



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades
médicas hospitalarias de segundo nivel de atención
2660-003-056

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Luis Rafael López Ocaña
Coordinador de Unidades de Segundo Nivel

Elaboró

Dr. Alejandro Ajoleza Sánchez
Titular de la División de Hospitales

**COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD**

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 18 FEB. 2022

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

	Página
1 Base normativa	3
2 Objetivo	3
3 Ámbito de aplicación	3
4 Definiciones	3
5 Políticas	6
6 Descripción de actividades	15
7 Diagrama de flujo	57
Anexos	
Anexo 1 Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, Clave 2660-006-018	84
Anexo 2 Registro de pacientes hospitalizados Clave 4-30-51/72	121
Anexo 3 Solicitud de internamiento, Clave 2660-009-131	125
Anexo 4 Imagen muestra de la agenda de citas médicas 4-30/7.	129
Anexo 5 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, Clave 2660-009-144	131
Anexo 6 Tarjeta de identificación, Clave 2660-009-002	166
Anexo 7 Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización, Clave 2660-005-008	174
Anexo 8 Imagen muestra de la solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001 y solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000.	253
Anexo 9 Imagen muestra del formato de Interconsulta de especialidad 4-30-8/83	256
Anexo 10 Criterios de ingreso y egreso del programa de atención domiciliaria del enfermo crónico (ADEC), Clave 2660-018-003	258



1 Base normativa

- Artículo 82 Fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Artículos 7, 8, 83, 84, 85, 86, 88, 94, 110 y 111 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación 30 de noviembre de 2006.
- Numerales 7.1.4.2 Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y 7.1.4.2.2 División de Hospitales, del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado y registrado el 08 de octubre de 2021.

2 Objetivo

Proporcionar los elementos necesarios para que el personal médico y paramédico de los servicios de hospitalización brinden atención médica oportuna, segura, eficiente y de calidad a los pacientes que ocupen una cama hospitalaria.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, División de Hospitales, la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, la Coordinación de Gestión Médica y Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 ADEC: Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, es una estrategia médica integral que se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario en domicilio, dirigida a pacientes con egreso hospitalario que cumplen criterios específicos de ingreso y egreso.

4.2 alta médica hospitalaria: Término del tratamiento practicado a un paciente por el Médico no Familiar y envío al Médico Familiar al que está adscrito.

4.3 análisis clínicos: Conjunto de exámenes para realizar estudios de hematología, microbiología, clínicos e inmunológicos de muestras orgánicas provenientes de pacientes.

4.4 ARIMAC: Área de Información Médica y Archivo Clínico, es un espacio designado para el resguardo de expedientes clínicos, así como para el descargo de información



médica-administrativa.

4.5 CUSN: Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.

4.6 cama censable: Es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para uso regular de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, el servicio de Admisión hospitalaria la asigna al paciente, para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días de estancia.

4.7 carta de consentimiento informado: Documento escrito, signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.8 caso de estancia prolongada: Escenario donde la estancia del paciente es mayor al valor de referencia esperado de acuerdo con el tipo de hospital y división médica, establecidos en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos.

4.9 cuidado integral del paciente: Es la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del paciente y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

4.10 diagnóstico de ingreso: Afección por la cual un paciente es ingresado al servicio de hospitalización.

4.11 egreso hospitalario: Es la salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una unidad censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intrahospitalarios.

4.12 equipo de ADEC: Grupo multidisciplinario constituido por un Médico Familiar o Médico no Familiar, una Enfermera General, de forma opcional una Trabajadora Social y un Chofer, adscritos a la unidad médica hospitalaria de que se trate.

4.13 equipo de salud: Grupo de trabajo interdisciplinario constituido por el personal profesional, técnico y auxiliar cuyo objetivo común es generar acciones en el campo de la promoción, protección, recuperación de la salud y la rehabilitación.

4.14 expediente clínico: Al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de



cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

4.15 gestión de riesgos: Proceso de planificación, organización, dirección y control de los recursos humanos y materiales de una organización, con el fin de reducir al mínimo o aprovechar los riesgos e incertidumbres de la organización.

4.16 hospitalización: Se refiere al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en una cama censable.

4.17 IMSS o Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.18 incapacidad temporal: Es la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente a la o el asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo.

4.19 interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en el tratamiento médico de un paciente, a fin de proporcionar atención integral al mismo a solicitud del médico tratante.

4.20 médico no Familiar: Profesional de la medicina que ostenta un postgrado, que lo acredita como especialista en cierta rama de la medicina y con ese carácter, labora en los servicios médicos del IMSS.

4.21 médico tratante: El Médico Familiar o Médico No Familiar del Instituto, que durante su jornada de labores proporciona directamente la atención médico quirúrgica al paciente.

4.22 paciente: Persona que solicita atención médica para la preservación de su salud y que recibe cuidados profesionales para su mejoría.

4.23 referencia-contrarreferencia: Proceso médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, el cual coadyuva en facilitar el envío recepción - regreso del paciente, con el propósito de otorgar atención médica oportuna, integral y de calidad.

4.24 resumen clínico: Es el documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente contenidos en el expediente clínico. Deberá contener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

4.25 seguridad del paciente: La atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

4.26 unidad de contrarreferencia: Unidad de atención médica de menor complejidad a la cual se envía un paciente para continuar su tratamiento en forma integral, de acuerdo a su



condición clínica y necesidades de cuidados de su salud, habitualmente es la Unidad de Medicina Familiar a la cual está adscrito el paciente.

4.27 unidad del paciente: Es la combinación del espacio, mobiliario y material para uso personal de los que disponen los pacientes en su estancia en un centro hospitalario.

4.28 visita conjunta: Es el pase de visita del Cuerpo de Gobierno y personal operativo de un área hospitalaria con el fin de identificar y dar solución a problemas médico-administrativos en el proceso de atención médica.

5 Políticas

5.1. Generales

5.1.1. El presente documento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel”, clave 2660-003-056, registrado el 20 de abril del 2011.

5.1.2. El lenguaje empleado en el presente documento, en los anexos y formatos no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencia entre hombres y mujeres por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que, por la naturaleza del tema, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

5.1.3. El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.4. Corresponde a la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel a través de la División de Hospitales, atender, resolver e interpretar los casos no previstos en el presente procedimiento y validar los métodos específicos de trabajo relacionados con la atención hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.

5.1.5. El presente procedimiento atiende el contenido de los siguientes documentos:

- Artículos 51 Bis 1 y 51 Bis 2, capítulo IV de la Ley General de Salud publicada el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.



5.2. Específicas

Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas

5.2.1. Vigilará a través del Coordinador de Prevención y Atención a la Salud, el cumplimiento del presente procedimiento por parte del personal directivo y operativo de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención.

Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

5.2.2. Difundirá el presente procedimiento a su equipo de trabajo y personal directivo de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, y promoverá la supervisión de su cumplimiento en las áreas de hospitalización.

Coordinador de Información y Análisis Estratégico

5.2.3. Vigilará a través del Jefe de ARIMAC la captura oportuna y adecuada de las fuentes primarias de información.

Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo

5.2.4. Analizará y validará los requerimientos de insumos y servicios de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención, para llevar a cabo la atención integral de los pacientes.

Coordinador de Gