médico

**MARZO
2012**

Firma Electrónica Autorizada



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS	11
ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS QUE REQUIEREN DE INHALOTERAPIA	12
ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN INHALOTERAPIA	18
ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS	26
ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA	45
ASISTENCIA MÉDICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES	60
HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS	74
PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE INHALOTERAPIA	92
TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE SALA DE CHOQUE A TERAPIA INTENSIVA O NEONATOLOGÍA	98
TRASLADO E INGRESO DE PACIENTES DE OTROS HOSPITALES AL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA	108
INSTRUCCIONES DE TRABAJO	120
ACCESO INTRAÓSEO	121
ACCESO VENOSO PERIFÉRICO	125
APLICACIÓN DE SURFACTANTE	130
ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL	134
CATETERISMO DE VASOS UMBILICALES EN EL NEONATO	138
COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL	144
COLOCACIÓN DE UNA LÍNEA ARTERIAL	149
DEFIBRILACIÓN Y CARDIOVERSIÓN	153
EXANGUINOTRANSFUSIÓN	162
INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	169
LAVADO DE MANOS	174
NUTRICIÓN PARENTERAL	176
PERICARDIOCENTESIS PERCUTANEA	180
PUNCIÓN LUMBAR	185
SONDA TRANSPILORICA	194
SONDEO VESICAL	198
TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALES PERIFERICOS	202
INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE ENFERMERIA	204
NEONATOLOGÍA.....	205



ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN EL NEONATO	206
ASEO DE CAVIDADES Y BAÑO DE INMERSIÓN	209
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ORO Y NASOFARINGEAS	213
CATETERIZACIÓN DE VENA UMBILICAL	217
EXANGUINOTRANSFUSIÓN	220
FOTOTERAPIA	224
LAVADO BRONQUIAL	227
LIMPIEZA DE CUNA DE CALOR RADIANTE E INCUBADORA	229
MONITORIZACIÓN NO INVASIVA EN EL NEONATO	231
OXIGENOTERAPIA	234
PLAN DE ALTA PARA RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO	241
TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN	244
TERMORREGULACIÓN	251
TOMA DE PRODUCTO POR MICROMÉTODO	253
TRASLADO NEONATAL	256
TERAPIA INTENSIVA	259
PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO	260
MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO	263
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA	265
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA	267
MONITOREO DE DIÓXIDO DE CARBONO (CO ₂)	269
MONITOREO DE LA SATURACIÓN DE OXIGENO POR MEDIO DE LA OXIMETRÍA DE PULSO	271
PRESIÓN VENOSA CENTRAL	273
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO	274
EXTUBACIÓN	278
COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL	280
PRESIÓN INTRACRANEANA	283
INSTALACIÓN DE SONDA DE DOBLE LUMEN	285
PLICATURA EN GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE	287
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES.....	289



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO CON SISTEMA DE CIRCUITO CERRADO	290
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON MARCAPASOS	294
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON APOYO VENTILATORIO	299
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CORAZÓN EXPUESTO	305
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN	308
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE PERICARDIOCENTÉISIS	311
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RCP	314
MONITOREO DE OXIDO NÍTRICO (NO)	318
MONITOREO DEL GRADO DE SEDACIÓN POR MEDIO DEL ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)	321
MONITORIZACIÓN DE LA OXIMETRÍA CEREBRAL POR MEDIO DE LA ESPECTROSCOPIA DE INFRARROJO CERCANO (NIRS)	323
MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA	325
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR	327
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA	329
PLAN DE ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES	332
PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR	337
RETIRO DE CATÉTER CENTRAL, PULMONAR, AURICULAR Y CABLES DE MARCAPASOS	340
TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	343
TOMA DE PRODUCTOS	347
URGENCIAS	353
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON LACERACIONES Y HERIDAS	354
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVAS	357
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HIPOTERMIA	363
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	367
CASI AHOGAMIENTO	373
CONTROL DE TEMPERATURA POR MEDIOS FÍSICOS	379
HIDRATACIÓN ORAL PLAN “A” y “B”	381
HIDRATACIÓN PARENTERAL PLAN “C”	387
INSTALACIÓN DE MINISELLO	391
INSTALACIÓN DE OSTEOCLISIS	394
INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL LAVADO GÁSTRICO CON CARBÓN ACTIVADO	397
PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA SALA DE CHOQUE	400
PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN CON CARBÓN ACTIVADO	403
PREPARACIÓN DE SUERO VIDA ORAL O SOLUCIÓN DE LA OMS	405
CONTROL DE CAMBIOS	407



INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud es una institución hospitalaria que sirve a la población infantil de México proporcionando asistencia médica de tercer nivel que corresponde a la atención de padecimientos complejos que requieren de recursos humanos y materiales de alto nivel de especialización y que por ello no pueden ser resueltos en los hospitales y clínicas de primero y segundo nivel, teniendo como límite de edad aquellos pacientes que han cumplido 18 años.

La adopción del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) es una estrategia que tiene como finalidad garantizar y mantener una asistencia a la salud con calidad técnica e interpersonal, mejorando el nivel de satisfacción de los usuarios e influyendo en la mejora continua de los procesos de la Dirección Médica.

El diseño del SGC se refleja en la estructura documental, la cual está constituida por el Manual de Gestión de la Calidad, Manual de Planeación de la Calidad, procedimientos, instrucciones de trabajo, manuales técnicos, guías clínicas y registros.

Este manual está integrado por procedimientos e instrucciones de trabajo relacionadas con el proceso de Asistencia a la Salud a Pacientes Críticos, aplicable a la Subdirección de Medicina Crítica.

La información contenida en el presente manual está disponible para cualquier miembro de la Institución, auditorías de autoridades externas e internas o consultas por parte de nuestros usuarios.



PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS



ATENCIÓN A PACIENTES AMBULATORIOS QUE REQUIEREN DE INHALOTERAPIA

1. Propósito

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

Aplica al Servicio de Inhaloterapia.

3. Políticas de operación

- Se atenderá a todo paciente referido por cualquier Servicio o Departamento del Instituto.
- Las terapias se otorgarán las 24 horas del día de lunes a domingo, los 365 días del año, incluyendo días festivos.
- Todo tratamiento realizado en el Servicio de Inhaloterapia, debe ser indicado previamente por el Médico tratante del paciente.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- El servicio de Inhaloterapia deberá dar seguimiento a los pacientes que soliciten terapias en los diferentes servicios hasta el final de su tratamiento.
- El Terapeuta Adscrito, se hará cargo de solicitar al Médico responsable de cada paciente, la **Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02)**.
- 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.
- En caso de que algún familiar del paciente requiera de entrenamiento de fisioterapia pulmonar los Terapeutas serán los encargados de instruirlos de manera adecuada.
- Los Terapeutas deberán ser rotados de servicio de manera mensual.

4. Documentos de referencia

a) Marco normativo


- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Consejo de Salubridad General. (Criterios de Evaluación, Capítulos de Procesos y Resultados, abril 2003).

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Ingreso y egreso hospitalario”.
- Manual de Planeación de la Calidad.
- Guías clínicas



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Recepción de pacientes	<p>5.1.1 Recibe al paciente referido por el Departamento o Servicio tratante así como la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) y el Recibo de Caja, archiva en carpeta de control e indica al paciente que espere su turno para recibir tratamiento.</p> <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. Cuando el paciente tenga clasificación 1X está exento de pago.</p>	Terapista o Secretaria de Inhaloterapia
5.2 Aplicación de tratamiento a pacientes.	<p>5.2.1 Informa al paciente que se iniciara el tratamiento indicado por el médico tratante en la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) 	Terapista de Inhaloterapia
	<p>5.2.2 Atiende al paciente y otorga el tratamiento correspondiente de acuerdo a lo indicado en la Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) 	
5.3 Registro del paciente	<p>5.3.1 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.</p>	Terapista de Inhaloterapia 

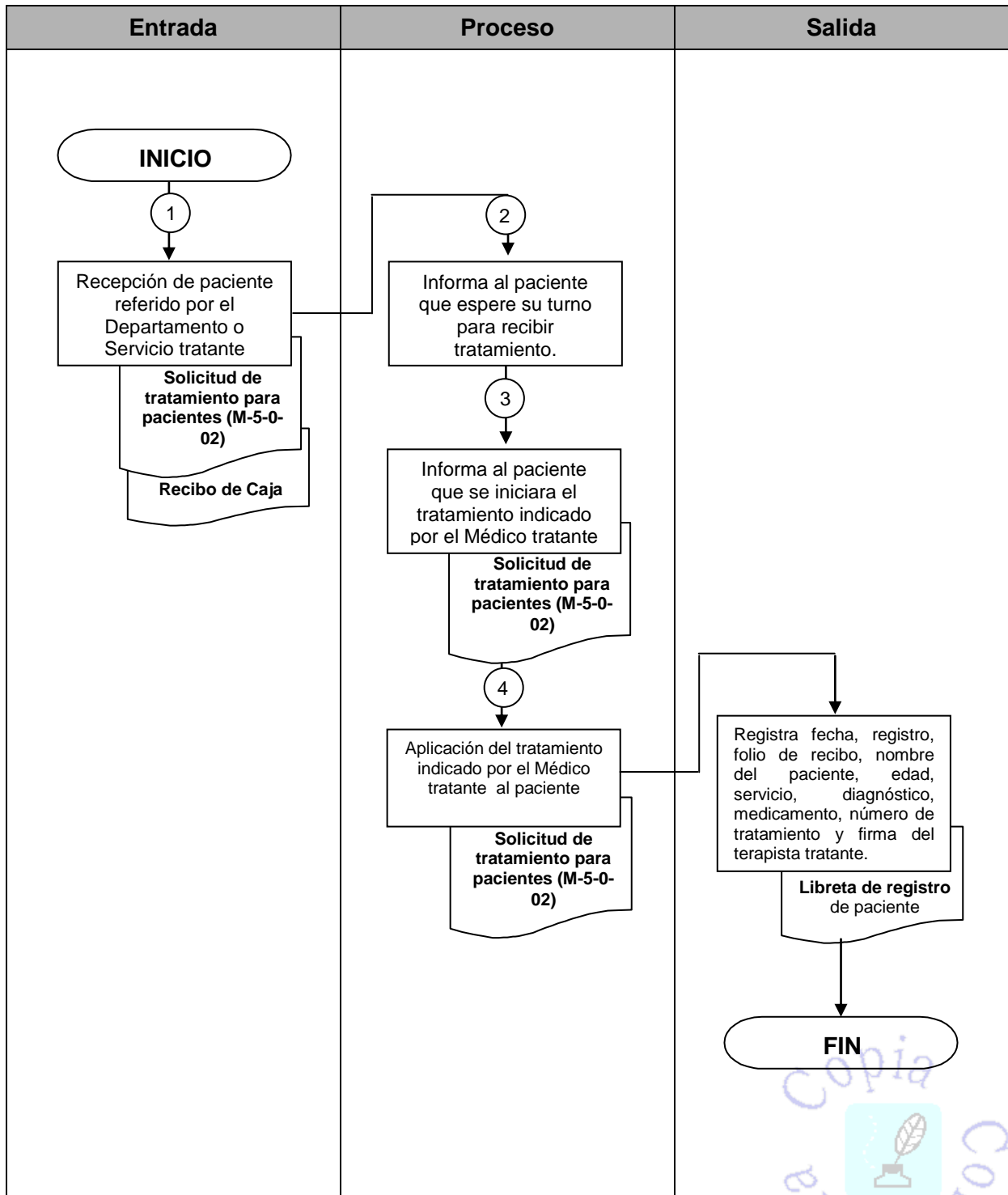
Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.4 Elaboración de Informe Mensual	5.4.1 Revisa libreta de registro , corroborando que los tratamientos realizados durante el mes coincidan con los recibos de pago y con las Solicitudes de tratamiento (M-5-0-02) . <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de tratamiento para pacientes (M-5-0-02) 	Jefe del Servicio de Inhaloterapia
	5.4.2 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.	Jefe del Servicio de Inhaloterapia
TERMINÓ DE PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de bloque

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



7. Diagrama de flujo



Copia
Controlada

8. Definiciones

N/A

9. Anexos

N/A



ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIEREN INHALOTERAPIA

1. Propósito

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

Aplica al Servicio de Inhaloterapia.

3. Políticas de operación

- Se atenderá a todo paciente referido por cualquier Servicio o Departamento del Instituto.
- Las terapias se otorgarán las 24 horas del día de lunes a domingo, los 365 días del año, incluyendo días festivos.
- Todo tratamiento realizado en el Servicio de Inhaloterapia, debe ser indicado previamente por el Médico tratante del paciente.
- 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.
- 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).
- El Terapeuta Adscrito, se hará cargo de solicitar al médico responsable de cada paciente, la **Solicitud de tratamientos para pacientes (M-5-0-02)**.
- 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.
- En caso de que algún familiar del paciente requiera de entrenamiento de fisioterapia pulmonar los terapeutas serán los encargados de instruirlos de manera adecuada.
- 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.
- Los Terapeutas deberán ser rotados de servicio de manera mensual.



4. Documentos de referencia

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Consejo de Salubridad General. (Criterios de Evaluación, Capítulos de Procesos y Resultados, abril 2003).

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Ingreso y egreso hospitalario”.
- Manual de Planeación de la Calidad.
- Guías clínicas



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Solicitud de tratamiento	5.1.1 Solicita tratamiento vía telefónica al Servicio de Inhaloterapia.	Medico tratante del paciente
	5.1.2 Recibe solicitud de tratamiento vía telefónica del departamento o servicio solicitante e informa al Jefe de Servicio para asignar al Terapeuta encargado de otorgar el tratamiento.	Secretaria y/o Terapeuta de Inhaloterapia
5.2 Atención a la Solicitud de Tratamiento	5.2.1 Acude al Departamento y/o Servicio correspondiente, solicita al 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) 	Terapeuta de Inhaloterapia
	5.2.2 Revisa el Expediente Clínico del paciente y verifica que este registrado el tratamiento de Inhaloterapia indicado. Nota: Si el tratamiento no es registrado en el Expediente Clínico se le Indicara al Médico Tratante para que anote el tratamiento de Inhaloterapia en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) .	
	5.2.3 Registra en el Kardex correspondiente el tratamiento de Inhaloterapia que se aplicará al paciente.	
5.3 Atención de paciente	5.3.1 Administra al paciente el tratamiento indicado por el Médico tratante.	Terapeuta de Inhaloterapia



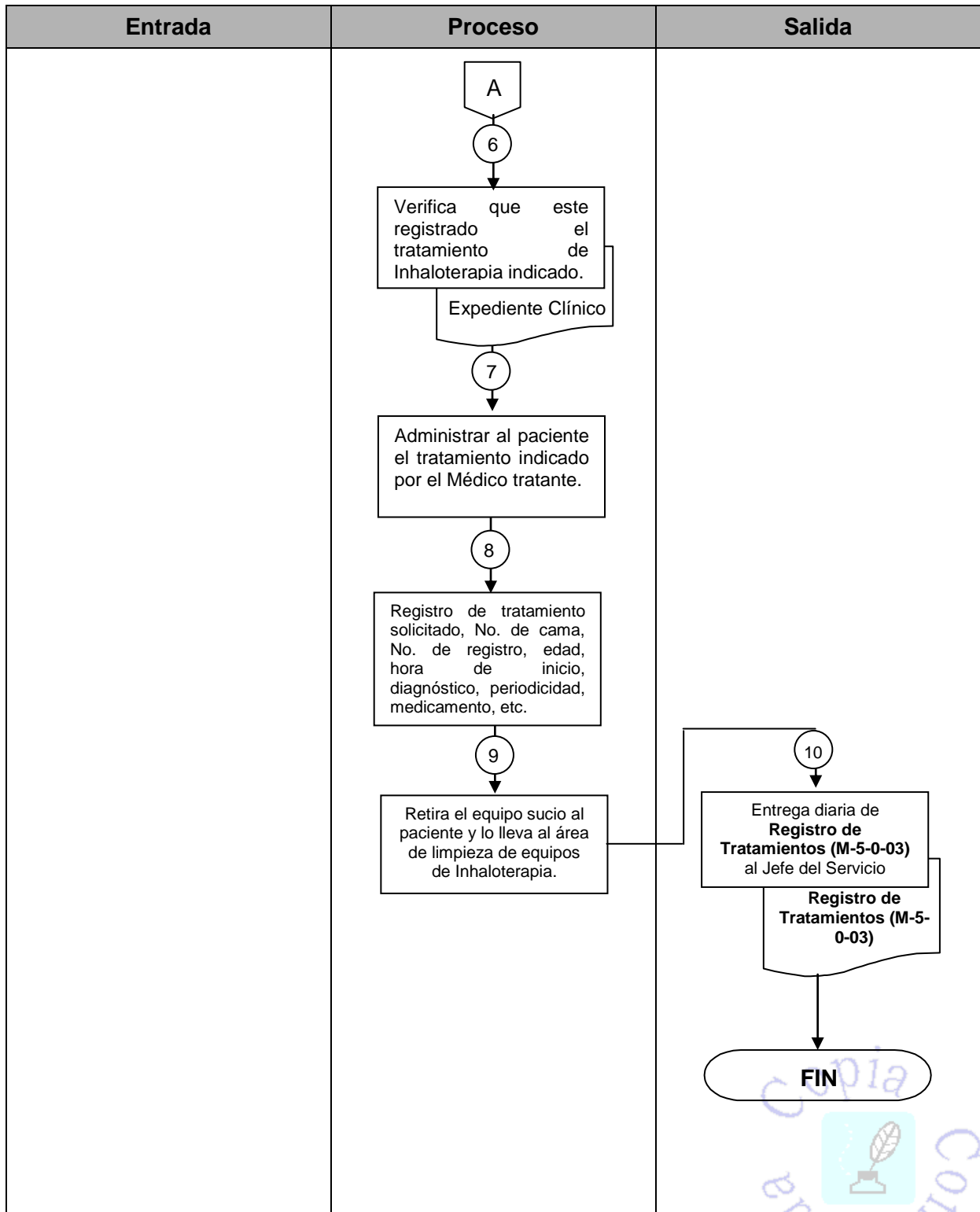
5.4 Registro de tratamiento	5.4.1 Anota en el Registro de Tratamientos (M-5-0-03) el tratamiento solicitado, número de cama, número de registro, edad, hora de inicio, diagnóstico, periodicidad, medicamento, etc.	Terapista de Inhaloterapia
5.5 Retiro de Equipo de Inhaloterapia	5.5.1 Al terminarse el tratamiento, retira el equipo sucio al paciente y lo lleva al área de limpieza de equipos de Inhaloterapia.	Terapista de Inhaloterapia
5.6 Entrega de reportes	5.6.1 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. <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Tratamientos (M-5-0-03) 	
	5.6.2 Entrega al Jefe del Servicio de Inhaloterapia todas las hojas de Registro de tratamiento (M-5-0-03) para su revisión y archivo. <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Tratamientos (M-5-0-03) 	
5.7 Elaboración de Reporte Diario	5.7.1 Recibe diariamente el Registro de Tratamientos (M-5-0-03) de los Terapistas, se revisan y archivan. <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Tratamientos (M-5-0-03) 	Jefe del Servicio de Inhaloterapia
5.8 Elaboración de Informe Mensual	5.8.1 Realiza Informe mensual el día 25 del mes del número de tratamientos administrados, lo elabora en original y una copia que entregará al Jefe del Departamento de Neumología y copia para su archivo.	
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		



6. Diagrama de bloque

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





8. Definiciones

N/A

9. Anexos

N/A



ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIAS

1. Propósito

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

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

3. Políticas de operación

- Todos los ingresos que reciba el Instituto deberán quedar registrados en la fecha que sean recibidos.
- La valoración se deberá otorgar en menos de 10 minutos de que el paciente solicita la atención, y esta no tendrá costo alguno.
- Todo paciente que solicita atención de urgencias deberá ser valorado a través de los médicos del área de valoración y consulta externa del Departamento de Urgencias.
- La atención se dará las 24 horas de todos los días del año.
- La consulta de primer contacto otorgada a los pacientes, generara una receta médica, aunque su seguimiento se deberá hacer dependiendo del padecimiento en una unidad de primer nivel, hospital de segundo nivel, o bien, se canalizara a la consulta externa de pediatría.
- En caso de que el Médico Adscrito y/o Médico Residente consideren que el paciente prehospitalizado requiere ser evaluado por otro Departamento y/o Servicio del Instituto, se solicitará a través de una interconsulta vía telefónica. Ver Instrucción de Trabajo Interconsulta hospitalaria.
- Los pacientes atendidos en el área de Prehospitalización no podrán estar mas 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 2º o 3º nivel de atención, dependiendo de la condición del paciente y la disponibilidad de camas en el hospital.
- En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.
- 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 Médico Residente de mayor jerarquía.
- Cuando se requieran de procedimientos invasivos que puedan alterar la salud del paciente, se deberá de llenar la **Carta de consentimiento bajo información (M-0-30 a-b)**, misma que se entrega al familiar para su firma.
 - En caso necesario el Médico tratante del paciente pedirá la participación del familiar o responsable del mismo para otorgar tratamiento médico, indicando de manera sencilla en que consistirá su participación.
 - 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.**
 - 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.**
 - 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 Médicos 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.**
 - En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el 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 son autorización del Médico tratante se realizará una nota explicatorio en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) con firma del Médico Adscrito, del Médico Residente y del personal de Enfermería.

- 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 vinculados con un hecho ilícito en coordinación con el Departamento de Trabajo Social.
- El Departamento de Urgencias clasificara 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 mas 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 perdida 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.
- En caso de fallecimiento del paciente:
 - El Médico tratante da alta por fallecimiento y consigna la nota en **Notas 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 “Tramite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.
- Cuando el paciente vaya a ser enviado al SEMEFO el Médico adscrito 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 cadáver al Departamento de anatomía patológica.

Copia
Controlada



4. Documentos de referencia

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
- Código penal para el Distrito Federal.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” (Relaciones Hospitalarias).
- Procedimiento “Valoración en Consulta Externa Pediatría”.
- Procedimientos “Hospitalización de Urgencias”
- **Procedimiento “Orientación para la recepción y registro de pacientes en los diferentes servicios del INP”.**
- Instrucción de Trabajo “Interconsulta hospitalaria”.
- Instrucción de Trabajo “Transferencia a hospitales periféricos”
- Manual de Planeación de la Calidad.
- Manual de Cuidados Enfermeros.




5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Recepción del paciente	5.1.1 Solicita atención médica en la Recepción de Urgencias.	Usuario
5.2 Registro del paciente	5.2.1 Solicita datos generales del paciente al familiar o tutor y registra en el Sistema Electrónico de Urgencias Registro de pacientes de urgencias , envía información al médico de valoración por sistema electrónico.	Recepcionista de Urgencias
5.3 Atención medica para valoración	<p>5.3.1 Recibe Registro de pacientes de urgencias, por sistema electrónico, llama al paciente de acuerdo a su turno, valora su condición de gravedad clínica, interroga, explora y llena Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) por sistema electrónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) <p>¿El paciente presenta un padecimiento que amerita atención en el Departamento de Urgencias?</p> <p>No: Informa al familiar o responsable y lo refiere a la unidad médica que le corresponda, egresa al paciente, completa, imprime, firma la Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) y entrega a la Recepcionista de Urgencias para su archivo.</p> <p>Si: Determina a que área de urgencias será canalizado el paciente de acuerdo a la gravedad del padecimiento se considera el siguiente criterio:</p> <p>a) En caso de ser un padecimiento que no sea de urgencia pero que requiera atención en ese momento se canaliza a la consulta externa de urgencias.</p> <p>* En caso de enfermedad infecto-contagiosa se canalizará al paciente al área asignada por la para la consulta de estos pacientes.</p>	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	b) En caso de ser un padecimiento que pone en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema del paciente pasa a Prehospitalización.	
	<p>5.3.2 Imprime, firma y envía Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) a la Recepcionista de Urgencias e indica a que área de Urgencias será canalizado el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) 	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias
	<p>5.3.3 Informa al familiar o responsable del paciente a que área de Urgencias será canalizado e indica que acuda a Recepción de Urgencias para solicitar Consulta Externa de Urgencias o Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) de Prehospitalización dependiendo del caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) 	
	5.3.4 Recibe al familiar o responsable del paciente y los envía a la caja de Urgencias para realizar el pago correspondiente. Ver procedimiento de orientación para la recepción y registro de pacientes en los diferentes servicios del INP (Relaciones Hospitalarias).	Recepcionista de Urgencias
	<p>5.3.5 Acepta del familiar o responsable del paciente el Recibo de Pago, y realiza lo siguiente de acuerdo al área de envió del paciente:</p> <p>a) Consulta Externa Urgencias: Anota el número del Recibo de Pago en la parte superior de la Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b), la envía al Médico de Consulta Externa Urgencias e informa al familiar o responsable del paciente que pase a la sala de espera. Pasa a la actividad 5.4.1.</p>	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>b) Prehospitalización: Entrega al familiar o responsable del paciente la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) e indica que deberá entregarla al Médico tratante del paciente. Pasa a la actividad 5.5.1.</p> <p>Nota: En caso de que el paciente tenga Expediente Clínico o Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) con vigencia de tres meses se solicita al Archivo Clínico para entrega en el Departamento de Urgencias</p>	Recepcionista de Urgencias
CONSULTA EXTERNA URGENCIAS		
5.4 Atención médica Consulta Externa Urgencias.	<p>5.4.1 Recibe Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b), ratifica en el sistema electrónico el pago efectuado por el familiar o responsable, llama al paciente de acuerdo a su turno, explora y proporciona consulta médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) <p>¿Presenta un padecimiento que ponga en peligro la vida o la función de algún órgano?</p> <p>No: Elabora Receta Médica (M-0-23), la entrega al familiar o responsable del paciente, y recomienda acudir a:</p> <p>a) Domicilio.</p> <p>b) Informa al familiar o tutor que debe solicitar ficha de primera vez en la Consulta externa pediatría para continuar con la atención médica. Ver procedimiento de Valoración en Consulta Externa de Pediatría.</p> <p>c) Informa que debe acudir a una unidad de primer nivel u Hospital de segundo nivel para continuar con la atención médica.</p>	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>Nota: Al finalizar la consulta requisita la Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b), imprime, firma y entrega a la Recepcionista de Urgencias.</p> <p>Si: Imprime, firma y envía Hoja de Valoración Inicial (M-5-2-04 a-b) a la Recepcionista de Urgencias e indica que el paciente será canalizado al área de Urgencias Prehospitalización.</p>	
	5.4.2 Informa al familiar o responsable del paciente que será canalizado al área de Prehospitalización y envía a la Recepción de Urgencias para solicitar la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) .	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias
	<p>5.4.3 Recibe al familiar o responsable del paciente y los envía a la caja de Urgencias para realizar el pago correspondiente.</p> <p>Nota: En caso de que el paciente tenga expediente clínico o Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) con una duración menor a tres meses solicita al Archivo Clínico para el envío de los mismos a la Prehospitalización de Urgencias.</p>	Recepcionista de Urgencias
	<p>5.4.4 Acepta del familiar o responsable del paciente el Recibo de Pago, y entrega la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) e indica que deberá entregarla al Médico tratante del paciente. Pasa a la actividad 5.5.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) • Recibo de Pago 	
PREHOSPITALIZACIÓN		

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.5 Ingreso de paciente a Prehospitalización	5.5.1 Recibe del área médica de Valoración o Consulta Externa de Urgencias al paciente así como la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) del familiar o tutor, ó en su caso esperan la entrega del Expediente Clínico o la Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) (Folio) con una duración menor a tres meses del Archivo Clínico. <ul style="list-style-type: none"> Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) 	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias
5.6 Atención prehospitalaria	5.6.1 Interroga y diagnostica al paciente, registrando las observaciones en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) y captura en el sistema electrónico. <ul style="list-style-type: none"> Notas de Evolución (M-0-03 a-b) <p>*En caso de enfermedad infecto-contagiosa o desastre el paciente será ingresado al área específica.</p>	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias
	5.6.2 Determina según observaciones lo siguiente: ¿El paciente requiere estudios de laboratorio y/o gabinete? No: Anota las indicaciones médicas para el tratamiento del paciente en Notas de Evolución (M-0-03-a-b) . Pasa a la actividad 5.8.1. Si: 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 electrónico los estudios a realizar. Pasa a la actividad 5.6.3.	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias
	5.6.3 Solicita a la Enfermera la toma de los estudios de laboratorio y/o gabinete o su asistencia para la toma de los mismos.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.7 Toma de muestras	5.7.1 Realiza la toma de estudios de laboratorio y/o gabinete o asiste al Médico. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.	Enfermera de Urgencias
	5.7.2 Envía por tubo neumático y/o con el Mensajero asignado al Departamento de Urgencias los estudios de laboratorio con las solicitudes firmadas. En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente acompañado por la Enfermera de Urgencias.	Médico Residente asignado a Urgencias
	5.7.3 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete y deja constancia en Notas de Evolución (M-0-03-a-b).	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias
5.8 Seguimiento a Tratamiento	<p>5.8.1 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> <p>Nota: Dependiendo del padecimiento del paciente y de su condición clínica se requisitarán 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 (A-08-50), 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>	Enfermera de Urgencias

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>5.8.2 Atiende al paciente de acuerdo a las indicaciones del Médico tratante. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.</p> <p>5.8.3 Anota en la libreta de Prehospitalización los datos del paciente y reporta al Médico las condiciones clínicas.</p>	
5.9 Evaluación del paciente	<p>5.9.1 Realiza monitoreo y determina la condición clínica del paciente que registra en el sistema electrónico.</p> <p>¿El paciente presenta mejoría?</p> <p>No: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Modifica tratamiento médico y registra en Notas de Evolución (M-0-03-a-b). Regresa a la actividad 5.6.2. b) Ingreso a hospitalización de subespecialidad. Solicita interconsulta vía telefónica al Departamento o Servicio correspondiente según padecimiento. Ver Instrucción de Trabajo de Interconsulta Hospitalaria y Transferencia Hospitalaria. c) Ingreso a hospitalización en la Sala de Urgencias: Notifica a la Enfermera de Urgencias el ingreso del paciente. Ver procedimiento de Hospitalización de Urgencias. d) 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. 	Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias

Copia

 Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>Si: El paciente puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>a) El paciente es dado de alta y envía a su domicilio, elabora Receta Médica (M-0-23) que se entrega al familiar o tutor del paciente e indica recomendaciones.</p> <p>b)</p> <p>c) Consulta Externa Pediatría: Cita al paciente al día siguiente a las 7:00 a.m. en Urgencias, el Médico tratante o la Enfermera de Urgencias lo presenta con el Jefe de Departamento de Consulta Externa o Médicos adscritos. Ver procedimiento de Valoración en Consulta Externa Pediatría.</p> <p>d) Ingres 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>e) 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>5.9.2 Realiza las anotaciones finales en Notas de Evolución (M-0-03 a-b), y notifica a la enfermera de Urgencias del alta del paciente. Registrar en el sistema electrónico el diagnóstico del paciente de acuerdo al CIE 10, estudios de laboratorio y gabinete, interconsultas así como procedimientos médicos realizados.</p>	<p>Médico Residente o Médico Adscrito de Urgencias</p>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	5.9.3 Envía al familiar o responsable del paciente con la Orden de pago de servicio (A-2-2-11) en original y copia para que realice el pago correspondiente del servicio medico otorgado. <ul style="list-style-type: none"> • Orden de pago de servicio (A-2-2-11) 	Enfermera de Urgencias
	5.9.4 Recibe el comprobante de pago y anexa en la copia de la Orden de pago de servicio (A-2-2-11) . Recibe indicaciones del Médico tratante del destino del paciente. Ver manual de cuidados enfermeros. <ul style="list-style-type: none"> • Orden de pago de servicio (A-2-2-11) 	
5.10 Reporte de Prehospitalización	5.10.1 Realiza Informe Mensual de Prehospitalización en original y cuatro copias que se distribuyen como sigue: original a Archivo Clínico, 1ª copia a Subdirección de Medicina Crítica, 2ª copia a Dirección Medica 3ª copia a la Dirección de Planeación y 4ª para su archivo.	Jefe de Departamento Urgencias
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		



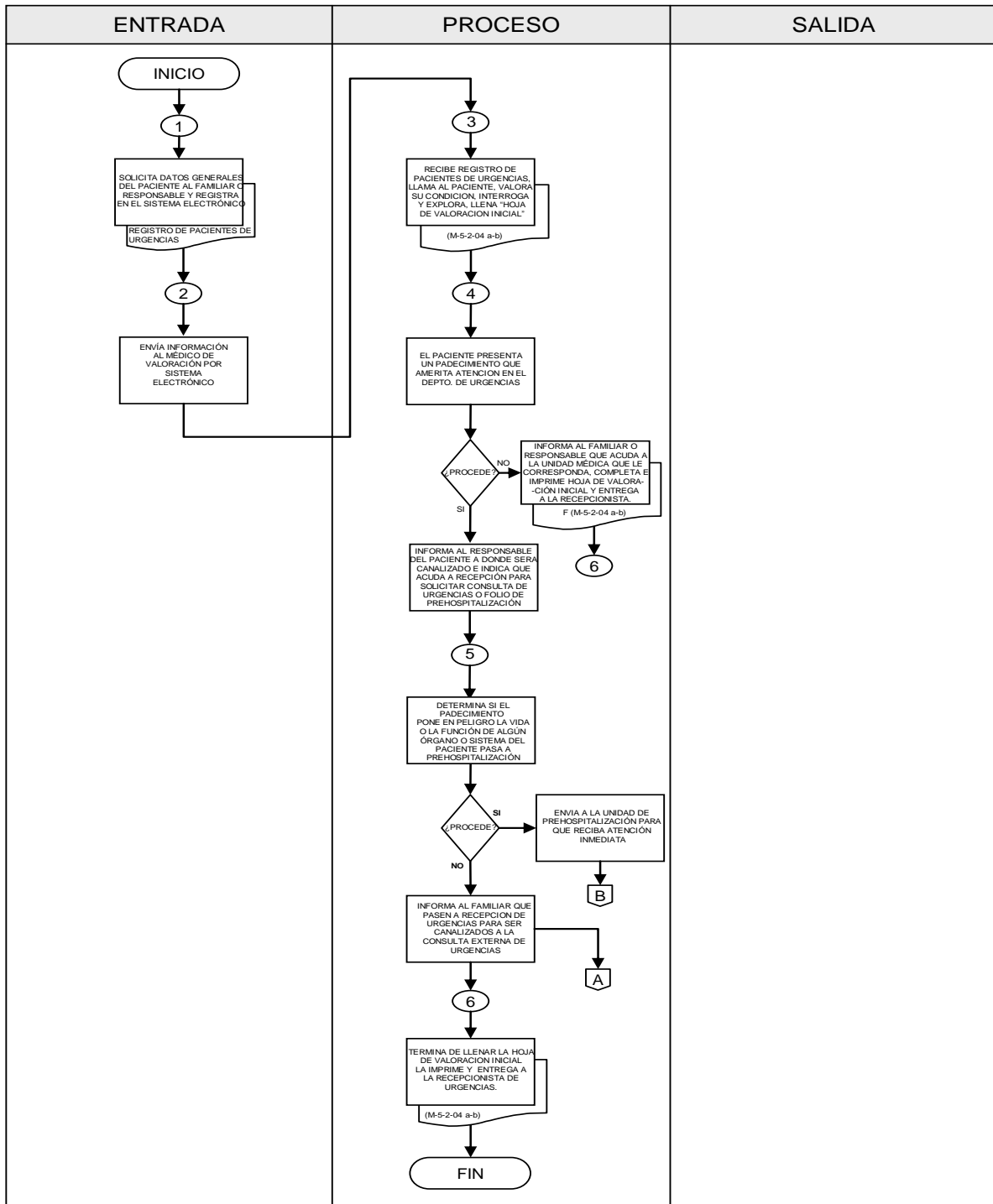
6. Diagrama de bloque

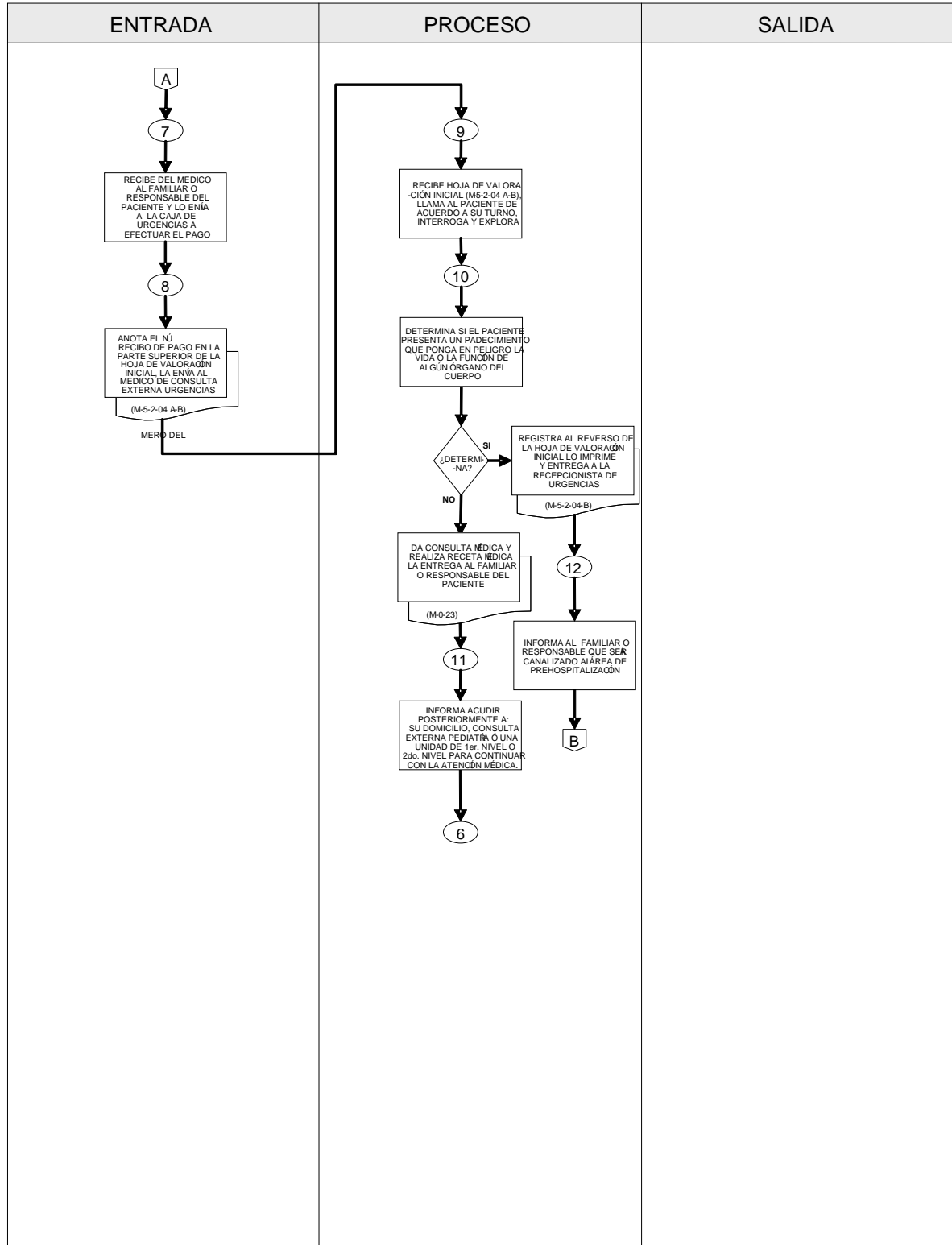
Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Paciente Relaciones hospitalarias	Registro de pacientes de urgencias	a. Recepción del paciente b. Registro del paciente c. Atención médica para valoración d. Atención médica Consulta Externa Urgencias. e. Ingreso de paciente a Prehospitalización f. Atención prehospitalaria g. Toma de muestras. h. Seguimiento a Tratamiento i. Evaluación del paciente j. Reporte de Prehospitalización.	Atención médica integral de casos que requieran de una urgencia.	Paciente Consulta Externa Pediatría. Unidad de primer nivel U hospital de segundo nivel. Hospitalización de subespecialidad. Hospitalización en la Sala de Urgencias

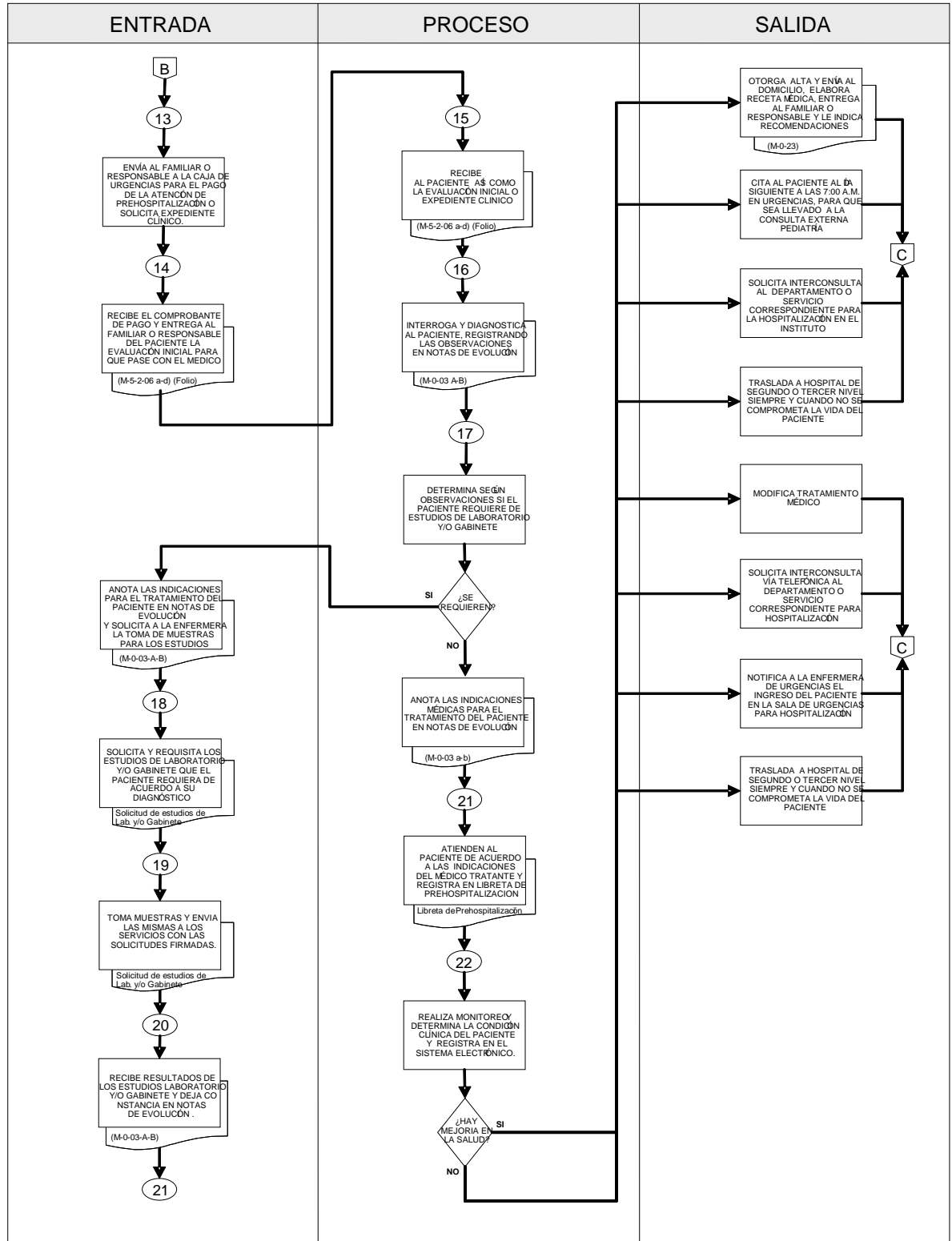
Copia

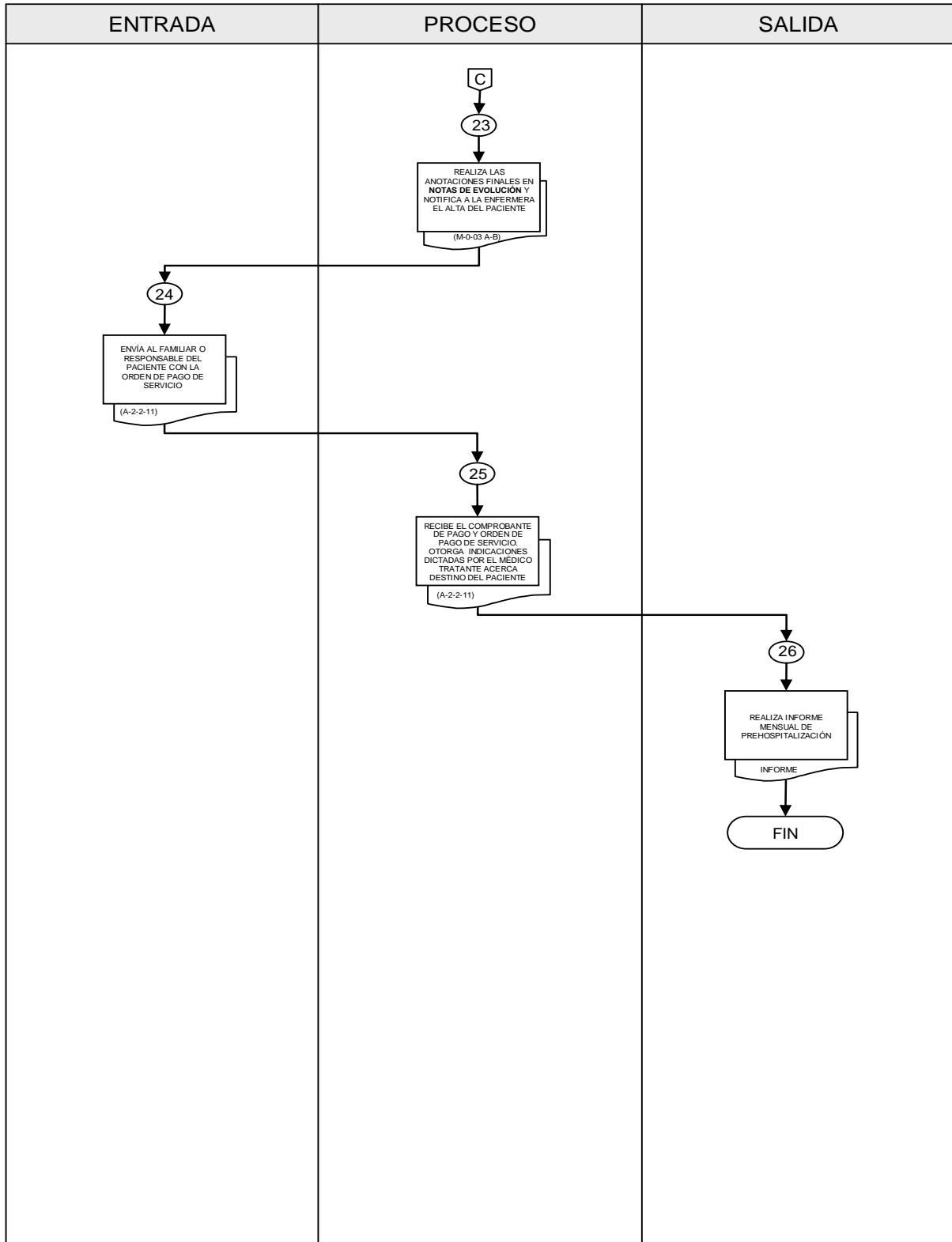
 Controlada

7. Diagrama de flujo









8. Definiciones

N/A

9. Anexos

N/A



ASISTENCIA MÉDICA EN TERAPIA INTENSIVA

1. Propósito

Otorgar atención medica de calidad a los pacientes hospitalizados críticamente enfermos.

2. Alcance

Departamento de Terapia Intensiva.

3. Políticas de operación

- 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.
- Todo paciente ingresado de los diferentes Departamentos y/o Servicios médicos del Instituto deberán ser valorados por el Médico Adscrito y/o Médicos Residentes del Departamento de Terapia Intensiva.
- El Jefe del Departamento, los Médicos Adscritos y el Médico Residentes de Terapia Intensiva, serán los únicos autorizados para asignar cama no censable.
- El Departamento o Servicio que transfiere al paciente al Departamento de Terapia Intensiva deberá de conservar la cama censable y esta no se podrá asignar a ningún otro paciente.
- En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), el Médico de Terapia Intensiva que realiza la interconsulta deberá establecer un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por sus Médicos tratantes 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.
- Para el internamiento del paciente, este deberá ser acompañado por el Médico Adscrito o Médico Residente del Departamento o Servicio que lo transfiere, personal de Enfermería y expediente clínico.
- 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.
- En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.
- Diariamente se realizarán visitas hospitalarias de 8:00 a 10:30 hrs. por el Médico Adscrito correspondiente, los Médicos Residentes de Terapia Intensiva, los Residentes de Pediatría y de Cirugía en rotación, Jefe de Enfermeras y la Trabajadora Social del

Departamento. Sábados, domingos y días festivos estará a cargo del Médico Adscrito y/o los Médicos Residentes de Terapia Intensiva.

- El Médico Adscrito y/o el Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia, deberá asistir al Departamento de Terapia Intensiva para evaluar la evolución del paciente en conjunto con los Médicos Adscritos de este Departamento.
- A todo paciente que se le practiquen procedimientos Médico-Quirúrgicos, el 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.
- 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.
- Diariamente el Médico Adscrito y/o el 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)**.
- 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 Médico Tratante o Médico Residente Quirúrgico al Médico Adscrito o Médico Residente de Terapia Intensiva; en el caso de que no exista disponibilidad de camas en el Departamento se deberá notificar inmediatamente al Médico Cirujano.
- Para el internamiento del paciente operado, este debe ser acompañado por el cirujano y anestesiólogo responsables además del expediente clínico el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas.
- Todos los estudios de laboratorio (incluye banco de sangre) y/o gabinete, deberán estar debidamente requisitados y firmados de conformidad por el Médico Adscrito. En el caso de las guardias el responsable de firmar será el Médico Adscrito y/o Médico Residente de mayor jerarquía.
- Todo paciente, deberá tener una nota diaria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** escrita a maquina o letra de molde debidamente redactada, legible y sin abreviaturas; será supervisada y autorizada por el Médico Adscrito y el fin de semana por el Médico Adscrito o Médico Residente de mayor jerarquía. Así mismo diariamente se consignará una nota de guardia en el Expediente Clínico del paciente.

- 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.
- El egreso hospitalario lo decidirá el 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 Médico tratante del Departamento o Servicio de procedencia.
- En caso de fallecimiento es responsabilidad del Médico Adscrito y/o Médico Residente de Terapia Intensiva y del Médico Adscrito y/o Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia solicitar al familiar o tutor, la autorización para realizar la autopsia de ley.
- En caso de que el 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)**.
- En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el 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.
- En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable) el Médico tratante del Departamento o Servicio solicitante se mantendrá en contacto con los Médicos de Terapia Intensiva.
- 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.
- En caso de fallecimiento del paciente:
 - El 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 Terapia Intensiva e indica requisitar **Aviso de Defunción (M-0-1-01)**.
 - Informará al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.
 - La enfermera de Terapia Intensiva 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.

- Recepcionista del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Tramite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

4. Documentos de referencia

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Tramite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” (Relaciones Hospitalarias).
- Procedimiento “Interconsultas hospitalarias”.
- Manual de Cuidados Enfermeros
- Instrucción de Trabajo “Transferencia hospitalaria”
- Guías Médicas.
- Manual de Planeación de la Calidad.



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Solicitud de interconsulta	<p>5.1.1 Recibe Solicitud de Interconsulta (M-0-05), signa de recibido en la copia, turna original al Médico Adscrito responsable de interconsultas y registra en bitácora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Interconsulta (M-0-05) <p>Nota: Para el caso de la sala de choque del Departamento de Urgencias la solicitud de interconsulta se realizará vía telefónica.</p>	Médico Adscrito y/o Secretaria de Terapia Intensiva
5.2 Atención médica de interconsulta	<p>5.2.1 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 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 llevara a cabo por el médico tratante del paciente en el Departamento y/o Servicio correspondiente. Se consignara en Notas de Evolución (M-0-03 a-b-) y anexa al expediente clínico del paciente.</p>	Médico Adscrito y/o Médico Residente de Terapia Intensiva

Copia
Controlada



	5.2.2 Notifica al Jefe de Enfermera de Terapia Intensiva del ingreso del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
5.3 Ingreso de pacientes a Terapia Intensiva	5.3.1 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 en la placa adresógrafa.	Enfermera de Terapia Intensiva
	5.3.2 Requisita Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b) , la integra al expediente clínico e informa del ingreso al Médico Adscrito y/o Médico Residente. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b) <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 (a-13-08-08), Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10) y la Hoja de control del enfermero diabético (M-7-0-10).</p>	
5.4 Atención médica en Terapia Intensiva	5.4.1 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. <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución (M-0-03 A-B) <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>	Médico Adscrito y Médico Residente de Terapia Intensiva

Copia Controlada



	<p>5.4.2 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 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>Médico Adscrito y Médico Residente de Terapia Intensiva</p>
	<p>5.4.3 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>Médico Residente de Terapia Intensiva</p>
<p>5.5 Toma de muestras</p>	<p>5.5.1 Toma estudios de laboratorio y/o asiste al Médico en la toma de los mismos. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.</p> <p>5.5.2 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 acompañada por la Enfermera de Terapia Intensiva.</p> <p>5.5.3 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 (M-0-03-a-b) 	<p>Enfermera de Terapia Intensiva</p>

Copia Controlada

5.6 Seguimiento a tratamiento	5.6.1 Brinda atención clínica al paciente de acuerdo a las instrucciones del Médico tratante.	Enfermera de Terapia Intensiva
5.7 Evaluación clínica del paciente	<p>5.7.1 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 5.4.2.</p> <p>b) Decide egreso por ser paciente terminal e irrecuperable (decisión tomada en conjunto con Médico tratante) e informa al Jefe de Enfermería de Terapia Intensiva. Pasa a la actividad 5.8.1.</p> <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 Jefe de Enfermería de Terapia Intensiva. 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 Médico tratante del paciente y al Jefe de Enfermería de Terapia Intensiva. Ver Instrucción de Trabajo de transferencia hospitalaria. Pasa a la actividad</p>	Médico Adscrito o Médico Residente de Terapia Intensiva

Copia Controlada

5.8 Alta del paciente	5.8.1 Informa al Jefe de Enfermeras del Departamento o Servicio correspondiente del alta del paciente.	Jefe de Enfermeras de Terapia Intensiva
	5.8.2 Acude al Departamento de Terapia Intensiva por el paciente.	Enfermera del Departamento o Servicio correspondiente
	5.8.3 Entrega al paciente a la Enfermera del Departamento y/o Servicio correspondiente así como la placa adresógrafa y el Expediente Clínico. Anota en la libreta de ingreso y egreso el egreso del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
5.9 Elaboración de Informe mensual	5.9.1 Recibe originales de la Solicitud de Interconsulta , 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		

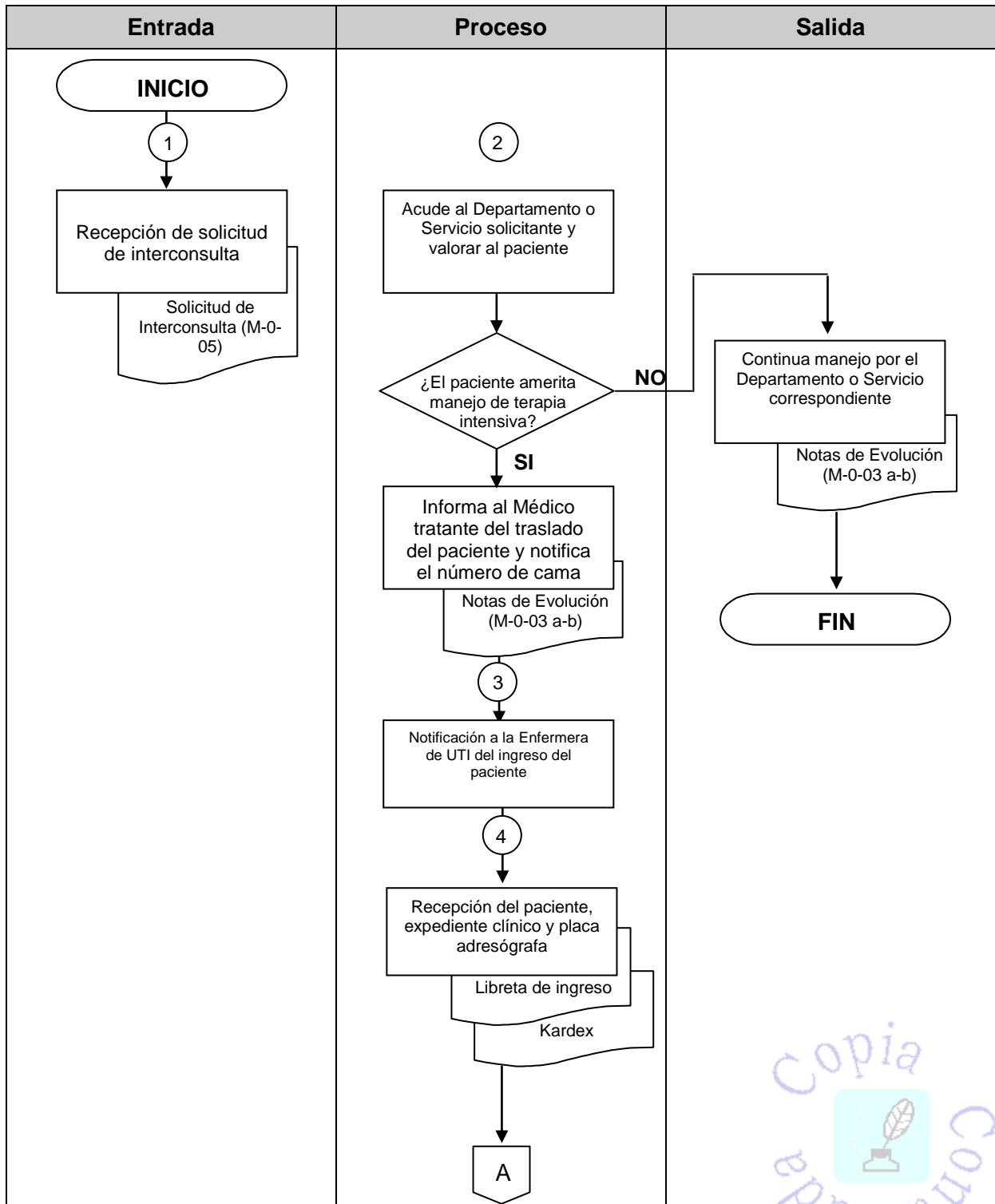


6. Diagrama de bloque

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Cualquier Departamento 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.	Departamento o Servicio del Instituto Paciente

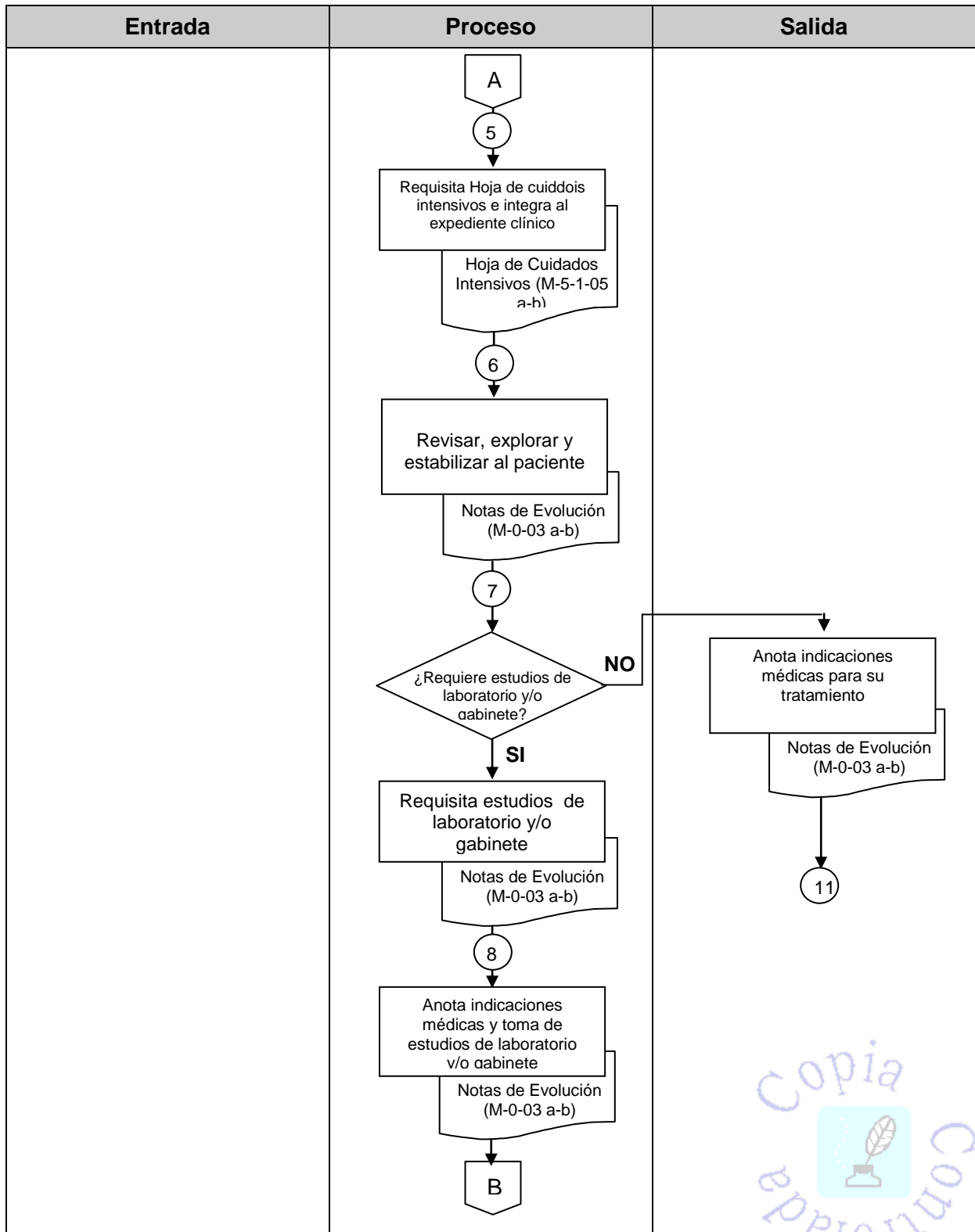


7. Diagrama de flujo



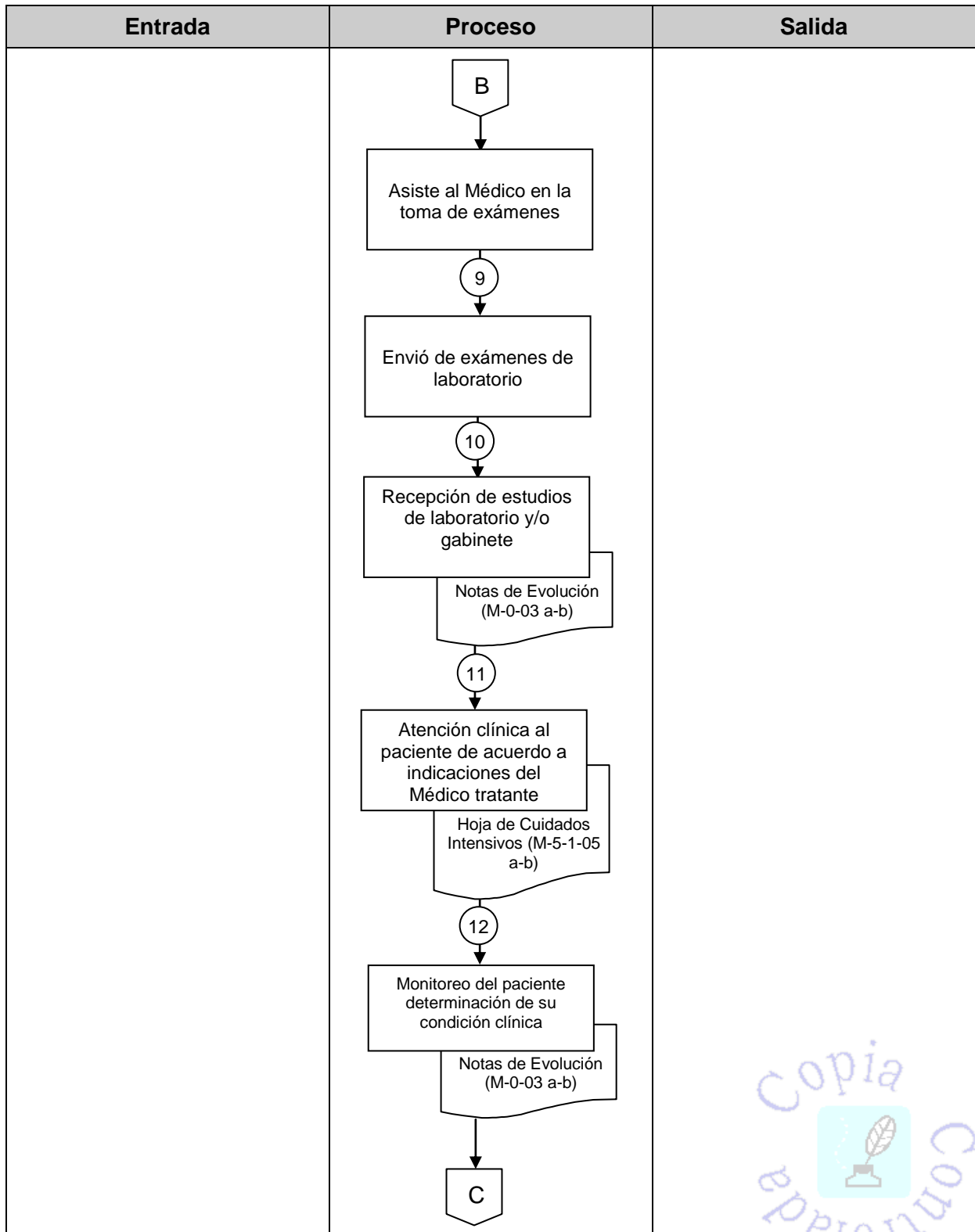
Copia

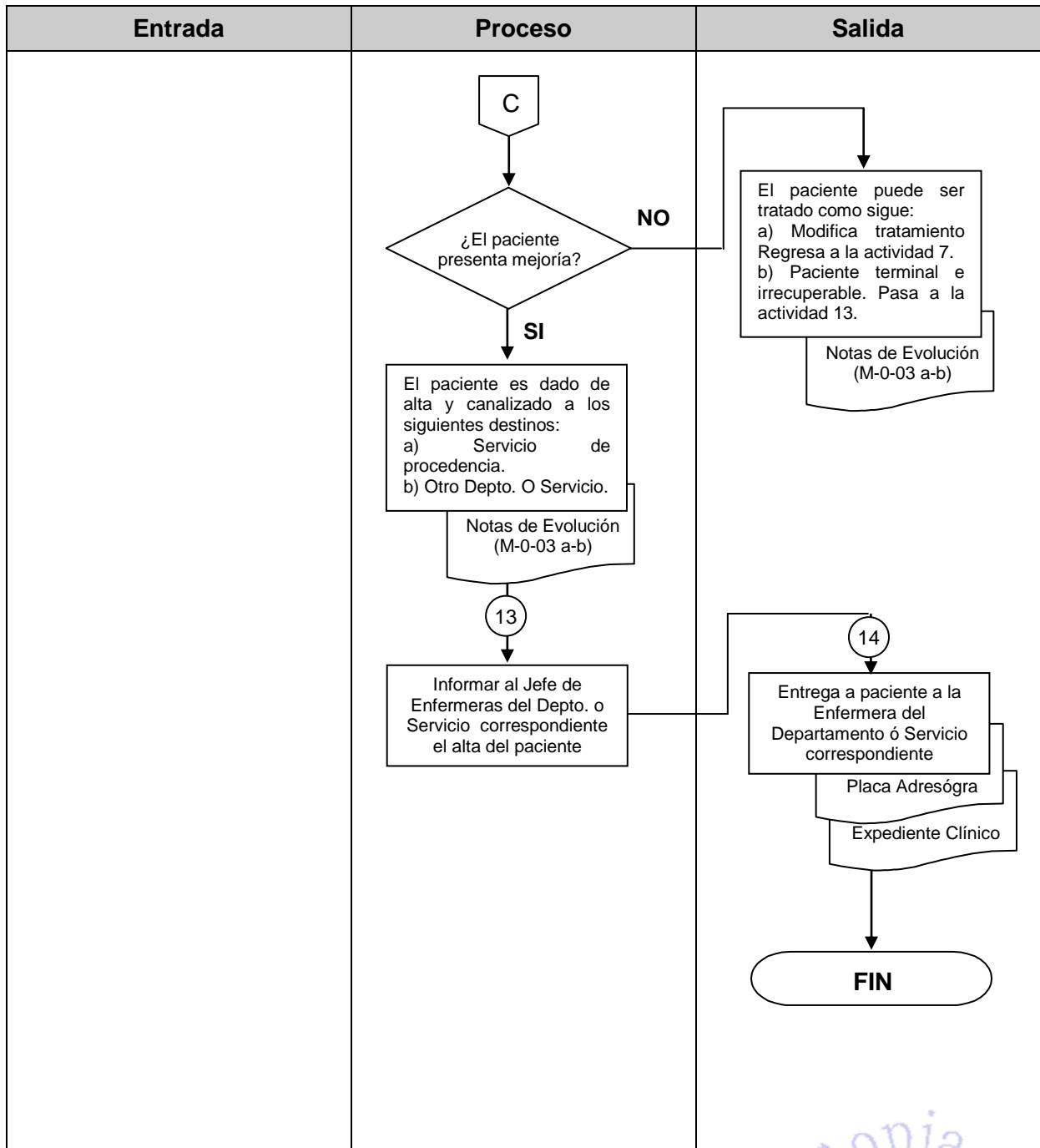
 Controlada



Copia
Controlada







8. Definiciones

N / A

9. Anexos

N / A



ASISTENCIA MÉDICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES

1. Propósito

Otorgar atención medica de calidad a los pacientes hospitalizados críticamente enfermos.

2. Alcance

Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

3. Políticas de operación

- Ingresarán al Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares todos los pacientes de 0 a 18 años de edad con un padecimiento cardiovascular que ponga en peligro la vida o la función de algún órgano o sistema, o se le realice alguna cirugía cardiovascular.
- Todo paciente ingresado de los diferentes Departamentos y/o Servicios médicos del Instituto deberán ser valorados por el Médico Adscrito y/o Médicos Residentes de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
- El Jefe del Departamento, los Médicos Adscritos y el Médico Residentes de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, serán los únicos autorizados para asignar cama no censable.
- 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.
- En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable), el Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares que realiza la interconsulta deberá establecer un plan de tratamiento, que se llevará a cabo por sus Médicos tratantes 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.
- Para el internamiento del paciente, este deberá ser acompañado por el Médico Adscrito o Médico Residente del Departamento o Servicio que lo transfiere, personal de Enfermería y expediente clínico.
- 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.
- En caso de contingencia por enfermedad infecto-contagiosa o desastre se implementarán áreas específicas para la atención de dichos pacientes.
- Diariamente se realizarán visitas hospitalarias académicas de 7:00 a 9:00 hrs. por el Medico Adscrito correspondiente, los Médicos Residentes de Terapia Intensiva

Cardiovascular, los Residentes de Pediatría, médicos salientes y receptores de guardia, Jefe de Enfermeras y la Trabajadora Social del Departamento. Sábados, domingos y días festivos estará a cargo del Médico Adscrito y/o los Médicos Residentes de Terapia Intensiva Cardiovascular.

- El Médico Adscrito y/o el 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 los Médicos Adscritos de este Departamento de manera diaria.
- A todo paciente que se le practiquen procedimientos Médico-Quirúrgicos, el 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.
- 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.
- Diariamente el Médico Adscrito y/o el 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 quedarán registrados en el formato **Hoja de Información al Familiar (M-5-3-13)**.
- Los pacientes que deban ser transferidos de Quirófano de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares 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 Médico Tratante o Médico Residente Quirúrgico al Médico Adscrito o 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 Médico Cirujano Cardiovascular.
- Para el internamiento del paciente operado de Cirugía Cardiovascular, este debe ser acompañado por el cirujano y anesthesiólogo responsables además del expediente clínico el cual deberá contener las indicaciones quirúrgicas.
- Todos los estudios de laboratorio (incluye banco de sangre) y/o gabinete, deberán estar debidamente requisitados y firmados de conformidad por el Médico Adscrito. En el caso de las guardias el responsable de firmar será el Médico Adscrito y/o Médico Residente de mayor jerarquía.
- Todo paciente, deberá tener una nota diaria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** escrita a maquina o letra de molde debidamente redactada, legible y sin abreviaturas; será supervisada y autorizada por el Médico Adscrito y el fin de semana por el Médico Adscrito

o Médico Residente de mayor jerarquía. Así mismo diariamente se consignará una nota de guardia en el Expediente Clínico del paciente.

- 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.
- El egreso hospitalario lo decidirá el Médico Adscrito de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares 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 Médico tratante del Departamento o Servicio de procedencia.
- En caso de fallecimiento es responsabilidad del Médico Adscrito y/o Médico Residente de Terapia Intensiva Cardiovascular y del Médico Adscrito y/o Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia solicitar al familiar o tutor, la autorización para realizar la autopsia de ley.
- En caso de que el 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)**.
- En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el 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.
- En el caso de no aceptar un ingreso por falta de cama (no censable) el Médico tratante del Departamento o Servicio solicitante se mantendrá en contacto con los Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
- 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.
- En caso de fallecimiento del paciente:
 - El 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)**.
 - Informará al familiar o responsable del fallecimiento del paciente.

- La enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares 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.
- Recepcionista del área inicia procedimiento de Relaciones Hospitalarias “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción”.

4. Documentos de referencia

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” (Relaciones Hospitalarias).
- Procedimiento “Interconsultas hospitalarias”.
- Manual de Cuidados Enfermeros
- Instrucción de Trabajo “Transferencia hospitalaria”
- Guías Médicas.
- Manual de Planeación de la Calidad.



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Solicitud de interconsulta	<p>5.1.1 Recibe Solicitud de Interconsulta (M-0-05), signa de recibido en la copia, turna original al Médico Adscrito responsable de interconsultas y registra en bitácora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Interconsulta (M-0-05) <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>	Médico Adscrito y/o Secretaria de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
5.2 Atención médica de interconsulta	<p>5.2.1 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 Médico del Departamento y/o Servicio correspondiente que el paciente debe 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 llevara a cabo por el médico tratante del paciente en el Departamento y/o Servicio correspondiente. Se consignara en Notas de Evolución (M-0-03 a-b-) y anexa al expediente clínico del paciente.</p>	Médico Adscrito y/o Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares


Copia Controlada



	5.2.2 Notifica al Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del ingreso del paciente.	Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
5.3 Ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares	5.3.1 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 en la placa adresógrafa.	Enfermera de Terapia Intensiva
	5.3.2 Requisita Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b) , la integra al expediente clínico e informa del ingreso al Médico Adscrito y/o Médico Residente. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b) 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 (a-13-08-08) , Hoja de la Enfermera para paciente quirúrgico (M-2-0-10) y la Hoja de control del enfermo diabético (M-7-0-10) .	
5.4 Atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares	5.4.1 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. <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución (M-0-03 a-b) 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) .	Médico Adscrito y Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares

Copia
Controlada



	<p>5.4.2 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 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>Médico Adscrito y Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares</p>
	<p>5.4.3 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>Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares</p>
<p>5.5 Toma de muestras</p>	<p>5.5.1 Toma estudios de laboratorio y/o asiste al Médico en la toma de los mismos. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.</p>	<p>Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares</p>
	<p>5.5.2 Envía por tubo neumático o entrega al mensajero 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>5.5.3 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 (M-0-03-a-b) 	<p style="text-align: right; color: lightblue; opacity: 0.5;">Copia Controlada</p> 

5.6 Seguimiento a tratamiento	5.6.1 Brinda atención clínica al paciente de acuerdo a las instrucciones del Médico tratante y monitoriza la respuesta al tratamiento.	Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
5.7 Evaluación clínica del paciente	<p>5.7.1 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 (M-0-03-a-b) <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 5.4.2.</p> <p>d) Decide egreso por ser paciente terminal e irrecuperable (decisión tomada en conjunto con Médico tratante) e informa al Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Pasa a la actividad 5.8.1.</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 al Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Pasa a la actividad 5.8.1.</p>	Médico Adscrito o Médico Residente de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares

Copia Controlada



	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 Médico tratante del paciente y al Jefe de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Ver Instrucción de Trabajo de transferencia hospitalaria. Pasa a la actividad 5.8.1.	
5.8 Alta del paciente	5.8.1 Informa al Jefe de Enfermeras del Departamento o Servicio correspondiente del alta del paciente.	Jefe de Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
	5.8.2 Acude a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares por el paciente.	Enfermera del Departamento o Servicio correspondiente
	5.8.3 Entrega al paciente a la Enfermera del Departamento y/o Servicio correspondiente así como la placa adresógrafa y el Expediente Clínico. Anota en la libreta de ingreso y egreso el egreso del paciente.	Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares
5.9 Elaboración de Informe mensual	5.9.1 Recibe originales de la Solicitud de Interconsulta , 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		

Copia
 Controlada

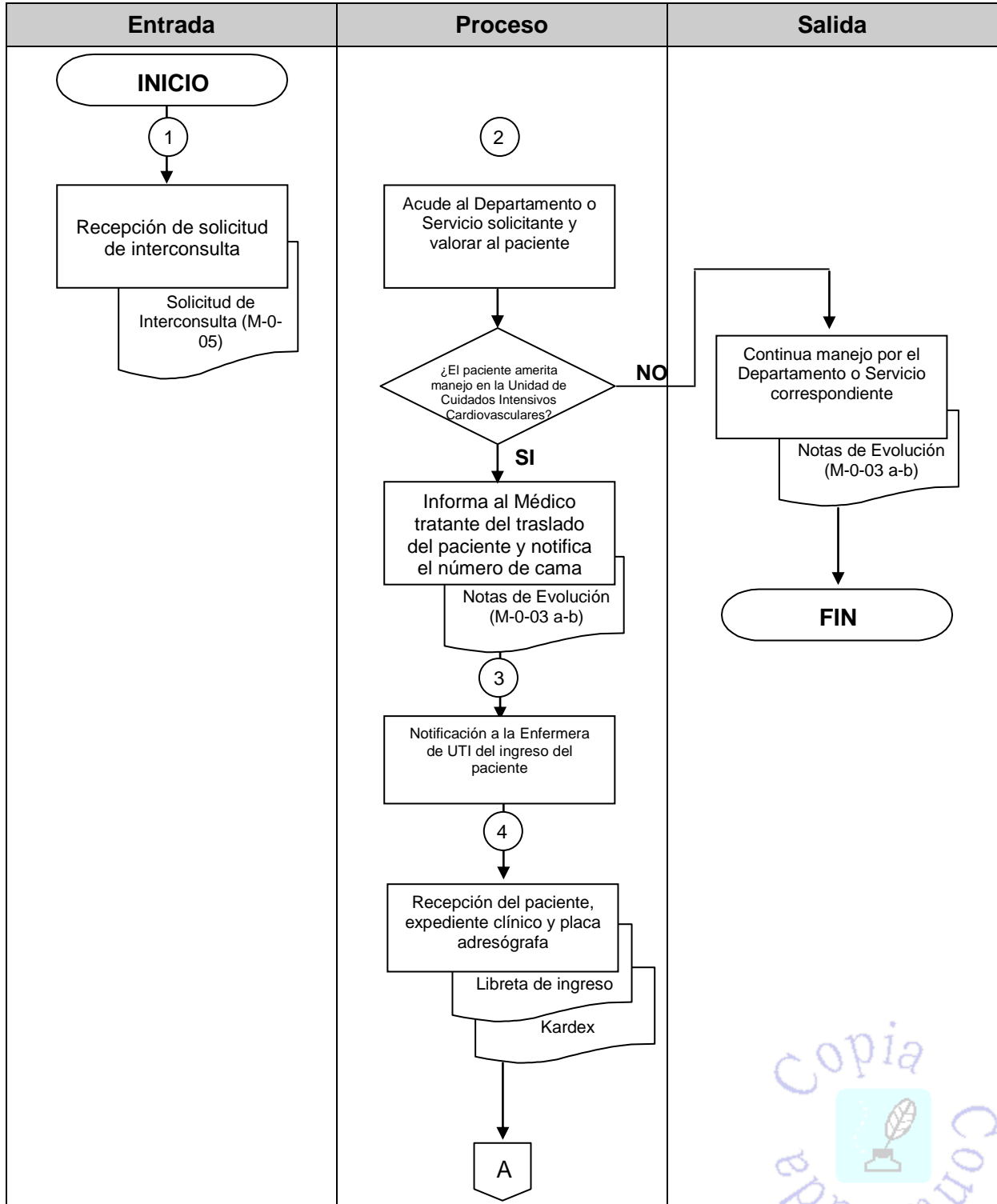
6. Diagrama de bloque

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Cualquier Departamento 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 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. i) Elaboración de informe mensual.	Estabilización médica a pacientes críticamente enfermos.	Departamento o Servicio del Instituto Paciente

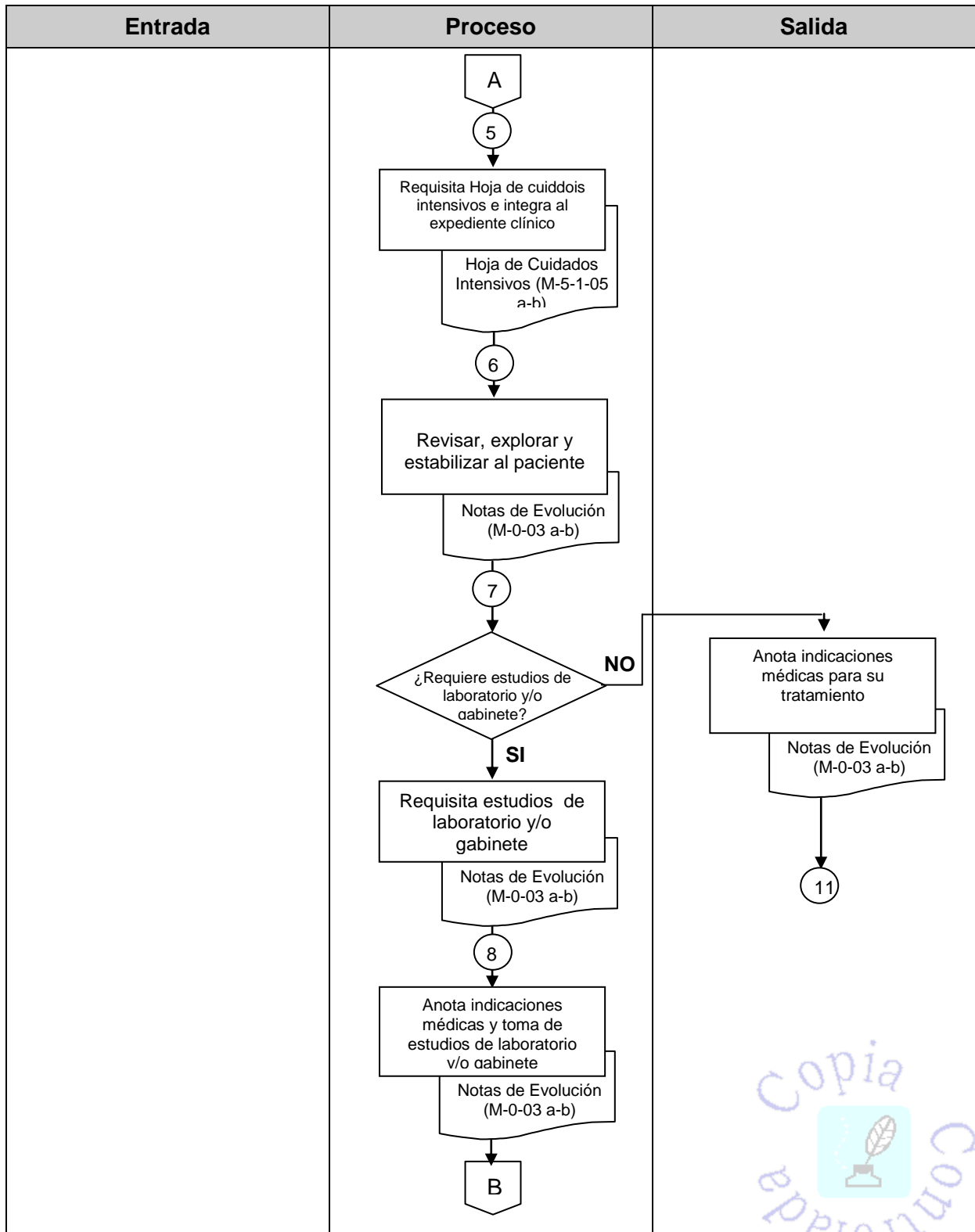
Copia

 Controlada

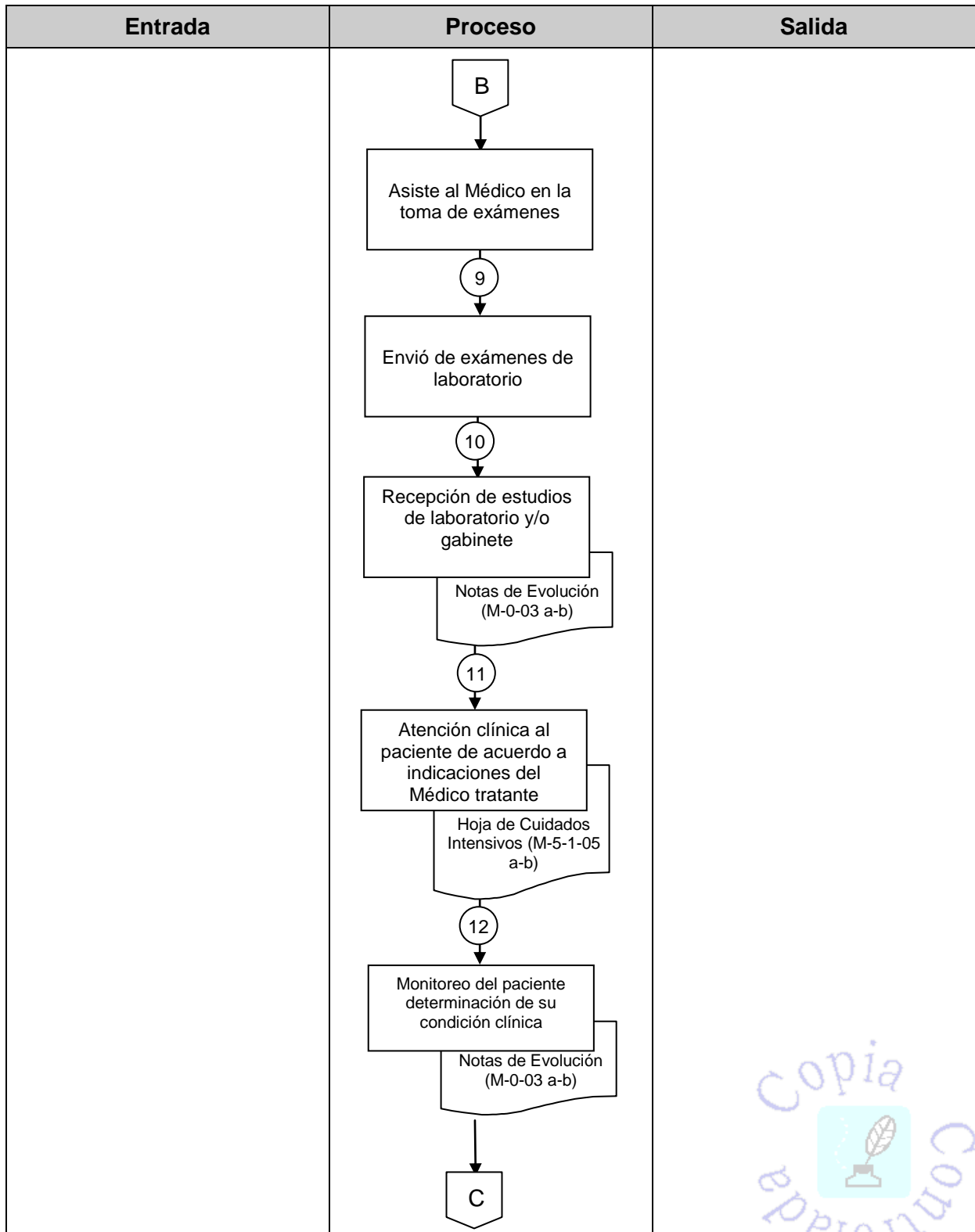
7. Diagrama de flujo

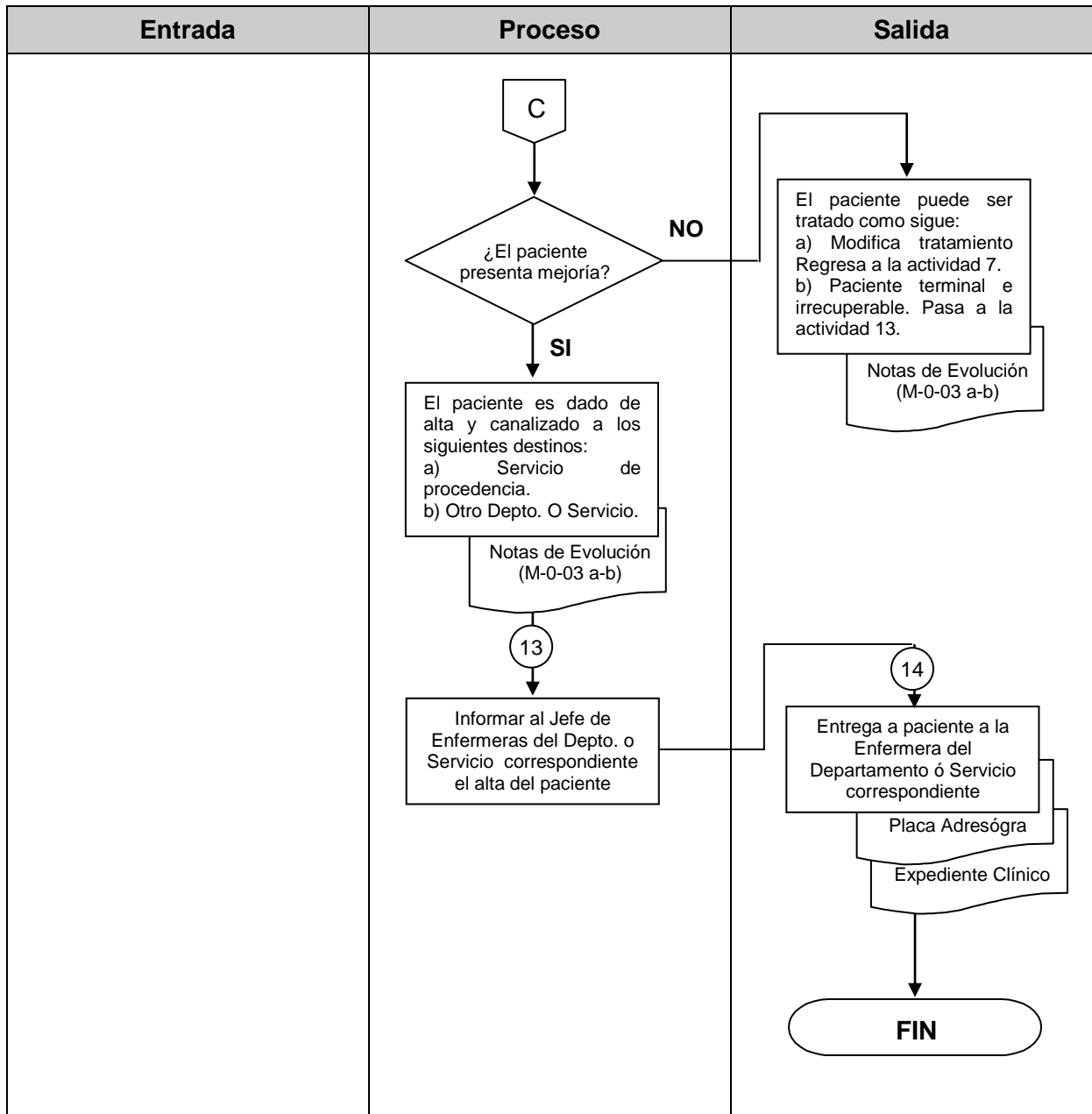


Copia
Controlada



Copia
Controlada





8. Definiciones

N / A

9. Anexos

N / A



HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS

1. Propósito

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

Aplica al área de Hospitalización del Departamento de Urgencias.

3. Políticas de operación

- El Jefe del Departamento, los Médicos Adscritos y Jefe de la guardia, serán los únicos autorizados para asignar cama.
- El Jefe 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.
- Los ingresos se realizarán los 365 días del año las 24 horas del día.
- 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.**
- 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.**
- 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.
- El Médico Adscrito o 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.

- Diariamente se realizarán paso de visita, de lunes a viernes por el Jefe del Departamento y/o el Médico Adscrito correspondiente y los Residentes de Pediatría. Los sábados, domingos y días festivos estarán a cargo de los Médicos Adscritos o Jefe de la Guardia, Médicos Residentes, y personal de Enfermería.
- 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 un Médico Adscrito o por el Médico Residente encargado de la sala de Hospitalización de Urgencias.
- A todo cambio en la evolución del paciente que comprometa su vida, se realizará una **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** adicional donde se describirá claramente las condiciones del paciente, misma que se anexará al expediente clínico.
- El 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 Médico Residente o Médico Adscrito. En el caso de que el paciente pertenezca a cualquier Departamento o Servicio del Instituto el Médico de la subespecialidad y el Médico tratante de Urgencias serán los responsables de realizar dicha actividad.
- Todo paciente grave que amerite estudios de gabinete, deberá ser acompañado por la Enfermera y el Médico Residente de Urgencias.
- En casos urgentes, se localizará al familiar a través del Departamento de Trabajo Social para notificarle el estado de salud del paciente.
- A todo paciente transferido al Departamento de Terapia Intensiva, el Médico tratante de Urgencias deberá conseguir cama censable en el Departamento o Servicio que corresponda según el padecimiento del paciente.
- 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 Médico Adscrito o por el Médico Residente encargado de la sala de Hospitalización de Urgencias.
- En caso de que se solicite el alta voluntaria por responsabilidad tutelar, el 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 Médico tratante se realizará una nota explicatoria en las **Notas de Evolución (M-0-03 a-b)** con firma del Médico Adscrito, del Médico Residente y del personal de Enfermería.

- 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.
- En caso de fallecimiento del paciente, el Médico tratante, Adscrito o Jefe de Guardia respectivamente, deberá solicitar al familiar o tutor la autorización para realizar la autopsia.
- Todos los estudios de laboratorio y/o gabinete (incluye banco de sangre) deberán ser requisitados debidamente, así como contar con la firma de conformidad del Médico Adscrito o el Jefe de Guardia según sea el caso.
- En caso de que el Médico Adscrito y/o 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**.
- 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 vinculados con un hecho ilícito en coordinación con el Departamento de Trabajo Social.
- El Departamento de Urgencias clasificara las lesiones o padecimiento presumiblemente vinculado con un hecho ilícito en siete tipos:
 - 8. Lesiones que tardan en sanar menos de 15 días
 - 9. Lesiones que tardan en sanar más de 15 días y menos de 60 días.
 - 10. Lesiones que tardan en sanar más de 60 días.
 - 11. Cuando dejen cicatriz permanentemente notable en la cara.
 - 12. Cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o un miembro.
 - 13. 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.
 - 14. Cuando pongan en peligro la vida.
- En caso de fallecimiento del paciente:
 - El Médico tratante da alta por fallecimiento y consigna la nota en **Notas 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”.
- Cuando el paciente vaya a ser enviado al SEMEFO el 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 cadáver al Departamento de anatomía patológica.
- En caso de que el paciente no cuente con el expediente clínico y la placa adresógrafa, se realizará su apertura. El familiar o tutor del paciente será el responsable de entregar a la Enfermera de Prehospitalización de Urgencias cuando el trámite administrativo este concluido, posteriormente entregará la documentación a la Jefa de Enfermeras de la Sala de Hospitalización de Urgencias.

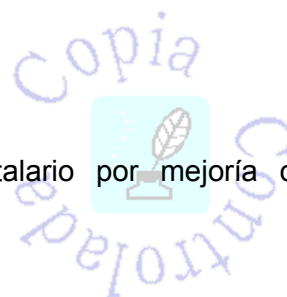
4. Documentos de referencia

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
- Código penal para el Distrito Federal.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Trámite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” (Relaciones Hospitalarias).
- Procedimiento “Asistencia Médica de Urgencias”.



- Instrucción de Trabajo “Interconsulta hospitalaria”.
- Instrucción de Trabajo “Transferencia a hospitales periféricos”
- Manual de Planeación de la Calidad.
- Manual de Cuidados Enfermeros.
- Procedimiento de Consulta y Atención Médica a Pacientes en Subespecialidades.



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Solicitud de Hospitalización de Urgencias	5.1.1 Recibe solicitud verbal del ingreso de pacientes a Hospitalización de Urgencias por parte del Médico tratante en la Prehospitalización de Urgencias. Nota: En caso de que algún Departamento o Servicio del INP soliciten cama prestada en la Hospitalización de Urgencias se recibirá solo con autorización del Jefe del Departamento o Médicos adscritos de Urgencias indicando que el Departamento o Servicio solicitante realizará el trámite administrativo correspondiente.	Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias
	5.1.2 Verifica físicamente y pregunta a la Jefa de Enfermeras el estatus de ocupación de la Sala de Hospitalización de Urgencias. ¿Existe disponibilidad de cama o cuna en Hospitalización de Urgencias? No: Informa al Médico tratante de la Prehospitalización para que establezca al paciente. Ver procedimiento de Asistencia Médica de Urgencias. Si: Asigna número de cama e informa al Médico tratante. Pasa a la Actividad 5.2.1.	
5.2 Aceptación del paciente en Hospitalización de Urgencias	5.2.1 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 Hospitalario (M-0-36 a-b) , entrega al familiar o responsable y envía a Trabajo Social de Urgencias para realizar los trámites correspondientes.	Médico Residente o Médico Adscrito de Prehospitalización

Copia Controlada



5.3 Transferencia del paciente	5.3.1 Informa a la 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.	Médico Residente o Médico Adscrito de Prehospitalización
	5.3.2 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
5.4 Recepción del paciente en Hospitalización de Urgencias	5.4.1 Recibe al paciente y la documentación, verifica y registra en la Libreta de Admisión y en el Kárdex (M-7-0-08) (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
	5.4.2 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 requisitarán 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-2-0-15) , Control de Signos Vitales (M-7-0-12) , Hoja para Control de	Enfermera de Hospitalización de Urgencias



	<p>Peso Diario (A-08-50), 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>	
	<p>5.4.3 Informa al Médico Adscrito o Médico Residente de Hospitalización de Urgencias del ingreso del paciente.</p> <p>Nota: En cuando se cuente con la placa adresógrafa se etiqueta el número de cama asignada y la coloca en el control de enfermería para realizar cualquier trámite necesario.</p>	<p>Enfermera de Hospitalización de Urgencias</p>
5.5 Atención médica de urgencias	<p>5.5.1 Recibe información verbal de la Enfermera 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.</p>	<p>Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias</p>
	<p>5.5.2 Elabora nota de ingreso hospitalario en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03-a-b) <p>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 requisitando a máquina. La actualización de la Historia Clínica (M-0-31 a-b) se realizará cuando el Médico tratante determine que es necesario.</p>	<p>Médico Residente asignado a Urgencias</p>



	<p>5.5.3 Determina según observaciones lo siguiente y registra las indicaciones medicas para el tratamiento en Notas de Evolución (M-0-03-a-b):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03-a-b) <p>¿El paciente requiere estudios de laboratorio y/o gabinete?</p> <p>No: Pasa a la actividad 5.8.1.</p> <p>Si: Solicita y requisita los estudios de Laboratorio y/o Gabinete que el paciente requiera.</p>	
	5.5.4 Solicita a la Enfermera su asistencia para toma de estudios de laboratorio y/o gabinete.	Médico Residente asignado a Urgencias
5.6 Toma de muestras	<p>5.6.1 Asiste al Médico en la toma de estudios de laboratorio. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.</p> <p>Nota: En el caso de estudios de gabinete lleva al paciente al área correspondiente acompañada por un Médico Residente en caso de que el paciente se encuentre grave o inestable.</p>	Enfermera de Hospitalización de Urgencias
	5.6.2 Envía por tubo neumático y/o con el Mensajero asignado al Departamento de Urgencias los estudios de laboratorio con las solicitudes firmadas.	Médico Residente de Hospitalización de Urgencias
5.7 Recepción de resultados	<p>5.7.1 Recibe resultados de los estudios laboratorio y/o gabinete y deja constancia en Notas de Evolución (M-0-03-a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03-a-b) 	Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias
5.8 Evaluación del paciente	5.8.1 Atiende al paciente de acuerdo a las indicaciones del 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	Enfermera de Hospitalización de Urgencias

	<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 periféricos. Pasa a la actividad 5.9.1.</p>	
5.9 Egreso del paciente	5.9.1 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.	Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias
	5.9.2 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 (M-0-1-02) 	Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias

	<p>5.9.3 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aviso de Alta (M-0-1-02) 	Enfermera de Hospitalización de Urgencias
	<p>5.9.4 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibo de Caja (A-2-2-27) • Aviso de Salida (M-4-1-36) 	
	<p>5.9.5 Anota el egreso del paciente en la libreta de ingresos y egresos de Hospitalización de Urgencias.</p>	Enfermera de Hospitalización de Urgencias
	<p>5.9.6 Recibe Expediente Clínico de la Enfermera de Hospitalización de Urgencias, firma de recibido en la Libreta de Censo y archiva.</p>	Archivo Clínico
	<p>5.9.7 Realiza el egreso del paciente.</p> <p>Nota: En caso de que el paciente requiera consulta de subespecialidad el Médico Residente tramita el Carnet de Citas (M-0-32-a-b) e informa al familiar que debe asistir a la subespecialidad correspondiente para que le asignen la fecha de la cita.</p>	Médico Residente o Médico Adscrito de Hospitalización de Urgencias
5.10 Realización del Informe Mensual	<p>5.10.1 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 para su archivo.</p>	Jefe de Departamento Urgencias
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		

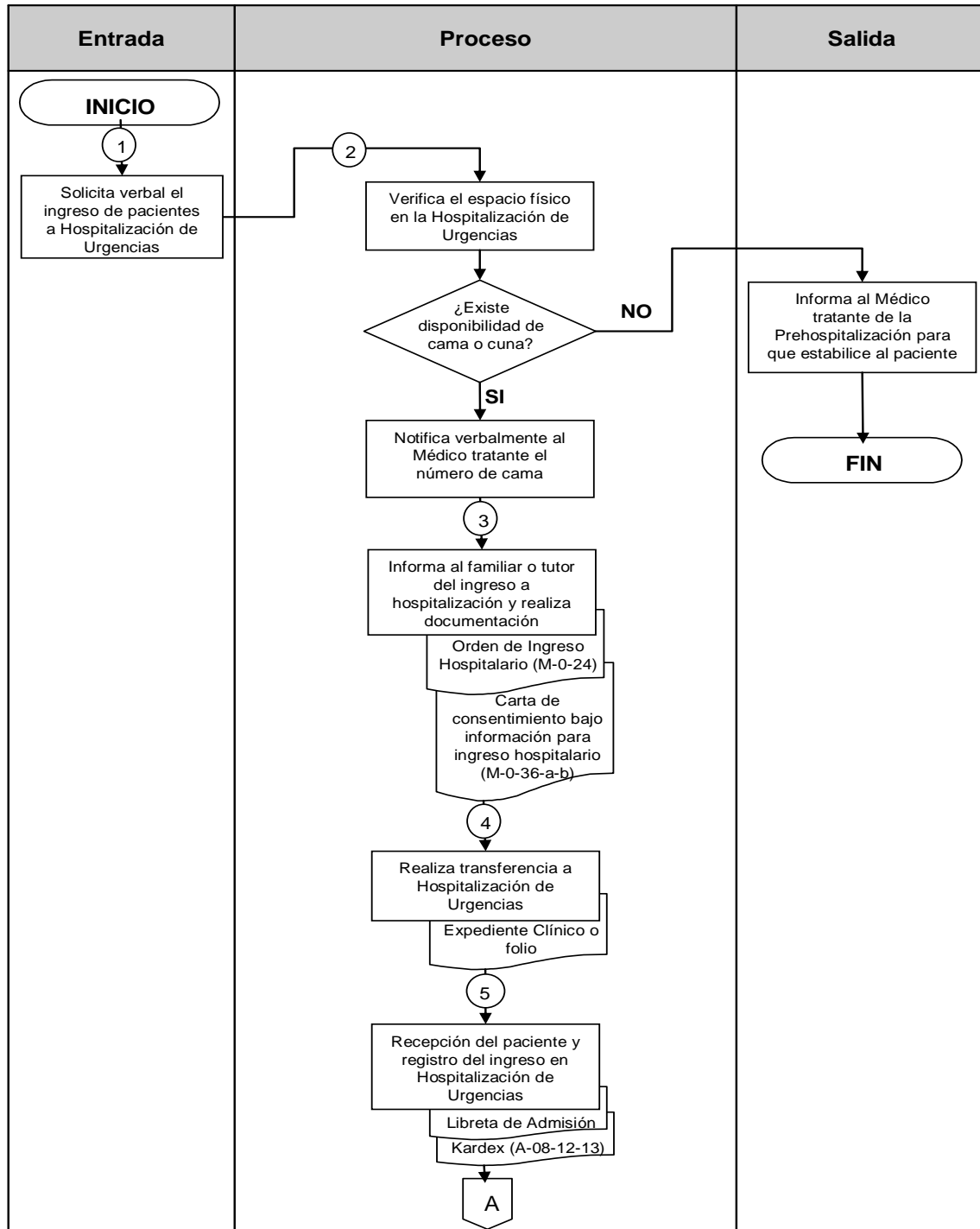
6. Diagrama de bloque

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>

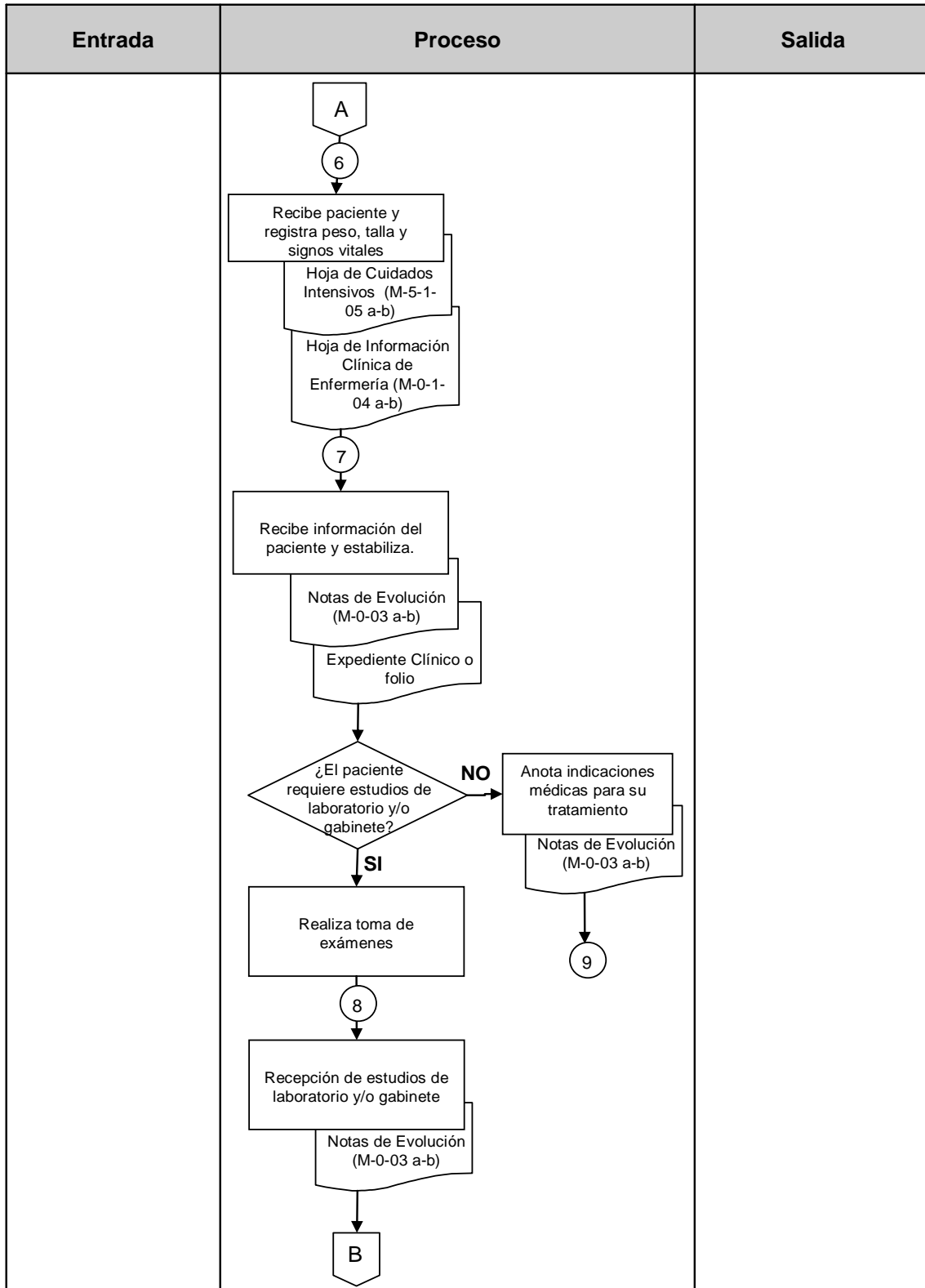
Copia

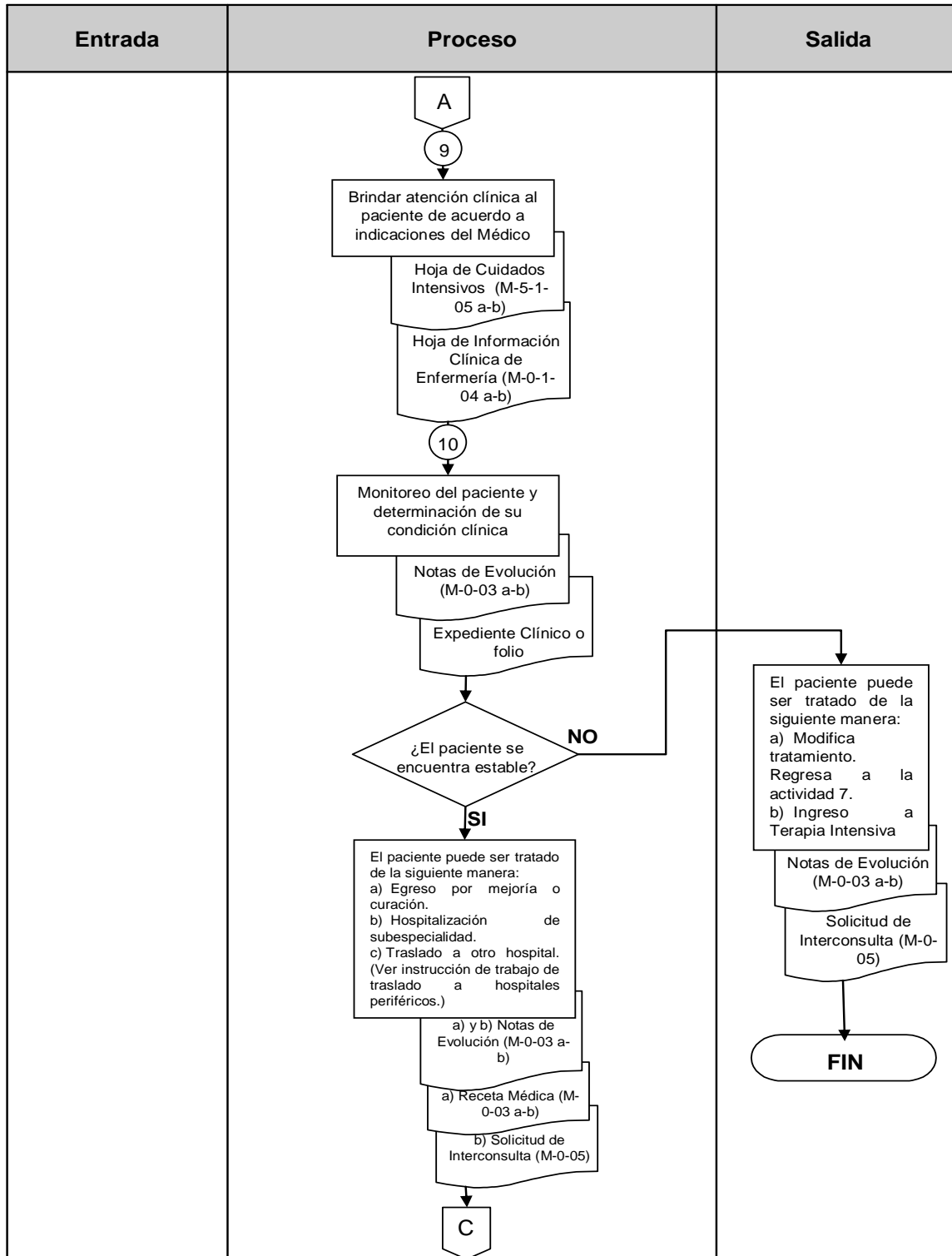
 Controlada

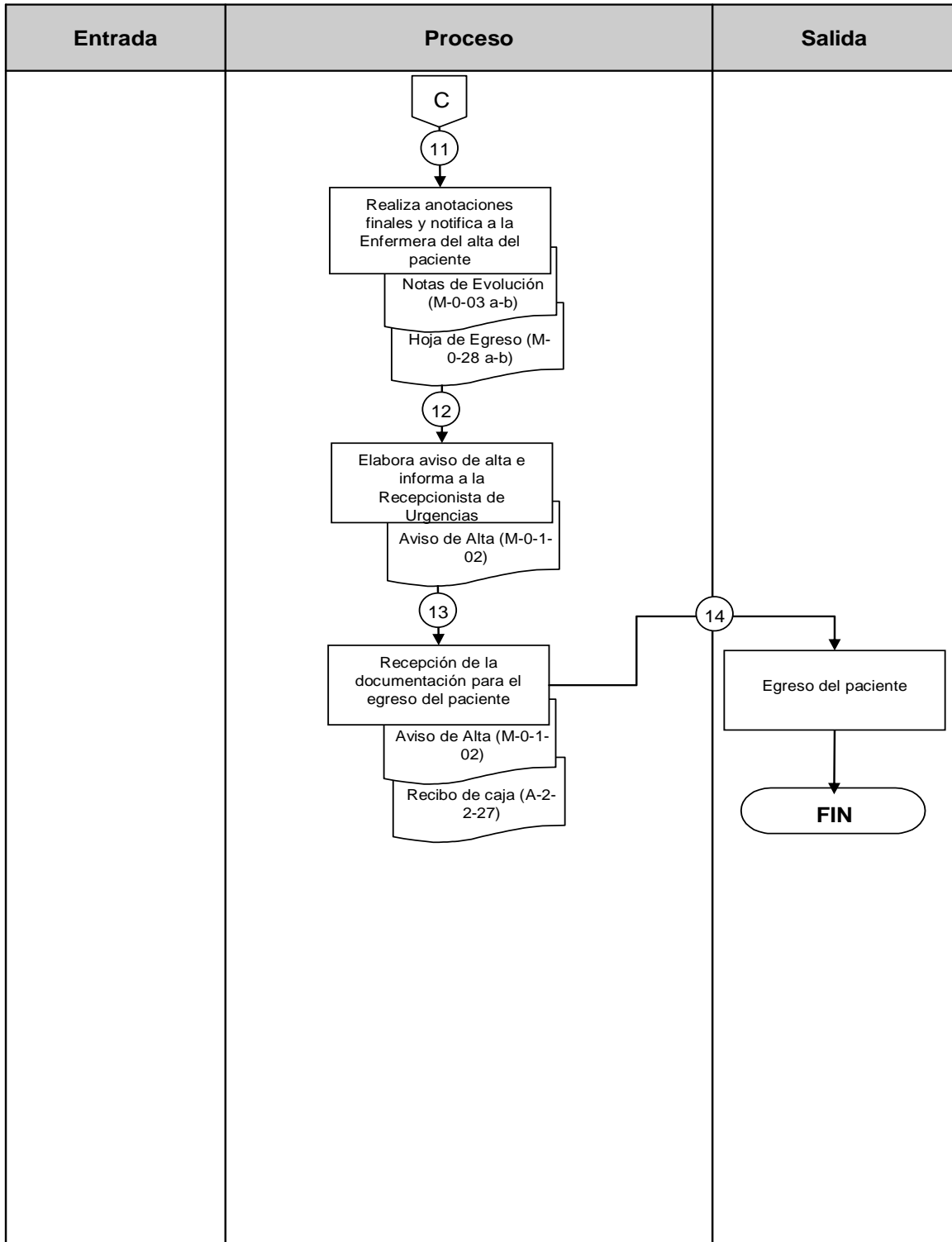
7. Diagrama de flujo



Controlado







C.O.R.

8. Definiciones

N/A

9. Anexos

N/A



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

1. Propósito

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

2. Alcance

A todo el personal del servicio Inhaloterapia.

3. Políticas de operación

- 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.
- 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.
- El Jefe del Servicio de Inhaloterapia será el responsable del proceso de vigilar que los equipos estén debidamente armados y empaquetados en bolsas transparentes para su fácil identificación, por la persona asignada al área de limpieza y desinfección de equipos.
- Es responsabilidad del Terapeuta adscrito, informar y/o comunicar al Jefe del Servicio de los equipos que se encuentren en mal estado (rotos, incompletos, mal armados, etc.)
- Diariamente se supervisará que los equipos limpios se encuentren acomodados en su lugar visibles y que los equipos sucios se les dé el procesamiento adecuado.
- En caso de equipos contaminados (paciente infecto contagioso) la persona responsable del mismo, deberá darle un procesamiento de 10 horas al equipo.
- 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,
- El incumplimiento de las actividades de este procedimiento se sancionará de acuerdo con la legislación vigente que competa a cada caso específico, ya que este procedimiento es de observancia general para todo el personal involucrado.

4. Documentos de referencia

Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Pediatría, OF/3533 del 12-12-2003.

Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. OF/CGINS/OF-3590 del 27-07-2004.



5. Descripción de actividades

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Recepción de equipos sucios de aerosolterapia	4.1.1 Prepara en los contenedores las soluciones desinfectantes y esterilizantes, etiquetando cada una con fechas de inicio y término de caducidad.	Servicio de Inhaloterapia (persona asignada al área de limpieza de equipos)
	4.1.2 Determina el procedimiento a seguir para la limpieza (lavado, esterilizado y secado) de cada equipo sucio (nebulizadores, mangueras, circuito, micronebulizadores, mascarillas).	
4.2 Recepción de circuitos de ventiladores mecánicos sucios	4.2.1 Recibe los ventiladores mecánicos que en su caso se le hayan retirado a cada paciente, y procede a desarmar los circuitos para darles el procesamiento correspondiente.	Servicio de Inhaloterapia (persona asignada al área de limpieza de equipos)
4.3 Armado de equipos	4.3.1 Guarda los equipos en bolsas transparentes de plástico, rotulándolos y acomodándolos en su lugar; y los circuitos de ventiladores mecánicos, los arma y los coloca en el ventilador correspondiente y los demás se empaquetan, rotulan y acomodan en su lugar.	Servicio de Inhaloterapia (persona asignada al área de limpieza de equipos)
4.4 Trámite de vales de salida de Almacén	4.4.1 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.	Jefe del Servicio de Inhaloterapia

Copia
Controlada




Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • Vale de salida de Almacén General A-3-0-06 • Recetario Colectivo M-0-20 	
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		

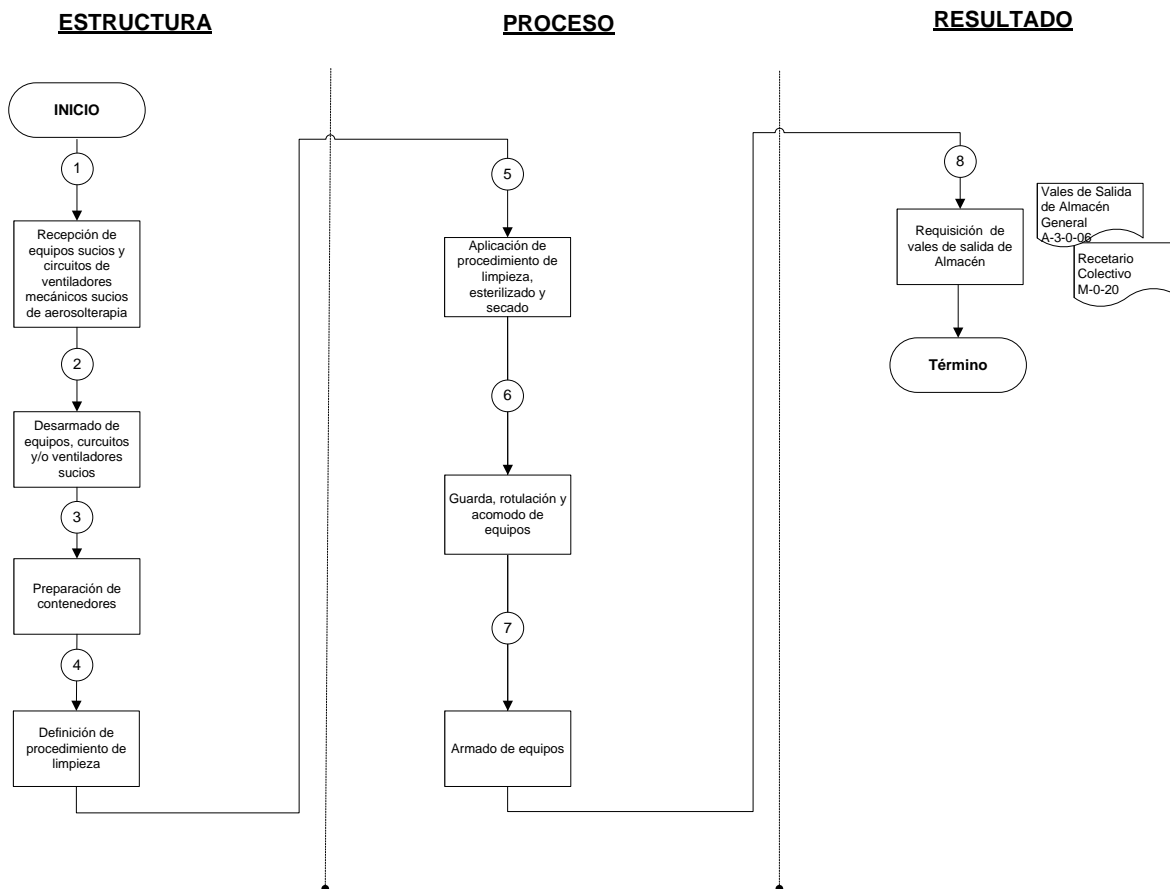
6. Diagrama de flujo

Proveedores	Entrada	Proceso	Salida	Usuario
Servicios: Hospitalización Consulta Externa	Circuitos y ventiladores mecánicos sucios de Hospitalización. Equipos sucios y contaminados (mangueras, micros, orugas, mascarillas, adaptadores, etc.) de hospitalización y Consulta Externa.	a) Recepción de equipos sucios de aerosolterapia. b) Preparación de soluciones desinfectantes y esterilizantes. c) Definición de procedimiento de limpieza. d) Recepción de circuitos de ventiladores mecánicos sucios. e) Aplicación de procedimiento de limpieza. f) Guarda, rotulación y acomodo de equipos. g) Armado de equipo. h) Requisición de vales de salida de Almacén General y Recetario Colectivo.	Vale de Almacén General Recetario Colectivo	Paciente Servicios: Hospitalización Consulta Externa

Copia
Controlada



7. Diagrama de flujo



Copia
Controlada



8. Definiciones

Equipos: Es el material que se emplea para realizar procedimientos tales como aerosoles, nebulizadores, círculos de ventilador mecánico, micronebulizadores, etc.

Procesamiento: Someter algún equipo a un proceso de limpieza, desinfección o esterilización.

Limpieza: Acción y efecto de limpiar para quitar lo sucio de un objeto.

Desinfección: Es cualquier agente de naturaleza química que impide el crecimiento de microorganismos y productores de enfermedad, que actúa destruyendo los agentes infecciosos.

Esterilización: Consiste en destruir toda forma de vida desde el punto de vista microbiológico. Para liberar los objetos de microorganismos vivos.

Armado de equipos: Consiste en montar las piezas de una sobre otra, por medio de adaptadores.

9. Anexos

Anexo 1

Rehúso de Material Desechable

El material desechable se rehúsa por el incremento de pacientes y por encontrarse en óptimas condiciones para su uso y se les da tratamiento adecuado de lavado, desinfectado y esterilización.

Realizándoles cultivos con un resultado negativo.

Cabe mencionar que el equipo desechable que se usa con pacientes infectocontagiosos se desecha.

NOTA: Debido al inicio de la influenza han aumentado los problemas respiratorios en estos dos últimos años.





+



Técnicas de Limpieza y Esterilización en Frío

1
LIMPIADOR Y DESCONTAMINANTE ENZIMÁTICO MULTIFUSOS

2
ESTERILIZANTE EN FRÍO

SISTEMA

- Rápido
- Práctico
- Sencillo
- Económico
- Anticontaminante




C.B.I. 060 066 0872 REG. No. 1537 095 55A



LIMPIADOR Y DESCONTAMINANTE MULTIFUSOS PARA INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, MATERIAL MÉDICO Y DENTAL.

PRÁCTICO

ALKAZYME PUEDE SER UTILIZADO PARA:
INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, ENDOSCOPIOS, FRESAS DE DIAMANTE O TUNGSTENO, ASPIRADORES Y CUALQUIER MATERIAL MÉDICO Y DENTAL, AUN EN SU VIDA ÚTIL. **ALKAZYME** DESTRUYE LA FORMACIÓN DE BIOPELMA.

PRESENTACION COMERCIAL:

- Paquete de 12 dosis de 20 g. CAJ
- Empaque CAJA CON 42 Paquetes

LIMPIEZA Y DESCONTAMINACION RAPIDA

15 MINUTOS



SE SUMERGE EL INSTRUMENTAL A FINE DE PACIENTE, SIN MANIPULAR Y SIN ENJUAGUE PORVO POR 15 MINUTOS, EL INSTRUMENTAL QUEDA PERFECTAMENTE LIMPIO Y DESCONTAMINADO

VIRUCIDA HIV EN CINCO MINUTOS

INSTITUTO PASTEUR DE LILLE

FACIL PREPARACION

PARA OBTENER LAS CALIDADES Y EFICACIA DE **ALKAZYME** ES PREFERIBLE HACER LA SOLUCION CON AGUA TIBIA (30º-40 °C). SE UTILIZA EL PREPARADO POR EVINIO PERMITE SISTEMA DE TRANSPORTE CERRADO ANTICONTAMINANTE

ACTIVIDAD BACTERICIDA Y PODEROSO FUNGICIDA A LA CONCENTRACION DE EMPLEO 0,5 %

PRUBADO BAJO LAS NORMAS AFNOR CON AGUA DURA Y DE PIRETERNA, **ALKAZYME** DESTRUYE LAS BACTERIAS Y LAS CEPAS DE HONGOS (99,999% DE DESTRUCCION) PRUEBA REALIZADA SOBRE UNA INOCULACION DE 10 CELULAS POR ML/ML.

BACTERICIDA	AFNOR T72 151	0.05%	5mm
BACTERICIDA	AFNOR T72 171	1.0%	5mm
BACTERICIDA	AFNOR T72 201	0.5%	15mm
FUNGICIDA	AFNOR T72 201	0.025%	15mm

C.B.I. 060 066 0872 REG. No. 1537 095 55A



MODOS DE EMPLEO

DOSE HIDROSCOLUBLE DE 20 g. PARA CUATRO LITROS DE AGUA (SOLUCION AL 0,5 %)

LA AGUA DE SUELO EN FRIJO Y EN SU CASO EN CALIENTE



FORMULA

- Cloruro de Didecil - Dimetil Amonio
- Enzimas Proteolíticas
- Secuestrante Calcio
- Inerteactivo no iónico

PRODUCCION SOBRE ISO 9002



ESTERILIZANTE EN FRÍO PARA INSTRUMENTAL TERMOSENSIBLE DESPROTEINIZANTE DE RAPIDA ACCION.

PRÁCTICO

ALKACIDE ESTA RECOMENDADO PARA LA ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL USADO EN CIRUGIA, ENDOSCOPIA, UROLOGIA, GINECOLOGIA, NEUROCLOGIA Y TODO MATERIAL TERMOSENSIBLE, CONSULTORIOS DENTALES, INSTRUMENTAL DE QUIROFANOS, PARA ESTERILIZAR FRESAS DE DIAMANTE O TUNGSTENO, ETC.

MODOS DE EMPLEO

- **PARA DESINFECTACION DE ALTO NIVEL**
UN LITRO DE **ALKACIDE** PERMITE PREPARAR 50 LITROS DE SOLUCION ACTIVA A LA DOSIS DE 20 ml. POR UN LITRO DE AGUA POR 15 MINUTOS.
- **PARA ESTERILIZACION**
UN LITRO DE **ALKACIDE** PERMITE PREPARAR 16 LITROS DE SOLUCION ACTIVA A LA DOSIS 60 ml. POR LITRO DE AGUA POR 60 MINUTOS.

PRESENTACION COMERCIAL

- FRASCO DE UN LITRO CON DOSIFICADOR DE 20 ml.
- EMPAQUE CAJA CON 6 LITROS.

RENOVACION DE LA SOLUCION

LA SOLUCION **ALKACIDE** PREPARADA, SE USA CUANTAS VECES SEA NECESARIO EN DIFERENTES INSTRUMENTALES, DEBERA SER RENOVADA CADA TREINTA DIAS.

NO ES CORROSIVO

- **ALKACIDE** NO CORROE EL MATERIAL Y NO TIENE MAL OLOR
- NO DAÑA EL INSTRUMENTAL, ES PARA ESTERILIZAR ENDOSCOPICOS, FIBROSCOPICOS Y MATERIALES MUY DELICADOS, ADEMAS DE TODO TIPO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO Y DENTAL.
- NO DAÑA LA LENTE NI LA FIBRA OPTICA

ACTIVIDAD ALKACIDE

BACTERICIDA	AFNOR T72 151	0.5%	5mm
FUNGICIDA	AFNOR T72 201	0.05%	15mm
VIRUCIDA	AFNOR T72 180	2.0%	15mm
MYCOBACTERIUM SINGENSIS		0.5%	15mm
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (BK)		2.0%	15mm
VIRUCIDA HIV 1 INSTITUTO PASTEUR LILLE		0.5%	5mm
VIRUCIDA HERPES B INST. PASTEUR LILLE		1.0%	5mm

C.B.I. 060 066 0880 REG. No. 1536 095 55A

SIN FORMOL



NO SE INACTIVA EN PRESENCIA DE MATERIA ORGANICA.

TIEMPO DE ESTERILIZACION

60 MINUTOS



PRODUCCION SOBRE ISO 9002

FORMULA

• Glucosolulato	8.7 %
• Inerteactivo no iónico	2.0 %
• Polietileno	0.3 %
• Formulo polimerizadora	10.5 %
• Agua termozida (no es clorurada)	1.5 %
• Agua demineralizada c.p.p.	100.0 %

Copia Controlada

TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE SALA DE CHOQUE A TERAPIA INTENSIVA O NEONATOLOGÍA

1. Propósito

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

Subdirección de Medicina Crítica

3. Políticas de operación

- 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.
- 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.
- Es indispensable que en el formato de **Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01)**, se especifique la causa del retraso de ingreso al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología.
- El formato **Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01)**, será entregado al finalizar el turno matutino de lunes a viernes por el Médico Adscrito y al término de la guardia por el Médico Residente asignado y el fin de semana el lunes siguiente, todos en la Jefatura del Departamento de Urgencias.
- 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.
- El Médico del Departamento de Urgencias y la Enfermera, 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)**.
- El Médico Adscrito del Departamento de Urgencias debe solicitar cama censable para el paciente trasladado a Terapia Intensiva, al Departamento o Servicio correspondiente de acuerdo al padecimiento.

- En caso de fallecimiento del paciente:
 - El Médico tratante da alta por fallecimiento y consigna la nota en **Notas 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.
 - 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”.
- Cuando el paciente vaya a ser enviado al SEMEFO el Médico adscrito 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 cadáver al Departamento de anatomía patológica.

4. Documentos de referencia

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.



b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Procedimiento “Tramite administrativo para el egreso hospitalario por mejoría o defunción” (Relaciones Hospitalarias).
- Procedimiento “Interconsulta Hospitalaria”.
- Procedimiento de “Asistencia Médica en Terapia Intensiva”.
- Procedimiento de “Ingreso y Egreso Hospitalario”.
- Instrucción de Trabajo de “Transferencia Hospitalaria”.
- Manual de Cuidados Enfermeros.
- Manual de Planeación de la Calidad.



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Evaluación del paciente y solicitud de interconsulta	5.1.1 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.	Médico Residente Adscrito y de Urgencias
	5.1.2 Asiste al Médico tratante en la estabilización del paciente críticamente enfermo. Ver manual de cuidados enfermeros.	Enfermera de Urgencias
5.2 Atención de interconsulta	5.2.1 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. <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución (M-0-03 A-B) • Evaluación inicial (M-5-2-06 a-d) <p>¿Requiere ingreso al departamento?</p> <p>No: Continúa el manejo por el Departamento de Urgencias, notifica verbalmente al 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 Médico de Urgencias la asignación de cama en el Departamento de Terapia Intensiva (no censable) o Neonatología. Pasa a la actividad 5.2.2.</p>	Médico Adscrito y/o Médico Residente de Terapia Intensiva o Neonatología
	5.2.2 Informa a la Enfermera de Terapia Intensiva o Neonatología del ingreso del paciente para que prepare la cama asignada. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.3 Notificación del traslado del paciente	5.3.1 Recibe notificación verbal de asignación de cama por parte del Médico del Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología.	Médico Adscrito y Enfermera de Urgencias
5.4 Registro del paciente	5.4.1 Requisita en original y copia el Control de Tiempo de Traslado (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 (M-5-0-01) 	Médico Residente asignado a Urgencias
	5.4.2 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.	Enfermera de Urgencias
5.5 Traslado del paciente	5.5.1 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 (M-0-03 a-b) Evaluación Inicial (M-5-2-06 a-d) Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque (M-5-0-01) 	Médico Adscrito de Urgencias y Enfermera de Urgencias
5.6 Recepción del paciente en el Departamento	5.6.1 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) .	Médico Adscrito y/o Médico Residente / Enfermera de Terapia Intensiva o Neonatología

5.7 Registro del paciente en Terapia Intensiva o Neonatología	5.7.1 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.	Enfermera de Terapia Intensiva o Neonatología
	5.7.2 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 (M-5-0-01) 	Médico Adscrito o Médico Residente de Terapia Intensiva o Neonatología
5.8 Asistencia Médica en Terapia Intensiva o Neonatología	5.8.1 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
5.9 Elaboración de Informe Mensual	5.9 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.	Jefe de Departamento de Urgencias
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		

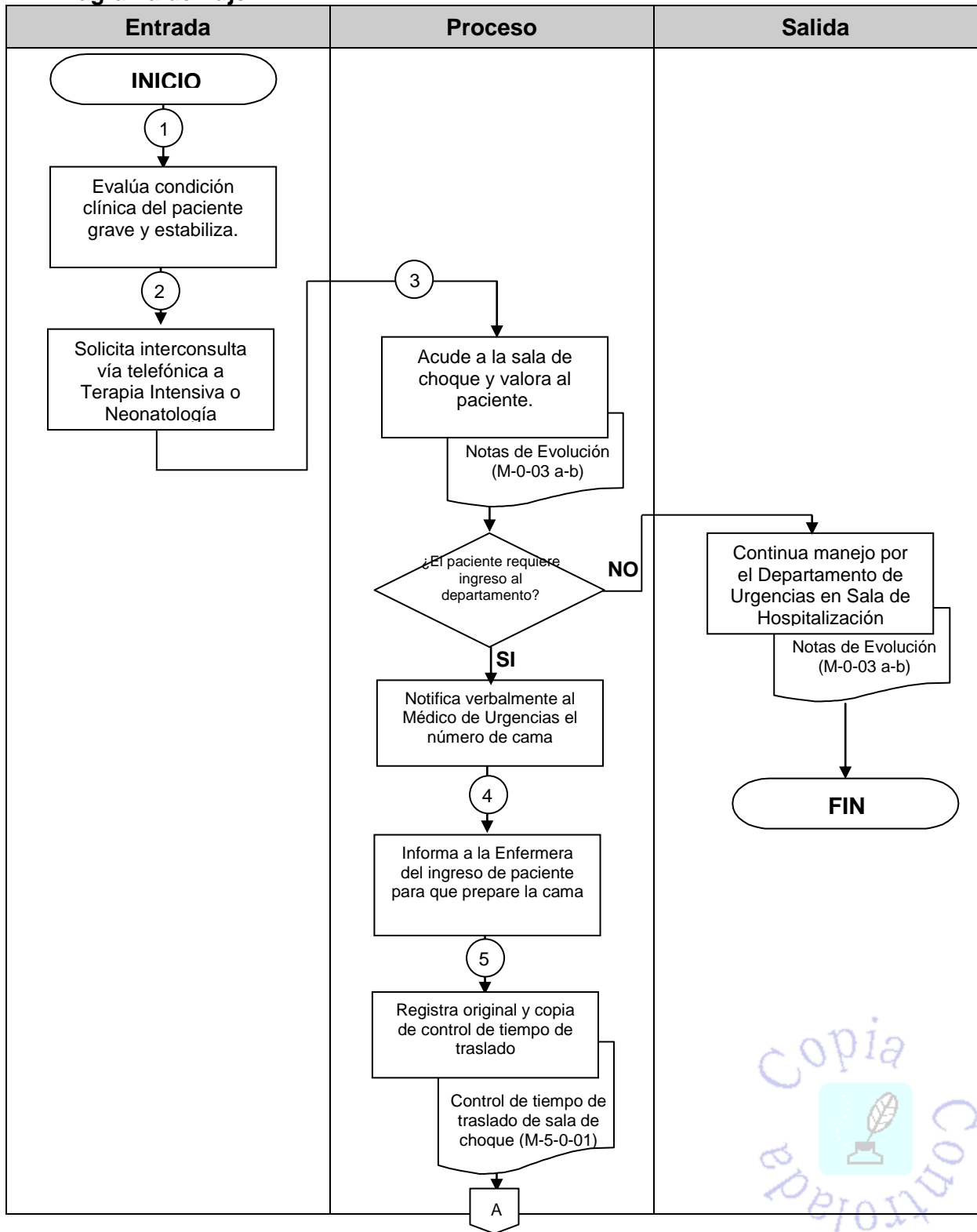


6. Diagrama de bloque

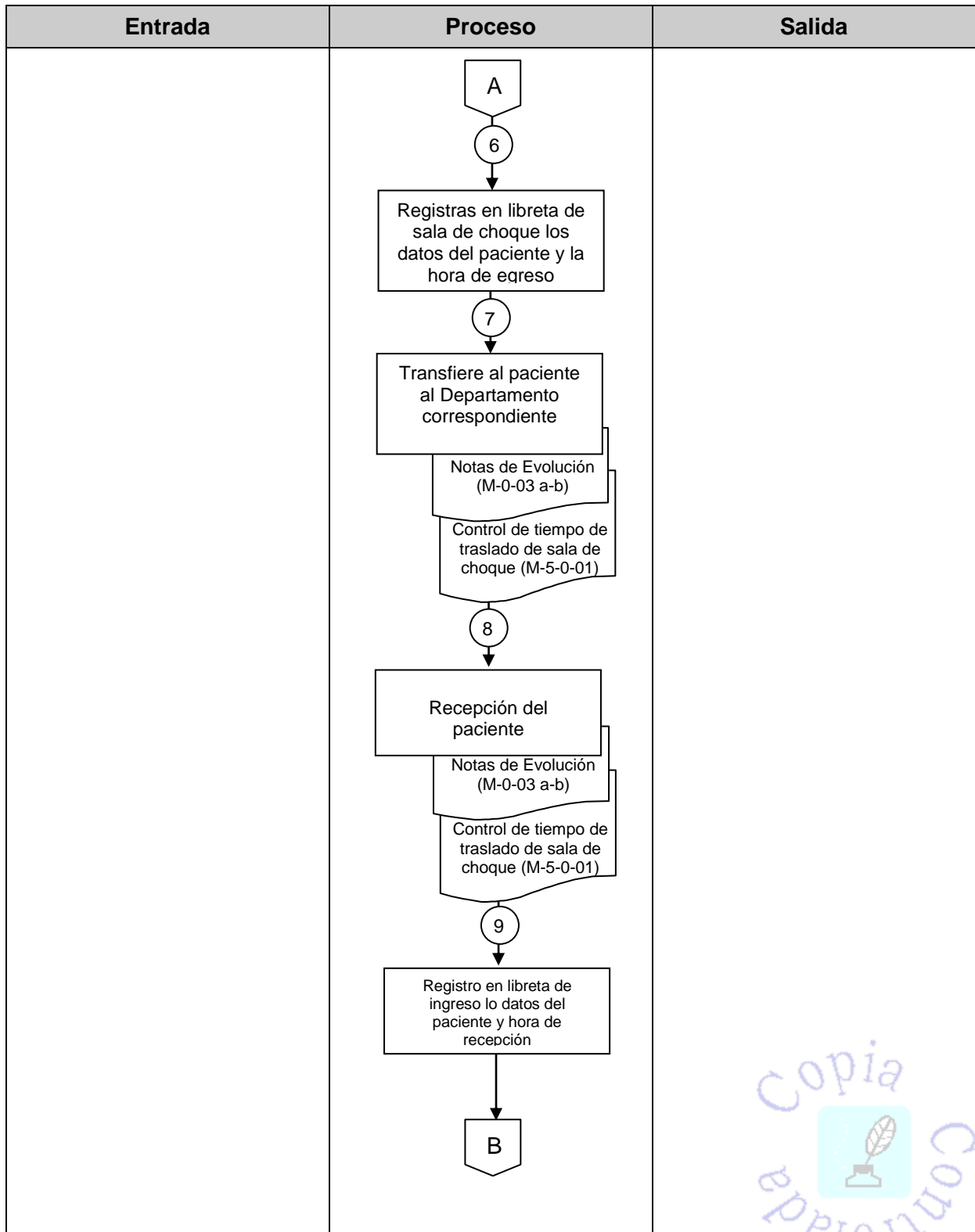
Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Pacientes críticamente enfermos en estado de choque.	<p>Pacientes críticamente enfermos en estado de choque.</p> <p>Solicitud de interconsulta vía telefónica.</p> <p>Manual de cuidados enfermeros.</p>	<p>a) Evaluación del paciente y solicitud de interconsulta.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

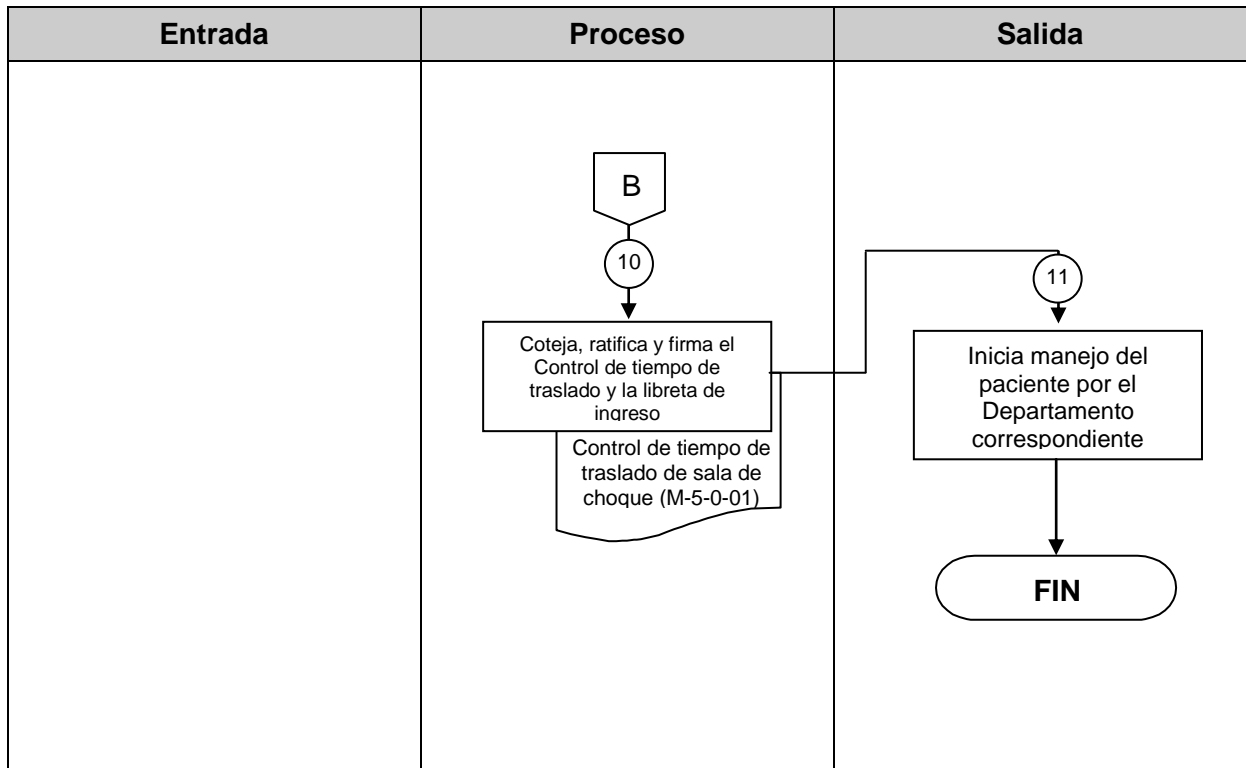


7. Diagrama de flujo



Copia Controlada





8. Definiciones

N/A

9. Anexos

N/A



TRASLADO E INGRESO DE PACIENTES DE OTROS HOSPITALES AL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA

1. Propósito

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

Aplica al Departamento de Neonatología.

3. Políticas de operación

- En Neonatología serán aceptados todos aquellos pacientes de 0 a 28 días de edad con diagnóstico de padecimiento neonatal de alta especialidad.
- El traslado de los pacientes al Departamento de Neonatología solo se realizará en el turno matutino y vespertino.
- Será responsabilidad del Hospital solicitante realizar el traslado del paciente al INP si este no se encuentra dentro del Distrito Federal, el traslado será autorizado por el Jefe del Departamento o Médico Adscrito de Neonatología vía telefónica de acuerdo al padecimiento del paciente.
- Sólo será autorizado el traslado del paciente a esta Institución cuando no se ponga en riesgo la vida del mismo.
- Será responsabilidad del INP previo al traslado preparar el equipo y contar con personal, material y medio de transporte adecuado, siempre y cuando el paciente se encuentre dentro del Distrito Federal.
- Será responsabilidad del 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 Médico.
- La Enfermera de Neonatología será la encargada de realizar las anotaciones pertinentes ocurridas durante el traslado en la **Hoja de Información Clínica de Enfermería (M-0-6-1-04 a-b)**.
- 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

a) Marco normativo

- NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
- Código penal para el Distrito Federal.
- Ley General de Salud y su Reglamento.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

b) Sistema de Gestión de la Calidad

- Manual de Planeación de la Calidad.
- Manual de Cuidados Enfermeros.
- Procedimiento de Ingreso y Egreso Hospitalario.



5. Descripción de actividades

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
5.1 Solicitud de Traslado	<p>5.1 Recibe solicitud de servicio personalmente, por correo electrónico o vía telefónica del 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 Médico.</p>	Jefe del Departamento, Médico Adscrito o Secretaria de Neonatología
	<p>5.1.2 Verifica físicamente y pregunta a la Jefa 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 fax o correo electrónico el resumen clínico del paciente y Solicitud de traslado de recién nacido.</p>	Jefe del Departamento, Médico Adscrito de Neonatología
	<p>5.1.3 Recibe resumen clínico del paciente y Solicitud de traslado de recién nacido. Verifica que el paciente cuente con los siguientes requisitos:</p>	Jefe del Departamento, Médico Adscrito de Neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>a) Edad menor de 28 días de vida extrauterina.</p> <p>b) Paciente nacido a término gravemente enfermo pero recuperable.</p> <p>c) Prematuros o con desnutrición intrauterina con peso menor de 1,500 gr. al nacer.</p> <p>d) Neonatos con ventilación mecánica.</p> <p>e) Malformaciones congénitas mayores.</p> <p>f) Urgencias quirúrgicas.</p> <p>g) Tumores</p> <p>h) Errores Innatos del metabolismo</p> <p>i) Intoxicaciones.</p> <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: Informa al solicitante del servicio que el equipo de traslado acudirá a valorar al paciente. Pasa a la actividad 5.2.1.</p>	
5.2 Asignación del personal Médico	5.2.1 Asigna al Médico Residente y a la Enfermera de Neonatología que realizaran el traslado del paciente.	Jefe del Departamento o Médico Adscrito de Neonatología
5.3 Preparación del Equipo para realizar el traslado	5.3.1 Avisa a la Trabajadora Social asignada a Neonatología acerca del traslado del paciente para que se realice la solicitud de la ambulancia.	Jefe del Departamento o Médico Adscrito de Neonatología
	5.3.2 Informa a Transportes del traslado del paciente, requisita Autorización salida de Vehículos (M-4-1-27) , solicita firma del Médico solicitante y entrega el formato al Área de transportes.	Trabajo Social

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización salida de Vehículos (M-4-1-27) 	
	5.3.3 Revisa el maletín de traslado y en caso necesario suministra el material y medicamentos faltantes. Nota: Para el caso de Enfermería ver Manual de Cuidados Enfermeros.	Médico Residente o Enfermera de Neonatología
	5.3.4 Recibe notificación vía telefónica de Trabajo Social del arribo de la ambulancia.	Médico Residente o Enfermera de Neonatología
5.4 Valoración Médica para traslado del paciente	5.4.1 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 llenado y autorización. Pasa a la siguiente actividad. Si: Informa al Médico solicitante del servicio que el traslado es denegado debido a las condiciones clínicas del paciente. 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 5.1.2.	Médico Residente o Enfermera de Neonatología
5.5 Traslado del paciente al INP	5.5.1 Realiza el traslado del paciente al Instituto, controlando los signos vitales del paciente, la Enfermera registra cualquier incidencia en la Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b).	Médico Residente y Enfermera de Neonatología

<p>5.6 Ingreso al Departamento de Neonatología</p>	<p>5.6.1 Ingresan al paciente al Departamento de Neonatología para su atención médica, informa a los Médicos del Departamento de las condiciones clínicas del paciente.</p>	<p>Médico Residente y Enfermera de Neonatología</p>
	<p>5.6.2 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 (M-0-03 a-b) 	<p>Médico Residente de Neonatología</p>
	<p>5.6.3 Requisita Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24), Historia Clínica (M-4-2-03-a), 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> <ul style="list-style-type: none"> • Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24) • Historia Clínica (M-4-2-03-a) • Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario (M-0-36 a-b) 	<p>Médico Residente de Neonatología</p>
	<p>5.6.4 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>Médico Residente de Neonatología</p>

Copia Controlada

	<p>5.6.5 Recibe del familiar o responsable del paciente Orden de Ingreso Hospitalario (M-0-24) aprobada así como la placa adesógrafa del Servicio de Relaciones Hospitalarias, verifica y registra en la Libreta de Admisión y en la hoja de Cuidados de Enfermería (Kárdex) (A 08-12,13), nombre completo del paciente, No. de Expediente Clínico, edad, sexo, y número de cama, entrega paciente a la Enfermera 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 (M-0-24)• Libreta de Admisión• Cuidados de Enfermería (Kárdex) (A 08-12,13)	Jefa de Enfermeras de Neonatología
TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO		



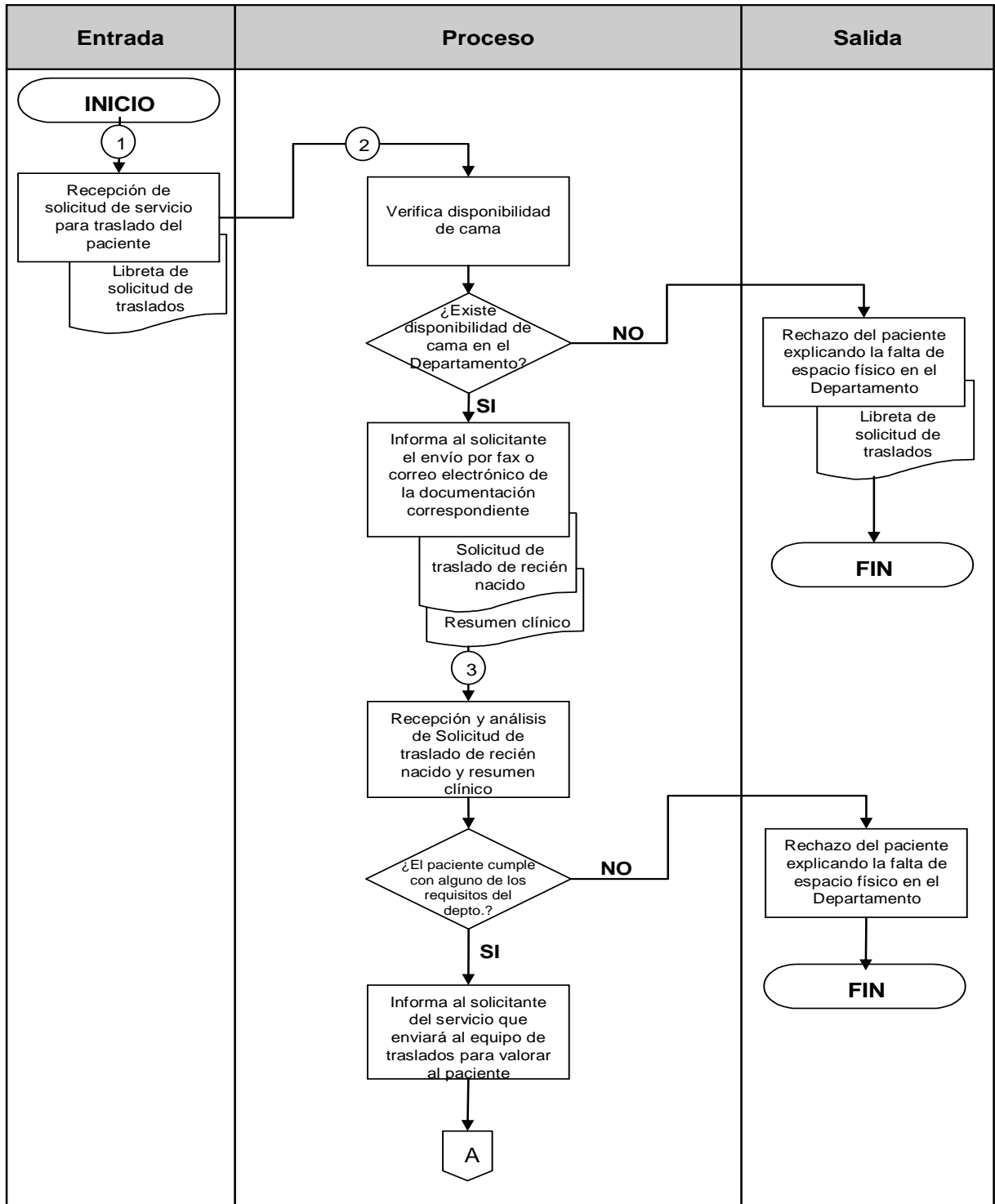
6. Diagrama de bloque

Proveedores	Entrada	Proceso	Salidas	Usuario
Otros Hospitales Familiar o responsable del paciente	Solicitud de Servicio	a) Solicitud de Traslado.	Traslado del paciente al INP	Paciente Departamento de Neonatología
	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.		

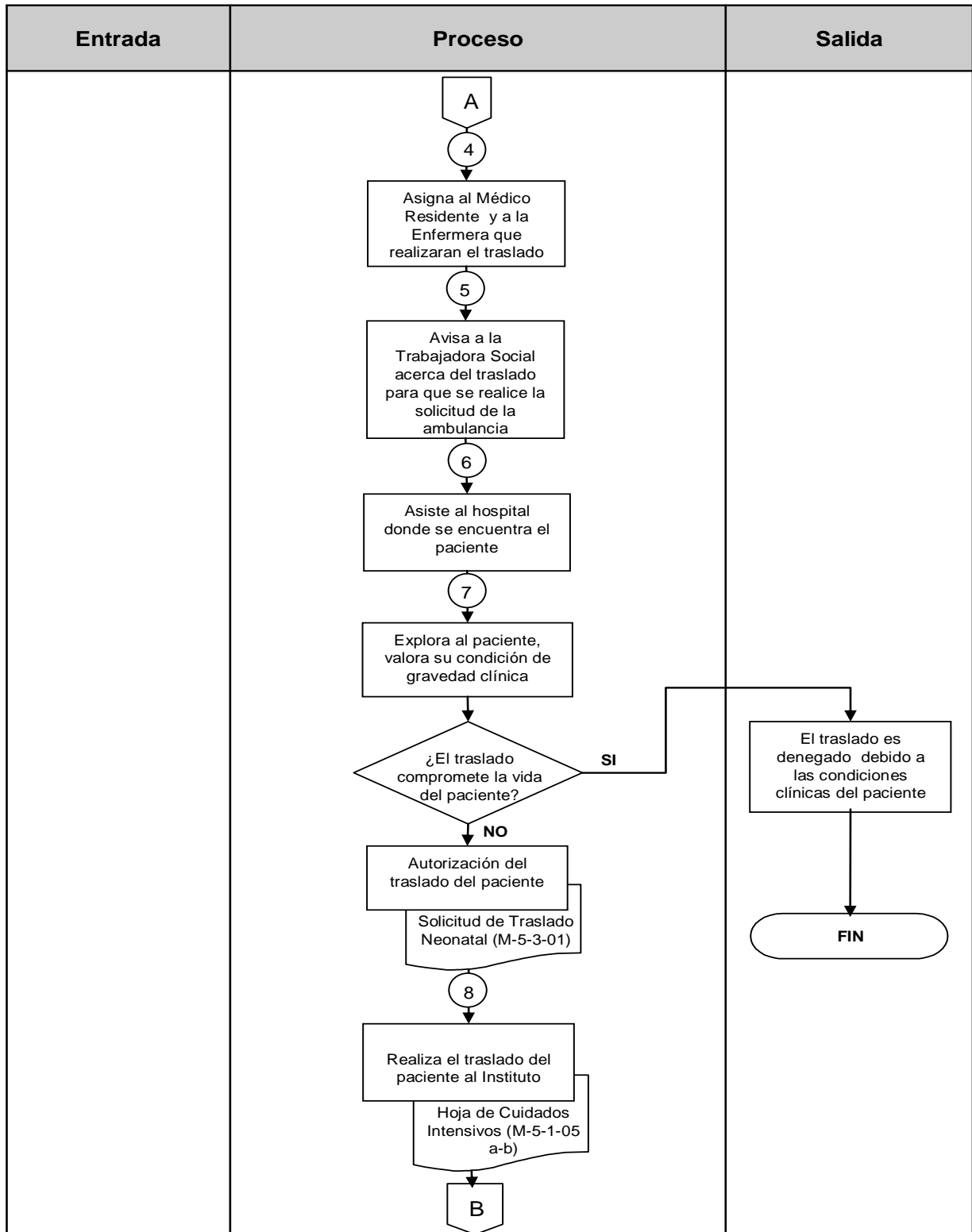
Copia

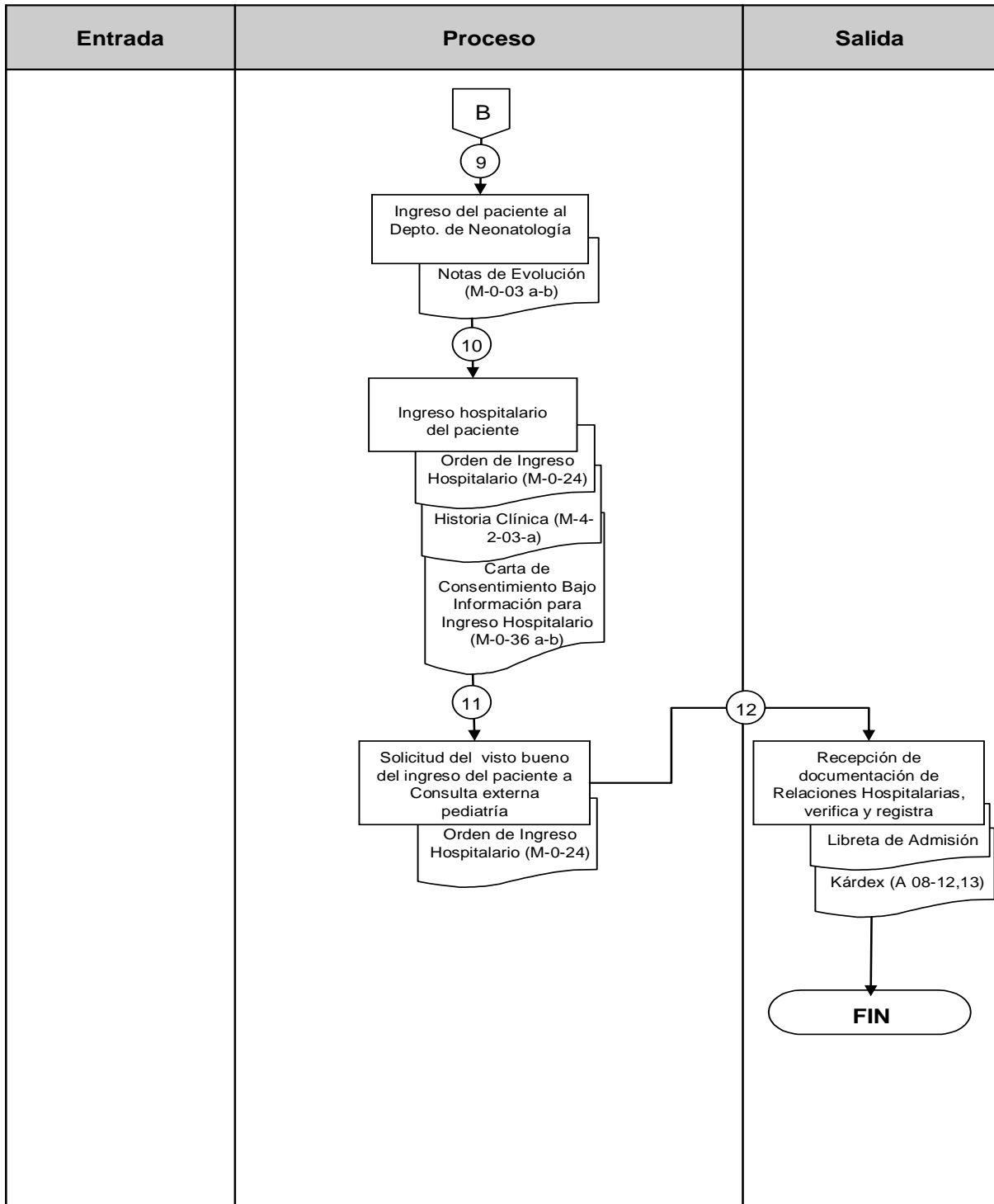
 Controlada

7. Diagrama de flujo



2/02*





8. Definiciones

N/A

9. Anexos

N/A



INSTRUCCIONES DE TRABAJO



ACCESO INTRAÓSEO

1. Propósito

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

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de aspiración
- Sondas de aspiración 6fr y 8fr
- Frasco con solución fisiológica
- Gasas estériles
- Guantes y cubrebocas
- Estetoscopio
- Frasco para cultivo



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Selección de la parte del cuerpo a proceder	4.1.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.1.2 Fija la extremidad y coloca con un soporte blando.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.1.3 Realiza antisepsia de la región donde se puncionará.	
4.2 Introducción de la aguja.	4.2.1 Avanza la aguja, usando una presión firme y un movimiento de tornillo, o un movimiento rotatorio en un ángulo de 90 grados.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.2.2 Al pasar la corteza ósea la resistencia disminuye, la aguja debe estar firme sin necesidad de sostenerla.	
4.3 Realización de la aspiración	4.3.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.4 Infusión de líquidos o medicamentos	4.4.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.4.2 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.	
4.5 Monitoreo del paciente	4.5.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

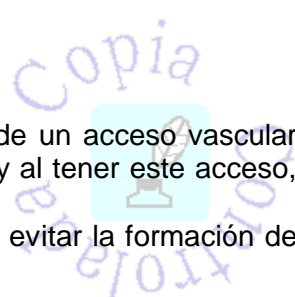
Anexo 1

Recomendaciones

Evite prolongar el uso del acceso intraóseo por más de 2 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 compartamental 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.



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. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Selección de la parte del cuerpo a proceder	4.1.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.2 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	Médico Adscrito ó 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.	
4.3 Realización de torniquete	4.3.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.4 Introduce de aguja o catéter	4.4.1 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 un momento para determinar si la punción venosa ha sido exitosa. Ver anexo 2	Médico Adscrito ó Médico Residente

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.5 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.5 Retiro de torniquete	4.5.1 Retira el torniquete	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.6 Introducción de flujo de solución.	4.6.1 Coloca el equipo de venoclisis al catéter, y administra un flujo de solución para comprobar la permeabilidad.	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.7 Colocación de soporte de fijación	4.7.1 Fija el catéter con micropore o tela adhesiva y posteriormente coloca un soporte de fijación en la extremidad para evitar que está se mueva. Ver anexos 3 y 4.	Médico Adscrito ó Médico Residente
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

Anexo 1

Selección de Punción Venosa

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

- Realizar la punción venosa con una aguja con una 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, esté 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 Aguja / Catéter (gauge)
Recién nacido – 6 meses	– 8.0	22 a 27
7 meses – 3 años	8.0 – 15.0	21 a 24
4 – 8 años	15.0 – 28.0	20 a 23
9 – 12 años	28.0 – 45.0	18 a 22
Mayores de 12 años	> 45	16 a 22

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.



APLICACIÓN DE SURFACTANTE

1. Propósito

Está indicado para profilaxis y 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.

Aquí 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 (arterial) 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 el jefe de 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
4.1 Aplicación de surfactante	4.1.1 Realice lavado de manos con técnica quirúrgica.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.2 Coloque guantes y cubrebocas.	
	4.1.3 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.	
	4.1.4 Coloque al paciente en decúbito dorsal en trendelemburg y con la cabeza a la derecha.	
	4.1.5 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.	
	4.1.6 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la aplicación de surfactante practicada al neonato. • Notas de Evolución (M-0-03 a-b)	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)



6. Definiciones

Administración intratraqueal de surfactante: Es el tratamiento específico para SDR, buscando mejorar la función pulmonar, aumentando la capacidad funcional residual y la distensibilidad pulmonar; esto supone una disminución significativa de los requerimientos de oxígeno y de los índices de la ventilación mecánica, además de menor incidencia de síndromes de fuga aérea y disminución en la tasa de mortalidad. Si bien hay estudios que han demostrado mayor efectividad con la aplicación profiláctica, ello supone algunos inconvenientes, la más evidente es que ciertos niños nunca desarrollaran enfermedad de membrana hialina y por lo tanto son tratados innecesariamente; por lo que una estrategia razonable es tratarlos de manera temprana tan pronto como aparezcan los signos de enfermedad de membrana hialina.

7. 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 el jefe 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)

Las dosis siguientes se administran cada 6 horas, 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 SDR, 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 complianza pulmonar; por lo tanto su uso debe restringirse a instilaciones clínicas supervisadas con la disponibilidad de 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.



ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL

1. Propósito

Realizar la aspiración endotraqueal en los pacientes intubados o con traqueostomía que lo requieran hospitalizados en la Unidad de cuidados intensivos.

2. Alcance

Al departamento de Terapia intensiva.

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
4.1 Preparación del personal	4.1.1 Realiza lavado de manos y coloca guantes.	Médico Residente
	4.1.2 Coloca la aspiración general a 50-95 mmHg para lactantes y a 90-115 mmHg para niños.	
4.2 Desconexión del paciente	4.2.1 Desconecta al paciente del respirador y utilizando la bolsa de ventilación con reservorio, se hiperventila por dos minutos con FiO ₂ de 100%.	Médico Residente
4.3 Monitoreo del paciente	4.3.1 Vigila saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca.	Médico Residente
4.4 Lavado bronquial	4.4.1 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.	Médico Residente
4.5 Manejo de sonda	4.5.1 Sin aplicar aspiración, introduce la sonda hasta que el paciente tosa o se note una ligera obstrucción. Ver anexo 2.	Médico Residente
	4.5.2 Retira la sonda 0.5cm y aspira a la vez que rota entre el pulgar y el índice. La aspiración nunca debe durar más de 5 segundos.	
	4.5.3 Repite las actividades 4.2.1 y 4.4.1 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.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.6 Revisión de signos	4.6.1 Comprueba signos vitales, oximetría y auscultación pulmonar.	Médico Residente
4.7 Tratamiento de PEEP	4.7.1 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. 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.	Médico Residente
4.8 Terminación de la aspiración	4.8.1 Al finalizar la aspiración, conectar al paciente al ventilador. Asegurarse que no hay broncoespasmo y la ventilación es adecuada. Ver anexo 2.	Médico Residente
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. 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 y 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.



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
4.1 Cateterismo de vasos umbilicales en el neonato	4.1.1 Coloca al paciente en posición supina y enrolle 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.	Médico Adscrito y Médico Residente
	4.1.2 Llena una jeringa de 10 ml con solución para purgar el catéter y asea el área del cordón con solución antiséptica.	
	4.1.3 Coloque 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.	
	4.1.4 Amarre 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.	
	4.1.5 Corte 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.	

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.1.6 Tome el hemostato curvo y asegure el extremo del cordón umbilical manteniéndolo hacia arriba. Use la pinza de disección fina para abrir y dilatar la arteria y/o vena umbilical realizando los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coloque un brazo de la pinza en el vaso. 2. Utilice ambos brazos para dilatar suavemente y retirar en caso necesario los trombos. 3. Una vez que esté lo suficientemente dilatada, inserte el catéter. Ver anexo 3. 	
	4.1.7 Realice aspiración para verificar el retorno de sangre ya que esta colocado el catéter.	
	4.1.8 Obtenga una radiografía toracoabdominal requisitando el formato correspondiente para verificar la posición del catéter.	
	4.1.9 Realice una sutura circular corrediza para fijar los catéteres.	
	<p>4.1.10 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 (M-0-03 a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

Cateterismo: Introducción de un catéter en un vaso sanguíneo.
 Posición supina: Boca arriba.



Vasoespasmos: Contracción de un vaso sanguíneo.

Hemostato curvo: Pinza curva para hemostasia, es decir, controlar sangrado.

7. 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 vasoespasmos 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 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.
- Control ecográfico abdominal tras retirada del catéter.

Copia
Controlada



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; en la 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

Copia
Controlada



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:

- Sonda 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
4.1 Preparación del personal y del paciente	4.1.1 Coloca y fija al paciente.	Médico Adscrito o Médico Residente
	4.1.2 Realiza lavado higiénico de manos.	
	4.1.3 Se coloca guantes de un solo uso.	
	4.1.4 Realiza lavado genital	
4.2 Colocación de campos	4.2.1 Coloca campos estériles, delimitando así el campo de acción. En el campo estéril se puede colocar el material estéril (entre las piernas del paciente).	Médico Adscrito o Médico Residente
4.3 Manejo de aire	4.3.1 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		
4.4 Introducción de suero fisiológico	4.4.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
Mujeres		
	4.4.2 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	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.5 Manejo de sonda	4.5.1 Toma con firmeza la sonda cuando empiece a fluir la orina y la conecta a la bolsa colectora. Ver anexo 3.	Médico Adscrito o Médico Residente
	4.5.2 Llena el balón de seguridad y comprueba que está bien fijada.	
	4.5.3 Retira el material y coloca cómodamente al paciente.	
	4.5.4 Fija la sonda al muslo del paciente y a la cama. Ver anexos 4 y 5.	Médico Adscrito o Médico Residente
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

N/A



7. 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 solo 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 semirígida), con una sola luz. Por ejemplo, la sonda de Nelaton 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 protático 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



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 estéril y gasa 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
4.1 Selección de punción	4.4.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
4.2 Realización de prueba de Allen	4.2.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
4.3 Realización de la punción	4.3.1 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. 4.3.2 Posteriormente bajo técnica estéril, palpa con la mano no dominante el pulso, procede a entrar con la aguja en un ángulo de 30° - 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	Médico Adscrito o Médico Residente

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	ambas paredes de la arteria retirando lentamente hasta obtener flujo de sangre nuevamente.	
	4.3.3 Procede a avanzar la cánula sobre el mandril girándola hacia la izquierda y la derecha hasta lograr el avance la misma sin resistencia.	
	4.3.4 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 modulo de monitorización.	
	4.3.5 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).	
4.4 Permeabilización	4.4.1 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	Médico Adscrito o Médico Residente
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

N/A



7. 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.

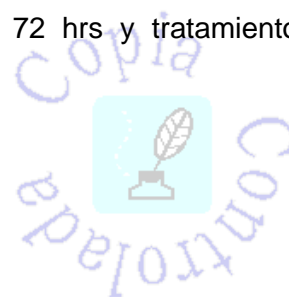
Relativas:

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

Anexo 3

Complicaciones

- Laceración del vaso, hematoma (aplicar presión el sitio de punción con firmeza y constancia 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.



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.

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
4.1 Consideración preliminar	4.1.1 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.).	Médico Residente
4.2 Aplicación de analgésicos	4.2.1 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 éste 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.	Medico Residente

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.3 Monitoreo de pacientes	4.3.1 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. Ver anexo 3.	Médico Residente
	4.3.2 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.	
4.4 Preparación de la descarga	4.4.1 Escoge la descarga que puede realizar en modo sincrónico ó asincrónico ya sea para cardioversión o desfibrilación respectivamente.	Médico Residente
	4.4.2 Aplica gel conductor en las palas o coloca gasas empapadas con suero fisiológico evitando que contacten entre ellas.	
	4.4.3 Escoge la carga a administrar (0.5-1 J/Kg. en cardioversión ó 2-4J/Kg. en desfibrilación).	
	4.4.4 Coloca las palas en tórax del paciente: la forma habitual es colocar una pala en 4 ^o -5 ^o espacio intercostal de la línea medio axilar izquierda (ápex) y la segunda pala en 2 ^o -3 ^o espacio intercostal paraesternal derecho (infraclavicular). Nota: es menos frecuente, y de elección, en caso de utilizar palas de	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	adultos en niños pequeños, es colocar las palas en el tórax una anterior y otra posterior. En caso de Cardioversión, asegúrese que el dispositivo de sincronización este encendido.	
	4.4.5 Carga el desfibrilador, ya sea accionando el botón de las palas o del desfibrilador.	
4.5 Aplicación a pacientes	<p>4.5.1 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>4.5.2 Acciona simultáneamente los 2 botones de descarga de ambas palas.</p> <p>4.5.3 Confirma si la descarga ha sido o no efectiva. Si esta ha sido efectiva debe producirse una línea isoeletrica 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>	Médico Residente
4.6 Evaluación de pacientes	<p>4.6.1 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 isoeletrica) 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> <p>c) Si hay asistolia y aparece un nuevo ritmo cardíaco, comprueba si este es</p>	Médico Residente

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>eficaz buscando pulsos y si es así continua con el soporte hemodinámica 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. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

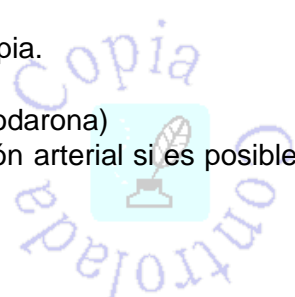
Desfibrilación (DF): como la cardioversión (CV) consisten en una descarga eléctrica de alto voltaje, mayor en la DF (dosis de 2-4 J / Kg.) que en la CV (dosis de 0.5-1 J / Kg.), que causa una despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de células cardíacas, rompiendo así el mecanismo de reentrada 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 ó asincrónica, mientras que en el caso de la cardioversión la descarga debe ser sincronizada con el inicio del complejo QRS.

7. Anexos

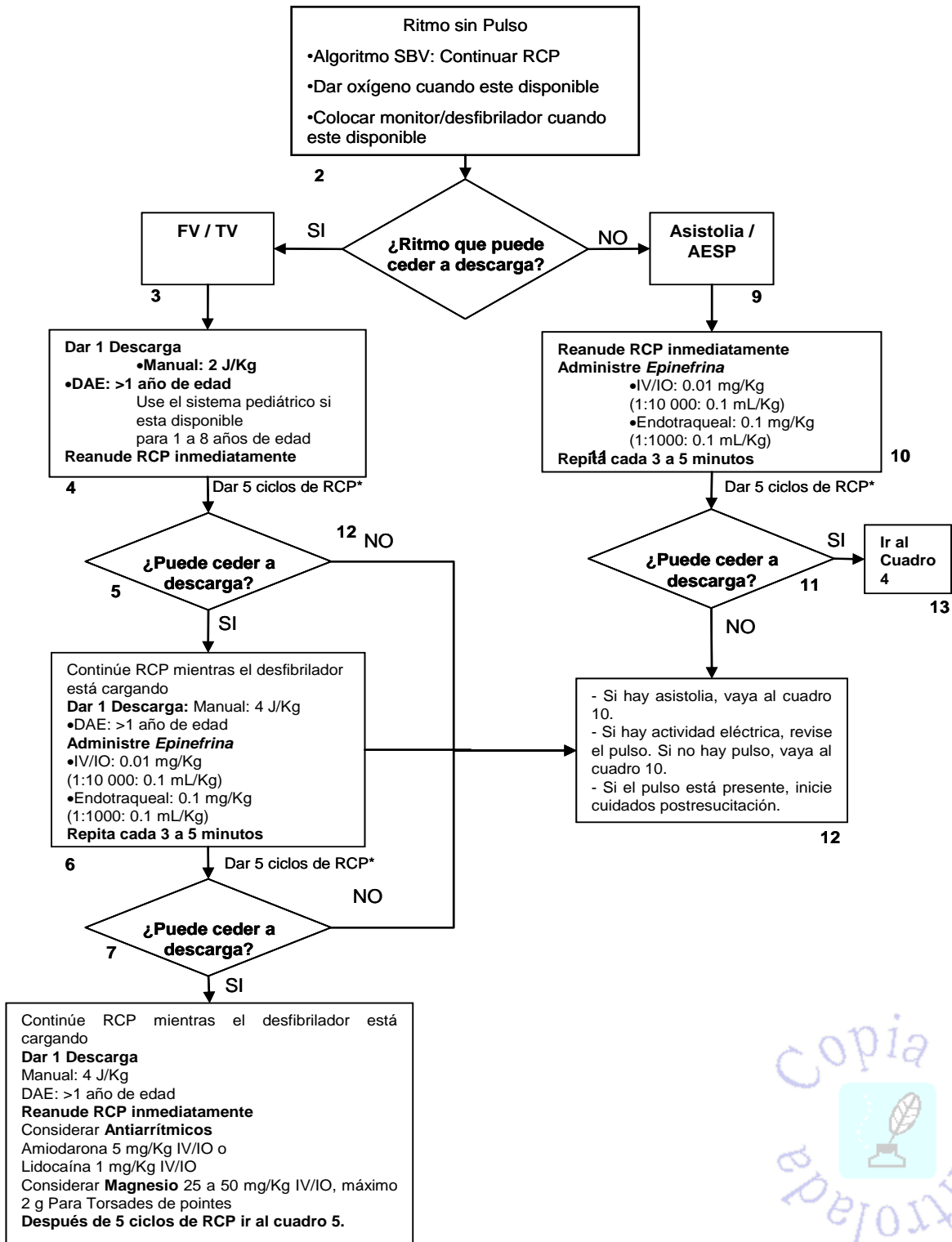
Anexo 1

Previo a la desfibrilación

- Pero además habría que tener:
- un acceso venoso periférico.
- material para asegurar una vía aérea permeable y oxigenoterapia.
- fármacos sedantes/analgésicos y sus antagonistas en CV.
- fármacos para una RCP avanzada (adrenalina, lidocaina, amiodarona)
- Monitorización del paciente, además de pulsioximetría y tensión arterial si es posible en la CV.



Anexo 2 Algoritmo de Ritmo sin Pulso



Copia Controlada

*** 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).

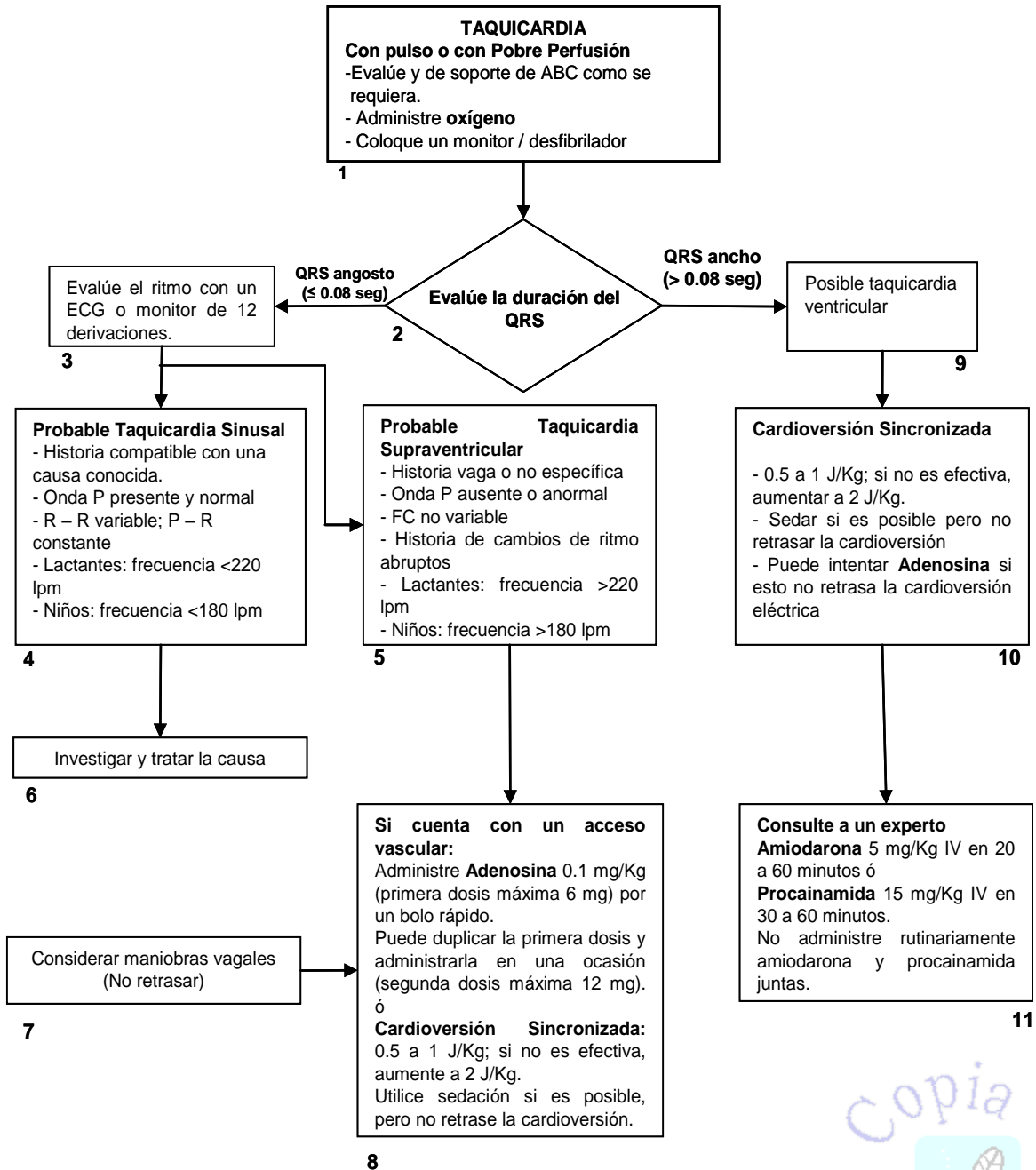
Evite la hiperventilación.

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

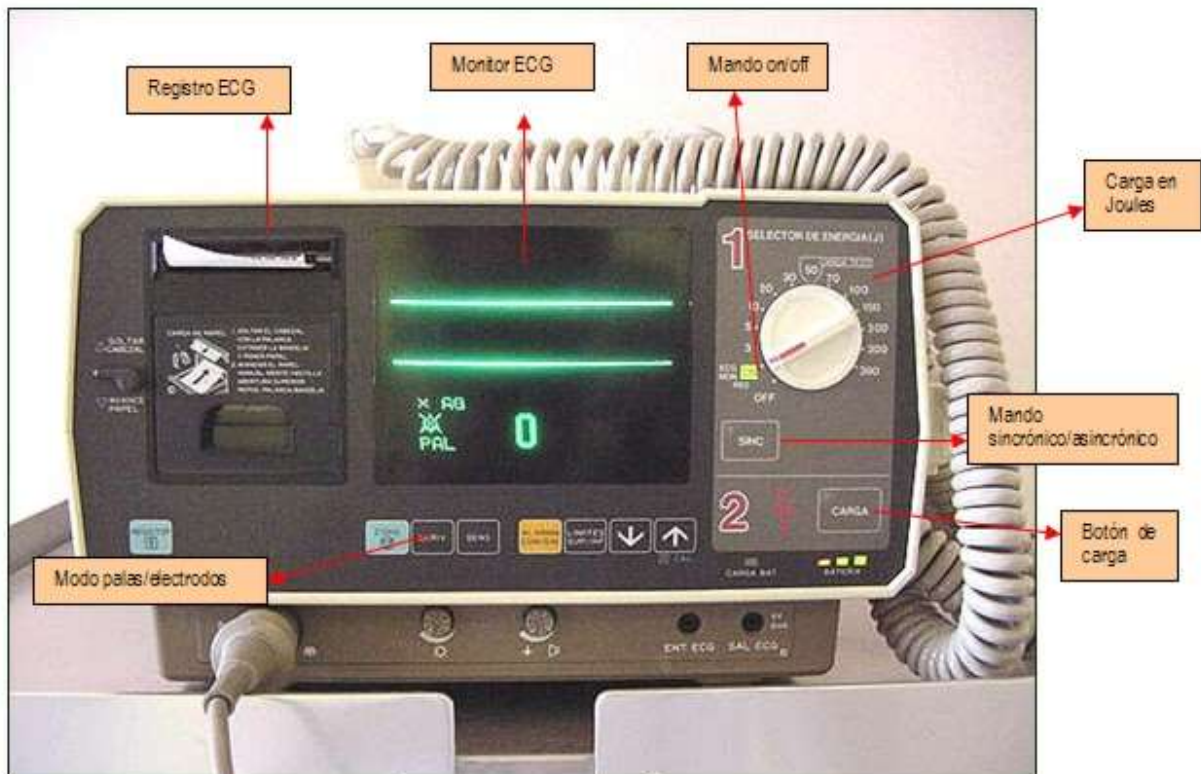


Copia
Controlada

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)

Controlada por el 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 ó en sincrónico en caso de CV.
- Cargar el desfibrilador a 2-4 J/Kg. en DF ó 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 ó línea isoelectrica).
- 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 entorno a 1/1700 procedimientos. Se presentan quemaduras y arritmias cardíacas inducidas.



EXANGUINOTRANSFUSIÓN

1. Propósito

Realizar la exanguinotransfusión 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 (p. ej; 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 exanguinotransfusión descartable.
- Sonda nasogástrica para evacuar el estómago.
- Sangre.



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
Exanguinotransfusión por una vía		
4.1 Exanguinotransfusión por una vía	4.1.1 Se coloca al recién nacido en decúbito. La sujeción debe ser firme pero no ajustada, así mismo se colocará el monitor de signos vitales.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.2 Introduzca 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.	
	4.1.3 Realice lavado de manos, colóquese una bata y guantes estériles.	
	4.1.4 Realice 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.	
	4.1.5 Tenga 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.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.6 Conecte la bolsa de sangre al sistema y a las llaves de tres vías.	
	4.1.7 Establece el volumen de cada alícuota. Ver Anexo 3. Nota: En el caso de que los cambios de volumen durante el intercambio simple pudieran provocar o agravar una insuficiencia miocárdica (p. ej; hidropesía fetal). Realiza una exanguinotransfusión por dos vías. Pasa a la actividad 4.2.1.	
	4.1.8 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la exanguineotransfusión por una vía practicada al neonato.	
Exanguinotransfusión por 2 vías		
4.2 Exanguinotransfusión por 2 vías	4.2.1 Realiza la exanguinotransfusión por 2 vías haciendo infusiones a través de la vena umbilical y extracciones a través de la arteria umbilical. Nota: Es necesario tener en cuenta todas las complicaciones pertinentes. Ver Anexo 2.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.2.2 Conecte la unidad de sangre al equipo para infusión y a las llaves de tres vías unidas al catéter de la vena umbilical. Nota: Si el catéter va a quedar colocado después de la exanguinotransfusión (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.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.2.3 Conecte 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 cardiaca 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 Exanguinotransfusión parcial o Exanguinotransfusión parcial isovolumétrica Ver Anexo 4. En caso de requerir algún procedimiento adicional Ver anexo 5.</p>	
	<p>4.2.4 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la exanguineotransfusión por dos vías practicada al neonato.</p>	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

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 fracción proteica del plasma (Plasmanate). 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 (p. ej., eritroblastosis fetal) por muestreo percutáneo de sangre umbilical (MPSU) y cateterismo de la vena umbilical bajo guía ecográfica.

7. Anexos

Anexo 1

Indicaciones

Hiperbilirrubinemia. Las exanguinotransfusiones 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 (p. ej; kernicterus) de no mediar tratamiento. Por lo general se recomienda exanguinotransfusión 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 exanguinotransfusión 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 exanguinotransfusiones de 2 volémias reiteradas.

Coagulación intravascular diseminada (CID) de múltiples causas. Se prefiere una exanguinotransfusión de 2 volémias, 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 (p. ej; 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 exanguinotransfusión parcial con solución fisiológica. También se puede emplear fracción proteica del plasma (p. ej; 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 volémia 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 exanguinotransfusión parcial utilizando glóbulos rojos desplasmados.



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 exanguinotransfusión de 2 volémias.

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 un mayor incidencia de enterocolitis necrosante después de efectuar una exanguinotransfusión. 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 exanguinotransfusión 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

Copia
Controlada

Anexo 4

Exanguinotransfusión 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 exanguinotransfusión 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 exanguinotransfusión debe ser efectuada en un ámbito de terapia intensiva.

1. Exanguinotransfusión parcial

Una exanguinotransfusión parcial se efectúa de la misma manera que una exanguinotransfusión 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. Exanguinotransfusión parcial isovolumétrica** con glóbulos rojos desplazmatizados: es el mejor procedimiento en caos severo de hidropesía fetal.

Copia
Controlada



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 y limpiar la tráquea de meconio 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 flujometro.
- 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
4.1 Preparación del material y equipo	4.1.1 Realiza lavado de manos y coloca guantes estériles.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.2 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.	
	4.1.3 Coloque el monitor de signos vitales al paciente.	
	4.1.4 Verifique el funcionamiento de la fuente de luz del laringoscopio antes de iniciar la intubación endotraqueal.	
	4.1.5 Coloque un aparato de bolsa y máscara con oxígeno al 100% a la cabecera del paciente. 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.	
4.2 Intubación endotraqueal	4.2.1 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.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.2.2 Aspire con precaución la orofaringe según sea necesario para visualizar con claridad las estructuras anatómicas.	
	4.2.3 Controle la frecuencia cardiaca y el color del recién nacido.	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.4 Sostenga el laringoscopio con la mano izquierda. Introducirlo en el lado derecho de la boca y desplazar la lengua hacia el lado izquierdo.	
	4.2.5 Haga avanzar la hoja unos pocos milímetros, pasándola por debajo de la epiglotis.	
	4.2.6 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).	
	4.2.7 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".).	
	4.2.8 Retire el estilete con suavidad mientras se sostiene el tubo en posición.	
	4.2.9 Confirme la posición del tubo y coloque la bolsa de reanimación al mismo.	
	4.2.10 Aplique ventilación manual mientras el médico ausculta ambos lados del tórax para determinar si los ruidos respiratorios son iguales.	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.11 Ausculta el estómago para asegurarse de no haber ingresado inadvertidamente en el esófago del neonato.	
	4.2.12 Pincele la piel con tintura de benjui, fije el tubo de manera segura en su posición.	
	4.2.13 Realice una radiografía de tórax para confirmar la posición correcta del tubo requisitando el formato correspondiente.	
	4.1.17 Registra en Notas de Evolución (M-0-03 a-b) la intubación endotraqueal practicada al neonato. <ul style="list-style-type: none"> • Notas de Evolución (M-0-03 a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

Laringoscopio: Aparato para visualizar laringe.

Estilete: Alambre fino que da soporte interno a la cánula endotraqueal.

Posición de olfateo: Ligera extensión del cuello.

Hoja: Parte del laringoscopio que se introduce en orofaringe.

Epiglotis: Región anatómica de la vía aérea.



7. 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

*Basado en las recomendaciones de la Asociación Norteamericana de Cardiología y la Asociación Norteamericana de Pediatría. Reproducido con autorización de Textbook of Neonatal Resuscitation, 1987. Copyright Asociación Norteamericana de Cardiología.

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 dificultar respiratoria. Se puede administrar un curso breve de esteroides (p. Ej., 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 quirúrgica como forma para ayudar a prevenir la estenosis.

LAVADO DE MANOS

1. Propósito

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

2. Alcance

Todas las personas que ingresen a hospitalización en el Instituto Nacional de Pediatría

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
4.1 Lavado de Manos	4.1.1 Retira anillos, reloj y pulseras	Médico Adscrito, Médico Residente y Enfermera
	4.1.2 Moja y enjabone sus manos con 3 a 5 ml de jabón.	
	4.1.3 Frota con fuerza las manos durante 15 a 30 segundos, inicia por las palmas, dorso, espacios, interdigitales y finalmente muñecas.	
	4.1.4 Enjuaga perfectamente siguiendo los pasos anteriores para eliminar completamente los residuos de jabón. Ver anexo 1.	
	4.1.5 Seca con 2 toallas desechables, de los dedos hacia las muñecas.	
	4.1.6 Cierra la llave del agua con la toalla que secó las manos.	
	4.1.7 Deposita la toalla de papel húmeda en el contenedor de la basura municipal.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

Copia Controlada

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

Anexo 1

Técnica del lavado de manos. Repita cada movimiento 5 veces



NUTRICIÓN PARENTERAL

1. Propósito

Administrar macro y micro nutrimentos 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
4.1 Tratamiento con nutrición parenteral	4.1.1 Establece la indicación para administrar la nutrición parenteral total en el paciente críticamente enfermo.	Medico Adscrito y/o Médico Residente de Terapia Intensiva
4.2 Formulación de la nutrición parenteral.	4.2.1 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) 	Medico Adscrito de Terapia Intensiva
	4.2.2 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) 	Medico Adscrito de Terapia Intensiva y/o Enfermera asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva
4.3 Recepción de nutriciones parenterales	4.3.1 Recibe mezclas de nutrición parenteral del proveedor, coteja con el Registro de Nutriciones AP recibidas el contenido de las nutriciones y verifica	Enfermera asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>que la entrega este completa. Tanto el proveedor como la Enfermera 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de nutriciones AP recibidas 	
	<p>4.3.2 Recibe del proveedor la hoja Registro de envió y Recibo de Nutrición Parenteral en original y dos copias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de envió • Recibo de nutrición parenteral 	
	<p>4.3.3 Solicita al proveedor que anote en ambas hojas su nombre, firma, hora y fecha así mismo la Enfermera deberá realizar la misma actividad.</p>	
	<p>4.3.4 Resguarda copia del Registro de Envió y Recibo de Nutrición Parenteral y entrega al proveedor original y copia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de envió • Recibo de nutrición parenteral 	
4.5 Registro y envió de nutriciones parenterales al centro de costos del INP	4.5.1 Registra y envía por sistema electrónico al centro de costo del Instituto Nacional de Pediatría la lista de pacientes que recibieron nutrición parenteral.	Enfermera asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva
4.6 Registro de requerimientos de nutrición parenteral en Notas de Evolución	4.6.1 Sella y requisita los requerimientos calculados de la nutrición parenteral en las Notas de Evolución (M-0-03 a-b) .	Enfermera asignada al área de soporte nutricio especializado de Terapia Intensiva
4.7 Administración de nutrición parenteral	4.7.1 Administra vía intravenosa al paciente la mezcla parenteral. Ver Manual de cuidados enfermeros.	Enfermera de Terapia Intensiva responsable del paciente.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.8 Evaluación del paciente con nutrición parenteral	<p>4.8.1 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>	Médico Adscrito y Médico Residente de Terapia Intensiva
4.9 Informe mensual de nutriciones parenterales	4.9.1 Informa al Jefe del Departamento de Terapia Intensiva el día 25 de cada mes el número de nutriciones parenterales administradas a los pacientes críticamente enfermos.	Enfermera asignada al área de Soporte Nutricio de Terapia Intensiva
	<p>4.9.2 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 después de recabar los sellos de recibido de las áreas mencionadas.</p>	Jefe del Departamento de Terapia Intensiva
TERMINO DE LA INSTRUCCIÓN		

Copia
Controlada

5. Registros de Calidad

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. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



PERICARDIOCENTESIS PERCUTANEA

1. Propósito

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

2. Alcance

Al 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-ampúla para muestras y tubos de cultivo
- Balón, mascarilla,oxígeno, monitor, oxímetro de pulso, aparato automatizado para medir la 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
4.1 Preparación del paciente	4.1.1 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).	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.2 Realización del acceso	4.2.1 Coloca acceso IV y el monitor cardíaco (EKG).	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.2.2 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.	
4.3 Colocación de campos	4.3.1 Prepara con técnica aséptica y coloca campos estériles en toda la zona xifoidea inferior y epigástrica.	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.4 Anestesia del paciente	4.4.1 Anestesia la zona con xilocaína al 1%.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.4.2 Dispone de una llave de 3 vías, se unirá la jeringa al orificio central. Se une al angiocatéter o la aguja de raquianestesia a la llave y se colocan pinzas de cocodrilo al cubo de la aguja.	
4.5 Monitoreo del paciente	4.5.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente

Copia

 Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.6 Vía de acceso paratifoideo izquierda (preferida)	4.6.1 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 izquierdo, la zona media escapular izquierda o el hombro derecho).	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.6.2 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.	
4.7 Vía de acceso paraesternal izquierda	4.7.1 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 esta 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente
4.8 Ajuste de pinzas hemostáticas	4.8.1 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.	Médico Adscrito ó Médico Residente

Copia

 Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.9 Extracción de líquidos	4.9.1 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 gram y amilasa.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.9.2 Extrae la aguja y coloca un apósito estéril.	
4.10 Solicitud de estudios	4.10.1 Realiza la radiografía de tórax y el electrocardiograma después de la pericardiocentesis y 6 horas posteriores a la misma.	Médico Adscrito ó Médico Residente
	4.11.1 Sigue vigilando y monitorizando al paciente.	
4.11 Monitoreó del paciente		
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A



7. Anexos

Anexo 1

Imágenes referentes a la Pericardiocentesis Percutanea



Copia
Controlada



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
4.1 Localización de sitio de punción	4.1.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
4.2 Realización de asepsia y antisepsia	4.2.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
PACIENTES MAYORES DE 1 AÑO		
4.3 Administración de anestesia	4.3.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
4.4 Introducción de la aguja	4.4.1 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.	Médico Adscrito o Médico Residente
	4.4.2 Asegura que el estilete se encuentre colocado dentro de la aguja, con el objeto de prevenir implantación de tejido epidérmico.	
	4.4.3 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.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.4.4 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>4.4.5 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 superficie corporal de la PL)</p>	
	PACIENTES MAYORES DE 2 AÑOS	
4.5 Medición de la presión	<p>4.5.1 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 decúbito lateral la presión normal del LCR es de 50 a 200</p>	<p>Médico Adscrito o Médico Residente</p> <div style="text-align: right; opacity: 0.5;">  </div>

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>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>	
4.6 Recolección del LCR	<p>4.6.1 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>4.6.2 Una vez completada la recolección del LCR, se coloca de nuevo el estilete y retira la aguja.</p>	Médico Adscrito o Médico Residente

Copia

 Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.6.3 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. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

N/A

7. 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 y 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 cráneoespinal 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 colectará 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 el 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 adultos u niños 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



SONDA TRANSPILORICA

1. Propósito

Brindar alimentación enteral en pacientes críticos.

2. Alcance

Al departamento de Terapia intensiva.

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
4.1 Consideración preliminar	4.1.1 Mide la longitud necesaria para alcanzar estómago y duodeno.	Medico Adscrito o Médico Residente
4.2 Preparación del paciente	4.2.1 Coloca al paciente en decúbito supino con la cama elevada entre 15-30°, cabeza centrada y cuello ligeramente flexionado.	Medico Adscrito o Médico Residente
4.3 Introducción de la sonda	4.3.1 Lubrica la sonda con agua y se hace avanzar hasta la primera marca y se confirma su localización en estómago.	Medico Adscrito o Médico Residente
	4.3.2 Confirma la posición mediante inyección de 10ml de aire (auscultar en el cuadrante superior derecho) y avanzar la sonda poco a poco, 1 ó 2cm cada vez.	
	4.3.3 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.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.3.4 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.	Médico Residente
4.4 Control radiológico	4.4.1 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).	Médico Residente
	4.4.2 Comprueba posición midiendo pH alcalino en el aspirado.	
	4.4.3 Realiza confirmación radiológica y Fija sonda. Nota: En caso de fracaso o contraindicación de la técnica, deberá mediante endoscopia ó fluroscopia.	
CUIDADOS PARA MANTENIMIENTO		
4.5 Control de equipo	4.5.1 Evitar la salida accidental con fijación adecuada, comprobando periódicamente la distancia externa.	Médico Residente
	4.5.2 Evitar la obstrucción mediante, lavando con agua de forma periódica.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A



7. 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 fáringea.

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.



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.
- Se recomienda efectuar **hemocultivo** después de la exanguinotransfusión (controvertido).
- Monitorización de glucosa semicuantitativa cada 100 ml.

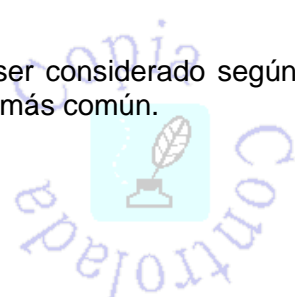
Administración de gluconato de calcio. El buffer citrato fija el calcio y disminuye transitoriamente los niveles de calcio ionizado. El tratamiento de una presunta hipocalcemia en pacientes que reciben transfusiones es controvertido. Algunos médicos administran de rutina 1 – 2 mL de gluconato de calcio 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 lo 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.

El empleo de **profilaxis antibiótica** después de la transfusión debe ser considerado según cada caso. La infección es infrecuente pero representa la complicación más común.



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

Departamento de Neonatología.

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 alimentaria 5 fr para recién nacidos que pesan 1,000-1,800 g; sonda alimentaria 8 fr para recién nacidos que pesan > 1,800 g)

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
Varones		
4.1 Sondeo vesical en varones	4.1.1 Coloca al recién nacido en decúbito dorsal, con los muslos en abducción (posición en ancas de rana).	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.2 Limpie el pene con solución de yodo-povidona, comenzando por el meato y avanzando en dirección proximal.	
	4.1.3 Póngase guantes estériles y coloque toallas estériles en el área para preparar el campo.	
	4.1.4 Coloque la punta de la sonda en lubricante estéril. Nota: Se elige una sonda de alimentación en el caso de recién nacidos.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.1.5 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.</p>	
	<p>4.1.6 Haga avanzar la sonda hasta que aparezca orina.</p> <p>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.</p>	
	<p>4.1.7 Recolecte la muestra de orina. Pasa a la actividad 4.3.1.</p> <p>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.</p>	Médico Adscrito y/o Médico Residente
Niñas		
4.2 Sondeo Vesical en Niñas	<p>4.2.1 Coloca a la recién nacida en decúbito dorsal, con los muslos en abducción (posición ancas de rana).</p>	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	<p>4.2.2 Separa los labios y limpia el área alrededor del meato con solución de yodo-povidona.</p> <p>Nota: Limpia de adelante hacia atrás para prevenir la contaminación fecal.</p>	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.3 Póngase guantes estériles y prepare el campo con toallas estériles alrededor de los labios.	
	4.2.4 Separe los labios con 2 dedos.	
	4.2.5 Lubrique la sonda, hágala avanzar por la uretra hasta que 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.	
4.3 Registro del sondeo vesical	4.3.1 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 (M-0-03 a-b) 	Médico Adscrito y/o Médico Residente
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Notas de Evolución (M-0-03 a-b)

6. Definiciones

Decúbito dorsal: Boca arriba.

Meato: Orificio uretral por donde sale la orina.

Hemiabdomen inferior: Mitad inferior del abdomen.

Abducción: Con miembros separados de la línea media.

7. 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 será la probabilidad de infección.

Traumatismo uretral (“falsa vía”) o vesical: El traumatismo uretral o vesical es más común en los varones. Se lo 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.

Copia
Controlada



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
4.1 Valoración de paciente	4.1.1 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.	Médico Adscrito y Médico Residente de Urgencias
4.2 Tramite del traslado del paciente	4.2.1 Requisita la Solicitud de Envío de Pacientes (M-4-1-29 a-b) y la envía a la Trabajadora Social de Urgencias. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de envío de pacientes (M-4-1-29 a-b) 	Médico Adscrito y Médico Residente de Urgencias
	4.2.2 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 pacientes en Urgencias (Trabajo Social).	
	4.2.3 Recibe notificación vía telefónica de la Trabajadora Social del nombre de la Institución hospitalaria que recibirá al paciente.	

Copia
Controlada

4.3 Traslado del paciente	4.3.1 Avisa a la enfermera de urgencias del traslado del paciente.	Médico Adscrito y Médico Residente de Urgencias
	4.3.2 Prepara al paciente, el material y medicamentos necesarios para el traslado y acompaña al Médico en el traslado. Ver Manual de Cuidados Enfermeros.	Enfermera de Urgencias
	4.3.3 Acompaña al paciente a su traslado, llevando consigo la documentación necesaria para su atención médica.	Médico Adscrito o Médico Residente y Enfermera de Urgencias
	4.3.4 Entrega al paciente al Médico tratante de la Institución médica de referencia así como la documentación del mismo.	
	4.3.5 Solicita firma de conformidad al 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) 	
	4.3.6 Entrega la copia de la Solicitud de Envío de Pacientes (M-4-1-29 a-b) firmada por el Médico de la otra Institución 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. Registros de Calidad

Solicitud de Envío de Pacientes

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE ENFERMERIA



NEONATOLOGÍA



ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN EL NEONATO

1. Propósito

Administración de hemoderivados, medicamentos, líquidos y electrolitos como parte del tratamiento.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Guantes desechables
- Torundas alcoholadas
- Equipo de volumen medido con solución indicada
- Catéter Periférico número 24 ó 22
- Micropore y tela adhesiva
- Férula para inmovilizar (Avión)
- Gasas estériles
- Tintura de Benjuí.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del personal	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Se coloca la bata para el manejo del neonato.	
	4.1.3 Traslada el equipo necesario a la unidad el paciente.	
4.2 Realización de acceso venoso	4.2.1 Selecciona la vena e identifica las características mediante el tacto (profundidad, calibre, elasticidad).	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Inmoviliza al neonato si es necesario.	
	4.2.3 Presiona con la mano la extremidad proximal en forma de torniquete en el sitio de punción	
	4.2.4 Calza guantes y realizar asepsia del área con torundas alcoholadas y esperar unos segundos.	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.5 Inserta la aguja con el bisel hacia arriba a través de la piel.	
	4.2.6 Introduce la aguja en el vaso y observar la aparición de sangre y retira el torniquete o disminuir la presión.	
4.3 Colocación de equipo	4.3.1 Extrae la aguja y coloca el equipo con la solución indicada.	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Observar que pase la solución través del vaso puncionado y que no se presente extravasación de líquido infundido.	
4.4 Aplicación de tintura	4.4.1 Aplica la tintura de benjuí con una torunda seca para una mejor fijación.	Enfermera de neonatología
4.5 Acomodo del paciente	4.5.1 Fija la extremidad a la férula inmovilizadota sin presionar demasiado y en posición anatómica. Con el fin de dejar cómodo al neonato.	Enfermera de neonatología
4.6 Programación de equipo	4.6.1 Programa la bomba de infusión con la cantidad de líquido a infundir y observar continuamente.	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Anota fecha de instalación del catéter y nombre y su clave.	
	4.6.3 Da cuidados posteriores al equipo.	
4.7 Registro de actividades	4.7.1 Realiza anotaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja de registros clínicos de enfermería M-O-1-04 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería M-O-1-04 (a-b) 	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



ASEO DE CAVIDADES Y BAÑO DE INMERSIÓN

1. Propósito

Mantener limpia la piel y cavidades con riesgo de infección (ojos, boca, cordón umbilical).

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo específico para baño con torundas estériles
- Jabón neutro ó jabón con cold cream, esponja, tina de baño
- Crema humectante, sábana limpia
- Solución inyectable estéril tibia

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del paciente	4.1.1 Se lava las manos y coloca bata al paciente	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Coloca solución estéril tibia en recipiente	
	4.1.3 Inmoviliza la cabeza con la mano izquierda	
4.2 Limpieza del paciente	4.2.1 Iniciar limpieza de ojos de afuera hacia a dentro con una torunda húmeda en solución tibia, gira torunda y repite el procedimiento. Nota: Si es necesario cambia torunda.	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Limpia las narinas con torunda húmeda en movimientos giratorios, repetir si es necesario, observar algún tipo de lesión, secreción cantidad y características.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.2.3 Continúa con la boca, inicia desde la comisura distal en forma circular, verificar que en la cavidad oral no exista la presencia de lesiones (moniliasis) y si hay realizar limpieza con agua bicarbonatada y con un hisopo con movimientos circulares una vez por turno.</p> <p>4.2.4 Limpia con hisopo los pabellones auriculares verificando su integridad y la presencia de lesiones</p> <p>4.2.5 Finaliza limpiando con torunda húmeda mejillas, frente y barbilla.</p>	
4.3 Limpieza umbilical y de genitales	<p>4.3.1 Realiza limpieza del cordón umbilical iniciando de la base, revisar la ligadura y hacer nueva si es necesario</p> <p>4.3.2 Deja el cordón al descubierto, vigilar que no exista la presencia de secreción</p> <p>4.3.3 Hace limpieza del cordón hasta que inicie su proceso de momificación y posteriormente su caída.</p> <p>4.3.4 Inicia la limpieza de genitales con turnadas húmedas del centro a la periferia, con movimientos circulares.</p>	Enfermera de neonatología
4.4 Baño de tina	<p>4.4.1 Realiza baño de tina, si el neonato está estable</p> <p>4.4.2 Coloca agua tibia en tina previamente lavada con solución antiséptica y sujeta al neonato con sabanita</p>	Enfermera de neonatología

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.3 Toma al neonato en posición de balón de football americano con el brazo izquierdo y con la mano izquierda sujetar la cabeza; con los dedos pulgar y meñique cubrir oídos del neonato.	
	4.4.4 Frota con la mano derecha con un poco de jabón neutro y con movimientos circularles la cabeza del neonato.	
	4.4.5 Vierte el agua verificando que no queden residuos de jabón en la cabeza.	
	4.4.6 Seca perfectamente la cabeza, y desecha el agua y coloca agua tibia limpia en la tina	
	4.4.7 Descubre el cuerpecito e introduce a la tina	
	4.4.8 Sujeta al bebé por la espalda con la mano izquierda y con la mano derecha limpia con esponja impregnada de jabón el cuello, dorso y extremidades.	
	4.4.9 Vierte agua y procede a limpiar espalda y genitales.	
	4.4.10 Vierte agua tibia limpia en todo el cuerpo, seca con sabana limpia o toalla.	
4.5 Lubricación de piel	4.5.1 Lubrica la piel con crema humectante	Enfermera de neonatología
4.6 Colocación de pañal	4.6.1 Coloca el pañal y viste al niño, si las condiciones del neonato lo permiten. Deja cómodo al paciente.	Enfermera de neonatología
4.7 Reporte de actividades	4.7.1 Da cuidados posteriores al equipo y realiza anotaciones correspondientes.	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ORO Y NASOFARINGEAS

1. Propósito

Mantener la vía aérea permeable facilitando el intercambio de gases y obtener secreciones para fines de diagnóstico.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de aspiración
- Sondas de aspiración 6fr y 8fr
- Frasco con solución fisiológica
- Gasas estériles
- Guantes y cubrebocas
- Estetoscopio
- Frasco para cultivo

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA		
4.1 Preparación de la enfermera	4.1.1 Realiza lavado de manos y colocación de bata y cubrebocas.	Enfermera de neonatología
4.2 Traslado e instalación de equipo	4.2.1 Trasladar el equipo a la unidad del paciente.	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Abrir equipo y depositar la solución fisiológica.	
	4.2.3 Conectar sonda al aspirador e introducirlos a la incubadora o colocarlos en la charola de la cuna de calor radiante.	
4.3 Preparación del paciente	4.3.1 Colocar al neonato en posición de decúbito dorsal.	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Inmovilizar la cabeza del neonato con la mano izquierda	

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.4 Introducción de sonda	<p>4.4.1 Introducir la sonda suavemente con la mano derecha en la cavidad bucal, pinzando la sonda durante la introducción para no lesionar mucosa al llegar al sitio seleccionado despinzar la sonda y extraer la con movimientos rotatorios</p> <p>Nota: Se deberá de realizar el mismo procedimiento para aspirar narinas</p>	Enfermera de neonatología
4.5 Limpieza de equipo	4.5.1 Limpiar la sonda con gasa estéril y enjuagarla en solución fisiológica	Enfermera de neonatología
	4.5.2 Auscultar campos pulmonares para evaluar la efectividad del tratamiento	
4.6 Reporte de actividades	<p>4.6.1 Realizar anotaciones en la Hoja de terapia intensiva F-M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja M-O-1-04-A de registros clínicos de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de terapia intensiva F-M-5-1-05 (a-b) • Hoja M-O-1-04-A de registros clínicos de enfermería 	Enfermera de neonatología
ASPIRACIÓN EN EL PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO		
Procedimiento que se realiza entre 2 personas, enfermera y técnico de Inhaloterapia ó Médico		
4.7 Traslado y preparación de equipo	4.7.1 Traslada el equipo a la unidad del paciente	Enfermera de neonatología
	4.7.2 Abre equipo y deposita la solución fisiológica	
	4.7.3 Conecta sonda al aspirador e introduce a la incubadora o coloca en la charola de la cuna de calor radiante.	
	4.7.4 Incrementa un 10% de oxígeno en base a FiO ₂ establecido, para ventilar al neonato y lograr una reserva adecuada de oxígeno en el alveolo.	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.8 Preparación de paciente	4.8.1 Coloca al neonato en posición de decúbito dorsal	Enfermera de neonatología
4.9 Introducción de sonda	4.9.1 Introduce la sonda sin succión, no debe de haber resistencia. En este momento se aplica el vacío, se aspira secreciones extrayendo la sonda con movimientos rotatorios y suavemente (vigilar que la presión aplicada se mantenga entre 80 a 120mm Hg). Nota: Para aspirar bronquio derecho o izquierdo coloca la cabeza del neonato en sentido contrario al elegido antes de introducir la sonda.	Enfermera de neonatología
	4.9.2 Lava el catéter introduciéndolo en el vaso con solución fisiológica.	
4.10 Ventilación del paciente	4.10.1 Estabiliza al neonato entre una y otra aspiración (ventila con parámetros ventilatorios prefijados y oxigena durante cinco ciclos respiratorios, monitorizando que las constantes vitales se mantengan en límites normales) Nota: Se realizará lavado bronquial cuando las secreciones sean muy viscosas.	Enfermera de neonatología
4.11 Repetición de limpieza	4.11.1 Repetir los pasos 4.9.1 y 4.9.2 para aspirar el bronquio contrario; no excederse más de 10 segundos entre una aspiración y otra.	Enfermera de neonatología
4.12 Aspiración final	4.12.1 Aspira secreciones de cavidad oral y de nariñas al finalizar la aspiración traqueal. Nota: Suspende el procedimiento hasta que se recupere el neonato.	Enfermera de neonatología

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.13 Instalación de equipo	4.13.1 Instala el ventilador mecánico al paciente con los parámetros requeridos; así como la correcta fijación de la sonda endotraqueal y cabeza.	Enfermera de neonatología
4.14 Vigilancia de estado del paciente	4.14.1 Corroborar frecuencia cardiaca, respiratoria, coloración y auscultar campos pulmonares antes de dar por terminado el procedimiento.	Enfermera de neonatología
4.15 Reporte de actividades	4.15.1 Realiza anotaciones de características de secreciones: el estado clínico del paciente durante y posterior a este procedimiento, anotar hora de la última aspiración por turno para valorar la siguiente aspiración de acuerdo a las necesidades potenciales o reales del paciente, olor, color, consistencia, cantidad.	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



CATETERIZACIÓN DE VENA UMBILICAL

1. Propósito

Administración de hemoderivados, líquidos y electrolitos en cantidades necesarias para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y la presión sanguínea normal. Además de mantener una vía permeable en el recién nacido menor de cinco días de edad.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de onfaloclis.
- Catéter para vena umbilical 3 Fr. ó 5 Fr.
- Batas, guantes y campos estériles
- Soluciones antisépticas
- Equipo de volumen medido con solución parenteral prescrita o para hemoderivados
- Material de curación
- Bomba de infusión
- Solución estéril tibia

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del personal y equipo	4.1.1 Realiza lavado de manos y prepara el equipo en la unidad del paciente	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Proporciona al médico gorro, cubrebocas, bata y guantes estériles	
	4.1.3 Abre equipo y da soluciones antisépticas al médico para que este realice la asepsia de la región.	
	4.1.4 Programa la bomba de infusión con soluciones indicadas.	
4.2 Preparación del paciente	4.2.1 Colabora en la inmovilización del neonato, si es necesario.	Enfermera de neonatología
4.3 Conexión del equipo al paciente	4.3.1 Conecta el adaptador del equipo de volumen medido al catéter una vez canalizada la vena.	Enfermera de neonatología
4.4 Fijación de catéter	4.4.1 Corta tres tiras de micropore de ½ pulgada de 12 centímetros aproximadamente	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.2 Retira el excedente de antiséptico y secar perfectamente el área alrededor del muñón umbilical	
	4.4.3 Deja a la mitad dos de las tiras de micropore uniendo por el lado del adhesivo sin unir los extremos.	
	4.4.4 Fija lateralmente en relación con el muñón umbilical los extremos de ambas tiras de micropore formando dos columnas	
	4.4.5 Forma un puente con la otra tira de micropore y el extremo superior del catéter en el centro.	
	4.4.6 Refuerza el puente adosando el resto de la tira de micropore de columna a columna.	
4.5 Seguimiento al paciente	4.5.1 Revisa el área cada 4 horas observando cambios de coloración y temperatura de la zona, durante la estancia del catéter	Enfermera de neonatología
	4.5.2 Verificar distancia en cms. desde la zona de inserción hasta la conexión con el equipo de solución para corroborar que este se haya desplazado.	
	4.5.3 Anotar en el extremo distal: fecha de instalación, centímetros externos del catéter, vía de acceso: venoso, arterial.	

Copia

 Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.6 Registro de actividades	4.6.1 Realiza anotaciones en la Hoja de terapia intensiva F-M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja de registros clínicos de enfermería F-M-1-04-A . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de terapia intensiva F-M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería F-M-1-04-A 	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Lleva el registro del tiempo de permanencia del catéter en la Hoja de control F-M-1-2-02 (a-b) <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de control F-M-1-2-02 (a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



EXANGUINOTRANSFUSIÓN

1. Propósito

Corregir la anemia, evitar la hemólisis, y evitar un aumento de la bilirrubina y las complicaciones a nivel cerebral por el incremento anormal de bilirrubina indirecta.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de monitoreo cardíaco
- Medios de calefacción para el niño.
- Bolsa de hemoderivado a utilizar (sangre fresca)
- Mesa pasteur con equipo para venodisección, catéteres umbilicales, llave de tres vías, tubos de extensión, jeringas desechables de 20 y 5 cc. Aguja desechable, equipo para administrar sangre.
- Medicamentos: dextrosa al 10%, bicarbonato de sodio, gluconato de calcio, heparina.
- Carro con batas, guantes, campos y gasa estériles, soluciones antisépticas, gorros y cubrebocas,
- Equipo de reanimación pulmonar,
- Hoja de registro de exanguino transfusión A-13-09-07 a y b.



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Necesidades del servicio.	Contar con los resultados siguientes: pruebas cruzadas, bilirrubina directa e indirecta, hemoglobina, hematocrito y reticulocitos así como coombs directo.	Enfermera de neonatología
4.2 Preparación del personal y de equipo	4.2.1 Canalizar una vena e instalar la solución indicada	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Lavado de manos y preparar equipo Inmovilizar al neonato	
	4.2.3 Realizar lavado quirúrgico de manos previa colocación de gorro y cubreboca de la persona que llevará a cabo el procedimiento así como la colocación de bata estéril.	
	4.2.4 Proporcionar el material y equipo necesario para que el médico realice el aseo quirúrgico de la región umbilical.	
4.3 Realización del cateterismo.	4.3.1 Colaborar con el médico en la cateterización de la vena umbilical o la venodisección y durante todo el procedimiento. Nota: El procedimiento se puede realizar por una solo vía o dos.	Enfermera de neonatología
4.4. Inicio de actividad	4.4.1 Iniciar el procedimiento hasta verificar la posición del catéter por medio de Rx. Nota: Recuérdese que se tienen que purgar equipos y llaves de tres vías antes de ser colocados.	Enfermera de neonatología
	4.4.2 Iniciar con un recambio de extracción el cual se utilizará para mandar las muestras pre-exanguíneo establecidas.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable												
4.5. Recambios	<p>4.5.1 Realizar recambios de acuerdo al peso del paciente:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">PESO RECIÉN NACIDO</td> <td style="text-align: center;">VOLUMEN (ML)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">más de 3000kg</td> <td style="text-align: center;">20ml</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2000-3000kg</td> <td style="text-align: center;">13 -15ml</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1000-2000kg</td> <td style="text-align: center;">8 -10ml</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">850gr-1000kg</td> <td style="text-align: center;">5ml</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">menos de 850gr</td> <td style="text-align: center;">1 - 3ml</td> </tr> </table> <p>Nota: Una persona se encargará de anotar hora de inicio, hora de entrada y salida de recambios, cantidad, así como anotar los parámetros monitorizados.</p>	PESO RECIÉN NACIDO	VOLUMEN (ML)	más de 3000kg	20ml	2000-3000kg	13 -15ml	1000-2000kg	8 -10ml	850gr-1000kg	5ml	menos de 850gr	1 - 3ml	Enfermera de neonatología
PESO RECIÉN NACIDO	VOLUMEN (ML)													
más de 3000kg	20ml													
2000-3000kg	13 -15ml													
1000-2000kg	8 -10ml													
850gr-1000kg	5ml													
menos de 850gr	1 - 3ml													
4.6 Vigilancia del paciente	<p>4.6.1 Mantener una vigilancia constante de temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y condiciones generales del neonato.</p> <p>4.6.2 Cada vez que llegue a los 100 ml de sangre recambiada avisar al médico para que indique la cantidad de gluconato de calcio a pasar (generalmente es de 1 ml al 10% diluido en 1 ml de agua bidestilada).</p>	Enfermera de neonatología												
4.7 Finalización del procedimiento sanguíneo	<p>4.7.1 Finalizar el procedimiento con la introducción de sangre, previo a esto se tomarán los exámenes de laboratorio necesario</p> <p>Nota: Si al término del procedimiento se decide dejar el catéter, este debe sellarse con solución fisiológica heparinizada y se obstruye la luz con el tapón correspondiente, fijando el extremo con tela adhesiva.</p> <p>4.7.2 Al término del procedimiento dejar cómodo al paciente e instalar la lámpara de fototerapia.</p>	Enfermera de neonatología												

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.8 Registro de actividades.	4.8.1 Si se utiliza la técnica de doble vía llevar el registro del control de sangre transfundida y extraída.	Enfermera de neonatología
	4.8.2 Llevar en el balance (cantidades iguales, del hemoderivado) ya que se inicia con extracción de 10 ml.	
	4.8.3 Registrar en la Hoja de registro de exanguino transfusión A-13-09-07 (a-b) específica los datos correspondientes, fecha y hora de realización, hora de inicio y terminación, condiciones del niño, respuesta al tratamiento, coloración. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registro de exanguino transfusión A-13-09-07 (a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



FOTOTERAPIA

1. Propósito

Disminuir y prevenir los niveles de bilirrubina en los niños recién nacidos, prematuros y niños con enfermedad hemolítica o por incompatibilidad ABO.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Fototerapia con lámparas fluorescentes de 20 voltios (luz blanca, luz azul),
- Fototerapia de fibra óptica que produce una irradiación de 450 a 500/MM.
- Báscula pesa bebé electrónica
- Protector ocular (antifaz)
- Termómetro, cinta métrica

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Explicación del procedimiento.	4.1.1 Explicar a los padres en qué consiste el tratamiento con fototerapia y cuáles son los cuidados específicos.	Enfermera de neonatología
4.2 Preparación del material y equipo	4.2.1 Preparar el material y equipo necesario una vez comprobado los resultados de laboratorio,	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Realizar Lavado de manos y colocación de bata específica del paciente	
4.3 Preparación del paciente	4.3.1 Retirar la ropa del neonato en su totalidad	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Medir el peso corporal y toma de temperatura al inicio del tratamiento.	
4.4 Revisión física del paciente.	4.4.1 Instalar servo control y medir la temperatura cada dos horas en neonatos pequeños.	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.2 Verificar que los ojos del neonato estén bien cerrados para colocar el antifaz.	
	4.4.3 Mantener el antifaz lo suficientemente laxo para no ejercer presión excesiva que pueda ulcerar la cornea, pero bastante firme para evitar que los ojos se abran	
4.5. Instalación de equipo	4.5.1 Instalar el equipo de fototerapia a una altura de 50 a 70 centímetros con relación al neonato.	Enfermera de neonatología
	4.5.2 Colocar fototerapia de fibra óptica sobre el colchón de la cuna, de forma que descansa la mayor parte del cuerpo del neonato sobre esta previamente cubierta por una funda especial de material desechable.	
4.6 Monitoreo del procedimiento	4.6.1 Exponer todas las áreas del cuerpo del neonato mediante los cambios frecuentes de posición (cada dos horas).	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Revisar frecuentemente el antifaz asegurándose que cubra perfectamente ambos ojos y que no obstruya las narinas, observar de la misma forma la presencia de secreción ocular.	
4.7 Finalización del procedimiento	4.7.1 Apagar la lámpara y quitar el antifaz durante la alimentación, así mismo propiciar el contacto directo con la madre o el padre (acunarlo en los brazos)	Enfermera de neonatología
	Nota: Se deberá de evitar la aplicación de aceite en la piel durante el tiempo del tratamiento.	

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.8 Toma de muestras	4.8.1 Colaborar en la toma de muestras para determinaciones seriadas de bilirrubina y hematocrito cada 6 a 8 horas durante el tratamiento y cada 12 a 24 horas posterior a este.	Enfermera de neonatología
4.9 Vigilancia del paciente	4.9.1 Vigilar la temperatura de manera sistemática cada cuatro horas, estado de hidratación así como las características de las evacuaciones.	Enfermera de neonatología
	4.9.2 Observar la aparición de letárgica, hipotonía, rechazo al alimento como primeras manifestaciones clínicas de alteración neurológica, en etapas posteriores se presenta hipertonia muscular o espasticidad generalizada irritabilidad y presencia de crisis convulsivas.	Enfermera de neonatología
4.10 Retiro del equipo	4.10.1 Al suspender el tratamiento bajar el interruptor de corriente de la fototerapia y retirarla de la unidad.	Enfermera de neonatología
	4.10.2 Retirar antifaz y realizar aseo de ambos ojos y vestir al neonato	
4.11 Registro de actividades	4.11.1 Hacer las anotaciones correspondientes.	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



LAVADO BRONQUIAL

1. Propósito

Favorecer la fluidificación de secreciones bronquiales.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de aspiración
- Sondas de aspiración 6Fr y 8Fr
- Frasco con solución fisiológica
- Gasas estériles
- Guantes y cubrebocas
- Jeringas de 1cc
- Bolsa válvula mascarilla neonatal
- Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del personal	4.1.1 Realiza lavado de manos y se coloca bata y cubrebocas	Enfermera de neonatología
4.2 Traslado de equipo	4.2.1 Traslada el equipo a la unidad del paciente	Enfermera de neonatología
	4.2.2. Abre el equipo y deposita la solución fisiológica, jeringa de 1cc sonda y gasas.	
4.3 Conecta equipo	4.3.1 Conecta sonda al aspirador e introduce a la incubadora o coloca en la charola de la cuna de calor radiante.	Enfermera de neonatología
4.4 Introducción de solución salina	4.4.1 Coloca en una jeringa de 1ml. solución salinas y ventila manualmente al paciente	Enfermera de neonatología
	4.4.2 Desconecta la bolsa auto inflable (tipo ambú) de la sonda endotraqueal	
	4.4.3 Introduce a través de la cánula 0.3ml de solución salina	

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.4 Ventila nuevamente al neonato con la bolsa (aproximadamente de 8 a 10 segundos).	
4.5 Introducción de sonda	4.5.1 Retira la bolsa e introduce la sonda para aspirar las secreciones de ambos bronquios, colocando al paciente con el cuello del lado derecho e izquierdo.	Enfermera de neonatología
4.6 Repetición de actividad	4.6.1 Repite el procedimiento cuantas veces sea necesario, permitiendo la estabilización del paciente (dos a tres minutos antes de efectuar el siguiente lavado bronquial).	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Aumenta el tiempo de la nebulización previa a la aspiración ya que el recurrir al lavado bronquial refleja que existe una mala técnica en la fluidificación de secreciones	Enfermera de neonatología
	4.6.3 Registra el procedimiento realizado en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 a y b.

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



LIMPIEZA DE CUNA DE CALOR RADIANTE E INCUBADORA

1. Propósito

Disminuir el índice de infecciones y mantener una adecuada estética de la unidad

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Dos lienzos
- Lavamanos con solución antiséptica
- Lavamanos con agua
- Hipoclorito de sodio

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Limpieza de cunas	4.1.1 Impregna con solución antiséptica uno de los lienzos, en caso de la limpieza parcial, en la total se usa jabón y cloro.	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Inicia la aplicación de arriba hacia abajo de la cuna, fuente de calor, lámpara de iluminación, módulo de temperatura, charola con soporte y barandales (hacer énfasis en los orificios de entrada de los barandales).	
	4.1.3 Retira la solución antiséptica con el segundo lienzo húmedo con agua en el mismo orden de la aplicación.	
4.2 Limpieza de aditamentos de la cuna.	4.2.1 Continúa con el colchón y base de este de la misma forma, primero con solución antiséptica y posteriormente con agua.	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Aplica y retira la solución antiséptica de la misma forma para la base y los cajones.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.3 Notificación de fallas	4.3.1 Notifica inmediatamente fallas, deterioros o pérdidas de aditamentos.	Enfermera de neonatología
4.4 Limpieza de incubadoras	4.4.1 Programa proceso de auto limpieza, una vez finalizado iniciar por retirar la cubierta superior, dispositivo para colocar chasis de radiografía, colchón, base de colchón y primera cubierta del ventilador	Enfermera de neonatología
	4.4.2 Inicia limpieza de todas las partes por separado.	
	4.4.3 Continúa con las paredes y sistema de ventilación (poner especial atención en las ranuras de inserción de la plataforma).	
	4.4.4 Retira contenedor de agua lavar por separado, drena el agua corriente dejándolo secar al ambiente, desecha equipo conector y coloca uno nuevo una vez instalado el contenedor.	Enfermera de neonatología
	4.4.5 Realiza la limpieza en el mismo orden para la base y la pantalla de programación.	
	4.4.6 Viste el colchón con sábanas limpias. Nota: Extremar el cuidado en la limpieza de la pantalla de programación así como en el módulo de temperatura para evitar que el agua o jabón entre al sistema electrónico.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



MONITORIZACIÓN NO INVASIVA EN EL NEONATO

1. Propósito

Observar alteraciones fisiológicas de la FC, FR, PA, Saturación de oxígeno y perfusión periférica detectando los cambios hemodinámicos proponiendo alternativas de tratamiento de acuerdo al estado del neonato.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con (3 derivaciones)
- Gasas
- Agua inyectable precalentada

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la enfermera	4.1.1 Realiza lavado de manos y colocación de la bata para el manejo del neonato.	Enfermera de neonatología
4.2 Limpieza del paciente	4.2.1 Humedece la gasa con agua inyectable tibia.	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Elimina el exceso de grasa del brazo derecho, brazo izquierdo, pierna izquierda con la gasa húmeda y seca.	
4.3 Colocación de electrodos	4.3.1 Coloca electrodos firmemente a la piel y conecta los cables en el brazo derecho (AR) brazo izquierdo (AL) y pierna izquierda (LL).	Enfermera de neonatología
4.4 Lectura de equipo	4.4.1 Pulsa la tecla ECG en el monitor y esperar unos segundos hasta que aparezca la lectura de la frecuencia cardiaca y respiratoria.	Enfermera de neonatología
	4.4.2 Pulsa la tecla MOSTRAR y observa en la pantalla el trazo electrocardiográfico.	
4.5 Saturación de oxígeno	4.5.1 Colocar sensor en el pie, mano, dedos o lóbulo de la oreja perfectamente alineado.	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.5.2 Cubrir con cinta velcro o con micropore, comprobar que exista perfusión periférica adecuada.	
	4.5.3 Pulsar la tecla SAT y observar que las ondas respiratorias correspondan a la profundidad de las inspiraciones.	
4.6 Presión arterial	4.6.1 Seleccionar el brazalete de acuerdo al peso y edad gestacional del neonato y colocar el brazalete en el tercio medio del brazo.	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Conectar el tubo de extensión del brazalete al cable del monitor.	Enfermera de neonatología
	4.6.3 Pulsar la tecla NIP y esperar unos segundos a que aparezca la lectura en el monitor.	
4.7 Perfusión periférica	4.7.1 Hacer presión cutánea con la mano por 5 segundos en el talón o algún otro sitio del cuerpo del neonato.	Enfermera de neonatología
	4.7.2 Retirar la mano y observar en cuanto tiempo desaparece el área hipoperfundida; si es de 2 a 3 segundos es normal, si es mayor a 5 segundos sugiere alteraciones.	
4.8 Registro de actividades	<p>4.8.1 Realizar anotaciones en la Hoja de terapia intensiva M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de terapia intensiva M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-A 	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



OXIGENOTERAPIA

1. Propósito

Mejorar el estado de hipoxemia para disminuir el trabajo respiratorio y el trabajo miocárdico y mantener oxigenados los tejidos.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Casco cefálico de diferente tamaño
- Catéter nasal y nasofaríngeo
- Ventilador mecánico de presión.
- Fuente de oxígeno con humidificador
- Manguera corrugada
- Bolsa de reanimación neonatal con válvula de liberación de presión y reservorio para entregar del 90 al 100% de oxígeno.
- Mascarilla facial para neonato prematuro y de término, con bordes acolchonados
- Mango de laringoscopio con hojas recta número 0 (prematuros) y del número 1 (a término).
- Tubos endotraqueales de diferente tamaño de acuerdo a peso del neonato:

Kilogramos	Medida de tubo
Menor de 1 Kg.	2.5 milímetro
De 1 a 2 Kg.	3 milímetro
De 2 a 3 Kg.	3.5 milímetro
Mayor de 3 Kg.	4 milímetro

- Material de consumo (guantes, cubrebocas, gasas, sondas de aspiración 8Fr.)
- Micropore y tela adhesiva
- Estetoscopio



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	CASCO CEFÁLICO	
4.1 Preparación de la enfermera y equipo	4.1.1 Realiza lavado de manos y se coloca la bata.	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Prepara el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.	
4.2 Preparación del paciente	4.2.1 Cubre la cabeza del neonato con un gorro de algodón cuando se utiliza nebulizador para evitar pérdidas de calor por evaporación y así mismo que presente hipotermia.	Enfermera de neonatología
4.3 Inicio al paciente de procedimiento	4.3.1 Introduce la extensión del tubo de oxígeno o la manguera corrugada al casco cefálico	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Selecciona la concentración de oxígeno que se desea en el humidificador	
	4.3.3 Coloca el casco cefálico sobre la cabeza del neonato	
4.4. Acomoda al paciente	4.4.1 Verifica el funcionamiento y deja cómodo al paciente en posición decúbito ventral ó decúbito dorsal con una ligera extensión de cuello para permeabilizar la vía aérea. Nota: Vigilar alteraciones o deterioro clínico.	Enfermera de neonatología
	4.4.2 Verifica periódicamente que la conexión de la manguera se encuentre conectada al casco cefálico.	
	4.4.3 Drena la manguera cuando exista excedente de agua.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.4 Cambia nebulizador cada 48 horas para evitar la colonización de gérmenes patógenos	
4.5 Registro de actividades	4.5.1 Registra las actividades en la hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b o en la hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-a y b.	Enfermera de neonatología
	PUNTAS NASALES	
4.6 Preparación del personal y del paciente	4.6.1 Realiza lavado de manos, prepara equipo y lo traslada a la unidad del paciente.	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Corta 3 vendoteles y fija las puntas nasales.	
4.7 Verificación del frasco	4.7.1 Verifica la limpieza y el contenido del frasco humidificador (de preferencia que sea utilizado con agua bidestilada para evitar su cristalización.)	Enfermera de neonatología
4.8 Conexión de equipo	4.8.1 Conecta la extensión de las puntas nasales al frasco humidificador.	Enfermera de neonatología
	4.8.2 Regula la cantidad de oxígeno en litros de acuerdo a indicación (0.5 a 2 lt. máximo).	
	4.8.3 Coloca las puntas nasales por la cabeza, acomoda una en cada fosa nasal, fija con los vendoteles en el puente de la nariz y en las mejillas, jala la jareta que queda en la región occipital, para una mejor fijación y evitar que se salgan.	
	4.8.4 Coloca sensor de saturación perfectamente alineado en extremidad pélvica o torácica.	
4.9 Monitoreo del paciente	4.9.1 Vigila la cifra de saturación para incrementar o disminuir la cantidad de oxígeno administrado	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.9.2 Realiza limpieza y lubricación de narinas	
	4.9.3 Mantenga fija las puntas nasales y no las retire al realizar otros procedimientos.	
	4.9.4 Observar al neonato frecuentemente para asegurarse que no haya datos de hipoxia (cambio de coloración, apneas, tiros, etc)	
	4.9.5 Realiza anotaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-A . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-A 	
	CPAP NASAL Y NASOFARINGEO	
4.10 Preparación previa	4.10.1 Traslada el equipo y material a la unidad del neonato	Enfermera de neonatología y Técnico de Inhaloterapia
	4.10.2 Realiza lavado de manos y se coloca la bata	
	4.10.3 Instala ventilador y circuito de CPAP por el servicio de inhaloterapia	
4.11 Preparación del paciente	4.11.1 Coloca gorro al neonato	Enfermera de neonatología y Técnico de Inhaloterapia
	4.11.2 Introduce las puntas nasales previa lubricación y fija con un vendote en el puente de la nariz, los tubos laterales se fijan a cada lado de la cabeza con tela velcro que va sujeta al gorro.	
	4.11.3 Ajusta parámetros del ventilador, (FiO2, presión)	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.12 Realización de drenaje.	4.12.1 Realiza drenaje postural, fisioterapia pulmonar y aspiración gentil de secreciones según necesidades del paciente.	Enfermera de neonatología
	4.12.2 Verifica periódicamente la permeabilidad de las puntas tanto nasales como nasofaríngeas.	
	4.12.3 Efectúa limpieza de puntas con solución estéril, lubricarlas y volver a colocarlas Nota: Vigilar lesión de narinas, cambiar circuito del ventilador cada 48 horas.	Técnico de inhaloterapia
4.13 Monitoreo del paciente	4.13.1 Valora cada hora esfuerzo respiratorio, frecuencia y saturación de oxígeno.	Enfermera de neonatología
4.14 Registro de actividades	4.14.1 Realiza anotaciones en la Hoja de terapia intensiva M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-A . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de terapia intensiva M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-A 	Enfermera de neonatología
CATÉTER OROTRAQUEAL		
4.15 Preparación de personal y equipo	4.15.1 Traslada el material y equipo a la unidad del neonato	Enfermera de neonatología
	4.15.2 Realiza lavado de manos, colocación de bata y cubrebocas.	
	4.15.3 Verifica funcionamiento de tomas de aspiración	
	4.15.4 Prepara equipo de aspiración y cánula a utilizar.	
	4.15.5 Coloca la hoja de laringoscopio al mango y prueba si da luz	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.15.6 Regula cantidad de oxígeno (5 a 7 lt.x min.) Para proporcionar una concentración de 70 a 90% de oxígeno y verificar conexiones a la bolsa válvula.	Enfermera de neonatología
4.16 Ventilación del paciente	4.16.1 Realiza ventilación del neonato con bolsa máscara cubriendo el puente de la nariz, boca y barbilla.	Médico residente o neonatólogo y Enfermera de neonatología
	4.16.2 Coloca la hoja de laringoscopio en la boca del niño, visualizando la glotis, se procede a introducir el catéter endotraqueal, se conecta a la bolsa válvula y se inicia la ventilación verificando que ambos campos pulmonares presenten buena entrada y salida de aire.	
4.17 Trabajo de cánula	4.17.1 Hace la fijación de la cánula en la comisura bucal	Enfermera de neonatología
	4.17.2 Corta la cánula dejándola 3 cms. de largo (midiendo de la comisura bucal hacia arriba, sitio donde va el conector).	
	4.17.3 Realiza aspiración de secreciones en caso de ser necesario.	
	4.17.4 Conecta cánula al ventilador verificando parámetros (fiO2, PIP, PEEP, Frecuencia) sean los adecuados.	
4.18 Monitoreo del paciente	4.17.5 Corroborar la posición correcta del tubo mediante una Rx de tórax así como por fórmula (peso del neonato más 6) el resultado será el número que quedara a nivel de la comisura de la boca.	Médico residente o neonatólogo y Enfermera de neonatología

Copia

 Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.18.1 Mantiene al neonato monitorizado poniendo especial atención a la saturación de oxígeno y a la toma de gasometría arterializada para el manejo terapéutico del ventilador de presión.	Médico residente o neonatólogo y Enfermera de neonatología
	4.18.2 Verificar temperatura del humidificador del ventilador (35°C) y que el reservorio contenga agua.	
4.19 Registro de actividades	4.19.1 Realiza anotaciones correspondientes en las hojas de cuidados intensivos m-5-1-05 a y b ò hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-a y b. y da cuidados al equipo utilizado.	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de terapia intensiva M-5-1-05 a y b
 Hoja de registros clínicos de enfermería M-1-04-a y b.

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



PLAN DE ALTA PARA RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO

1. Propósito

Identificar los criterios clínicos para el alta al hogar del paciente brindando capacitación a los familiares para su participación temprana y activa: promoviendo la confianza, autonomía y toma de decisiones de los mismos en el hogar.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Formatos del servicio
- Receta medica
- Papelería



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Desarrollo de enseñanza	<p>4.1.1 Inicia la enseñanza de medidas de asistencia general y posteriormente las medidas específicas que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuidados a la piel y baño. b) Elaboración y técnica de alimentación del neonato. c) Ministración de medicamentos y vacunas. d) Estimulación de acuerdo a desarrollo y medidas de vigilancia. e) Identificación de signos de enfermedad y lugar a donde puede tener acceso a la atención médica. f) Cuidados específicos a ostomías. g) Indica oportunamente la adquisición del equipo en el hogar. h) Capacitación específica para el tratamiento que llevara en el hogar así como lo referente a la limpieza y seguridad del equipo. i) Asegúrese que el familiar realice correctamente los procedimientos que llevara a cabo en el hogar. 	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Auxilia a la familia en la planificación de todas las citas necesarias de vigilancia.	
4.1 Desarrollo de enseñanza	4.1.3 Realiza demostración la capacidad del familiar para brindar cuidados en el hogar con el equipo solicitado previamente así como la administración de medicamentos prescritos.	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN

1. Propósito

Proporcionar la ingesta de nutrientes al neonato para favorecer el desarrollo de los reflejos de succión y deglución. Además de promover el vínculo madre-padre-hijo.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Fórmula láctea de acuerdo a edad gestacional y peso del neonato
- Equipo para alimentación con sonda
- Sondas de alimentación 6 y 8 Fr.
- Jeringas de 10cc y 20 cc
- Biberón con chupón.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	SENO MATERNO	
4.1 Verificación de condiciones de higiene	4.1.1 Verifica que el niño este con el pañal limpio y seco.	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Corrobora aseo personal de mamá (baño diario y lavado de manos previo al ingreso a la unidad. Nota: La mamá debe estar tranquila y cómoda mientras amamanta en posición sentada y con la espalda recta y apoyada en la silla	
4.2 Amamantamiento del niño	4.2.1 Acerca al niño al pecho y no el pecho al niño, ya que de hacerlo se provocarán molestias en la espalda.	Enfermera de neonatología
	4.2.2 Procura que la cara quede exactamente frente al seno; lo que permitirá sostener el pecho con la otra mano en forma de letra "C", es decir el pulgar arriba de la aréola y los cuatro dedos por abajo del pecho. La mano en esta posición permite dirigir fácilmente el pezón.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.3 Indica a la mamá que toque el pezón con el labio inferior del niño, para desencadenar el reflejo de búsqueda.	
	4.2.4 Muestra a la mama que debe de atraer al niño rápidamente hacia el seno al momento de abrir la boca para que logre tomar no sólo el pezón sino también la mayor parte de la areola.	
4.2 Amamantamiento del niño	4.2.5 Introduce el dedo meñique en la comisura labial del niño para cambiar de seno, esto permite el rompimiento del vacío que se forma dentro de la boca y puede soltar el pezón sin lastimar el seno. Nota: El tiempo promedio de lactar para cada seno es de 10 a 15 minutos. Sin embargo, se debe respetar la necesidad individual de cada niño, ya que unos comen despacio y otros son más rápidos.	Enfermera de neonatología
	4.2.6 Orienta a la mamá que alterne los senos cada vez que se amamante al niño iniciando con el primero que alimento al niño en la toma anterior.	
	4.2.7 Indica a la mamá que al término de la alimentación coloque la cabecita del niño sobre su hombro y de unas palmaditas sobre su espalda para favorecer la expulsión de aire.	
ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN		
4.3 Prepara materiales	4.3.1 Prepara el biberón y traslado a la incubadora.	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Realiza lavado de manos y colocación de bata específica del paciente	
4.4 Acomodo y preparación del	4.4.1 Coloca al neonato en decúbito dorsal en posición de fowler.	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
paciente	4.4.2 Cubre la parte del tórax del niño con el babero	
	4.4.3 Sostiene la cabeza con la mano izquierda.	
	4.4.4 Estimula al neonato en la comisura, posteriormente introducir la mamila en la boca del niño.	
4.5 Alimentación con mamila	4.5.1 Cuida que el biberón se mantenga en un ángulo de 90° con la cara del niño para que el alimento quede en la parte baja, impidiendo la ingestión de aire.	Enfermera de neonatología
	4.5.2 Descansa al neonato durante la alimentación y vigila que tome la cantidad indicada por el médico.	
4.5 Alimentación con mamila	4.5.3 Ayuda a la expulsión del aire ingerido, golpeando suavemente la espalda del niño. Nota: Se debe de suspender la alimentación en presencia de cianosis, tos, náusea y/o vómito.	Enfermera de neonatología
	4.5.4 Acomoda al neonato en posición dorsal con la cabeza hacia un lado y conserva en la posición de fowler durante 10 a 15 minutos.	
4.6 Retiro de equipo	4.6.1 Retira el equipo y da cuidados posteriores a su uso.	Enfermera de neonatología
4.7 Registro de actividades	4.7.1 Realiza las anotaciones correspondientes en lo Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b) . • Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b)	Enfermera de neonatología
ALIMENTACIÓN CON ALIMENTADOR		

Copia Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.8 Preparación de equipo y del personal	4.8.1 Prepara y traslada equipo necesario a la unidad del paciente.	Enfermera de neonatología
	4.8.2 Realiza lavado de manos y colocación de bata específica del paciente.	
4.9 Preparación del paciente	4.9.1 Coloca al neonato en decúbito dorsal en posición de fowler	Enfermera de neonatología
	4.9.2 Cubre la parte del tórax del neonato con el babero.	
	4.9.3 Con la mano izquierda sostiene la cabeza.	
4.10 Introducción y manejo del chupón	4.10.1 Estimula al neonato en la comisura, posteriormente introducir el chupón adaptado a una jeringa de 20 cc. Previamente cargada con la fórmula láctea.	Enfermera de neonatología
	4.10.2 Realiza una ligera presión en la jeringa para facilitar la expulsión de leche de forma que el neonato inicie la deglución sin fatigarse.	
	4.10.3 Realiza el procedimiento de acuerdo al estado del neonato y dependiendo de la presencia de los reflejos de succión y deglución.	
4.11 Terminación de la alimentación	4.11.1 Somete al paciente a la expulsión del aire ingerido, golpeando suavemente la espalda.	Enfermera de neonatología
	4.11.2 Deja cómodo al neonato de preferencia en decúbito dorsal y fowler durante 10 a 15 minutos.	
	4.11.3 Retira el equipo	

Copia
Controlada



4.12 Registro de actividades	4.12.1. Realiza las anotaciones correspondientes en lo Hoja de registros clínicos. M-0-1-04 (a-b). <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registros clínicos. M-0-1-04 (a-b) 	Enfermera de neonatología
ALIMENTACIÓN CON GOTERO		
	Realiza los puntos 4.8.1, 4.8.2, 4.9.1, 4.9.2 y 4.9.3.	Enfermera de neonatología
4.13 Colocación del gotero	4.13.1 Coloca el gotero sobre el carrillo izquierdo o sobre la lengua y dejar que el alimento resbale por gravedad.	Enfermera de neonatología
4.14 Deglución	4.14.1 Si no se cuenta con gotero, utilizar una jeringa de 3 cc. Y dejar caer gota por gota observando que el neonato inicia la deglución sin presionarlo.	Enfermera de neonatología
	4.14.2 Continúa la maniobra hasta completar la cantidad indicada o suspender si existe presencia de fatiga, cianosis ó polipnea y completar la alimentación pos sonda orogástrica.	
	Realiza los actividades 4.11.1, 4.11.2, 4.11.3, y 4.12.1.	
ALIMENTACIÓN CON SONDA OROGÁSTRICA		
4.15 Preparación de equipo y de personal	4.15.1 Prepara el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente	Enfermera de neonatología
	4.15.2 Realiza lavado de manos y colocación de bata específica del paciente.	
	4.15.3 Abre el equipo	
	4.15.4 Vierte la leche en el vaso	
	4.15.5 Toma la sonda cerrada	
4.16 Preparación del paciente	4.16.1 Coloca al neonato en decúbito dorsal en posición de fowler.	Enfermera de neonatología
4.17 Instalación de la sonda	4.17.1 Mide la distancia entre la nariz y el lóbulo de la oreja sumándole lo que existe entre este y el apéndice xifoides.	Enfermera de neonatología

	<p>4.17.2 Marcar el punto de referencia en la sonda con micropore para controlar la distancia correcta e introduce.</p> <p>4.17.3 Introduce la sonda suavemente por boca hasta la marca.</p>	
4.18 Verificación de la sonda	<p>4.18.1 Coloca el extremo de la sonda dentro del vaso en el momento de abrir la sonda, para verificar que este en cavidad gástrica.</p> <p>Nota: Si salen burbujas continuas, hay que retirarla sonda y volver a introducirla.</p> <p>4.18.2 Otra forma de verificar la colocación adecuada de la sonda es aspirar por medio de una jeringa, observando la salida de contenido gástrico.</p>	Enfermera de neonatología
4.19 Fijación de sonda	<p>4.19.1 Fija la sonda a la mejilla con Micropore.</p> <p>4.19.2 Aspira nuevamente para valorar el residuo gástrico de la toma anterior y con esto verifica el adecuado vaciamiento gástrico dependiendo de la cantidad de leche administrada.</p>	Enfermera de neonatología
4.20 Introducción de la leche	<p>4.20.1 Adapta el cuerpo de la jeringa a la sonda y vierte la leche del vaso en la jeringa.</p> <p>4.20.2 Levanta hasta 15 a 20 cm. Sobre el nivel del colchón y deja que el liquido fluya lentamente con ayuda de la fuerza de gravedad</p> <p>4.20.3 Antes de que la jeringa quede vacía, se pinza la sonda para evitar la entrada de aire al estomago y volver a verter leche en la jeringa hasta completar la cantidad indicada.</p>	Enfermera de neonatología

Copia

 Controlada e Impugnada

4.21 Monitoreo del paciente	4.21.1 Vigilar al neonato observando cualquier cambio de coloración, apnea o regurgitación.	Enfermera de neonatología
	4.21.2 Mide el perímetro abdominal pre y postprandial	
4.22 Retiro de sonda	4.22.1 Retira la sonda cerrada o pinzada con movimientos firmes y rápidos para evitar la introducción de leche a las vías aéreas ó la fija si hay indicación de permanencia.	Enfermera de neonatología
	4.22.2 Conserva la posición de fowler y decúbito lateral derecho por 20 minutos.	
	4.22.3 Retira el equipo y da cuidados posteriores.	
4.23 Registro de actividades	<p>4.23.1 Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b) 	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 a y b.

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



TERMORREGULACIÓN

1. Propósito

Conservar la temperatura corporal dentro de límites normales y evitar el incremento de pérdidas insensibles.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Cuna de calor radiante ó incubadora cerrada
- Sensor de temperatura
- Termómetro rectal
- Micropore o parche adhesivo de aluminio
- 1 rollo de megapack
- Sábanas de incubadora

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de equipo	4.1.1 Verifica la limpieza y funcionamiento de la incubadora antes de ingresar el paciente.	Enfermera de neonatología
	4.1.2 Coloca agua estéril en el depósito de la incubadora.	
	4.1.3 Cubre el colchón con sábanas.	
	4.1.4 Enciende incubadora y opera en modo manual a 33°C.	
4.2 Acomodo del paciente	4.2.1 Instala al neonato retirándole las sábanas frías o húmedas.	Enfermera de neonatología
4.3 Activación y regulación del equipo	4.3.1 Coloca el sensor de temperatura en región abdominal de lado derecho.	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Cambia el modo de funcionamiento de la incubadora a servocontrol a 37°	



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.4 Control de temperatura	4.4.1 Toma temperatura axilar cada 15 minutos.	Enfermera de neonatología
	4.4.2 Incrementa la temperatura de la incubadora paulatinamente si hay hipotermia (temperatura menor 36.5°C).	
	4.4.3 Baje la temperatura de la incubadora en forma progresiva (de 1° en 1°) en caso de que el paciente presente hipertermia temperatura superior 37.5° C.	
	4.4.4 Mantenga la temperatura cutánea del recién nacido entre 36.5°C y 37°C.	
	4.4.5 Utilice el sistema manual de la incubadora o cuna térmica cuando no cuente con el sistema de servo control, verificando la temperatura corporal cada hora.	
	4.4.6 Coloque una cubierta de megapack cuando se utilice cuna de calor radiante en el recién nacido pretérmino, para evitar las pérdidas insensibles.	
4.5 Registro de actividades	4.5.1 Realiza anotaciones, en la Hoja de cuidados intensiva (M-5-1-05 a-b) y de Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensiva M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b) • 	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b)
 Registro clínico de enfermería M-0-1-04-(a-b)

6. Definiciones

N/A



7. Anexos

N/A

TOMA DE PRODUCTO POR MICROMÉTODO

1. Propósito

Obtener valores de componentes sanguíneos a través de cantidades mínimas de sangre.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Guantes
- Lanceta de 2.5 mm.
- Torunda con solución antiséptica
- Gasas estériles
- Tubos capilares necesarios de a cuerdo a la muestra requerida con y sin heparina

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del personal	4.1.1 Realiza lavado de manos y se coloca la bata específica del neonato.	Enfermera de neonatología
4.2 Selección del sitio de punción	4.2.1 Decide entre cara interna o externa del talón. Nota: Evitar la parte central del talón.	Enfermera de neonatología
4.3 Obtención de muestra de sangre digital	4.3.1 Usa la cara lateral de la falange distal de los dedos pulgar, índice anular.	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Vasculariza el talón colocándolo en agua tibia a una temperatura aproximada de 37°C para favorecer el flujo sanguíneo manteniéndolo de 2 a 3 minutos para evitar quemaduras.	
	4.3.3 Se calza los guantes	
	4.3.4 Realiza asepsia de la zona a puncionar.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.3.5 Coloca una gasa en el área donde se apoya la mano que ejerce presión (para evitar la formación de hematoma).	
	4.3.6 Punciona con la lanceta de un solo movimiento en forma transversa (con movimiento firme).	
	4.3.7 Limpia la primera gota de sangre con una gasa seca, ya que frecuentemente contiene restos de solución antiséptica.	
	4.3.8 Coloca el capilar o tubo microtainer a un nivel más bajo de la extremidad que se puncione, a un ángulo de 45°.	
4.3 Obtención de muestra de sangre digital	4.3.9 Deja que caiga libremente la gota de sangre al tubo hasta llenar las dos terceras partes de este o hasta la marca de referencia.	Enfermera de neonatología
	4.3.10 Bombea en forma sutil para mantener el flujo sanguíneo.	
	4.3.11 Comprimir gentilmente la zona que se puncionó con gasa seca estéril hasta que se inhiba el sangrado.	
4.4 Retiro de equipo	4.4.1 Retirar el equipo y dejar cómodo al paciente.	Enfermera de neonatología
4.5 Envío de muestras	4.5.1 Identificar las muestras y enviarlas con la requisición correspondiente al laboratorio, por el tubo neumático.	Enfermera de neonatología
4.6 Registro de actividades	4.6.1 Realizar anotaciones en la Hoja de terapia intensiva F-M-5-1-05 (a-b) o en la Hoja de registros clínicos de enfermería F-M-1-04-A . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de terapia intensiva F-M-5-1-05 (a-b) • Hoja de registros clínicos de enfermería F-M-1-04-A 	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de terapia intensiva (F-M-5-1-05 a-b)
Registro clínico de enfermería (F-M-0-1-04-A.)

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



TRASLADO NEONATAL

1. Propósito

Garantizar el traslado del neonato en las mejores condiciones posibles, sin exponerlo a riesgos innecesarios logrando disminuir los riesgos potenciales durante el trayecto al instituto.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras del Departamento de Neonatología.

3. Herramientas o materiales:

- Ambulancia
- Incubadora de transporte con batería
- Monitor compacto de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca
- Fuente de oxígeno
- Estetoscopio neonatal
- Termómetro rectal
- Maletín con:
 - Mango y hojas de laringoscopio rectas No. 0 y 1
 - Bolsa autoinflable neonatal con mascarilla para prematuros y para recién nacido
 - Cánula endotraqueal 2, 2.5, 3.0, 3.5 y 4.0 Fr sin globo (dos de cada una)
 - Catéter venoso, equipo de volumen medido
 - Equipo para aspiración con sondas de diversos calibres
 - Guantes desechables, cubrebocas, gasas
 - Jeringas de 1,3,5 y 10 ml con aguja (suficientes)
 - Micropore, tela adhesiva y cintas umbilicales
 - Sondas levin del número 10, 12 y 14 Fr.
 - Medicamentos: adrenalina, bicarbonato de sodio, dextrosa al 50%, agua inyectable, gluconato de calcio al 10%, ampula de digoxina, hidrocortisona, heparina, fenobarbital, hidantoína, furosemide, cloruro de potasio (3 amp. de cada una)
 - Solución glucosado 10% 100ml
 - Sol. Glucosado 5 % 100 ó 50 ml.
 - Sol. Salina 0.9% 100 ml.



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Revisión de las condiciones de la cuna	4.1.1 Verifica el buen funcionamiento de la cuna así como que se encuentre limpia, conectada a la corriente eléctrica, caliente, batería cargada, cilindro de oxígeno lleno y monitor con cable preparado.	Enfermera de neonatología
4.2 Revisión del maletín	4.2.1 Revisa el maletín y en caso necesario suministrar el material y medicamentos faltantes.	Enfermera de neonatología
4.3 Verificación de información del paciente y familia	4.3.1 Al trasladar al neonato de otra institución, verifica los datos de identificación del neonato, resumen médico, las condiciones físicas actuales, hoja de autorización de traslado firmada por familiar.	Enfermera de neonatología
	4.3.2 Realiza el traslado únicamente cuando exista familiar directo y que acompañe al neonato durante el mismo. Nota: Lávese las manos antes de tocar al paciente.	
4.4 Valoración	4.4.1 Realizar valoración de enfermería: a) Inspección general y auscultación del recién nacido. b) Tomar signos vitales y corroborar permeabilidad anal. c) Realizar dextrostix d) Aspirar secreciones de vía aérea, comprobar permeabilidad esofágica e) Verificar permeabilidad de acceso venoso	Enfermera de neonatología
4.5 Monitoreo del paciente	4.5.1 Observar continuamente al paciente durante la transportación y colaborar con el médico.	Enfermera de neonatología

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.6 Registro de actividades	4.6.1 Realiza anotaciones de los cuidados de enfermería en la hoja de registros clínicos.	Enfermera de neonatología
	4.6.2 Realiza los puntos 4.1.1, 4.2.1, 4.4.1 y 4.5.1 en el traslado intra-hospitalario. Ver anexo 1 .	
4.7 Cuidados del equipo	4.7.1 Da cuidado al equipo y coloca en su posición y preparado para ser utilizado de nueva cuenta.	Enfermera de neonatología
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de terapia intensiva (M-5-1-05 a y b)
 Registro clínico de enfermería (M-0-1-04-a y b.)

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

Anexo 1

TIPOS DE TRASLADO

Intra-hospitalario: Se realiza de un servicio a otro para realizar estudios de diagnóstico o tratamientos médicos o quirúrgicos.

Extra-hospitalario: De instituciones del sector salud y hospitales privados al Instituto.



TERAPIA INTENSIVA



PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

1. Propósito

Proporcionar una recepción óptima y rápida del paciente a su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Cama, cuna o cuna de calor radiante de acuerdo a la edad del paciente.
- Sábanas, sujetadores.
- Toma de aire y frasco aspirador con tubo para aspiración y conector.
- Toma de oxígeno, frasco borboteador con flujómetro.
- Bolsa válvula con tubo para oxígeno y mascarilla.
- Equipo de aspiración estéril o desechable.
- Sondas de aspiración de calibre adecuado para la edad y peso del paciente.
- Solución estéril.
- Monitor con cables para electrocardiografía, presión no invasiva, para saturación de oxígeno, brazalete de acuerdo a la edad y peso del paciente y buen estado de los mismos.
- Jeringas, agujas, guantes, cubre bocas, torundas con algodón alcoholado, electrodos.
- Bombas de infusión.
- Mesa pasteur y charola de plástico o acero.
- Estetoscopio, equipo de termometría.



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la Unidad del paciente en la Terapia Intensiva	4.1.1 Recibe instrucción del Médico Adscrito para preparar la unidad de Terapia Intensiva donde será colocado el paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Realice lavado de manos y prepare la cama o cuna colocando las sábanas y sujetadores.	
	4.1.3 Conecte el frasco aspirador a la toma de aire y cubra la punta del tubo y el conector para que no se contamine.	
	4.1.4 Instale el tubo de O ₂ a la bolsa válvula y conecte al frasco borboteador y posteriormente a la toma de O ₂ .	
	4.1.5 Encienda el monitor y conecte los cables de electrocardiografía, presión no Invasiva, Invasiva y saturación.	
	4.1.6 Coloque en la mesa Pasteur el equipo de aspiración de acuerdo a la edad del paciente.	
	4.1.7 Coloque la charola con jeringas, agujas, termómetro, Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) y estetoscopio. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	
	4.1.8 Coloque los soportes para las bombas de infusión el tripie con equipo de presión venosa central (previamente purgado) listo para su colocación.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Avise al Jefe del Servicio cuando este lista la unidad para el ingreso del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva

TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b)

6. Definiciones

Preparación de la Unidad del Paciente en la Terapia Intensiva: Es la organización física previa del cuarto o área donde se le alojara al paciente.

7. Anexos

N/A



MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

1. Propósito

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

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con módulo de electrocardiograma.
- Cable de electrocardiograma de tres o cinco derivaciones en buen estado.
- Electrodo adhesivos con gel transductor.
- Monitor con módulo de presión no invasiva (PNI)
- Monitor para saturación de oxígeno
- Monitor con modulo de Co2

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitorización del paciente	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Prepara equipo y lo traslada a la unidad del paciente.	
	4.1.3 Coloca el cable de electrocardiograma al monitor con las derivaciones elegidas.	
	4.1.4 Descubre y limpia la piel del paciente con alcohol y coloca los electrodos y las derivaciones: <ul style="list-style-type: none"> a) Ra (blanco) a nivel de la unión del brazo derecho con el torso (3,5). b) La (negro) a nivel de la unión del brazo izquierdo con el torso (3,5). c) RI (verde) colocar en la parte media entre el ombligo y cresta ilíaca derecha (partes blandas). d) LI (rojo) colocar en la parte media entre el ombligo y cresta ilírica izquierda (5). 	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	e) Colocar debajo de la tetilla izquierda sobre el borde costal (3).	
	4.1.5 Elija las derivaciones de acuerdo a la edad del paciente y ajuste los rangos de la frecuencia del monitor, así como las alarmas.	
	4.1.6 Asegura el cable a la cama.	
	4.1.7 Deje cómodo al paciente.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Realiza lavado de manos y anota observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Monitorización del paciente: Registro y/o representación grafica permanente de ciertos signos fisiológicos o constantes vitales mediante un monitor.

7. Anexos

N/A



MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA

1. Propósito

Vigilar y registrar continuamente la presión arterial para diagnosticar alteraciones de la misma.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con módulo de presión no invasiva (PNI).
- Brazaletes adecuados a la edad del paciente.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitorización hemodinámica de la presión arterial no invasiva	4.1.1 Realice lavado de manos y encienda el monitor.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Verifique la funcionalidad del monitor, módulo, cable y brazaletes.	
	4.1.3. Seleccione la extremidad del paciente en la cual se colocará el brazaletes, examinando que no tenga ninguna lesión en la piel y verificando haya buena coloración, temperatura y pulso en el sitio elegido.	
	4.1.4 Coloque el brazaletes en la extremidad cuidando que la marca del mismo quede sobre la arteria, rodee y sujete con su mismo adherente. Nota: No sujete con tela adhesiva.	
	4.1.5 Examine que el brazaletes no quede apretado ni laxo.	
	4.1.6 Ajuste los parámetros del monitor (edad del paciente), el intervalo de tiempo en que se registrará la presión arterial no invasiva en modo automático y ajuste las alarmas.	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.7 Oprima la tecla de inicio del módulo para que se registre la presión arterial no invasiva en modo manual.	
	4.1.8 Asegure los cables a la cama y deje cómodo al paciente.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Realice lavado de manos y anote las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Presión arterial no invasiva: Es una técnica de monitoreo de la presión arterial sistólica, diastólica, y media arterial, por medio de la utilización de un brazalete que se coloca en alguna extremidad del paciente.

7. Anexos

N/A



MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA

1. Propósito

Medición precisa de las presiones intra vasculares y extracción de muestras de sangre arterial para gases.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con módulo de presión invasiva.
- Cable de transductor de presión invasiva.
- Domo del transductor.
- Bomba de infusión.
- Equipo para bomba de infusión.
- Solución fisiológica.
- Heparina.
- Llaves de tres vías con y sin extensión.
- Jeringas y agujas.
- Guantes y campo estériles, cubre bocas.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitorización hemodinámica de la presión arterial invasiva	4.1.1 Lavado de manos y colóquese cubrebocas y guantes estériles.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Prepara solución fisiológica con heparina (1 unidad de heparina por un 1ml de solución).	
	4.1.3 Purga equipo para monitorización arterial con solución heparinizada.	Médico
	4.1.4 Traslada el equipo y solución a la unidad del paciente.	
	4.1.5 Conecta el cable transductor al monitor.	
	4.1.6 Calibra el monitor y coloque el domo a nivel de la aurícula derecha.	
	4.1.7 Ajusta las alarmas del monitor a los límites adecuados de la presión arterial de acuerdo a la edad del	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	paciente.	
	4.1.8 Asegure los cables a la cama y deje cómodo al paciente.	
	4.1.9 Calibre el monitor, nivele el transductor llevando a cero el domo, cierre la primera llave de tres vías (paciente) y abra la segunda llave (del domo) al medio ambiente y abra la primera (paciente).	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.10 Optimice en el monitor la grafica y la escala de la presión arterial.	
	4.1.11 Ajuste las alarmas a los límites adecuados de la presión arterial de acuerdo a la edad del paciente.	
	4.1.12 Asegure los cables a la cama y deje cómodo al paciente.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Realice lavado de manos y anote las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b).

6. Definiciones

Monitoreo hemodinámico invasivo arterial: Es una técnica que requiere la colocación de un catéter en la arteria (radial, pedial, femoral) para obtener información sobre las presiones de perfusión periférica.

7. Anexos

N/A



MONITOREO DE DIÓXIDO DE CARBONO (CO₂)

1. Propósito

Evaluar el CO₂ espirado del paciente con asistencia ventilatoria mecánica

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con módulo de CO₂.
- Cable transductor de CO₂.
- Sensor de CO₂ de acuerdo a la edad del paciente

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitoreo de CO ₂ .	4.1.1 Recibe instrucción del Médico para realizar el monitoreo del dióxido de carbono.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Realiza lavado de manos.	
	4.1.3 Enciende el monitor y conectar el módulo al cable transductor de CO ₂ con el sensor.	
	4.1.4 Calibra el sensor y transductor siguiendo las indicaciones del monitor.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.5 Coloca el sensor a la cánula endotraqueal del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.6 Verifica y ajusta la onda CO ₂ en el monitor.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.7 Ajusta las alarmas del monitor.	
	4.1.8 Coloca cómodamente al paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
4.2 Registro de observaciones	4.2 Realiza lavado de manos y registra las observaciones en Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b). <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b).

6. Definiciones

Monitoreo de dióxido de carbono (Co₂): Registro del estado ventilatorio del paciente por medio de un sensor denominado cámara óptica, que se encuentra en el monitor de Co₂ o capnógrafo.

7. Anexos

N/A



MONITOREO DE LA SATURACIÓN DE OXIGENO POR MEDIO DE LA OXIMETRÍA DE PULSO

1. Propósito

Monitoreo continuo de saturación de oxígeno y comprobación del estado de ventilación del paciente.


2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con módulo de saturación (pletismógrafo).
- Cable de dosímetro.
- Sensor de dosímetro de acuerdo a la edad y peso del paciente.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitoreo de la saturación de oxígeno por medio de la oximetría de pulso	4.1.1 Realiza lavado de manos, prepara equipo y lo traslada a la unidad del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Explica al paciente el procedimiento.	
	4.1.3 Enciende el monitor y conecta el cable con el sensor de oxígeno de acuerdo a la edad del paciente al módulo de saturación.	
	4.1.4 Selecciona el sitio donde se colocará el sensor del dosímetro (dedos de la mano, pie y lóbulo de la oreja, etc.)	
	4.1.5 Verifica que tenga buena temperatura, coloración y pulso del sitio elegido.	
	4.1.6 Coloca dosímetro y ajusta las alarmas sin presionar demasiado para no interferir la circulación de la sonda.	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.7 Verifica que la grafica (curva) sea nítida.	
	4.1.8 Protege el sensor de la luz ambiental ya que esta puede causar alteraciones en la lectura.	
	4.1.9 Coloca cómodamente al paciente.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Realiza lavado de manos y anota observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Monitoreo de la saturación de oxígeno por medio de la oximetría de pulso: Mide la saturación de oxígeno por medio de un sensor que se coloca en el dedo pulgar, índice o lóbulo de la oreja.

7. Anexos

N/A



PRESIÓN VENOSA CENTRAL

1. Propósito

Conocer la cantidad de líquidos que maneja el corazón (la presión venosa central refleja el equilibrio entre el volumen sanguíneo circulante y la capacidad del corazón para bombear dicho volumen).

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Solución glucosa 5% o solución fisiológica.
- Gasas guantes
- Equipo para medir presión venosa central (PVC).
- Regla de 30cm con escala, e caso de que el equipo no lo incluya.
- Tela adhesiva

NOTA: Previamente estará instalado en el paciente un catéter venoso central.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Presión venosa central	4.1.1 Realice lavado de manos	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Prepare equipo y lo traslada a la unidad del paciente.	
	4.1.3 Coloque en un tripie una escala o regla (del 0 al 30 cms) el cero debe coincidir con el punto flebotático del paciente.	
	4.1.4 Verifique la permeabilidad del catéter.	
	4.1.5 Coloque al paciente en decúbito dorsal completo.	
	4.1.6 Abra la llave hacia la columna y cerrando hacia el paciente, dejando que la solución suba aproximadamente arriba de 20 cms de la escala, y cierre la llave.	
	4.1.7 Gire y abra la llave para que la solución pase hacia el paciente.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.8 Realice la lectura cuando la columna de agua se detenga y oscile con los movimientos respiratorios del paciente.	
	4.1.9 Deje la llave en posición inicial solución- paciente. Nota: Si el paciente está conectado al ventilador se deberá desconectar para tomar la PVC.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Deje cómodo al paciente y anote las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Presión venosa central: Es la presión que ejerce el volumen del entorno venoso corporal, el cual se mide en la vena cava superior o e la aurícula derecha.

La presión venosa central se mide en cm agua, la cifra normal varia 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 e la vena cava superior.

Punto flebotático: Línea media axilar a la altura de la tetilla.

7. Anexos

N/A

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO



1. Propósito

Favorecer una buena ventilación y oxigenación manteniendo la vía aérea permeable libre de secreciones.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Toma de aire para aspirar
- Toma de oxígeno
- Bolsa válvula con extensión para O₂
- Frasco para aspiración
- Tubo
- Equipo para aspiración (2 flanera , gasas)
- Sonda para aspiración de diferente calibre
- Solución fisiológica
- Guantes, cubreboca

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Aspiración de secreciones	4.1.1 Realiza lavado de manos y coloca cubrebocas.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Valora al paciente y la necesidad de realizar la aspiración de secreciones.	
	4.1.3 Integra el equipo y lo traslada a la unidad del paciente.	
	4.1.4 Abre el equipo de aspiración y coloca solución fisiológica en las flanderas, selecciona la sonda de acuerdo a la edad del paciente.	
	4.1.5 Conecta la bolsa válvula al flujómetro de oxígeno, lo abre y lo regula.	Médico y Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.6 Se coloca los guantes e hiperoxigena al paciente al 100% en conjunto con el Médico Adscrito o Médico Residente tratante.	

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.7 Lubrica la sonda con solución fisiológica e introduce a través de la cánula al árbol traqueobronquial obturando la misma mediante un dobléz, esto si no tiene interruptor.	
	4.1.8 Aspira rotando la sonda y retira sin tardar más de 10 segundos, hiperoxigena y gira la cabeza del paciente al lado derecho para aspirar el bronquio izquierdo y para el lado izquierdo de aspirar el bronquio derecho.	
	4.1.9 Realiza lavado bronquial con solución fisiológica si es necesario.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.10 Lava la sonda con solución fisiológica, la coloca en una gasa estéril y la guarda dentro del equipo.	
	4.1.11 Repite el procedimiento las veces que sea necesario.	
	4.1.12 Monitoriza el estado cardiopulmonar del paciente, durante el procedimiento (frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno).	
	4.1.13 Realiza aspiración nasal y orofaríngea después de la aspiración de la vía inferior.	
	4.1.14 Deja cómodo al paciente y realiza lavado de manos.	
4.2 Registro de aspiración de secreciones	4.2.1 Registra las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

Copia

Control

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Aspiración de secreciones en el paciente intubado: Procedimiento que se realiza a través, de una vía aérea artificial para mejorar la oxigenación y ventilación.

7. Anexos

N/A

Copia
Controlada



EXTUBACIÓN

1. Propósito

Permitir que el paciente respire independientemente.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de aspiración
- Sonda de varios calibres
- Bolsa válvula mascarilla de acuerdo a la edad del paciente.
- Guantes, cubrebocas.
- Cánula endotraqueal a la edad del paciente
- Mango y hoja de laringoscopio, pinza de maguil para utilizarse en caso necesario.
- Oxímetro de pulso
- Aspirador y fuente de oxígeno.
- Nebulizador con campana cefálica al 100%.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Extubación del paciente.	4.1.1 Recibe indicación para le extubación del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Realiza lavado de manos y coloca cubrebocas y guantes.	
	4.1.3 Coloca al paciente en semifowler con hiperextension del cuello para facilitar la respiración.	
	4.1.4 Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del paciente.	
	4.1.5 Explica al paciente el procedimiento, según la edad	
	4.1.6 Hiperventila al paciente 100% con bolsa válvula.	
	4.1.7 Aspira cánula y orofaringe.	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.8. Desinfla el globo y retirar la cánula.	Médico y Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.9 Coloca campana cefálica con nebulizador al 100%.	
	4.1.10 Ausculta campos pulmonares y evalúa la vía aérea y la ventilación.	
	4.1.11 Verifique que la saturación de oxígeno se encuentre por arriba del 90%.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Realiza lavado de manos y anota observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Extubación: Es el retiro de la cánula endotraqueal, del paciente cuando su patrón respiratorio se encuentra estable. .

7. Anexos

N/A



COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL

1. Propósito

Facilitar la remoción de líquido, sangre, aire ó secreción purulenta del espacio pleural o mediastinal mejorando la ventilación y perfusión del pulmón.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Solución antiséptica
- Solución inyectable
- Batas estériles
- Campos estériles
- Guantes estériles
- Equipo de venodisección
- Hoja de bisturí
- Sonda nelaton No. 14 al 24
- Xilocaina simple
- Hoja de bisturí
- Agujas 20x32-25x32
- Jeringa 3 y 5cc
- Suturas (seda y prolene 3-0)
- Cubrebocas
- Mesa pasteur
- Micropore
- Tela adhesiva
- Sistema cerrado (pleurovac)
- Tubo para aspiración
- Sistema de vacío



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Colocación de tubo torácico	4.1.1 Recibe la indicación médica para instalar la sonda pleural.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Realiza lavado de manos y prepara el equipo y material necesario.	Médico y Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.3 Explica al paciente el procedimiento de acuerdo a la edad.	
	4.1.4 Se coloca cubrebocas y proporciona al Médico bata y guantes estériles.	
	4.1.5 Coloque al paciente en posición semifowler con el brazo extendido sobre la cabeza del lado a puncionar.	
	4.1.6 Abre el equipo de venodisección.	
	4.1.7 Proporciona material al Médico para realizar la punción.	
	4.1.8 Realiza asepsia de la tapa del frasco de Lidocaina y la proporciona al Médico.	
	4.1.9. Realiza la punción en el costado, coloca la sonda pleural y la conecta inmediatamente al sistema de drenaje cerrado y se abre la válvula.	
	4.1.10 Fija la sonda pleural con puntos de sutura, retira el exceso de solución antiséptica y coloca gasa estéril en la periferia de la sonda, cubre con micropore y tela adhesiva.	
	4.1.11 Fija con tela adhesiva la unión de la sonda pleural con el tubo de drenaje para evitar que se separe.	

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.12 Deja cómodo al paciente cuidando que la sonda no se encuentre acodada ni tensa y vigila el buen funcionamiento del sistema así como patrón respiratorio y sangrado del paciente.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.13 Solicita radiografía de tórax	Médico
	4.1.14 Da cuidados posteriores al equipo.	Enfermera de Terapia Intensiva
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Realiza lavado de manos y anota observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Colocación de sonda pleural: Es la introducción de un tubo en la cavidad pleural, el cual ayuda a la remoción de aire, líquido y sangre o secreción purulenta del espacio intrapleural o mediastinal.

7. Anexos

N/A



PRESIÓN INTRACRANEANA

1. Propósito

Obtener registro continuo de la presión intracraneana (PIC) para detectar alteraciones de la misma en forma oportuna.

2. Alcance

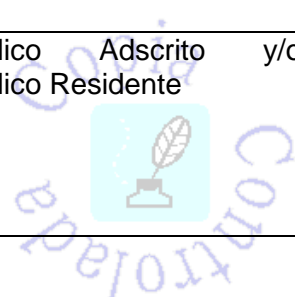
Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de curación.
- Llaves de 3 vías.
- Guantes estériles.
- Cubre bocas, gorro, bata
- Cable, domo y transductor, monitor.
- Macrogotero
- Gasas
- Solución Salina
- Cinta adhesiva
- Isodine.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Presión Intracraneana	4.1.1 Recibe instrucción del Médico para colaborar en la instalación del catéter.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Prepare el equipo, material y dispositivos para la monitorización.	
	4.1.3 Realice lavado de manos y coloque cubrebocas.	
	4.1.4 Proporcione equipo para la realización del procedimiento.	
	4.1.5 Prepara y conecta una solución salina para purgar el sistema (microgotero, llave de 3 vías conectados al domo) con técnica estéril y asegúrese que el equipo esté libre de aire.	Médico Adscrito y/o Médico Residente



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.6 Conecte al paciente el sistema de monitorización de la PIC quedando con el sistema cerrado.	
	4.1.7 Coloque al paciente en semifowler en 30 a 60°	
	4.1.8 Calibre transductor y coloque a la altura del agujero de monroe (a nivel externo del ojo).	
	4.1.9 Ajuste el parámetro de la curva o grafica de la PIC y las alarmas del monitor y realice lavado de manos.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Registre las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b).

6. Definiciones

Presión intracraneana: Método invasivo empleado para medir la PIC, mediante un monitor que registra por medio de gráficas (ondas) y cifras, reflejando la relación dinámica de la presión entre el cerebro, el LCR y la circulación cerebral por medio de un catéter intraventricular o subaracnoideo.

7. Anexos

N/A



INSTALACIÓN DE SONDA DE DOBLE LUMEN

1. Propósito

Disminuir el riesgo de broncoaspiración en pacientes con atresia de esófago y drenar las secreciones que se acumulan en el fondo del saco ciego superior de la atresia esofágica.

2. Alcance

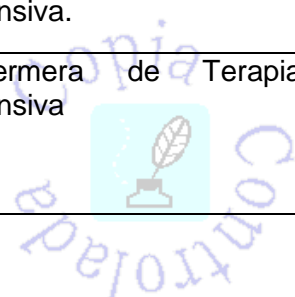
Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Sonda levin (#14 o 16).
- Sondas de alimentación K-731.
- Tijeras encendedor.
- Guantes jalea lubricante.
- Micropore y tela adhesiva.
- Jeringa de 3ml.
- Aspirador con frasco y tubo de aspiración.
- Solución fisiológica
- Flanera para aspiración
- Encendedor

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Sondas de doble lumen	4.1.1 Recibe indicación del Cirujano para realizar el procedimiento.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Lavado de manos.	
	4.1.3 Prepare equipo y lo trasládalo a la unidad del paciente.	
	4.1.4 Prepara sonda de doble lumen y la instala.	Médico
	4.1.5 Fija la sonda y conecte la sonda interna a succión continua.	Enfermera de Terapia Intensiva.
	4.1.6 Irrigue la sonda de mayor calibre con solución fisiológica (0.5ml) de acuerdo a las características de las secreciones.	Enfermera de Terapia Intensiva



	4.1.7 Realice lavado de manos y anote las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b) .	
	4.1.8 Dé cuidado al equipo.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b).

6. Definiciones

Sondas de doble lumen: La sonda de doble lumen es un tubo de plástico blando, flexible (de calibre #14 o 16) dentro de este va colocado y fijo una sonda de menor calibre.

7. Anexos

N/A

Copia
Controlada



PLICATURA EN GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE

1. Propósito

Dar una atención adecuada y rápida al paciente durante la plicatura y tener conocimiento del material y equipo a utilizar durante el procedimiento.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Terapia Intensiva.

3. Herramientas o materiales:

- Mesa pasteur
- Lebrillo con agua caliente
- Equipo de venodiseccion.
- Isodine solución estéril tibia
- Batas, campos y guantes estériles
- Gorro y cubreboca
- Gasas, Vendas 5cm, abatelenguas estériles,
- Seda 2-0
- Ligas estériles
- Hoja de bisturí
- Agua inyectable tibia.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Plicadura en gastroquisis y onfalocele	4.1.1 Recibe instrucción del Médico Adscrito y/o Médico Residente para la aplicatura.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.2 Prepare el material y equipo para realizar el procedimiento.	
	4.1.3 Realice lavado de manos y colóquese cubrebocas.	
	4.1.4 Asiste al Médico Cirujano a efectuar la plicatura.	Enfermera de Terapia Intensiva
	4.1.5 Verifique signos vitales del paciente (monitorizado) al terminar el procedimiento.	

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.6 Lavado de manos y cuidado de equipo.	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Registre las observaciones en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Terapia Intensiva
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b)

6. Definiciones

Plicatura en gastrosquisis y onfalocele: La plicatura es un procedimiento el cual se realiza a pacientes con defectos congénitos de pared abdominal como gastrosquisis y onfalocele.

7. Anexos

N/A



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE INTUBADO CON SISTEMA DE CIRCUITO CERRADO

1. Propósito

Lograr cuidados de enfermería de calidad y satisfactorios para la aspiración de secreciones en el paciente intubado con sistema de circuito cerrado para:

- a) Eliminar las secreciones traqueó bronquiales mediante técnica estéril
- b) Favorecer una buena ventilación y oxigenación
- c) Evitar obstrucción de las vías aéreas
- d) Obtener muestras para laboratorio
- e) Aspirar al paciente mientras es ventilado sin tocar la sonda de aspiración o remover los tubos de aspiración
- f) Evitar pérdida de presión positiva alveolar

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV).

3. Herramientas o materiales:

- Guantes estériles
- Cubrebocas
- Sonda para aspiración de circuito cerrado de un tercio del diámetro de la tráquea, que debe de ser suave y de punta roma
- Solución fisiológica
- Frasco para aspiración, con presión de 100 mmHg o un flujo de 15 – 20 L por min.
- Equipo para aspiración
- Bolsa válvula



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material	4.1.1 Realiza lavado de manos y traslada equipo y material a la unidad del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.2 Aspiración de secreciones	<p>4.2.1 Valora la necesidad de realizar la aspiración de secreciones.</p> <p>4.2.2 Enciende el aspirador y verifica adecuado funcionamiento.</p> <p>4.2.3 Coloca al paciente en posición semi_ fowler, mínimo 30 grados si es que no existe alguna limitación del movimiento.</p> <p>4.2.4 Preoxigena al paciente por medio del ventilador con una concentración del 100%.</p> <p>4.2.5 Abre con técnica aséptica el equipo de aspiración, coloca solución fisiológica en las flanderas.</p> <p>4.2.6 Verifica la succión y permeabilidad de la sonda por medio del puerto de irrigación.</p> <p>4.2.7 Introduce la sonda a través de la cánula hasta llegar al árbol traqueobronquial, reatiende la camisa protectora.</p>	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.2.8 Al sentir que la sonda llega a su tope (carina), retira 1 o 2 cm. e inicia la aspiración presionando la válvula o interruptor, retirando la sonda empleando un movimiento rotatorio suave.</p> <p>Nota: La maniobra no debe exceder de 10 segundos.</p> <p>4.1.10 Gira la cabeza del lado derecho para aspirar el bronquio izquierdo y viceversa.</p> <p>4.1.11 Repite el procedimiento las veces que sea necesario.</p> <p>4.1.12 Realiza lavado bronquial instilando de 0.5 a 2 ml de solución fisiológica.</p> <p>Nota: Si las secreciones son muy espesas, succionar inmediatamente después de varias insuflaciones o disparos del ventilador.</p> <p>4.1.13 Lava la sonda de aspiración con solución fisiológica y regresa a la camisa protectora.</p>	
4.3 Monitoreo del paciente	<p>4.1.1 Monitorea el estado cardiopulmonar del paciente es decir la frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno durante el procedimiento.</p> <p>4.1.15 Deja cómodo al paciente.</p> <p>4.1.16 Realiza lavado de manos.</p>	<p>Enfermera de la UCICV</p>

4.2 Registro de aspiración de secreciones	de de	4.2.1 Registra las observaciones como son cantidad, aspecto de las secreciones y hora en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)	Enfermera de la UCICV
		<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO			

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Aspiración de secreciones: es el procedimiento mediante el cual se remueven las secreciones traqueó bronquéales, estimulando el reflejo tusígeno, haciendo más eficiente su manejo para mejorar la oxigenación y ventilación.

7. Anexos

N/A



CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON MARCAPASOS

1. Propósito

Lograr cuidados de enfermería de calidad y satisfactorios para los pacientes con marcapasos para identificar oportunamente cambios en el ECG, detectar complicaciones y planificar las actividades de enfermería.

2. Alcance

Aplica a médicos y enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV).

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con modulo de electrocardiograma.
- Cable de electrocardiograma de tres o cinco puntas.
- Electrodo adhesivos con gel transductor.
- Cables de marcapasos.
- Baterías de reserva.
- Fuente de marcapasos.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Cuidados en el paciente con marcapasos transitorio	4.1.1 Revisa la programación de la fuente del marcapasos antes de su conexión al paciente tras su llegada de quirófano.	Médico y enfermera de la UCICV
	4.1.2 Inspecciona los cables conductores y en caso de rotura se pueden “pelar” y volver a conectar al marcapasos.	
	4.1.3 Sujeta el marcapasos a la cama, a fin de evitar posibles caídas, colocar en un lugar visible.	Enfermera de la UCICV



	<p>4.1.4 Vigila el encendido del piloto “SENSE” en cada latido del paciente.</p> <p>4.1.5 Realiza curación diaria de la zona de la piel donde están insertados los cables conductores.</p> <p>4.1.6 Vigila en el monitor cuando el marcapasos estimula, en la fuente se debe encender la luz “PACE” y aparecer una espiga en el ECG.</p>	Médico y enfermera de la UCICV
4.2 Monitorización de signos vitales	<p>4.2.1 Realiza control y monitorización de signos vitales (a.C., T/A, pulsos centrales) y observa un trazo en el ECG en el monitor sin que el corazón tenga actividad contráctil (disociación electromecánica).</p> <p>4.2.2 Comprueba la correcta conexión de los cables conductores al marcapasos y fijación a la piel de las conexiones de los cables para evitar desconexiones durante la manipulación del paciente.</p> <p>4.2.3 Comprueba el estado de la batería del marcapasos, y tiene a la mano otros generados de repuesto o un intercambio de pilas nuevas.</p>	Enfermera de la UCICV
4.3 Registro de observaciones	4.3.1 Registra en la Hoja de Cuidad Intensivos M-5-1-05 (a-b) , el modo de estimulación del marcapasos, frecuencia programada, sensibilidad y out-Pet, axial como los cambios efectuados y su hora.	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

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



6. Definiciones

Un marcapasos artificial: es un dispositivo electrónico diseñado para producir impulsos eléctricos con el objeto de estimular el corazón cuando falla la estimulación fisiológica o normal. Su implantación se realiza mediante una pequeña incisión debajo de la clavícula.

Pueden ser permanentes (el generador se implanta subcutáneamente) o temporales (el generador no está implantado en el paciente).

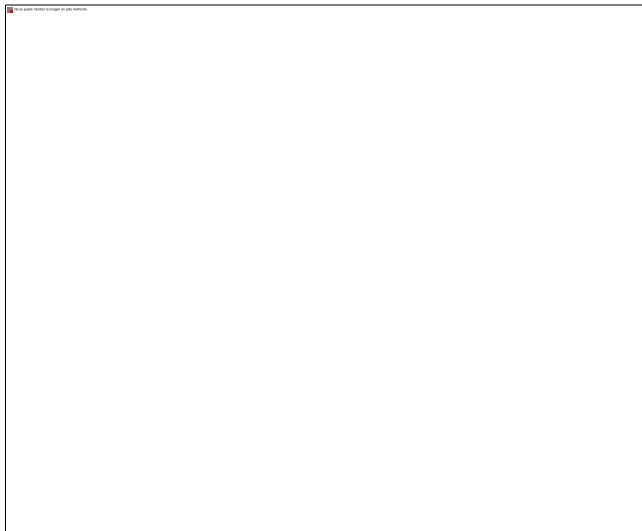
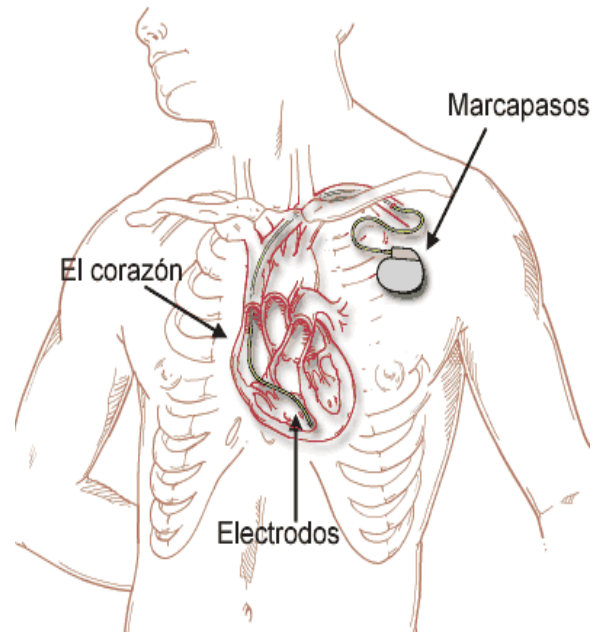
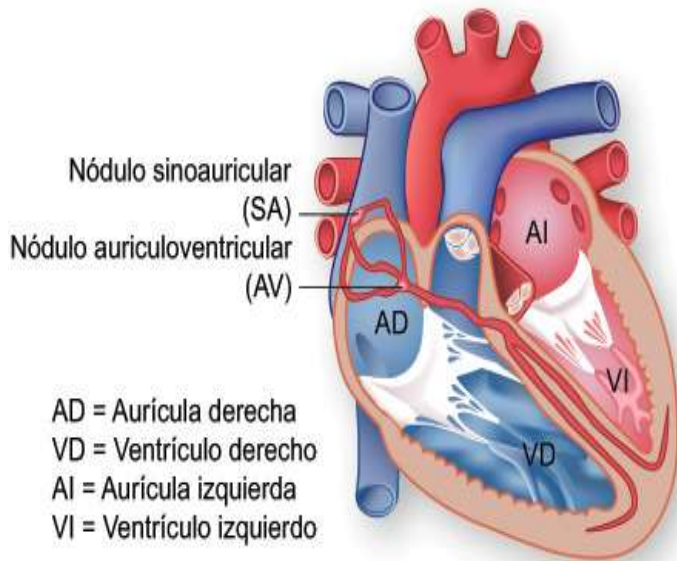
7. Anexos

- 1) Transcutáneo (generalmente incluidos en algunos desfibriladores): los electrodos se colocan sobre la piel, uno en la parte anterior del tórax (electrodo negativo) y otro en la espalda (electrodo positivo).
- 2) Intravenoso (endocavitario): los electrodos son colocados a través de una vena central hasta contactar con el endocardio.
- 3) Transtorácico: los electrodos son directamente colocados en las paredes auricular y/o ventricular durante la cirugía, que se conectan a un generador externo.
- 4) Transesofágico: se coloca un electrodo en esófago y otro precordial. Es una técnica difícil, y sólo se usa para el diagnóstico de taquicardias.

Una vez implantado el marcapasos, los electrodos transmiten las señales del corazón. El generador de impulsos “lee” estas señales y la batería envía impulsos eléctricos al corazón para estimularlo rítmicamente

Es importante conocer qué es lo que manejamos para detectar variables normales y anormales en el trazo del ECG y actualizar los cuidados de enfermería a fin de prevenir complicaciones.





Marcapasos interno



Marcapasos externo

Copia

 Controlada

Registro ECG en paciente con marcapasos.



Copia
Controlada



CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON APOYO VENTILATORIO

1. Propósito

Lograr cuidados de enfermería de calidad y satisfactorios para los pacientes con apoyo ventilatorio para mantener la correcta posición de la cánula, disminuir el esfuerzo respiratorio, evitar la obstrucción de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor
- Estetoscopio
- Oxímetro de pulso
- Hoja de registros clínicos
- Cinta adhesiva
- Micropore
- Jeringa 3 ó 5 cc
- Benjuí
- Tijeras
- Gasas
- Relajantes musculares (midazolam, ketamina)
- Cánula orotraqueal de los diferentes calibres con y sin globo
- Ventilador con cascada y termostato
- Agua bidestilada
- Bolsa válvula
- Mascarilla
- Fuente de oxígeno



4. Pasos de la Instrucción


Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
<p>4.1 Vigilancia de la permeabilidad de la vía aérea, así como del adecuado funcionamiento del ventilador.</p>	<p>4.1.1 Realiza lavado de manos.</p> <p>4.1.2 Vigila que el sensor de saturación de oxígeno se encuentre colocado adecuadamente.</p> <p>4.1.3 Revisa la saturación del paciente de acuerdo a la patología.</p> <p>4.1.4 Verifica que las alarmas del ventilador y del monitor se encuentren encendidas con parámetros de acuerdo a edad y patología del paciente.</p> <p>4.1.4 Revisa la posición y fijación de la cánula con regularidad de acuerdo a las siguientes fórmulas:</p> <p style="text-align: center;">Profundidad de introducción (cm) = $\frac{\text{Edad (años)}}{+2} + 12$ ó DI (diámetro interno) x 3</p> <p>4.1.5 Verifica la permeabilidad de la cánula.</p> <p>4.1.5 Mide periódicamente la presión del globo de la cánula (en caso de que la COT sea con globo).</p> <p>4.1.6 Verifica constantemente los parámetros del ventilador.</p> <p>4.1.7 Revisa la temperatura y humedad de la cascada.</p> <p>4.1.8 Valora las características de las secreciones (las infecciones pulmonares incrementan las secreciones y el trabajo respiratorio, empeorando el intercambio gaseoso).</p>	<p>Enfermera de la UCICV</p>

Copia

Controlada

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.1.9 Anota en la hoja de enfermería las características y la cantidad de las secreciones así como registrar la hora de aspiración.</p> <p>4.1.10 Vigila que el paciente tenga al alcance la bolsa válvula y mascarilla.</p> <p>4.1.11 Vigila frecuentemente que no existan desconexiones en los circuitos del ventilador.</p>	
4.2 Vigilancia de la piel y mucosas	<p>4.2.1 Valora frecuentemente la integridad de la piel y mucosas para detectar sangrados, aparición de candidiasis y lesiones por la cánula.</p> <p>4.2.2 Realiza aseos periódicos de la cavidad oral con agua bidestilada y bicarbonato 1:1 ó solución fisiológico al 0-9%.</p>	Enfermera de la UCICV
4.3 Valora físicamente el sistema respiratorio	<p>4.3.1 Ausculta el tórax de manera bilateral para detectar la entrada de aire a ambos pulmones. Si se auscultan estertores crepitantes indica la necesidad de aspirar con técnica abierta y/o por circuito cerrado.</p> <p>4.3.2. Valora el estado de hidratación y verifica que el balance se encuentre negativo (la sobrecarga hídrica contribuye a la formación de edema pulmonar intersticial comprometiendo el intercambio gaseoso y aumentando el trabajo respiratorio).</p> <p>4.3.3 Valora los resultados de la gasometría arterial y/o venosa.</p>	Enfermera de la UCICV

Copia
Controlada



<p>4.4 Favorecer la fluidez de las secreciones</p>	<p>4.4.1 Mantiene la posición de la cabeza por lo menos a 30°.</p> <p>4.4.2 Da cambios frecuentes de posición y moviliza gradualmente al paciente, si el estado de salud así lo permite.</p> <p>4.4.3 Proporciona fisioterapia pulmonar y drenaje postural para favorecer un intercambio gaseoso óptimo.</p> <p>4.4.4 Verifica que el paciente reciba el tratamiento de inhaloterapia indicado.</p>	<p>Enfermera de la UCICV</p>
<p>4.5 Favorecer el descanso del paciente</p>	<p>4.5.1 Valora el nivel de ansiedad y comodidad del paciente.</p> <p>4.5.2 Evita que el paciente compita con el ventilador proporcionando medidas de relajación a través de medicamentos como midazolam o ketamina indicados PVM.</p> <p>4.5.3 Favorece el descanso del paciente apagando la luz, si es factible, y evita la manipulación continua e innecesaria.</p>	<p>Enfermera de la UCICV</p>
<p>4.6 Registro de anotaciones</p>	<p>4.6 4.6.1 Registra eventualidades en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b).</p>	
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

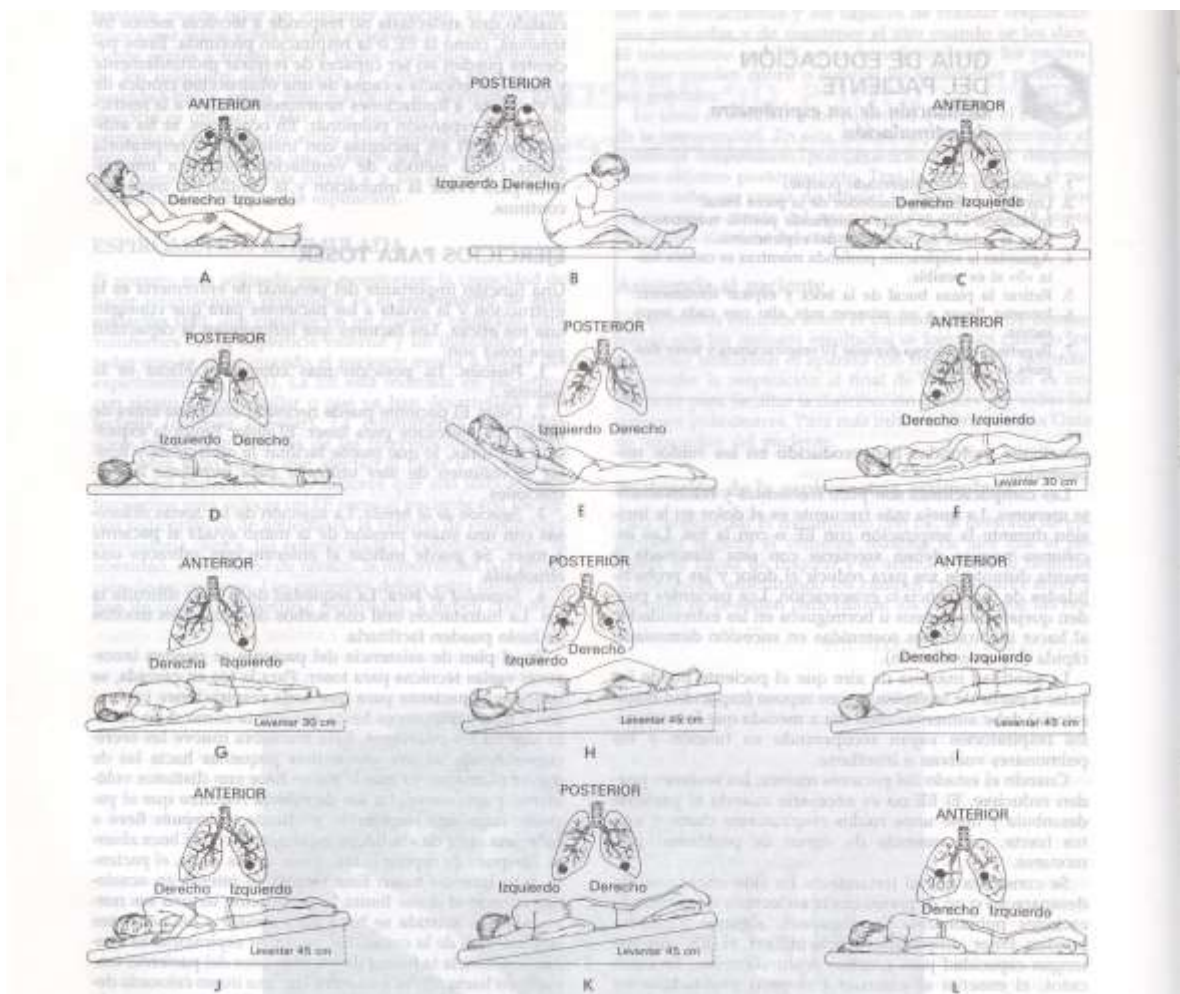
Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)



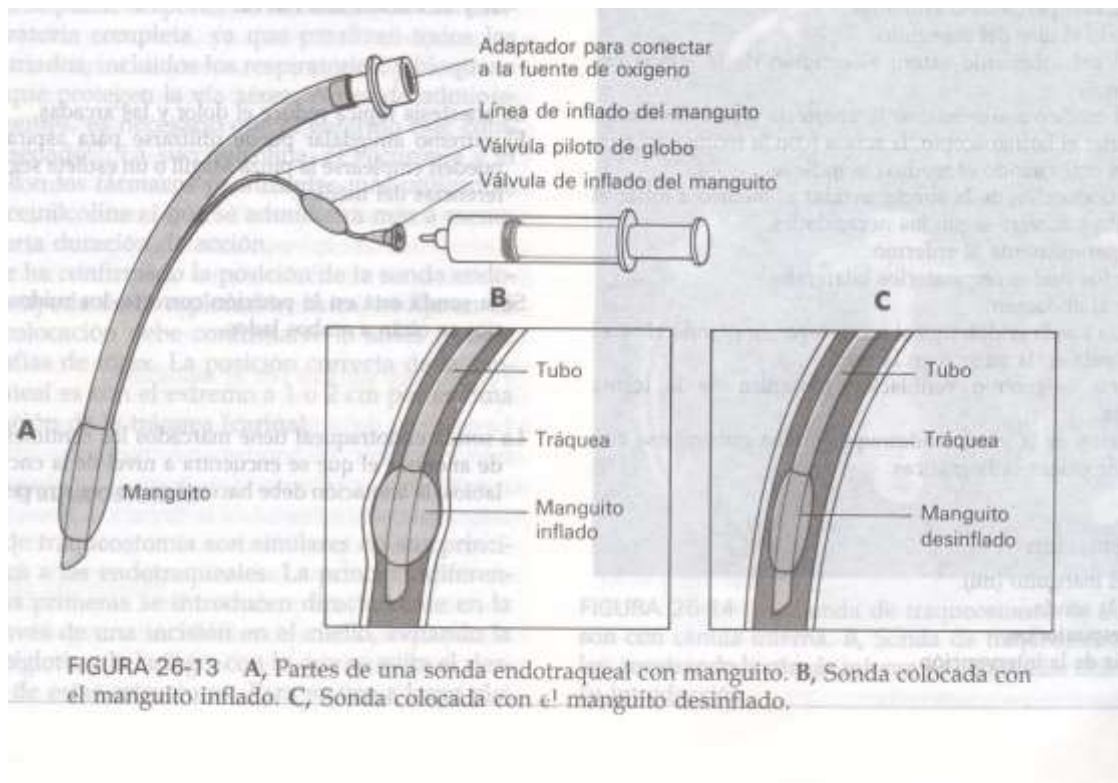
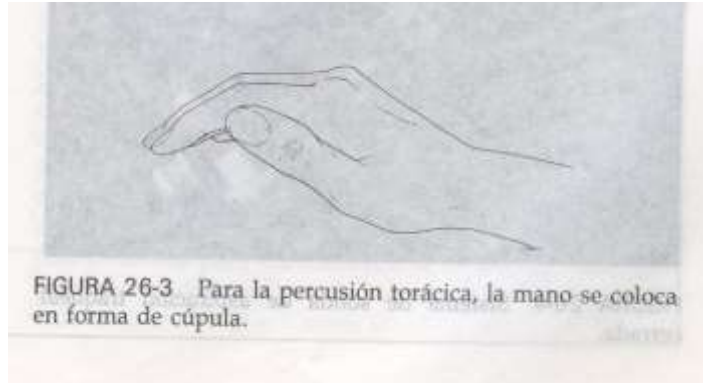
6. Definiciones

Cuidados de enfermería en el paciente con apoyo ventilatorio: Son los cuidados que proporciona el profesional de enfermería a los pacientes con vía aérea artificial.

7. Anexos



Copia
Controlada



Controlada

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CORAZÓN EXPUESTO

1. Propósito

Disminuir la compresión producida por la pared torácica sobre un corazón disfuncionante en el postoperatorio inmediato, con el fin de prevenir el deterioro de la función cardiaca.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o material

- Cubrebocas
- Guantes
- Monitor c/cables de ECG, PNI (Presión No Invasiva) y saturación de oxígeno
- Termómetro
- Cuna de calor radiante
- Toma de vacío

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Mantener protegida la herida	4.1.1 Se lava las manos y se pone cubrebocas antes de entrar en contacto con el paciente. 4.1.2 Mantiene cubierta la herida con material de curación estéril. 4.1.3 Vigila que el personal que entre en contacto con el paciente realice lavado de manos y uso de cubrebocas al entrar en contacto con el paciente. 4.1.4 Manipula al mínimo la cavidad mediastinal. 4.1.5 No coloca sábanas para cubrir sobre la cavidad mediastinal. 4.1.6 Regula temperatura por medio de calor radiante de cuna térmica.	Enfermera de la UCICV
4.2 Valoración de	4.2.1 Vigila presencia de líquido en	Enfermera de la UCICV

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
complicaciones	<p>cavidad cardiaca en caso de que el paciente se encuentre con diálisis peritoneal (fístula).</p> <p>4.2.2 Supervisa la presencia de fiebre y/o material purulento en cavidad mediastinal.</p> <p>4.2.3 Cuida la presencia de fugas en cualquier sitio alrededor del material que cubre la cavidad mediastinal.</p> <p>4.2.4 Vigila que exista en todo momento presión negativa sobre el apósito transparente.</p> <p>4.2.5 Supervisa el drenaje adecuado de sondas mediastinales.</p>	
4.3 Cierre de pared mediastinal	<p>4.3.1 Equipa la unidad del paciente con el material y equipo necesario.</p> <p>4.3.2 Asiste al personal médico y de enfermería durante el procedimiento.</p> <p>4.3.3 Continúa valorando los signos vitales y el estado hemodinámico del paciente.</p>	Enfermera de la UCICV
4.4 Limpieza y cuidados al equipo	<p>4.4.1 Deja al paciente cómodo.</p> <p>4.4.2 Deja limpia la unidad del paciente.</p> <p>4.4.3 Da cuidados posteriores al equipo utilizado.</p>	Enfermera de la UCICV
4.5 Registro de eventualidades	4.4.1 Reporta en la Hoja Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) procedimiento y eventualidades.	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO.		

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones:

Cuidado de enfermería al paciente con corazón expuesto: Son las intervenciones de enfermería que se dan a los pacientes que ingresan a la UCICV con mediastino abierto.

7. Anexos

Por la inestabilidad que presentan los pacientes, se realiza el cierre mediastinal en la unidad del paciente. Se traslada el material, equipo y personal de quirófano a la UCICV.



Copia
Controlada



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CARDOVERSION Y DESFIBRILACIÓN

1. Propósito

Atender las arritmias ventriculares y supra ventriculares para convertirlas a ritmo sinusal mediante despolarización eléctrica sincronizada del miocardio y administrar una corriente eléctrica no sincronizada al miocardio para finalizar una fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso.

2. Alcance

Aplica a enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV).

3. Herramientas o materiales:

- Desfibrilador convencional y desfibrilador bifásico.
- Monitor de ECG
- Electrocardiógrafo
- Pasta conductiva
- Equipo de RCP
- Equipo de marcapaso temporal

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del paciente	4.1.1 Valora el estado del ritmo y correlaciona con el estado del paciente. 4.1.2 Imprime ECG. 4.1.3 Asegura una vía intravenosa. 4.1.4 Coloca tabla de reanimación cardiopulmonar y acerca el carro de RCP. 4.1.5 Vigila signos vitales, orientación, pulsos y Sat O2.	Enfermera de la UCICV



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	4.1.6 Retira prótesis y objetos metálicos del paciente. 4.1.7 Administra oxígeno.	
4.2 Preparación del equipo para cardioversión	4.2.1 Conecta el desfibrilador a un contacto con tierra y enciende el aparato. 4.2.2 Pasa las paletas al médico y aplica gel conductivo. 4.2.3 Selecciona los niveles de energía que indique el médico al mando. 4.2.4 Activa el botón de carga.	Enfermera de la UCICV
4.3 Registro de observaciones	4.3.1 Registra en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) el ECG previo a cada choque, tiempo y cantidad de energía liberada en cada choque, arritmias durante el procedimiento, así como ritmo y ECG posterior al procedimiento, signos vitales, nivel de conciencia, pulso y SatO2. • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)	Enfermera de la UCICV
4 Limpieza y cuidados al equipo	4.2.6 Realiza limpieza y da mantenimiento al equipo.	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de Cuidados intensivos **M-5-1-05(a-b)**.



6. Definiciones

La cardioversión es un procedimiento para convertir las arritmias ventriculares y supra ventriculares a ritmo sinusal mediante la despolarización eléctrica sincronizada del miocardio.

La desfibrilación es un procedimiento de urgencia en el cual se administra una corriente eléctrica no sincronizada al miocardio para finalizar una taquicardia ventricular o fibrilación ventricular sin pulso.

7. Anexos

Niveles de voltaje indicados en cardioversión:
0.5-1 J/ kg, luego 1-2 J/kg.

Niveles de voltaje indicados en desfibrilación:
2 J/kg, después 4 J/kg, para dosis ulteriores.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE PERICARDIOCENTÉSIS

1. Propósito

Evitar compromiso hemodinámico, infecciones y quilopericardio.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV).

3. Herramientas o materiales:

- Aguja de pericardiocentesis calibre de acuerdo a la edad del paciente
- Catéter de drenaje pericárdico
- Equipo de venodisección
- Llave de tres vías
- Guantes
- Cubrebocas
- Jeringas
- Tubos para recoger muestras
- Bisturí
- Anestésico local
- Sedante
- Monitor con ECG, oximetría de pulso y PNI
- Bolsa válvula de acuerdo a la edad del paciente
- Campos, gasas, batas y guantes estériles.
- Carro de paro equipado y en buen funcionamiento
- Desfibrilador
- Ecocardiógrafo

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material y equipo	4.1.1 Corroborar el buen funcionamiento del monitor, así como del carro de paro, desfibrilador y bolsa válvula. 4.1.2 Realiza lavado de manos, prepara material de consumo y lo traslada a la unidad del paciente.	Enfermera de la UCICV



<p>4.2 Preparación del paciente</p>	<p>4.2.1 Monitoriza adecuadamente al paciente (ECG, oximetría de pulso, PNI)</p> <p>4.2.2 Administra sedación al paciente de acuerdo a la indicación médica prescrita.</p> <p>4.2.3 Proporciona al médico el material y equipo que solicite.</p>	<p>Enfermera de la UCICV</p>
<p>4.3 Realización de la pericardiocentesis</p>	<p>4.3.1 Coloca al paciente en decúbito supino con inclinación de 30°.</p> <p>4.3.2 Realiza lavado de manos, técnica estéril y prepara el material para realizar el procedimiento.</p> <p>4.3.3 Infiltra con anestésico local el sitio elegido.</p> <p>4.3.4 Monitoriza con ecocardiografía.</p> <p>4.3.5 Realiza la punción pericárdica.</p> <p>4.3.6 Extrae la cantidad de líquido excedente.</p> <p>4.3.7 Retira catéter.</p>	<p>Médico intensivista cardiólogo y cardiólogo</p>
<p>4.4 Registro de observaciones</p>	<p>4.4.1 Retira equipo y material utilizado.</p> <p>4.4.2 Realiza lavado de manos y registra observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	<p>Enfermera de la UCICV</p>
<p>TERMINA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO</p>		

Copia Controlada

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Intervenciones de enfermería en el procedimiento de pericardiocentésis: Es la extracción de líquido del saco pericárdico mediante un catéter guiado por ecocardiografía.

7. Anexos

Por algunas de las siguientes complicaciones es necesario tener cerca el carro de paro y desfibrilador.

Complicaciones

- Punción de una cavidad cardiaca.
- Laceración del epicardio, miocardio, arterias o venas coronarias, que puede originar un nuevo hemopericardio.
- Fibrilación ventricular.
- Neumotórax, si se punciona el pulmón.
- Punción de algún gran vaso por lo que se agravaría el derrame.
- Punción del esófago, pudiendo originar una mediastinitis.
- Punción del peritoneo, pudiéndose producir una peritonitis.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RCP

1. Propósito

Asegurar la oxigenación de los órganos cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene y reiniciar la actividad cardíaca y la respiración.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV).


3. Herramientas o materiales

- Carro de paro o carro rojo equipado adecuadamente:
- Hoja de laringoscopio.
- Bolsa válvula mascarilla
- Mascarillas
- Medicamentos
- Tabla
- Monitor
- Electrodo
- Cables de electrocardiograma
- Saturómetro
- Jeringas, agujas, agua inyectable
- Tela adhesiva
- Micropore.
- Gasas
- Guantes
- Cubrebocas

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitorización al paciente	4.1.1 Verifica que los electrodos y el saturómetro se encuentren colocados correctamente. 4.1.2 Pide que se acerque el carro de paro a la unidad del paciente y avisa al médico el evento.	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada

<p>4.2 Manejo de la vía aérea.</p>	<p>4.2.1 Da posición de rossier para permitir adecuada entrada de oxígeno y en caso necesario, aspiración gentil de secreciones previa colocación de guantes estériles.</p>	<p>Enfermera de la UCICV encargada de la vía aérea</p>
<p>4.3 Reanimación del paciente.</p>	<p>4.3.1 Coloca al paciente sobre la espalda, en una superficie plana y dura (tabla) para proporcionar compresiones óptimas.</p> <p>Nota: Si se trata de un lactante, la superficie dura puede ser la mano del personal de salud, de modo que soporte con la mano la espalda del bebé.</p> <p>4.3.2 Da compresiones torácicas seriadas y rítmicas, para mantener la circulación en los órganos vitales, hasta que el niño consiga signos de recuperación tomando en cuenta la condición del paciente:</p> <p style="padding-left: 40px;">7.1. Paciente no intubado. Da 15 compresiones por dos ventilaciones por 10 ciclos en caso de que el paciente no esté intubado.</p> <p style="padding-left: 40px;">7.2. Paciente intubado. Da 100 compresiones continuas y ventilación cada 8-12 segundos si el paciente se encuentra intubado.</p>	<p>Médico y/o Enfermera de la UCICV circulante</p>
<p>4.4 Administración y ministración de medicamentos.</p>	<p>4.4.1 Realiza lavado de manos y prepara medicamentos de urgencia (adrenalina, atropina, bicarbonato de sodio y agua inyectable) y los membreta.</p> <p>4.4.2 Proporciona los medicamentos previamente diluidos a la enfermera encargada de ministrarlos, de acuerdo a la indicación del médico líder.</p>	<p>Enfermera de la UCICV encargada de preparación de medicamentos</p> <div style="text-align: center;">  </div>

	<p>4.4.3 Ministra los medicamentos previo lavado de manos y colocación de guantes de manera directa en un lumen del catéter o venoclisis.</p> <p>4.4.4 Realiza lavado de la vía de catéter con agua inyectable.</p> <p>4.4.5 Ministra nuevamente medicamentos y dosis necesarias de acuerdo a respuesta del paciente e indicación médica.</p>	
4.5 Verificación de respuesta del paciente	<p>4.5.1 Toma el tiempo desde que inicia el evento hasta el fin de éste, e indica trazo electrocardiográfico y saturación del paciente al personal.</p> <p>4.5.2 Apoya al personal en diversas funciones.</p>	Enfermera de la UCICV encargada de circular
4.6 Registro del evento	4.7.1 Registra en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) los eventos ocurridos y medicamentos ministrados durante éste, así como la hora de inicio y duración.	Enfermera de UCICV encargada del paciente
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Intervenciones de enfermería en RCP: Procedimiento de salvamento que se lleva a cabo cuando la respiración o los latidos cardiacos de alguien han cesado. Es una combinación de respiraciones con masaje cardíaco externo

7. Anexos

Fuerza: Deprimir de 1/3 a 1/2 del diámetro antero posterior del tórax y liberar completamente para diástole.

- Fuerte.



- Rápida.
- Liberación completa del tórax.
- Ininterrumpidas.

Medicamentos

ADRENALINA: IV, IO

- 0.01MG/KG
- 0.1ML/KG Solución 1:10000

INTRATRAQUEAL

0.1ML/KG 1:1000 (Repetir c/3-5 min.).

BICARBONATO: IV, IO

1 mEq/Kg (Paro prolongado, acidosis).

ATROPINA: IV, IO

0.01-0.02MG/KG

0.1-0.2ML/KG Solución 1:10000

MINIMO: 0.1MG

MAXIMO: 0.5MG niños, 1mg adolescentes.

INTRATRAQUEAL

0.1ML/KG 1:1000 (Repetir 1 sola vez).



Copia Controlada

MONITOREO DE OXIDO NÍTRICO (NO)

1. Propósito

Mejorar el patrón respiratorio y el intercambio gaseoso en el paciente con hipertensión pulmonar.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV

3. Material y herramientas

- 2 Tanques de óxido nítrico con regulador
- Circuito respiratorio específico para administración del NO
- Monitor de óxido nítrico
- Sensor y cable para monitoreo
- Monitor con cable ECG y sensor de oximetría de pulso
- Transductor, soporte y cable para presión invasiva
- Sistema de aspiración de circuito cerrado

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Monitoreo de óxido nítrico	<p>4.1.1 Verifica que los circuitos y sensor están debidamente conectados al monitor y tanque del óxido nítrico.</p> <p>4.1.2 Realiza lavado de manos y coloca sistema de aspiración de circuito cerrado en el sistema respiratorio, evitando así fugas del óxido nítrico.</p> <p>4.1.3 Vigila continuamente los parámetros respiratorios (satO2 y gasometría, particularmente metahemoglobina), así como los parámetros de la presión pulmonar.</p> <p>4.1.4 Vigila que no existan fugas en el sistema respiratorio y de óxido nítrico (alarmas).</p>	Enfermera de la UCICV



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.5 Vigila aumento o disminución de la concentración por parte de los médicos. 4.1.6 Vigila en monitor que el nivel de óxido nítrico que no rebase 0.5 ppm. 4.1.7 Vigila que se disminuya gradualmente la dosis (de 5 en 5 ppm).	
4.2 Registro de observaciones	4.2.1 Registra las observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) .	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

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

6. Definiciones

Monitoreo de óxido nítrico (NO): El óxido nítrico es un gas (factor relajante del endotelio); cuyo uso médico es inhalado (con una vida media corta de 3 seg.) que actúa como vasodilatador del lecho vascular pulmonar.

7. Anexos

Se usan habitualmente concentraciones entre 5 a 40 ppm (partes por millón). Cualquier desconexión o disminución no programada del óxido nítrico puede provocar alteraciones en el paciente (hemodinámicas, respiratorias...) ya que la falta de óxido nítrico pueden provocar en el paciente una crisis de hipertensión pulmonar.



No se recomienda la suspensión súbita, por rebote de hipertensión pulmonar. Cuando el NO₂ (óxido nitroso) excede el límite de 0.5 se vuelve tóxico para el organismo ya que el óxido nítrico (NO) se metaboliza en óxido nitroso (NO₂) y posteriormente en metahemoglobina por lo que se deben vigilar los niveles de metahemoglobina (menos del 3% sobre la base de hemoglobina total).



Copia
Controlada



MONITOREO DEL GRADO DE SEDACIÓN POR MEDIO DEL ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

1. Propósito

Monitorear continuamente el grado de sedación, vigilar y detectar oportunamente daño neurológico por sedación profunda.

2. Alcance

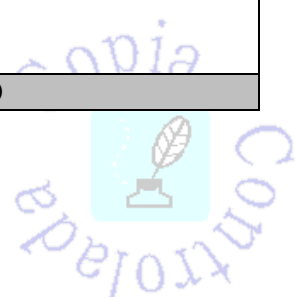
Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas y materiales

- Monitor de índice biespectral
- Sensor desechable de índice biespectral

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de material	4.1.1 Realiza lavado de manos, prepara el material y lo lleva a la unidad del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.2 Monitorización del grado de sedación por medio de BIS	4.2.1 Coloca el sensor en la parte frontal del paciente 4.2.2 Enciende el monitor y conecta el cable del monitor al sensor del paciente. 4.2.3 Verifica que la curva sea nítida.	Enfermera de la UCICV
4.3 Registro de observaciones	4.3.1 Realiza lavado de manos y registra observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) . • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)	Enfermera de la UCICV
TERMINO DE LA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		



5. Registros de calidad

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

6. Definiciones

Monitoreo del grado de sedación por medio del índice biespectral (BIS): Es un parámetro derivado del electroencefalograma, que se correlaciona con la profundidad de la sedación.

7. Anexos

Sedación leve 65-85

Sedación profunda 40-65

Daño cerebral por hipoxia o hipoperfusión < de 40

La hipotermia disminuye el BIS 1.12 U por cada grado Celsius



MONITORIZACIÓN DE LA OXIMETRÍA CEREBRAL POR MEDIO DE LA ESPECTROSCOPIA DE INFRARROJO CERCANO (NIRS)

1. Propósito

Monitorear continuamente la saturación de oxígeno cerebral, vigilar y detectar oportunamente daño neurológico por hipoperfusión en el paciente sometido a circulación de bomba extracorpórea.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICV).

3. Herramientas o materiales:

- Monitor de NIRS
- Sensores desechables de NIRS

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material	4.1.1 Realiza lavado de manos, prepara el material y lo traslada a la unidad del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.2 Monitorización de la oximetría cerebral	4.2.2 Coloca el sensor en la parte frontal y otro en la parte esplénica del paciente. 4.2.3 Enciende el monitor y conecta los cables a los sensores del paciente. 4.2.4 Verifica que la curva sea nítida.	Enfermera de la UCICV
4.3 Registro de observaciones	4.3.1 Realiza lavado de manos y registra observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) .	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Monitorización de la oximetría cerebral por medio de la espectroscopía de infrarrojo cercano (NIRD): Es una luz emitida por dispositivos que penetran el hueso, la piel, y se absorbe por la hemoglobina y esta refleja una respuesta en el NIRS ante cambios de hipoxia o isquemia.

7. Anexos

Se toma como referencia oximetría basal cerebral antes de la cirugía, debe existir una diferencia no mayor del 15% entre la saturación esplénica y cerebral, si es mayor existe hipoperfusión.



Copia
Controlada



MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA

1. Propósito

Proporcionar datos referentes a la actividad eléctrica cardiaca.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales

- Monitor de vigilancia ECG
- Cable de electrocardiograma de tres o cinco derivaciones
- Electrodo (desechables con gel transductor)
- Torundas con alcohol

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del equipo	4.1.1 Conecta el monitor de ECG. 4.1.2 Verifica el buen funcionamiento del monitor y que los cables no se encuentren trozados o pelados. 4.1.3 Dispone los límites de alarma de acuerdo con la frecuencia cardiaca del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.2 Preparación del sitio de colocación de electrodos	4.2.1 Selecciona los sitios para colocar los electrodos. 4.2.2 Limpia el sitio con torundas alcoholadas. 4.2.3 Conecta los electrodos a los cables de derivación. 4.2.4 Descubre el electrodo quitando el papel y lo revisa para asegurarse que haya jalea de conducción.	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.5 Pone los electrodos en la zona seleccionada aplicando presión con un patrón circular alrededor de los anillos del electrodo. 4.2.6 Examina ECG.	
4.3 Registro de observaciones	4.3.5 Registra en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) y avisa eventualidades al médico tratante.	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

Hoja de Cuidados Intensivos **M-5-1-05-a-b**.

6. Definiciones

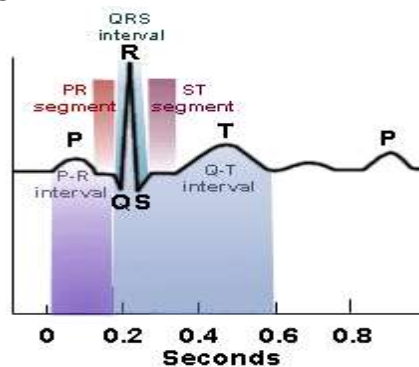
Monitorización electrocardiográfica: Es la observación directa del trazo electrocardiográfico a través del monitor computarizado.

7. Anexos

PRECAUCIONES:

En ocasiones, los equipos pueden producir “falsas alarmas”, por lo que el personal debe tener la capacidad para detectarlas; por ejemplo: ondas “T” acuminadas o espigas de marcapaso. Así mismo, debe estar alerta para descubrir las arritmias más comunes.

Imagen de trazo normal ECG.



Copia
Controlada

ONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR

1. Propósito

Vigilar y registrar continuamente la presión arterial pulmonar para valorar alteraciones de cavidades derechas y su repercusión hemodinámica.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales

- Monitor con módulo de presión invasiva
- Cable transductor de presión invasiva
- Domo transductor
- Bomba de infusión o bolsa de presión
- Equipo para bomba de infusión
- Solución fisiológica
- Heparina
- Llaves de tres vías con y sin extensión
- Jeringas de 5 cc, agujas
- Guantes estériles y cubrebocas

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material y equipo	4.1.1 Realiza lavado de manos, se coloca cubrebocas y guantes estériles. 4.1.2 Prepara solución fisiológica de la siguiente manera: 1 U de heparina por ml de solución. 4.1.3 Purga equipo para monitorización arterial pulmonar. 4.1.4 Traslada el equipo y solución a la unidad del paciente 4.1.5 Coloca el cable del transductor al monitor.	Enfermera del la UCICV

Copia Controlada

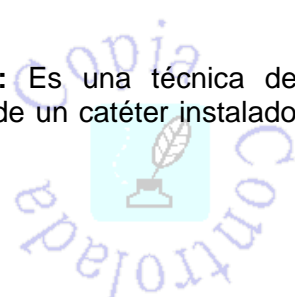
Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.6 Ajusta las alarmas del monitor a los límites adecuados de acuerdo a la edad del paciente. 4.1.7 Asegura los cables y deja cómodo al paciente.	
4.2 Monitorización de la presión arterial pulmonar	4.2.1 Coloca el transductor a nivel de aurícula derecha. 4.2.2 Calibra el monitor, nivela el transductor llevando a cero el domo, cierra la primera llave de tres vías (paciente) y abre la segunda llave (ambiente). 4.2.3 Realiza la medición cerrando la llave del medio ambiente y abre la llave del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.3 Registro de la presión pulmonar	4.3.1 Realiza lavado de manos y anota las observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de la calidad

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

6. Definiciones

Monitorización hemodinámica de la presión arterial pulmonar: Es una técnica de monitoreo de la presión arterial pulmonar, por medio de la utilización de un catéter instalado en la arteria pulmonar por el cirujano cardiovascular.



7. Anexos

Valores normales

Presión arterial pulmonar sistólica: 18-25 mm Hg

Presión arterial pulmonar diastólica: 3-12 mm Hg

Presión arterial pulmonar media: 9-16 mm Hg

MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA PRESIÓN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA

1. Propósito

Vigilar y registrar continuamente la presión de la aurícula izquierda para valorar alteraciones de cavidades izquierdas y su repercusión hemodinámica.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales

- Monitor con módulo de presión invasiva
- Cable transductor de presión invasiva
- Domo transductor
- Bomba de infusión o bolsa de presión
- Equipo para bomba de infusión
- Solución fisiológica
- Heparina
- Llaves de tres vías con y sin extensión
- Jeringas de 5 cc, agujas
- Guantes estériles y cubrebocas

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material y equipo	<p>4.1.1 Realiza lavado de manos, se coloca cubrebocas y guantes estériles.</p> <p>4.1.2 Prepara solución fisiológica de la siguiente manera: 1 U de heparina por ml de solución.</p>	Enfermera del la UCICV

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.3 Purga equipo para monitorización de la aurícula izquierda. 4.1.4 Traslada el equipo y solución a la unidad del paciente. 4.1.5 Coloca el cable del transductor al monitor. 4.1.6 Ajusta las alarmas del monitor a los límites adecuados de acuerdo a la edad del paciente. 4.1.7 Asegura los cables y deja cómodo al paciente.	
4.2 Monitorización de la presión de la aurícula izquierda	4.2.1 Coloca el transductor a nivel de aurícula izquierda. 4.2.2 Calibra el monitor, nivela el transductor llevando a cero el domo, cierra la primera llave de tres vías (del paciente) y abre la segunda llave (del medio ambiente). 4.2.3 Realiza la medición cerrando la llave del medio ambiente y abre la llave del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.3 Registro de la presión pulmonar	4.3.1 Realiza lavado de manos y anota las observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		



5. Registros de la calidad

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

6. Definiciones

Monitorización hemodinámica de la presión de la aurícula izquierda: Es una técnica de monitoreo de la presión auricular izquierda, por medio de la utilización de un catéter instalado en la aurícula izquierda por el cirujano cardiovascular.

7. Anexos

Valores normales

Presión normal de aurícula izquierda: 1 – 10 mm Hg.



PLAN DE ALTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES

1. Propósito

Orientar a los padres de familia ó tutores sobre la preparación y administración de medicamentos, así como de la alimentación, cuidados de herida quirúrgica y actividad física que puede realizar el paciente, para continuar el tratamiento en su domicilio.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas y materiales

- Mesa Pasteur
- Campo estéril
- Agua inyectable
- Jeringas de 20cc, 10cc, 5cc, 3cc, 1cc.
- Agujas
- Alcohol en gel
- Medicamentos recetados

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Orientación a los padres o familiares sobre la preparación de medicamentos	4.1.1 Realiza lavado de manos. 4.1.2 Prepara campo limpio en mesa Pasteur, y coloca los medicamentos que estén indicados para el paciente. 4.1.3 Pide a los padres o familiares que se laven las manos y se apliquen alcohol en gel, que observen, pregunten e interrumpan la explicación cuando tengan dudas. 4.1.4 Abre las jeringas, agujas y agua que sean necesarias para los ejemplos.	Enfermera de la UCICV

Copia
Controlada



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	<p>4.1.5 Explica a los padres o tutores la dilución de medicamentos, así como la forma de aplicación.</p> <p>4.1.6 Orienta la forma de almacenamiento de los medicamentos.</p>	
4.2 Orientación a los padres o familiares sobre alimentación	<p>4.2.1 Explica porque no come bien, porque se cansa y porque requiere más esfuerzo para alimentarse.</p> <p>4.2.2 Orienta y recomienda estrategias para alimentación en casa.</p> <p>Nota: En caso de dietas especiales y restricción de líquidos, orienta y explica a los padres o familiares.</p>	Enfermera de la UCICV
4.3 Orientación a los padres o tutores sobre cuidados de la herida quirúrgica	<p>4.3.1 Explica los cuidados que seguirán en casa: durante el baño diario se lavará la herida quirúrgica con agua y jabón.</p> <p>4.3.2 Orienta que en caso necesario utilizar presoterapia: uso de mallas o prendas elásticas, para presionar la cicatriz y disminuirla.</p> <p>4.3.4 Indica recomendaciones de evitar el rascado y la exposición al sol. Utilizar crema hidratante y en caso de exposición al sol aplicar protector solar alto "SPF de 20" "40 ó 60".</p>	Enfermera de la UCICV
4.4. Orientación sobre actividad física	4.4.1 Explica al familiar y al paciente (en caso de que comprenda), cual es la actividad física que puede realizar de acuerdo a su patología.	Enfermera de la UCICV

4.5 Orientación sobre citas	<p>4.5.1 Orienta al familiar o cuidador primario cómo y dónde sacar sus citas.</p> <p>4.5.2 Explica al familiar o cuidador primario sobre la importancia de acudir a citas subsecuentes.</p> <p>4.5.3 Explica al familiar o cuidador primario sobre signos y síntomas de alarma por los cuales acudir al servicio de urgencias.</p> <p>4.5.4 Registra observaciones en Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b).</p>	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

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

6. Definiciones

Plan de alta en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares: Es la información que se les da a los padres o tutores de los pacientes, sobre el manejo y cuidados que deben realizar en el hogar.

7. Anexos

La información será orientada de acuerdo a las necesidades y solicitud de los padres o tutores y/o pacientes.

	Carga Dinámica Baja	Carga Dinámica Media	Carga Dinámica Alta
Carga Estática Baja	Golf Bolos Billar Tiro	Béisbol Voleibol Ping-Pong Tenis (dobles)	Carrera continua Tenis Squash Fútbol**
Carga Estática Media	Equitación** Arco Buceo **	Carrera de velocidad Patinaje * Atletismo	Natación Baloncesto **

Carga Estática Alta	Atletismo Gimnasia** Karate** Escalada**	Culturismo ** Lucha ** Taekwondo**	Ciclismo ** Boxeo**
------------------------	---	--	------------------------

**Riesgo de Colisión.

Niños, Adolescentes y Adultos con cardiopatía congénita benigna

No hay restricción para este grupo.

Cardiopatía	Parámetros Hemodinámicos
E Ao Leve	Gradiente sistólico pico < 20 mmHg
EP leve	Gradiente sistólico pico < 40 mmHg
CIA*	Presión normal en arteria pulmonar
CIV*	Presión normal en arteria pulmonar
PCA*	Presión normal en arteria pulmonar
CoAo nativa u operada	Con gradiente basal < 10 mmHg
Insuficiencia Ao leve	Sin repercusión hemodinámica
Insuficiencia mitral leve	Sin repercusión hemodinámica
Prolapso valvular mitral leve	Sin repercusión hemodinámica
Extrasístoles auriculares	Si desaparecen con el ejercicio leve
Extrasístoles ventriculares	Si desaparecen con el ejercicio leve
Taquicardia supraventricular	Sin historia de arritmias con el ejercicio
*Relación Qp/Qs<1.5	

Niños, Adolescentes y Adultos con cardiopatía congénita moderada

Las personas de este grupo, pueden tener actividad, si previamente les han realizado una valoración hemodinámica que indique la ausencia de riesgo para el nivel de actividad que desee realizar.

Cardiopatía	Parámetros Hemodinámicos
E Ao moderada	Gradiente sistólico pico de 20-50 mmHg
CoAo nativa u operada	Con gradiente basal > 20 mmHg
Hipertensión pulmonar	Presión sistólica en arteria pulmonar >40 mmHg
Cardiopatías cianóticas	Corregidas totalmente
Insuficiencia Ao moderada-severa	Con alteración del ECG y dilatación del ventrículo izq.
Extrasístoles ventriculares	Polimorfos, parejas
HTAS	Superior al percentil 97

Niños, Adolescentes y Adultos con cardiopatía congénita moderada

En este grupo las personas pueden hacer actividades poco intensas. Deben evitar la actividad intensa y competitiva, se deben realizar una valoración hemodinámica.

Cardiopatía	Parámetros Hemodinámicos
E Ao severa	Gradiente sistólico pico >50 mmHg
Miocardopatía hipertrófica	Con o sin obstrucción
Hipertensión pulmonar Severa	Inversión del cortocircuito
Cardiopatías cianóticas	No operadas o paliadas
CoAo	Gradiente basal >50 mmHg.
Anomalías coronarias congénitas	
Taquicardias supraventriculares	Antecedente de arritmias con el ejercicio
Insuficiencia mitral severa	Con disfunción ventricular y dilatación severa
Insuficiencia Ao severa	Con disfunción ventricular y dilatación severa
Estenosis pulmonar severa	

Copia
Controlada



PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DEL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

1. Propósito

Individualizar las estrategias a realizar durante el periodo postoperatorio, con el objetivo de que el paciente experimente una evolución sin complicaciones y optimizar tiempos, prevenir riesgos y daños al paciente.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales

- Cama o cuna de calor radiante de acuerdo a la edad del paciente
- Sábanas, sujetadores.
- Toma de aire y frasco aspirador con tubo para aspiración y conector.
- Toma de oxígeno, frasco borboteador con flujómetro.
- Bolsa válvula con tubo para oxígeno y mascarilla.
- Equipo de aspiración
- Sondas de aspiración de calibre adecuado para la edad y peso del paciente.
- Agua estéril
- Soluciones fisiológicas con heparina para monitoreo hemodinámico.(1 unidad de heparina por cada mililitro de solución)
- Monitor con cables para electrocardiografía, presión no invasiva e invasiva, oximetría pulsátil, brazalete de acuerdo a la edad y peso del paciente, sensor de temperatura, transductores de PVC, presión arterial, presión auricular, presión pulmonar.
- Jeringas, agujas, guantes, cubre bocas, torundas con alcohol, electrodos.
- Llaves de tres vías, equipos para bombas, percusor y monitoreo invasivo, gasas, jeringas para gasometrías, tubos de laboratorio.
- Bombas de infusión, perfusores (con cable y soporte)
- Mesa Pasteur y charola de plástico o acero.
- Estetoscopio, equipo de termometría.
- Hoja de registros (hoja de terapia intensiva, paciente diabético, hoja de transfusión sanguínea, hoja de diálisis peritoneal)
- Desfibrilador conectado a fuente de luz
- Fuente de marcapasos c/pila de repuesto
- Carro de paro equipado



4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la unidad	4.1.1 Recibe notificación del médico sobre el ingreso del paciente: edad, peso, diagnóstico y tipo de cirugía.	Enfermera de la UCICV
4.2 Preparación de la unidad	<p>4.2.1 Proporciona al médico anesthesiólogo monitor con cables para ECG, saturación y presión no invasiva, así como los domos y transductores con cable, (previa verificación de buen funcionamiento) para monitorizar al paciente desde quirófano.</p> <p>4.2.2 Proporciona al personal de perfusión los perfusores y bombas de infusión de soluciones necesarias.</p> <p>4.2.3 Realiza lavado de manos y prepara la cama o cuna, colocando las sábanas y sujetadores.</p> <p>4.2.4 Conecta el frasco aspirador a la toma de aire, corroborando su funcionalidad. Cubre la punta del tubo para evitar contaminación. (Corrobora buen funcionamiento).</p> <p>4.2.5 Instala el tubo a la bolsa válvula, conecta al frasco borboteador y posteriormente a la toma de O2. Corrobora buen funcionamiento.</p> <p>4.2.6 Coloca tubo tígón con extensión suficiente para sonda pleural y/o mediastinal, posteriormente lo conecta a toma de vacío. Corrobora buen funcionamiento.</p>	Enfermera de la UCICV



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.7 Coloca en la mesa Pasteur el equipo de aspiración, solución para aspirar y la sonda de acuerdo a la edad del paciente. 4.2.8 Coloca la charola con jeringas, agujas, gasas, termómetro, estetoscopio y Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) . 4.2.9 Informa al personal de inhaloterapia los datos del paciente para colocación de circuito de ventilador o nebulizador.	
4.3 Recepción del paciente	4.3.1 Espera llamada del personal de quirófano, con los datos de las condiciones de salida del paciente de la sala quirúrgica.	Enfermera de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

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

6. Definiciones

Es la organización física previa del cuarto o área, que dará lugar al paciente posterior a la intervención quirúrgica cardiovascular.

7. Anexos

N/A



RETIRO DE CATÉTER CENTRAL, PULMONAR, AURICULAR Y CABLES DE MARCAPASOS

1. Propósito

Eliminar los medios invasivos cuando el paciente ha recuperado su función cardiaca.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales

- Equipo de curación estéril
- Isodine
- Gasas
- Micropore
- Guantes
- Cubrebocas
- Hoja de bisturí
- Agua estéril

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material	4.1.1 Realiza lavado de manos y traslada material y equipo a la unidad del paciente.	Enfermera de la UCICV
4.2 Retiro de los dispositivos	4.2.1 Cierra todas las infusiones. 4.2.2 Coloca al paciente en posición supina o Trendelemburg. 4.2.3 Enseña al paciente de acuerdo a la edad, la realización de maniobras de Valsalva. 4.2.4 Ayuda al médico a retirar los dispositivos.	Enfermera de la UCICV

Copia
Controlada

<p>4.3 Protección de heridas</p>	<p>4.3.1 Cubre el sitio de inserción con gasa estéril aplicando presión durante 5 minutos.</p> <p>4.3.2 Cubre con apósito adhesivo durante 24 a 72 horas.</p> <p>4.3.3 Vigila presencia de sangrado y/o signos de infección.</p> <p>4.3.4 Deja cómodo al paciente.</p> <p>4.3.5 Desecha material utilizado y lava equipo.</p> <p>4.3.6 Realiza lavado de manos.</p>	<p>Médico y enfermera de la UCICV</p>
<p>4.4 Registro de observaciones</p>	<p>4.4.1 Reporta evento en Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b).</p>	<p>Enfermera de la UCICV</p>
<p>TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO.</p>		

5. Registros de calidad

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

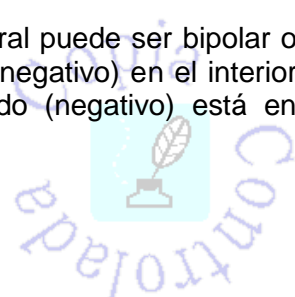
6. Definiciones

Retiro de catéteres:

Consiste en sacar de un vaso un tubo suave y flexible elaborado con cloruro de polivinilo, de uno, dos o tres lúmenes, dependiendo de las necesidades específicas de cada paciente, que se utilizó para corregir volemia, para suministrar inotrópicos de manera inmediata, para valorar el impacto de las diuresis.

Retiro de cables de marcapaso:

La derivación de marcapaso que se emplea en un marcapasos temporal puede ser bipolar o unipolar. En un sistema bipolar, se colocan dos electrodos (positivo y negativo) en el interior del corazón, mientras que en un sistema unipolar sólo un electrodo (negativo) está en contacto directo con el miocardio.



En ambos sistemas la corriente fluye desde el terminal negativo del generador de impulsos hacia la derivación marcapaso hasta el electrodo negativo y al corazón. A continuación, la corriente es captada por el electrodo positivo (tierra) y fluye hacia atrás hasta la derivación del terminal positivo del generador de impulsos. Cuando el paciente sale del quirófano los cables externos quedan como profilaxis los mismos que se retiran cuando el paciente ha recuperado su función cardíaca completamente.

7. Anexos

N/A



TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA

1. Propósito

Proporcionar datos relacionados con la actividad eléctrica cardíaca del paciente para contribuir al diagnóstico de ciertas condiciones patológicas y obtener un registro seriado, comparativo de los cambios electrocardiográficos que se presentan en el paciente durante su internamiento en la UCICV.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas o materiales

- Electrocardiógrafo.
- Electroodos.
- Papel milimetrado.
- Gasas
- Gel conductor

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material y equipo	4.1.1 Realiza lavado de manos, prepara material, equipo y la traslada a la unidad del paciente. 4.1.2 Informa al paciente el procedimiento y le pide su cooperación de acuerdo a su edad. 4.1.3 Verifica buen funcionamiento del electrocardiógrafo. 4.1.4 Registra datos en el electrocardiógrafo: nombre completo del paciente, cama, edad, sexo, diagnóstico, fecha y velocidad del papel. 4.1.5 Retira objetos metálicos que se encuentren sobre el paciente.	Enfermera de la UCICV



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.6 Coloca al paciente en decúbito dorsal o semifowler en el centro de la cama, para lograr un adecuado apoyo de todos los miembros.	
4.2 Toma del registro	<p>4.2.1 Coloca los electrodos en los sitios adecuados.</p> <p>4.2.2 Conecta las derivaciones a los electrodos.</p> <p>4.2.3 Verifica que no se despeguen los electrodos y que estén colocados en la posición correcta.</p> <p>4.2.4 Apaga marcapasos en caso de que el paciente lo tenga conectado y encendido.</p> <p>4.2.5 Realiza toma de ECG, de las derivaciones requeridas.</p>	Enfermera de la UCICV
4.3 Término del registro	<p>4.3.1 Retira los cables de las derivaciones.</p> <p>4.3.2 Retira los electrodos de los diversos sitios y los desecha.</p> <p>4.3.3 Limpia con gasa el exceso de gel.</p> <p>4.3.4 Deja cómodo al paciente.</p> <p>4.3.5 Observa el registro y comunica al médico eventos importantes.</p> <p>4.3.6 Coloca en el expediente el registro realizado.</p> <p>4.3.7 Realiza limpieza de las derivaciones y coloca el electrocardiógrafo en su lugar.</p>	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.4 Registro de observaciones	4.3.8 Realiza anotaciones Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b).	
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

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

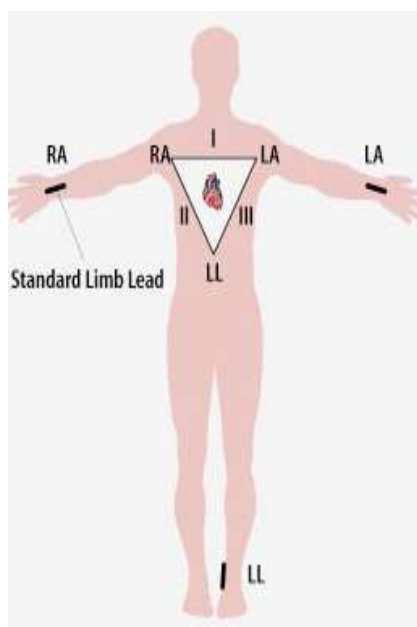
6. Definiciones

Toma de Electrocardiograma: Es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

7. Anexos

Colocación de las derivaciones

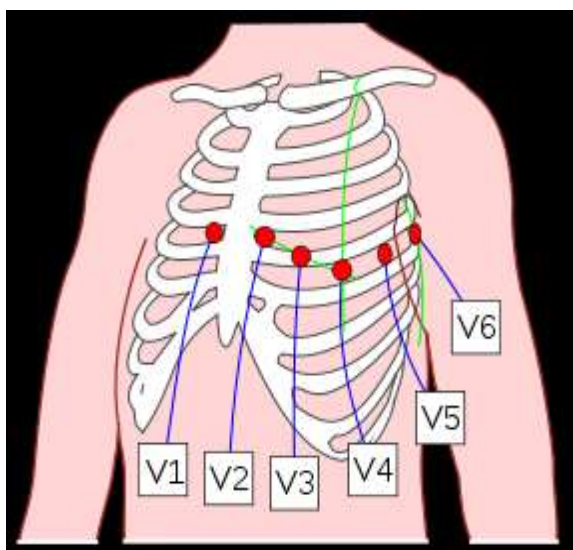
El **ECG** se estructura en la medición del potencial eléctrico entre varios puntos corporales. Las derivaciones I, II y III se miden sobre los miembros: la I va del brazo derecho al izquierdo, la II del brazo derecho a la pierna izquierda y la III del brazo izquierdo a la pierna izquierda. A partir de esto se obtiene el punto imaginario V, localizado en el centro del pecho, por encima del corazón.



Copia
Controlada

Las tres derivaciones de los miembros (aVR, aVL y aVF) y las seis derivaciones precordiales (V₁₋₆).

- V1: 4^o espacio intercostal derecho, línea paraesternal derecha.
- V2: 4^o espacio intercostal izquierdo, línea paraesternal izquierda
- V3: equidistante de V2 y V4.
- V4: 5^o espacio intercostal izquierdo, línea medio claviclar.
- V5: 5^o espacio intercostal izquierdo, línea anterior axilar.
- V6: 5^o espacio intercostal izquierdo, línea axilar media.



Copia
Controlada

TOMA DE PRODUCTOS

1. Propósito

Establecer y ratificar diagnósticos de sospechas clínicas, así como la obtención de información pronóstico de una enfermedad y el reconocimiento de respuestas terapéuticas y el descubrimiento de enfermedades subclínicas para precisar factores de riesgo.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la UCICV.

3. Herramientas y material

- Solicitud médica según el estudio de laboratorio
- Tubos para muestras de BH, QS, TPT, Bilirribinas
- Jeringas para gases
- Rótulos con los datos del paciente
- Torundas alcoholadas
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Jeringas
- Ligadura
- Agujas
- Agua inyectable
- Cubrebocas
- Frascos de cultivo de heces
- Abatelenguas
- Frascos para urocultivo

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación del material	<p>4.1.1 Realiza lavado de manos y traslada material y equipo a la unidad del paciente.</p> <p>4.1.2 Verifica en la solicitud del médico: el tipo de muestra: venosa, arterial, orina, evacuación.</p> <p>4.1.3 Verifica que los datos de la solicitud y rótulos del tubo o frasco membretado coincidan con los datos del paciente.</p>	Enfermera de la UCICV

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.1.4 Informa al paciente el procedimiento y le pide su cooperación de acuerdo a la edad.	
Toma de muestras sanguíneas por catéter		
4.2 Toma de muestras	<p>4.2.1 Coloca cubrebocas, cierra infusiones que se encuentren en la vía donde se tomará la muestra.</p> <p>4.2.2 Abre el material estéril, y lo coloca sobre un campo estéril.</p> <p>4.2.3 Quita la gasa que cubre la vía donde se tomará la muestra.</p> <p>4.2.4 Coloca guantes estériles.</p> <p>4.2.5 Toma una jeringa para extraer un poco de sangre y la retira.</p> <p>4.2.6 Toma otra jeringa y extrae sangre suficiente para las muestras solicitadas.</p> <p>4.2.7 Coloca directamente la jeringa de gases si esta muestra es solicitada</p> <p>4.2.8 Toma otra jeringa con agua inyectable para enjuagar la vía.</p> <p>4.2.9 Conecta el equipo y abre la carretilla.</p> <p>4.2.10 Coloca nueva gasa estéril.</p> <p>4.2.11 Coloca la cantidad necesaria de sangre en cada tubo.</p> <p>4.2.12 Entrega la muestra al mensajero. Si es gasometría venosa la entrega al médico.</p>	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.13 Realiza lavado de manos.	
4.3 Entrega de muestra	4.3.1 Verifica los datos de la muestra recibida. 4.3.2 Entrega la muestra y solicitud al laboratorio correspondiente.	Mensajero de la UCICV
Toma de muestras sanguíneas por línea arterial		
4.4 Toma de muestra	4.4.1 Realiza lavado de manos, se coloca cubrebocas y prepara material estéril en un campo estéril. 4.4.2 Cierra infusión permeabilizante de la línea arterial. 4.4.3 Coloca guantes y toma una jeringa que conecta a la llave de tres vías que se encuentra cerrada. 4.4.4 Aspira con la jeringa para eliminar solución que se encuentra en la línea. 4.4.5 Toma otra jeringa y la conecta a la vía para la toma de la muestra, extrae sangre suficiente para las muestras solicitadas. 4.4.6 Coloca directamente la jeringa para gases si ésta muestra fue solicitada. 4.4.7 Cierra la llave de tres vías al ambiente y abre el equipo de solución heparinizada para lavar la vía. 4.4.8 Vigila coloración y llenado capilar del sitio del dispositivo arterial.	Enfermera de la UCICV

Copia
Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.4.9 Coloca la sangre en los tubos requeridos y los entrega al mensajero. Si la muestra es gasometría la entrega al médico. 4.4.10 Realiza lavado de manos.	
4.5 Entrega de muestra	4.5.1 Verifica los datos de la muestra recibida. 4.5.2 Entrega la muestra y solicitud al laboratorio correspondiente.	Mensajero de la UCICV
Toma de muestra sanguínea por venopunción		
4.6 Toma de muestra	4.6.1 Realiza lavado de manos y se coloca cubrebocas. 4.6.2 Elige el sitio de punción. 4.6.3 Coloca ligadura en sitio elegido. 4.6.4 Coloca guantes, realiza asepsia del sitio y punciona el sitio elegido. 4.6.5 Retira ligadura del sitio. 4.6.6 Extrae sangre suficiente para las muestras solicitadas. 4.6.7 Retira aguja y/o jeringa y presiona para evitar sangrado y equimosis. 4.6.8 Coloca muestra en los tubos requeridos. 4.6.9 Entrega las muestras al mensajero. 4.6.10 Realiza lavado de manos.	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada



4.7 Entrega de muestra	<p>4.7.1 Verifica los datos de la muestra recibida.</p> <p>4.7.2 Entrega la muestra y solicitud al laboratorio correspondiente.</p>	Mensajero de la UCICV
Toma de muestra de orina		
4.8 Toma de muestra de orina	<p>4.8.1 Realiza lavado de manos y se coloca cubrebocas.</p> <p>4.8.2 Recolecta la muestra dependiendo de la condición del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Paciente con sonda vesical: Coloca guantes, toma una jeringa y toma muestra suficiente. La pone en un frasco para urocultivo y lo entrega al mensajero. b) Paciente sin sonda vesical: Coloca bolsa recolectora de orina al paciente. Posteriormente la retira y vacía la muestra en un frasco para urocultivo y lo entrega al mensajero. <p>4.8.3 Realiza lavado de manos.</p>	Enfermera de la UCICV
4.9 Entrega de muestra	<p>4.9.1 Verifica los datos de la muestra recibida.</p> <p>4.9.2 Entrega la muestra y solicitud al laboratorio correspondiente.</p>	Mensajero de la UCICV
Toma de muestra de heces fecales		
4.10 Toma de muestra	<p>4.10.1 Realiza lavado de manos y se coloca cubrebocas y guantes.</p> <p>4.10.2 Toma una pequeña muestra de heces fecales con un abatelenguas y lo coloca en un frasco de urocultivo.</p>	Enfermera de la UCICV

Copia Controlada



	4.10.3 Entrega la muestra al mensajero. 4.10.4 Realiza lavado de manos. 4.10.5 Registra observaciones en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) .	
4.11 Entrega de muestra	4.11.1 Verifica en (que docto) los datos de la muestra recibida. 4.11.2 Entrega la muestra y solicitud al laboratorio correspondiente.	Mensajero de la UCICV
TERMINA INSTRUCCION DE TRABAJO		

5. Registros de calidad

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

6. Definiciones

Toma de productos: Es la recolección de material y residuos biológicos para su estudio.

7. Anexos

N/A



URGENCIAS



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON LACERACIONES Y HERIDAS

1. Propósito

Proporcionar el cuidado y limpieza necesarios a las heridas para prevenir la infección y facilitar su cicatrización.

2. Alcance

A todas las enfermeras del servicio de urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de curación
 - Cubrebocas
 - Guantes
 - Tela adhesiva
 - Micropore, tensoplast y tegaderm
 - Agujas y jeringas de diferentes calibres
 - Jabón quirúrgico
 - Gasas estériles
 - Agua inyectable
 - Vendas elásticas
 - Xilocaína al 1% simple
 - Analgésicos (paracetamol, ibuprofeno y ketorolaco)
 - Antibióticos (dicloxacilina y clindamicina)
- Pasos de la instrucción

4. Pasos de la instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la unidad	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Enfermera
	4.1.2 Prepara la unidad del paciente.	
4.2 Recepción del paciente en el cuarto de procedimientos	4.2.1 Coloca al paciente en la camilla.	Familiar, enfermera o médico
	4.2.2 Desviste al paciente.	Familiar y enfermera
4.3 Manejo de paciente	4.3.1 Realiza valoración inicial rápida.	Enfermera y médico
	4.3.2 Toma constantes vitales.	Enfermera
	4.3.3 Realiza registros en la hoja de enfermería y en la hoja de curva térmica.	

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable	
	4.3.4 Explica el procedimiento al paciente de acuerdo a su edad y familiar.		
	4.3.5 Prepara material y equipo.		
	4.3.6 Coloca al paciente en posición adecuada dependiendo de la zona a curar.		
	4.3.7 Coloca cubre bocas y guantes.		Enfermera y médico
	4.3.8 Realiza aseo con los principios de asepsia y antisepsia.		Enfermera
	4.3.9 Asiste al médico en caso de ameritar sutura de la herida.		
	4.3.10 Coloca apósito en la herida y tegaderm.		
	4.3.11 Reposiciona al paciente.		
	4.3.12 Administra analgésicos y antibióticos en caso necesario y previa indicación médica.		Enfermera y médico
	4.3.13 Indica a familiar y paciente los cuidados a llevar en su hogar para evitar infecciones.		
4.4 Registros de calidad	4.4.1 Realiza anotaciones correspondientes en la Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b) . • Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b)	Enfermera	
4.5. Cuidados a la unidad	4.5.1 Proporciona cuidados al material y equipo.	Enfermera	
	4.5.2. Realiza limpieza de la unidad.	Personal de limpieza	
TERMINA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO			

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Laceraciones y heridas: Es cualquier lesión que cause rotura en los tejidos del cuerpo (piel, membranas mucosas, músculos y huesos) ya sea interna o externa.

7. Anexos

La piel es el órgano que recubre todo el cuerpo, su función es de barrera protectora, impidiendo la entrada de gérmenes del exterior, y está formada por tres capas:

- Epidermis: capa más superficial de la piel. Que nutren toda la piel.
- Dermis: Está por debajo de la anterior, en ella se encuentran las glándulas sudoríparas, sebáceas y la raíz del vello.
- Hipodermis: es la capa más profunda de la piel y en ella se encuentran los vasos sanguíneos.

Gravedad de una Herida

Factores determinantes:

- La extensión de la herida.
- La profundidad de la herida.
- Los órganos que pueda alcanzar.
- El área anatómica afectada (fosas nasales, cavidades oculares, dedos, entre otros).
- El grado de limpieza.

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



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVAS

1. Propósito

Reducir al máximo las complicaciones ocasionadas por el daño al sistema nervioso debido a la hipoxia, y al mismo tiempo evitar lesiones producidas por caídas.

2. Alcance

Aplica a todas las enfermeras de la subdirección de enfermería del área de urgencias

3. Herramientas o materiales:

- Toma de oxígeno con mascarilla y reservorio
- Monitor
- Soluciones intravenosas (Glucosa, fisiológica o hartman)
- Jelcos de diferentes calibres
- Torundas alcoholadas
- Linterna de exploración
- Medicamentos sedantes (Diazepan o Midazolam)
- Ámpulas de agua inyectable
- Jeringas y agujas de diferentes calibres
- Tela adhesiva y micropore
- Sondas de aspiración de diferentes calibres
- Aspirador conectado y funcional
- Carro de paro equipado

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la unidad del paciente	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Enfermera
	4.1.2 Prepara la unidad del paciente.	
4.2 Recepción del paciente en el cuarto de procedimientos	4.2.1 Coloca al paciente en la camilla.	Familiar, enfermera o médico
	4.2.2 Desviste al paciente.	Enfermera
4.3 Manejo del paciente	4.3.1 Realiza valoración inicial rápida tomando en cuenta el estado de conciencia y las características de las convulsiones.	Enfermera y médico
	4.3.2 Coloca oxígeno por mascarilla.	
	4.3.3 Monitoriza al paciente.	

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	4.3.4 Instala venoclisis y medicamento sedante (en caso de no encontrar vía periférica considerar la administración vía rectal).	
	4.3.5 Toma signos vitales.	Enfermera
	4.3.6 Registra signos vitales en la Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b) 	
	4.3.7 Realiza aspiración de secreciones nasofaríngeas y orofaríngeas.	
	4.3.8 Realiza revaloración neurológica.	
	4.3.9 Asiste al médico en caso de intubación endotraqueal.	
	4.3.10 Traslada al paciente al área de observación.	
4.4. Registros de calidad	4.4.1 Realiza anotaciones correspondientes en la Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b) haciendo hincapié en las características y duración de las crisis. <ul style="list-style-type: none"> • Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b) 	Enfermera
4.5. Cuidados de la unidad del paciente	4.5.1. Proporciona cuidados al material y equipo.	Enfermera
	4.5.2 Realiza limpieza de la unidad.	Personal de limpieza
TERMINA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		



5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Crisis convulsivas. Es un síndrome cerebral crónico caracterizado por crisis recurrentes de manifestación clínica variable y etiologías diversas, que puede correlacionarse con hallazgos paraclínicos positivos.

7. Anexos

El control del SNC tiene dos objetivos: determinar si la función cerebral se conserva o deteriora y evaluar el nivel de afectación anatómico del SNC. Un examen neurológico completo debe hacerse a intervalos regulares e incluir los siguientes patrones:

1. Nivel de conciencia
2. Respuesta motora
3. Tipo de respiración
4. Posición de los globos oculares
5. Exploración de la pupila

Nivel de conciencia

Orientado a conocer la capacidad del paciente para reconocerse a sí mismo, el lugar y el tiempo y pruebas de la función cognoscitiva como la memoria y la capacidad de obedecer órdenes sencillas.

Respuestas motoras

El examen de la actividad motora proporciona datos muy útiles sobre el nivel de afectación de la conciencia, evolución del proceso y en ocasiones sobre el agente producto de la alteración de la misma.

La presencia de movimientos espontáneos de las cuatro extremidades indica moderada afectación de los hemisferios cerebrales, especialmente si ello obedece a órdenes sencillas. Un grado más de afectación es aquél en el que el paciente se halla inmóvil, sin responder a órdenes pero es capaz de localizar el estímulo doloroso contrayendo los músculos subyacentes al punto estimulado e incluso retirando el miembro. Los puntos de estímulo más usados son la presión supraorbitaria, pinzamiento del área mamilar o de alguna parte de los miembros y compresión del esternón. Es posible obtener respuestas asimétricas. La presencia de hemiplejía indica lesión del hemisferio contralateral excepto si se trata de una paresia por convulsión.

Tipos de respiración

Los patrones de respiración espontánea también tienen una buena correlación con los niveles de afectación cerebral en el coma. En la práctica clínica son poco utilizadas ya que las medidas terapéuticas lo imposibilitan (intubación con respiración asistida).

- **Respiración CHEYNE STOKES:** Periodo de hipernea creciente en intensidad seguidas de otra de apnea que siempre son más cortas. Se relaciona con afectación hemisférica bilateral con tronco cerebral intacto.
- **Hiperventilación neurógena central o respiración KUSMAULT:** hiperventilación con inspiración y espiración forzada, rápida y mantenida; indica daño a nivel de mesencéfalo.
- **Respiración apnéica:** Pausas respiratorias prolongadas en posición de inspiración y de carácter rítmico, es la expresión de afectación a nivel protuberencial.
- **Respiración atáxica:** Caracterizada por patrón respiratorio irregular, alternando inspiraciones profundas con otras superficiales sin ningún ritmo y que indican afectación a nivel del puente y bulbo donde se localizan los centros respiratorios.

Posición de los globos oculares:

- Cuando existe lesión hemisférica habitualmente se evidencia desviación conjugada de los ojos hacia el lado de la lesión; excepto si es el resultado de una descarga epiléptica que será hacia el lado contralateral.
- El reflejo oculocefálico:(ojos de muñeca) se desencadena con los ojos abiertos y mediante giro de la cabeza con rapidez de un lado hacia el otro. El paciente comatoso cuyo tallo encefálico este intacto dirigirá los ojos en la dirección opuesta a aquella en que se gira la cabeza, como si aún estuviera mirando hacia delante en la posición inicial. Los pacientes con lesiones mesencefálicas o pontinas tendrán movimientos oculares al azar.
- Reflejo oculo vestibular: Se realiza con la cabeza elevada 30 grados en el paciente que tiene la membrana del tímpano intacta, inyectándose agua helada en el conducto auditivo. Si el tallo encefálico está intacto el paciente reaccionará con una desviación conjugada de los ojos hacia el oído en que se esté introduciendo el agua. Los que sufren lesión del tallo carecerán de reacción.

Ambos reflejos deben de investigarse sólo después de haber estabilizado le región cervical.

- **Relejo corneal:** Se desencadena haciendo contacto suave en la córnea con una gasa estéril, se produce parpadeo y desviación del ojo hacia arriba y demuestra que el tallo encefálico está intacto. No debe abusarse de este reflejo para evitar complicaciones como úlceras corneales, sobre todo si se sospecha la posibilidad de muerte cerebral y la posible donación de las córneas.



Exploración de las pupilas

Se observará el tamaño, igualdad y reactividad. Debe realizarse en un ambiente con luz tenue evitando que un foco de luz ilumine más una que otra parte del cuerpo, dirigiendo una linterna o foco potente desde el ángulo externo del ojo hacia el interno alternativamente y luego manteniendo ambos abiertos y dirigiendo la luz hacia el medio, comprobando la igualdad del tamaño.

La investigación debe de excluir traumatismos oculares previos, medicación local (midriática) y anisocoria congénita, así como eliminar previamente restos de pomada protectora.

La dilatación unilateral sugiere lesión ocupante de espacio con hernia real o incipiente que requerirá intervención inmediata.

La pupila dilatada y fija es el signo más confiable respecto al lado de la lesión.

En estados de letargia y obnubilación producidos por opiáceos, barbitúricos e insecticidas organofosforados se produce marcada miosis. Todo lo contrario ocurre si la intoxicación es por atropina, alcohol, cocaína, psicoestimulantes (Anfetaminas, efedrina), antidepresivos, insecticidas organoclorados y hongos amanita.

ESCALA DE GLASGOW (GCS: Lancet 1977; 1: 878-881)
Y ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Apertura de Ojos			
GCS		GCS Modificada	
Espontánea	4	Espontánea	4
En respuesta a la voz	3	En respuesta a la voz	3
En respuesta al dolor	2	En respuesta al dolor	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	1

Respuesta Motora

GCS		GCS Modificada	
Orden verbal:		Mov. espontáneos normales	6
Obedece	6	Retirada al tocar	5
Localiza dolor	5	Retirada al dolor	4
Estímulos dolorosos:		Flexión anormal	3
Alejamiento del dolor	4	Extensión anormal	2
Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3	Sin respuesta	1
Extensión (rigidez de descerebración)	2		
Sin respuesta	1		

Respuesta Verbal



GCS		GCS Modificada	
Orientada	5	Charla y balbucea	5
Desorientada	4	Llanto irritable	4
Palabras inusuales	3	Gritos o llanto al dolor	3
Sonidos incomprensibles	2	Se queja al dolor	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	



Copia
Controlada



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

1. Propósito

Mantener termorregulación eficaz en el paciente pediátrico.

2. Alcance

A todas las enfermeras que manejan pacientes.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de termometría
- Ropa de cama (sábanas y cobertor)
- Lámpara de chicote
- Venda de huata
- Termómetro.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la unidad	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Enfermera
	4.1.2 Prepara la unidad del paciente con material y equipo necesario.	
4.2 Recepción del paciente en el cuarto de procedimientos	4.2.1 Instala al paciente en la camilla.	Enfermera
	4.2.2 Desviste al paciente y retira objetos personales.	
	4.2.3 Se presenta con el familiar y con el paciente.	
4.3 Manejo del paciente	4.3.1 Realiza valoración inicial rápida.	Enfermera
	4.3.2 Toma de signos vitales.	
	4.3.3. Realiza registros en la Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a-b) y en la Hoja de curva térmica . <ul style="list-style-type: none"> • Información Clínica de Enfermería M-0-1-04(a-b) • Hoja de curva térmica 	

Copia
Controlada



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
	4.3.4 Orienta al familiar y paciente de acuerdo a la edad del niño acerca de la que se le va a realizar.	
	4.3.5 Cubre al paciente con una sábana y cobertor.	
	4.3.6 Coloca cerca del paciente una lámpara de chicote a.	
	4.3.7 Coloca al paciente en un ambiente cálido y alejado de corrientes de aire.	
4.4 Valoración y vigilancia del paciente	4.4.1. Valora la presencia de síntomas asociados a hipotermia como: bradicardia, debilidad, confusión, escalofríos y cianosis.	Enfermera y médico
	4.4.2 Vigila que tenga una ingesta adecuada de líquidos calientes según la edad y tolerancia del paciente.	Enfermera
	4.4.3 Valora evolución y egreso del servicio del paciente.	
4.5 Orientación al familiar o tutor	4.5.1 Indica al familiar y paciente a cerca del plan de alta y recomendaciones generales y específicas para su manejo en casa.	Enfermera y médico
4.6 Registro de calidad	4.6.1 Realiza registros en la Hoja de Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 (a b) y en la Hoja de curva térmica. <ul style="list-style-type: none"> • Información Clínica de Enfermería M-0-1-04(a-b) • Hoja de Curva Térmica 	Enfermera
4.7 Cuidados de la unidad del paciente	4.7.1 Proporciona cuidados al material y equipo.	Enfermera
	4.7.2 Realiza limpieza de la unidad.	Personal de limpieza
TERMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Información Clínica de Enfermería **M-0-1-04 (a b)**
Hoja de curva térmica

8. Definiciones

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.

9. Anexos

Generalidades

Se considera hipotermia leve cuando la temperatura corporal se sitúa entre 33 y 35 °C, y va acompañada de temblores, confusión mental y torpeza de movimientos. Entre 30 y 33 °C se considera hipotermia moderada y a los síntomas anteriores se suman desorientación, estado de semiinconsciencia y pérdida de memoria. Por debajo de los 30 °C se trata de una hipotermia grave, y comporta pérdida de la consciencia, dilatación de pupilas, bajada de la tensión y latidos cardíacos muy débiles y casi indetectables.

En algunas intervenciones quirúrgicas, los cirujanos provocan una hipotermia artificial en el paciente, para que la actividad de los órganos sea más lenta y la demanda de oxígeno sea menor.

Es un síndrome grave con alta mortalidad, una urgencia médica que requiere tratamiento, generalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Fases de la hipotermia

Primera fase

En la fase 1ª, la temperatura del cuerpo desciende en 1-2 ° C por debajo de la temperatura normal (35-38 ° C). Se producen escalofríos que pueden ir de leves a fuertes. La víctima es incapaz de realizar tareas complejas con las manos, las manos se entumecen. Los vasos sanguíneos distales en las extremidades se contraen, disminuyendo la pérdida de calor hacia el exterior por vía aérea. La respiración se vuelve rápida y superficial. Aparece la piel de gallina y se eriza el vello corporal, en un intento de crear una capa aislante de aire en todo el cuerpo (que es de uso limitado en los seres humanos debido a la falta de suficiente pelo, pero útil en otras especies). A menudo, el afectado experimentará una sensación cálida, como si se hubiera recuperado, pero es en realidad la partida hacia la Etapa 2. Otra prueba para ver si la persona está entrando en la fase 2 es que no sean capaces de tocar su pulgar con su dedo meñique; es el primer síntoma de que los músculos ya no funcionan.

Segunda fase

En la fase 2, la temperatura del cuerpo desciende en 2-4 ° C. Los escalofríos se vuelven más violentos. La falta de coordinación en los músculos se hace evidente.

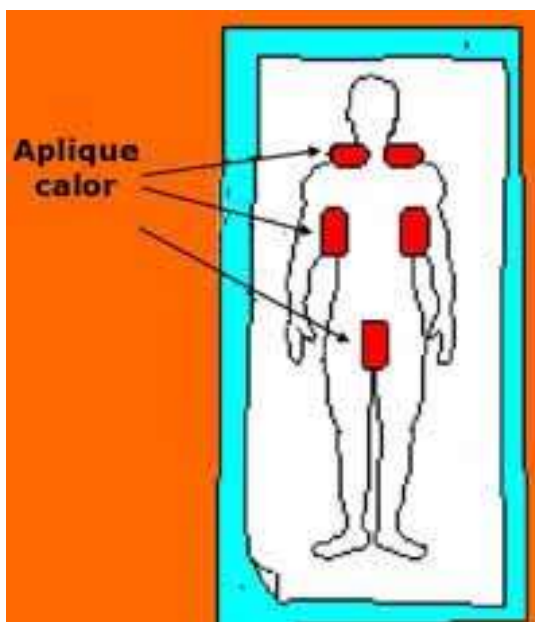
Los movimientos son lentos y costosos, acompañado de un ritmo irregular y leve confusión, a pesar de que la víctima pueda parecer alerta. La superficie de los vasos sanguíneos se contrae más cuando el cuerpo focaliza el resto de sus recursos en mantener los órganos vitales calientes. La víctima se vuelve pálida. Labios, orejas, dedos de las manos y pies pueden tomar una tonalidad azulada.

Tercera fase

En la fase 3, la temperatura del cuerpo desciende por debajo de aproximadamente 32 ° C (89,6 ° F). La presencia de escalofríos por lo general desaparece. Empiezan a ser patente la dificultad para hablar, lentitud de pensamiento, y amnesia; también suele presentarse la incapacidad de utilizar las manos y piernas.

Los procesos metabólicos celulares se bloquean. Por debajo de 30 ° C (86,0 ° F), la piel expuesta se vuelve azul, la coordinación muscular se torna muy pobre, caminar se convierte en algo casi imposible, y la víctima muestra un comportamiento incoherente / irracional, incluyendo esconderse entre cosas o incluso estupor. El pulso y ritmo respiratorio disminuyen de manera significativa, pero pueden aparecer ritmos cardíacos rápidos (taquicardia ventricular, fibrilación auricular). Los órganos principales fallan. Se produce la muerte clínica. Debido a la disminución de la actividad celular en la hipotermia de fase 3, tarda más tiempo del habitual en producirse la muerte cerebral.

Lugares donde se pueden aplicar fuentes de calor



Copia
Controlada

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

1. Propósito

Que el personal conozca a detalle el manejo del paciente politraumatizado, para brindar una atención oportuna y de calidad, con el fin de disminuir las secuelas y por lo tanto el tiempo de estancia hospitalaria.

2. Alcance

Aplica a las enfermeras de la Subdirección de Enfermería en el servicio de Urgencias Prehospitalización.

3. Herramientas o materiales:

- Toma de oxígeno y aire
- Extensión de oxígeno con mascarilla
- Guantes
- Cubrebocas
- Batas estériles y no estériles
- Vendas elásticas
- Torundas alcoholadas
- Sondas foley , nelaton y levin de diferentes calibres
- Tubos para la toma de muestras para laboratorio
- Collarín cervical pediátrico y adulto
- Tabla rígida
- Equipo para osteoclisis (equipo de aspirado de medula ósea y trocar para medula ósea)
- Jelcos de diferentes calibres
- Microgoteros, macrogoteros
- Metriset
- Equipos para bomba de infusión estándar y con buretra
- Tela adhesiva
- Micropore
- Tensoplast
- Soluciones intravenosas (Hartman, fisiológica, glucosa al 5 y 10% y agua inyectable)
- Contar con carro de paro perfectamente equipado (cánulas endotraqueales de diferentes calibres con y sin globo, mangos de laringoscopio, hojas de laringoscopio, jeringas, agujas, medicamentos como: adrenalina, atropina, bicarbonato de sodio, gluconato de calcio, sulfato de magnesio, fosfato de potasio y lidocaína solución y en spray)
- Bolsa válvula adulto pediátrica y neonatal con su mascarilla correspondiente.



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la unidad	4.1.1 Se lava las manos	Enfermera
	4.1.2 Prepara la unidad del paciente con materia y equipo necesario.	
4.2 Recepción de paciente en la sala de choque	4.2.1 Instala al paciente en camilla o cuna térmica según la edad.	Enfermera, médico o familiar
	4.2.2 Realiza valoración inicial (aparición, ventilación y circulación).	Enfermera y médico
	4.2.3 Deviste al paciente y si es necesario corta la ropa.	
	4.2.4 Coloca en tabla rígida.	
	4.2.5 Coloca collarín cervical.	
4.3 Manejo del paciente	4.3.1 Monitoriza al paciente.	Enfermera
	4.3.2 Asegura permeabilidad de la vía aérea y control de la columna cervical.	Médico
	4.3.3 Coloca oxígeno por mascarilla y reservorio según el estado del paciente.	Enfermera
	4.3.4 Realiza intubación endotraqueal, en caso necesario, procurando estabilización de la columna cervical.	Médico
	4.3.5 Administra midazolam, vecuronio y lidocaína previa indicación médica.	Enfermera
	4.3.6 Aspira secreciones orofaríngeas, nasofaríngeas y por tubo endotraqueal.	
	4.3.7 Fija cánula endotraqueal.	
	4.3.8 Inmoviliza miembros afectados si es necesario.	

Copia
Controlada



	4.3.9 Instala una o dos vías periféricas, de no ser posible instala osteoclisis.	Enfermera y médico
	4.3.10 Valora patrón respiratorio en caso de trauma torácico.	Médico y enfermera
	4.3.11 Instala sonda pleural en caso necesario.	Médico
	4.3.13 Valora el estado hemodinámico a través de constantes vitales.	Enfermera y médico
	4.3.14 Administra analgésicos previa indicación médica.	Enfermera
	4.3.15 Toma muestras para laboratorio: gasometría arterial y venosa, biometría hemática, tiempos de coagulación y pruebas cruzadas.	Médico
	4.3.16 Asiste en la toma de muestras para laboratorio.	Enfermera
	4.3.17 Entrega a laboratorio muestras sanguíneas.	Mensajero
	4.3.18 Identifica y controla zonas de hemorragia aplicando compresión local directa con apósito estéril.	Médico y enfermera
	4.3.19 Infunde solución fisiológica o Hartman, según indicación médica, en caso de shock hipovolémico.	Enfermera
	4.3.20 Instala sonda orogástrica y vesical en caso necesario.	Médico
	4.3.21 Asiste en la instalación de sonda orogástrica y vesical.	Enfermera
4.4 Revaloración del estado del paciente	4.4.1 Realiza revaloración rápida del estado del paciente, apariencia, ventilación y circulación.	Médico y enfermera

	4.4.2 Toma estudios de rayos X.	Radiólogo
	4.4.3 Asiste en la toma de rayos X.	Enfermera
	4.4.4 Prepara al paciente para su traslado a toma de estudios de gabinete (TAC, resonancia magnética y ultrasonido).	
	4.4.5 Traslada al paciente a quirófano, UTI o sala de urgencias según corresponda.	Médico y enfermera
4.5 Registros de calidad	<p>4.5.1 Realiza registros clínicos en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b).</p> <p>Nota: Los registros se realizan desde el ingreso del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b). 	Enfermera
	4.5.2. Registra en la libreta de sala de choque folio o registro, edad y sexo, diagnóstico inicial y final, hora de ingreso y egreso, procedimientos médico responsable, destino del paciente y nota de enfermería.	
4.6 Cuidados de la sala de choque	4.5.1. Realiza cuidados al material y equipo según las normas establecidas.	Personal del servicio de limpieza
	4.5.2. Realiza el lavado de la unidad.	
TERMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)
 Libreta de Ingreso y Egreso



6. Definiciones

¿Qué es un paciente politraumatizado? Es la asociación de múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente, y que suponen, aunque sea una sola de ellas, riesgo vital para el paciente.

Estabilización de la columna cervical: El manejo del paciente con politraumatismo debe realizarse con la cabeza y el cuello en posición neutra (es decir sin girarlo a uno u otro lado), y evitando los movimientos bruscos, ya que estos pacientes deben tratarse como si tuvieran una lesión de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario.

7. Anexos

Clasificación de los politraumatismos

Se clasificaran de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado en tres categorías:

Leve: Paciente cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud inmediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).

Moderado: Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 hs. de sufrido el accidente.

Grave: Paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.

Valoración inicial

Apariencia: coloración, el llanto, se consuela o no con la madre, se encuentra consciente o inconsciente.

Respiración: Existe polipnea, bradipnea, tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis, respiraciones periódicas o apnea.

Circulación: Características de los pulsos, llenado capilar, coloración, piel marmórea o cianótica.



ESCALA DE GLASGOW (GCS: Lancet 1977; 1: 878-881)
Y ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Apertura de Ojos			
GCS		GCS Modificada	
Espontánea	4	Espontánea	4
En respuesta a la voz	3	En respuesta a la voz	3
En respuesta al dolor	2	En respuesta al dolor	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	1

Respuesta Motora			
GCS		GCS Modificada	
Orden verbal:		Mov. espontáneos normales	6
Obedece	6	Retirada al tocar	5
Localiza dolor	5	Retirada al dolor	4
Estímulos dolorosos:		Flexión anormal	3
Alejamiento del dolor	4	Extensión anormal	2
Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3	Sin respuesta	1
Extensión (rigidez de descerebración)	2		
Sin respuesta	1		
Respuesta Verbal			
GCS		GCS Modificada	
Orientada	5	Charla y balbucea	5
Desorientada	4	Llanto irritable	4
Palabras inusuales	3	Gritos o llanto al dolor	3
Sonidos incomprensibles	2	Se queja al dolor	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	

Mínimo 3, máximo 1



CASI AHOGAMIENTO

1. Propósito

Que el personal de enfermería conozca el manejo del paciente con diagnóstico de casi ahogamiento para brindar una atención oportuna y de alta calidad.

2. Alcance

Al personal de enfermería de la subdirección de enfermería del área de Urgencias.

3. Herramientas o material

- Monitor
- Estetoscopio
- Termómetro
- Brazaletes (adulto, pediátrico y neonatal)
- Torundas alcoholadas
- Guantes
- Cubrebocas
- Ligadura
- Jelcos de diferentes calibres
- Tela adhesiva , micropore y tegaderm
- Soluciones para acceso venoso
- Equipos para venoclisis (microgoteros, macrogoteros y metriset)
- Agujas y jeringas de diferentes calibres
- Toma de oxígeno y aire funcional
- Extensión de oxígeno con mascarilla facial
- Bolsa válvula adulto, pediátrica y neonatal
- Carro de paro equipado
- Sondass nelaton
- Pleurobak
- Medicamentos como: midazolam, vecuronio, adrenalina, atropina, bicarbonato de sodio, gluconato de calcio, lidocaína en spray e intravenosa.
- Equipo de aspiración
- Sondass de aspiración no. 8, 10 y 12
- Sondass Foley



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
4.1 Preparación de la unidad	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Enfermera
	4.1.2 Prepara la unidad del paciente con material y equipo necesario.	
4.2 Recepción del paciente en la sala de choque	4.2.1 Instala al paciente en camilla.	Familiar, enfermera o médico.
	4.2.2 Realiza valoración inicial.	Médico y enfermera
	4.2.3. Desviste al paciente y retira objetos personales.	Enfermera
4.3 Manejo del paciente	4.3.1 Realiza monitorización no invasiva.	Enfermera
	4.3.2 Toma signos vitales.	
	4.3.3 Asegura permeabilidad de la vía aérea.	Médico
	4.3.4 Instala oxígeno por mascarilla.	Enfermera y médico
	4.3.5. Realiza intubación endotraqueal en caso necesario.	Médico
	4.3.6 Administra midazonan y vecuronio según indicación médica.	Enfermera A
	4.3.7 Aspira secreciones oro faríngeas, nasofaríngeas y por tubo oro traqueal.	
	4.3.8 Fija cánula endotraqueal.	
	4.3.9 Asiste al médico en la colocación de sonda orogástrica y vesical en caso necesario.	Enfermera B

Copia
Controlada

	4.3.10 Instala una o dos vías periféricas, de no ser posible instala osteoclisis.	Médico B Enfermera B
	4.3.11 Infunde soluciones intravenosas según indicación médica.	Enfermera B
	4.3.12 Valora patrón respiratorio.	Médico B
	4.3.13 Instala sonda pleural en caso necesario.	Médico B
	4.3.14 Asiste al médico en la colocación de sonda pleural.	Enfermera B
	4.3.14 Valora estado hemodinámico a través de constantes vitales.	Médico B Enfermera A
	4.3.15 Realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso necesario.	Médico B Médico C
	4.3.16 Administra adrenalina, bicarbonato de sodio o gluconato de calcio previa indicación médica.	Enfermera B
4.4 Realización de estudios	4.4.1 Toma muestras para laboratorio: gasometría arterial y venosa, biometría hemática, tiempos de coagulación, pruebas cruzadas y electrolitos séricos.	Médico B
	4.4.2 Asiste en la toma de muestras para laboratorio.	Enfermera
	4.4.3 Entrega a laboratorio muestras sanguíneas.	Mensajero, médico
	4.4.4 Toma de estudios de rayo x.	Técnico de radiología
	4.4.5 Asiste en la toma de estudios radiológicos.	Enfermera A, médico B y camillero

4.5 Traslado del paciente	4.5.1 Prepara al paciente para su traslado a quirófano, UTI o sala de urgencias.	Enfermera B, Medico B, Camillero
	4.5.2 Traslada al paciente a quirófano, UTI o sala de urgencias.	
4.6 Registros de calidad	4.6.1 Realiza registros clínicos en la Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) . • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) Nota: Los registros se realizan desde el ingreso hasta el egreso del paciente.	Enfermera
	4.6.2 Registra en la bitácora de sala de choque folio, o registro, edad y sexo, diagnóstico inicial y final, hora de ingreso y egreso, procedimientos, médico responsable y destino del paciente.	
4.7 Cuidados de la sala	4.7.1 Realiza cuidados de material y equipo según normas establecidas.	Personal de limpieza
	4.7.2 Realiza lavado de la unidad.	
TERMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b)
Libreta de Ingreso y Egreso

6. Definiciones

Casi ahogamiento: Es la supervivencia mayor de 24 horas, tras sofocación por sumersión en agua.



7. Anexos

Casi ahogamiento

Tipos:

AHOGAMIENTO SECO

Se produce un espasmo de la glotis por laringoespasmo por lo que el agua no llega al interior del árbol bronquial, perdiendo la conciencia debido a la hipoxia secundaria a la apnea. También se denomina ahogamiento blanco, por el aspecto pálido de la víctima.

AHOGAMIENTO HÚMEDO

Existe aspiración de líquido a los pulmones tras la fase inicial de laringoespasmo, por estímulo de hipoxia y la hipercapnia en el centro respiratorio de la inspiración correspondiendo fisiopatológicamente a un edema agudo de pulmón. Se denomina un ahogamiento azul y representa un auténtico cuadro de asfixia por inmersión.

- a) Agua de mar: que es hipertónica, lo que provoca paso de líquido hacia los bronquios y los alvéolos, dificultando el intercambio gaseoso, llegando a la muerte por asfixia, hipoxia y edema pulmonar.
- b) Agua dulce. Que es hipotónica y pasa rápidamente desde el alveolo al torrente circulatorio, produciendo hipervolemia y hemólisis, lo que ocasiona la muerte por fibrilación ventricular, hipoxia y edema pulmonar.

AHOGAMIENTO EN PISCINAS

Es igual al de agua dulce solo que aquí el agua contiene cloro que produce acción tóxica en la pared alveolar.

AHOGAMIENTO EN AGUA CONTAMINADA

En este caso se presentan dos problemas añadidos; la contaminación bacteriana y la química.

INMERSIÓN EN AGUA FRÍA

Causa bradicardia, apnea, coagulación intra vascular diseminada, acidosis metabólica y daño pulmonar severo.

Las consecuencias de la inmersión en los distintos órganos, son:

- a) Pulmón.

La consecuencia inmediata es la producción de hipoxia, hipercapnia y acidosis mixta. El lavado del surfactante, da lugar a la aparición de atelectasias, desequilibrio de la ventilación/perfusión y disminución de la distensibilidad pulmonar. Dicho factor, más la rotura de células alveolares, dan lugar a la aparición edema pulmonar.

Cuando las atelectasias y el edema pulmonar se producen gradualmente, aparece el llamado ahogamiento secundario.

La aspiración de cuerpos extraños presentes en el agua o del contenido gástrico, añade nuevos obstáculos a la ventilación.

b) Cerebro.

El daño cerebral se produce, en primer lugar por la hipoxia, y en segundo lugar, por el daño cerebral que se instaura tras la reanimación. De hecho, se sabe que las neuronas pueden sobrevivir al daño cerebral primario, muriendo secundariamente a la hipertensión intracraneal.

La presencia de hipotermia por inmersión en agua muy fría, puede mejorar el pronóstico, ya que el metabolismo cerebral, puede ser un 30% del normal cuando la temperatura corporal alcanza 25° C.

c) Corazón.

Pueden aparecer arritmias ventriculares y parada cardíaca, secundarias a la hipoxia, la acidosis y los trastornos electrolíticos.

d) Sangre.

Pueden ocurrir trastornos de la coagulación secundarios a sepsis y a hemólisis, con liberación de tromboplastina.

e) Riñón.

La afectación renal suele ser consecuencia de hipo perfusión tubular. Se puede presentar I.R.A. que se resuelve en tres días, en el 80% de los casos.

Copia
Controlada



CONTROL DE TEMPERATURA POR MEDIOS FÍSICOS

1. Propósito

Disminuir la temperatura corporal para evitar complicaciones respiratorias, hemodinámicas y neurológicas ocasionadas por la fiebre.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- 2 Portatermómetros con solución antiséptica
- 1 Termómetro rectal y axilar
- Sábanas
- Tina de baño

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Recepción del paciente	4.1.1 Recibe al paciente verificando temperatura corporal.	Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias
	4.1.2 Entrega al paciente a la Enfermera de Urgencias indicando que realice control térmico por medios físicos y químicos.	Enfermera de Urgencias
4.2 Control de la temperatura del paciente	4.2.1 Toma la temperatura y peso del paciente y traslada al cuarto de baño.	Enfermera de Urgencias
	4.2.2 Prepara el agua en la tina a temperatura corporal, retira la ropa al paciente e introduce en la tina de 20 a 30 minutos, cambiando el agua si es necesario. Nota: En pacientes recién nacidos solo se retira el exceso de ropa y se toma la temperatura cada 15 minutos (nunca se introduce al agua para el control de la hipertermia).	

Copia
Controlada

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	4.2.3 Retira al paciente de la tina, lo seca y lo viste si está eutérmico.	
	4.2.4 Toma temperatura al paciente cada 15 o 20 minutos y registra en Información Clínica de la Enfermería (M-01-04 a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Información Clínica de la Enfermería (M-01-04 a-b) 	
4.3 Normalización de temperatura del paciente	4.3.1 Comunica al Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias cuando la temperatura del paciente se ha normalizado.	Enfermera de Urgencias
4.4 Limpieza de la unidad	Ordena y limpia la unidad donde fue atendido el paciente.	Enfermera de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Información Clínica de la Enfermería (M-01-04 a-b).

6. Definiciones

Control de temperatura por medios físicos: Es la regulación de la temperatura corporal a cifras normales por medios físicos.

7. Anexos

N/A



HIDRATACIÓN ORAL PLAN “A” y “B”

1. Propósito

Hidratar al paciente por vía oral, para mantener líquidos y electrolitos en cifras normales.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Solución de OMS, vida suero oral preparada.
- Jeringa de 5, 10, 20ml.
- Frascos, biberones estériles o vaso.
- Bolsas colectora de orina niño y niña.
- Pañal desechable.
- Báscula.
- Cinta métrica.
- Mesa pasteur.
- Cubrebocas
- Guantes
- Sonda de alimentación K-731 ò K-732
- Tela adhesiva, micropore
- Sábana clínica y sujetadores
- Dieta astringente de acuerdo a la edad.
- Dieta cuatro A (purés) pollo, zanahoria, arroz, aceite vegetal, caldo frijol negro).
- Hoja de información clínica de enfermería M-0-1-04 a y b.
- Hoja de balance hídrico M-0-26- a y b.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Recepción de paciente	4.1.1 Realiza lavado de manos y recibe al paciente enviado por el Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias.	Enfermera de Urgencias
4.2 Registro de signos vitales y perímetro abdominal	4.2.1 Toma signos vitales, peso y perímetro abdominal antes y después de la tolerancia y registra en Hoja de información clínica de enfermería M-01-04 (a-b) . Así mismo coloca pulsera de identificación.	Enfermera de Urgencias

Copia Controlada



Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de información clínica de enfermería M-01-04 (a-b) <p>Nota: Realiza la toma de exámenes de laboratorio en caso de que el Médico Adscrito de Urgencias lo solicite.</p>	
4.3 Registro de procedimientos médicos realizados al paciente	<p>4.3.1 Requisita en la Hoja de información clínica de enfermería M-01-04 (a-b) los procedimientos médicos realizados al paciente y las condiciones clínicas en que ingreso al Departamento de Urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de información clínica de enfermería M-01-04 (a-b) 	Enfermera de Urgencias
4.4 Aplicación del plan de hidratación	4.4.1 Recibe indicación del Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias acerca del plan de hidratación a seguir.	Enfermera de Urgencias
	4.4.2 Entrega al paciente a la Enfermera de hidratación de Urgencias.	
	4.4.3 Instala al paciente en la unidad de hidratación oral.	Enfermera de Hidratación de Urgencias.
Continúa...	4.4.4 Coloca bolsa recolectora de orina al paciente.	Enfermera de Hidratación de Urgencias.

Copia
Controlada



HIDRATACIÓN ORAL “A”		
4.5 Hidratación oral “A”	4.5.1 Aplica 3 tomas de solución OMS de acuerdo al peso, si hay tolerancia y no presenta vómito o cuadro enteral activo. Ver Instrucción de trabajo Preparación de suero vida oral o solución (OMS).	Enfermera de Hidratación de Urgencias.
	4.5.2 Proporciona dieta astringente cuatro A y fórmula de acuerdo a la edad del paciente.	
4.6 Peso de fluidos del paciente	4.6.1 Pesa los fluidos que ingresen y egresen del paciente y registra en Hoja de información clínica de enfermería (M-01-04 a-b y balance hídrico M-0-26- a y b).	Enfermera de Hidratación de Urgencias.
	4.6.2 Repone las pérdidas de fluido con solución de la OMS del 50-100% de acuerdo a las características de las evacuaciones, si es líquida al 100% y si es semilíquida al 50%.	
4.7 Evolución del paciente	4.7.1 Informa al Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias la evolución del paciente para nueva valoración.	Enfermera de Hidratación de Urgencias.
	4.7.2 Realiza valoración del paciente: ¿El paciente presenta mejoría? No: Inicia hidratación oral plan “B”. Pasa a la actividad 4.8.1. Si: Se da de alta por mejoría e informa al familiar o responsable las indicaciones a seguir. Pasa a la actividad 4.11.1	Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias

Copia

 Controlada

HIDRATACIÓN ORAL PLAN "B"		
4.8 Hidratación oral "B"	4.8.1 Administra al paciente las cantidades de suero vida oral cada 30 minutos por 8 tomas.	Enfermera de Hidratación de Urgencias
	4.8.2 Vigila tolerancia o presencia de vómitos, distensión abdominal, irritabilidad, cantidad y características de evacuaciones.	
	4.8.3 Avisar al médico si rehúsa la solución o persisten los vómitos, para la instalación de sonda de alimentación (calibre de acuerdo a la edad del paciente).	
	4.8.4 Realiza densidad urinaria y billilabstix cada 4 horas, registra en la Hoja de Balance Hídrico M-0-26 a-b y de información clínica de enfermería M-0-1-04 (a-b). <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Balance Hídrico M-0-26 a-b y de información clínica de enfermería M-0-1-04 (a-b) 	
4.9 Registro de la evolución clínica del paciente	4.9.1 Pesa y mide perímetro abdominal al terminar esquema, informa al Médico tratante la evolución del paciente y registra en la Hoja de información clínica de enfermería F-M-01-04 (a-b) y Hoja de balance hídrico M-0-26 (a-b). <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de información clínica de enfermería F-M-01-04 (a-b) • Hoja de balance hídrico M-0-26 (a-b) 	Enfermera de Hidratación de Urgencias.
4.10 Valoración del paciente	4.10.1 Recibe información de la Enfermera de Hidratación de Urgencias acerca del estado del paciente y realiza valoración. ¿El paciente presenta mejoría?	Medico Adscrito o Médico Residente de Urgencias Enfermera de hidratación de urgencias y

	<p>No: Inicia Hidratación parenteral plan “C”. Ver Instrucción de Trabajo Hidratación parenteral plan “C”, y se valora ingreso a hospitalización.</p> <p>Si: Puede ser tratado de la siguiente manera:</p> <p>Nota: Al paciente solo se le proporciona en tres ocasiones el plan de hidratación “B”</p> <p>a) Inicia Hidratación oral plan “A”. Regresa a la actividad 4.5, 4.6, 4.7.</p> <p>b) Da de alta por mejoría: Informa al familiar o responsable las indicaciones a seguir. Pasa a la actividad</p>	<p>hospitalización.</p> <p>Enfermera de hidratación</p> <p>Medico Adscrito o Médico Residente de Urgencias</p>
4.11 Registro final del paciente	<p>4.11.1 Realiza anotaciones finales la Hoja de registros clínicos de enfermería M-01-04 (a-b) y M-0-26 (a-b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registros clínicos de enfermería M-01-04 (a-b) • Hoja de balance hídrico M-0-26 (a-b) 	Enfermera de Hidratación de Urgencias
4.12 Limpieza del material y equipo	4.12.1 Limpia y ordena el material y equipo utilizado en el tratamiento del paciente.	Enfermera de Hidratación de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de información clínica de enfermería (M-01-04 a-b).
Hoja de Balance Hídrico (M-0-26 a-b).

6. Definiciones

Hidratación oral plan “A”: Es la hidratación por vía oral al paciente con deshidratación leve o del 5%.

Hidratación oral plan “B”: Es la administración de electrolitos vida suero oral, a pacientes con deshidratación leve o moderado 5 – 10%.

7. Anexos

ANEXO 1

La solución de la OMS se administrará de la siguiente manera:

- 3 tomas una cada 30 minutos. Si presenta mejoría se da de alta.
- En caso de que el paciente no presente mejoría con las primeras 3 tomas se quedara en observación y se administrarán 8 tomas de solución OMS.

La solución de la OMS se calcula de la siguiente manera:

100 ml x Kg. de peso para administrar en 4 horas, se aplican 3 tomas, una cada 30 minutos o 8 tomas si no presenta mejoría.

Formula:

$$\frac{100 \text{ ml. x Kg. peso}}{4 \text{ horas}} = \text{Total mls. x hora}$$

Ejemplo:

Administrar solución de la OMS a un paciente de 4 Kilos de peso en 3 tomas cada 30 minutos.

$$\frac{100 \text{ ml. x 4 Kg.}}{4 \text{ horas}} = 100 \text{ mls x hora}$$

Debido a que la administración de la solución OMS se realizará en 3 tomas cada 30 minutos el resultado se dividirá entre dos, ya que el resultado esta expresado en horas.

$$100 \text{ mls} / 2 = 50 \text{ mls cada 30 minutos}$$

Resultado:

Ministrar 50 ml de solución OMS cada 30 minutos x 3 tomas.



HIDRATACIÓN PARENTERAL PLAN “C”

1. Propósito

Suministrar soluciones por vía intravenosa para corregir estado de deshidratación.

2. Alcance

Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Catéter periférico de diversos calibres
- Equipo macrogotero, microgotero o volumen medido.
- Solución fisiológica, hartman, dextrosa, rubin calcagno o solución mixta 1 por 1
- Torundas
- Guantes
- Cubrebocas
- Charola mayo
- Tablas para fijación o venda elástica
- Tela adhesiva, micropore o apósito adhesivo
- Solución benjuí
- Solución antiséptica (isodine, alcohol)
- Jeringas
- Micropore
- Báscula
- Cinta métrica.
- Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 a y b.
- Hoja de balance hídrico M-0-26 a y b.
- Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b.



4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Recepción del paciente	4.1.1 Recibe al paciente en la consulta de Urgencias, pasa al cuarto clínico o sala de choque.	Medico Adscrito, Médico Residente y Enfermera de Urgencias
	4.1.2 Realiza lavado de manos, pesa al paciente y mide el perímetro abdominal, toma signos vitales y registra en la Hoja clínica de enfermería M-0-1-04 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja clínica de enfermería M-0-1-04 (a-b) 	Enfermera de Urgencias
4.2 Administración de la solución parenteral	4.2.1 Se coloca electrodos para monitoreo electrónico del paciente y se inicia hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b si el paciente ingresa a sala de choque. 4.2.2 Instala catéter periférico, toma muestras sanguíneas e instala la solución indicada por el Médico tratante de Urgencias. 4.2.3 Registra en la Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b) , Hoja de balance hídrico M-026 (a-b) u Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) según sea el caso, las condiciones en las que se recibe el paciente y los procedimientos médicos realizados. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registros clínicos de enfermería M-0-1-04 (a-b) • Hoja de balance hídrico M-026 (a-b) • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Urgencias

Copia
Controlada



<p>4.3 Entrega de paciente a Enfermera de Observación de Urgencias</p>	<p>4.3.1 Entregar al paciente con pulsera de identificación a la Enfermera de observación de Urgencias.</p> <p>4.3.2 Recibe al paciente y vigila su estado de hidratación y neurológico (somnolencia, irritabilidad, estado de conciencia, vómito, distensión y dolor abdominal).</p> <p>4.3.3 Pesa al paciente y observa características de evacuación, color, olor y consistencia, registrando en la Hoja clínica de enfermería M-0-1-04 (a-b), Hoja de balance hídrico M-026 (a-b) u Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) según sea el caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja clínica de enfermería M-0-1-04 (a-b) • Hoja de balance hídrico M-026 (a-b) • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	<p>Enfermera de observación de Urgencias</p>
<p>4.4 Canalización del paciente</p>	<p>4.4.1 Informar al familiar o responsable del paciente el tratamiento a seguir y la evolución del mismo.</p> <p>4.4.2 El paciente puede ser tratado de la siguiente manera.</p> <p>a) Realiza trámites de Ingreso hospitalario: Ver procedimiento de Ingreso y Egreso Hospitalario.</p> <p>b) Realiza transferencia Hospitalaria del paciente: Ver Instrucción de Trabajo de Transferencia Hospitalaria.</p> <p>c) Envía al paciente a otro hospital: Ver Instrucción de Trabajo de Traslado de pacientes a Hospitales Periféricos.</p>	<p>Medico Adscrito y Médico Residente de Urgencias</p>

Copia
Controlada

4.5 Limpieza de material y equipo	4.5.1 Limpia y ordena el material y equipo utilizado en el tratamiento del paciente.	Enfermera de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja clínica de enfermería (F-M-0-1-04 a y b)
Hoja de Cuidados Intensivos (M-5-1-05 a-b)
Hoja de balance hídrico (M-026 a y b)

6. Definiciones

Hidratación parenteral plan “C”: Es la administración de electrolitos y solución por vía intravenosa a pacientes con deshidratación moderada o severa 10-15%.

7. Anexos

N/A

Copia
Controlada



INSTALACIÓN DE MINISELLO

1. Propósito

Drenar aire o líquido de la cavidad pleural con fines terapéuticos.

2. Alcance

Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Monitor con cables completos
- Tomas de aire y oxígeno completos
- Mesa pasteur
- Equipo de aseo de piel y curación
- Catéter periférico N° 16,18,20
- Macrogotero
- Cubrebocas
- Guantes
- Bata
- Campos estériles
- Frasco con solución estéril
- Tela adhesiva y micropore
- Solución antiséptica
- Gasas
- 1 vaso desechable
- Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Instalación del paciente	4.1.1 Realiza lavado de manos.	Médico Adscrito o Médico Residente y Enfermera de Urgencias
	4.1.2 Instala al paciente en la unidad, coloca oxígeno con mascarilla facial, toma signos vitales y se coloca electrodos para monitorización.	Enfermera de Urgencias

Copia
Controlada

4.2 Toma de muestras sanguíneas	4.2.1 Retira la ropa del paciente, toma muestras sanguíneas e instala venoclisis.	Médico Adscrito o Médico Residente y Enfermera de Urgencias
4.3 Solicitud de Rayos X	4.3.1 Solicita Rayos X de tórax y pide a la Enfermera de Urgencias su colaboración para la toma de radiografía.	Médico Adscrito o Médico Residente
4.4 Preparación del paciente	4.4.1 Prepara el equipo en mesa pasteur.	Enfermera de Urgencias
	4.4.2 Proporciona al Médico tratante cubrebocas, bata, guantes, equipo de aseo de piel o curación y el catéter.	
	4.4.3 Realiza asepsia y antisepsia con solución antiséptica	Médico Adscrito o Médico Residente
4.5 Punción del hemitoráx	4.5.1 Punciona el hemitoráx derecho o izquierdo según padecimiento del paciente.	Médico Adscrito o Médico Residente
	4.5.2 Corta aproximadamente 10 cm. del vacoset por debajo de la cámara cuenta gotas y sumerge el extremo distal en el frasco de solución estéril.	
	4.5.3 Conecta el otro extremo del vacoset al cateter.	
	4.5.4 Observa datos de dificultad respiratoria, si hay salida de aire (burbujeo) o líquido de la cavidad pleural.	Enfermera de Urgencias
	4.5.5 Fija el catéter al vaso desechable para evitar la salida del mismo.	Médico Adscrito o Médico Residente

Copia

 Controlada

4.6 Toma de Rayos X	4.6.1 Solicita control de radiografía de tórax.	Técnico Rx y enfermera
	4.6.2 Participa en la toma de radiografía.	Enfermera de Urgencias
4.7 Registro de la condición clínica del paciente	<p>4.7.1 Registra en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) las condiciones clínicas del paciente y el procedimiento realizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos (M-5-1-05 a-b)

6. Definiciones

Instalación de minisello: Es la introducción de un catéter en cavidad pleural.

7. Anexos

N/A



INSTALACIÓN DE OSTEOLISIS

1. Propósito

Administrar de soluciones y fármacos de urgencia.

2. Alcance

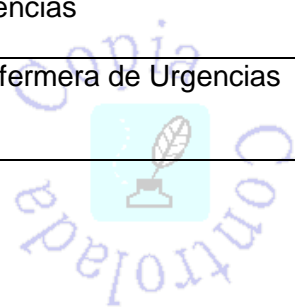
Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Mesa pasteur
- Equipo médula ósea
- Trocar de aspirado de médula ósea N° 16-18
- Solución antiséptica
- Solución parenterales
- Torundas, gasas
- Jeringas 20cc
- Vacoset
- Guantes, cubrebocas
- Batas y campos estériles
- Gasas
- Llave de 3 vías sin extensión
- Tela adhesiva, micropore
- 1 Sábana clínica
- Medicamentos de urgencia

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Notificación de participación en la instalación de osteoclastis.	4.1.1 Recibe notificación del Médico Adscrito o Médico Residente para participar en la instalación de osteoclastis.	Enfermera de Urgencias
4.2 Lavado de manos.	4.2.1 Realizan lavado de manos.	Médico y Enfermera de Urgencias
4.3 Preparación del material y equipo	4.3.1 Prepara el equipo y material en mesa pasteur.	Enfermera de Urgencias



4.4 Preparación del paciente	4.4.1 Coloca el miembro pélvico del paciente sobre un taquete y sujeta al paciente.	Enfermera de Urgencias
	4.4.2 Proporciona cubrebocas, batas y guantes al Médico Adscrito o Médico Residente tratante.	
	4.4.3 Realiza asepsia y antiséptica al paciente en la parte anterior de la tibia.	
	4.4.4 Prepara y proporciona las soluciones y medicamentos indicados por el Médico Adscrito o Médico Residente tratante.	
4.5 Conexión de la infusión	4.5.1 Conecta e inicia la infusión en el tiempo indicado.	Enfermera de Urgencias
	4.5.2 Vigila miembro pélvico, edema, fuga de solución y coloración.	
4.6 Registro del paciente	4.6.1 Registra en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) las condiciones clínicas del paciente y el procedimiento médico realizado. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Urgencias
	4.6.2 Coloca pulsera de identificación al paciente, anotando el nombre y registro del mismo.	
4.7 Retiro de la osteoclisis	4.7.1 Retira la osteoclisis después de tener otro acceso venoso central o periférico.	Médico y Enfermera de Urgencias
4.8 Limpieza del material y equipo	4.8.1 Limpia y ordena el material y equipo utilizado para realizar la osteoclisis.	Enfermera de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

Copia
 Controlada

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

Instalación de osteoclisis: Es la instalación de un catéter intraóseo, cuando no se puede tener otro acceso venoso.

7. Anexos

N/A



INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL LAVADO GÁSTRICO CON CARBÓN ACTIVADO

1. Propósito

Eliminar las sustancias tóxicas acumuladas en tracto digestivo.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Equipo de lavado gástrico
- Polvo de carbón activado preparado
- Agua bidestilada
- Solución fisiológica
- Sonda levin calibre 12,14,16,18,20 según la edad del paciente
- Jalea lubricante
- Bata
- Guantes
- Cubrebocas
- Macrogotero
- Micropore
- Tela adhesiva
- Sábana
- Sujetadores
- Bolsa de plástico
- Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Lavado Gástrico con carbón activado	4.1.1 Realizan lavado de manos.	Médico Adscrito y/o Médico Residente y Enfermera de Urgencias
	4.1.2 Pesa y toma signos vitales del paciente y registra en la Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) . <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 (a-b) 	Enfermera de Urgencias

Copia
Controlada

	4.1.3 Prepara material y equipo en la mesa pasteur.	
	4.1.4 Tome muestras de laboratorio e instale venoclisis.	
	4.1.5 Coloca bata, cubreboca y guantes estériles.	Médico Adscrito y/o Médico Residente y Enfermera de Urgencias
	4.1.6 Instala la sonda de orogástrica o nosogástrica y posteriormente la fija.	
	4.1.7 Inicia recambios con solución fisiológica hasta que la solución salga clara.	
	4.1.8 Realiza infusión de carbón activado a goteo continuo de 15-20 mls por hora, al terminar pince la sonda.	Enfermera de Urgencias
	4.1.9 Registre las condiciones clínicas en las que llegó el paciente y los procedimientos médicos realizados.	
	4.1.10 Coloque pulsera de identificación nombre y registro del paciente.	
	4.1.11 Entrega al paciente a la enfermera de observación e instala en su unidad.	Enfermera de Urgencias
	4.1.12 Observa el estado hemodinámico, neurológico y presencia de vómitos del paciente.	Enfermera de Urgencias.
	4.1.13 Informa al familiar o responsable del paciente las condiciones de salud del mismo.	Médico Adscrito y/o Médico Residente
	4.1.14 Brinda cuidados al material y equipo utilizados.	Enfermera de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a y b.

6. Definiciones

Intervención de la enfermera en el lavado gástrico con carbón activado: Es el procedimiento que se realiza para la descontaminación intestinal causada por ingesta de sustancias tóxicas como medicamentos, químicos y plantas.

7. Anexos

N/A



PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA SALA DE CHOQUE

1. Propósito

Brindar atención de urgencia al paciente que está gravemente enfermo.

2. Alcance

Aplica a las Enfermeras del Departamento de Urgencias.


3. Herramientas o materiales:

- Monitores, toma de aire y oxígeno
- Cuna térmica
- Carro rojo completo
- Soluciones parenterales y cristaloides
- Medicamento de urgencia
- Material de curación y batas estériles
- Tabla de traslado y collarines
- Ropa y sujetadores
- Equipo para instalar venoclisis
- Equipo para colocar catéter central
- Equipo para instalar sonda vesical o bolsa colectora de orina.
- Hoja de cuidados intensivos M-5-105- a y b.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Ingreso del paciente	4.1.1 Valora y monitoriza al paciente críticamente enfermo.	Médico Adscrito, Médico Residente y Enfermera de Urgencias
4.2 Estabilización del paciente	4.2.1 Aspira secreciones P.R.N, coloca oxígeno y retirar ropa. 4.2.2 cánula endotraqueal en caso necesario. 4.2.3 Instala acceso venoso por vía periférica, inicia soluciones parenterales o prepara equipo para osteoclisis.	Enfermera de Urgencias

Copia
Controlada

	<p>4.2.4 Toma destrostix y colabora en la toma de exámenes de laboratorio.</p> <p>4.2.5 Prepara y ministra medicamento y soluciones indicadas.</p> <p>4.2.6 Participa en la colocación de sonda orogástrica o nasogástrica.</p> <p>4.2.7 Colabora en la instalación de sonda vesical o instala bolsa colectora de orina para cuantificación de diuresis.</p>	<p>Enfermera de Urgencias</p> <p>Médico adscrito o residente.</p>
4.3 Registro de condiciones clínicas del paciente	<p>4.3.1 Requisita en Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) los signos vitales y las condiciones clínicas del estado en el que llegó el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) <p>4.3.2 Coloca pulsera de identificación con los datos solicitados al paciente.</p>	Enfermera de Urgencias
4.4 Preparación del paciente para traslado	<p>4.4.1 Prepara al paciente para traslado a estudios de gabinete a intervención quirúrgica o para su ingreso a hospitalización.</p> <p>a) Realizar estudios de laboratorio y/o gabinete.</p> <p>b) Ingreso a quirófano. Ver procedimiento de intervención quirúrgica.</p> <p>c) Ingreso a hospitalización. Ver procedimiento de ingreso y egreso hospitalario.</p>	Enfermera de Urgencias
4.5 Observación del estado clínico del paciente	<p>4.5.1 Observa al paciente mientras permanece en la Sala de Choque de Urgencias, registrando en Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) los cambios de su estado de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 (a-b) 	<p>Enfermera de Urgencias</p> 

4.6 Registro del paciente ingresado a la Sala de Choque	4.6.1 Registra en la libreta de control la información del paciente que ingresa a la Sala de Choque de Urgencias.	
4.7 Aseo de la Sala de Choque	4.7.1 Limpia y ordena la Sala de Choque de Urgencias después al egreso del paciente.	Enfermera de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO.		

5. Registros de Calidad

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

6. Definiciones

N/A

7. Anexos

N/A



PREPARACIÓN DE SOLUCIÓN CON CARBÓN ACTIVADO

1. Propósito

Mantener la sustancia preparada para ser utilizada en caso de urgencia con el paciente intoxicado.

2. Alcance

Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- Polvo de carbón activado (previa indicación médica)
- Solución fisiológica, agua esterilizada o coca cola.
- Macrogotero
- Cubrebocas
- Guantes
- Báscula
- Etiquetas o tela adhesiva
- Mesa pasteur

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Indicación para realizar la solución	4.1.1 Recibe indicación para preparar la solución con carbono activado del Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias.	Enfermera de Urgencias
4.2 Lavado de manos	4.2.1 Realiza lavado de manos, se coloca cubrebocas y guantes.	Enfermera de Urgencias
4.3 Realización de la mezcla	4.3.1 Pesa la cantidad de carbón activado indicado por el Médico Adscrito o Médico Residente de Urgencias.	Enfermera de Urgencias
	4.3.2 Destapa el frasco de la solución o coca cola y deja la cantidad indicada.	

Copia

 Controlada

	4.3.3 Agrega la cantidad indicada de carbón activado.	
	4.3.4 Tapa el frasco y lo agita hasta lograr una mezcla homogénea.	
	4.3.5 Inserta el macrogotero en el tapón del frasco y purga el equipo.	
	4.3.6 Membreta la solución con los datos de los componentes y del paciente.	
4.4 Limpieza del material	4.4.1 Limpia y ordena el material utilizado para la preparación de la solución con carbón activado.	Enfermera de Urgencias
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

Preparación de solución con carbón activado: Es la mezcla que se hace de carbón activado con la solución ò coca cola indicada.

7. Anexos

N/A



PREPARACIÓN DE SUERO VIDA ORAL O SOLUCIÓN DE LA OMS

1. Propósito

Preparar una solución que contenga los electrolitos necesarios para la hidratación oral.

2. Alcance

Departamento de Urgencias.

3. Herramientas o materiales:

- 1 Jarra graduada de 1 litro con tapa.
- 1 Litro de agua hervida o embotellada a temperatura ambiente.
- 1 Sobre de suero vida oral (OMS)
- Tela adhesiva.

4. Pasos de la Instrucción

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
4.1 Lavado de manos	4.1.1 Realiza el lavado de manos y coloca cubrebocas.	Enfermera de Urgencias
4.2 Preparación de la solución	4.2.1 Vierta un litro de agua hervida en la jarra graduada.	Enfermera de Urgencias
	4.2.2 Corta el sobre por el área punteada y mezcla con el agua.	
	4.2.3 Disuelva hasta lograr una mezcla homogénea y mantenga la jarra tapada a temperatura ambiente.	
	4.2.4 Membrete la jarra con los siguientes datos: fecha, hora, tipo de solución y nombre de la enfermera que lo preparó. Nota: En caso de que la mezcla no sea utilizada al cumplir las 24 horas deberá desecharse.	
TÉRMINO DE INSTRUCCIÓN DE TRABAJO		

Copia
Controlada

5. Registros de Calidad

N/A

6. Definiciones

Preparación de suero vida oral o solución de la OMS: Es la mezcla del sobre suero vida OMS oral en un litro de agua hervida.

7. Anexos

N/A



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 Neotología. ○ 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.



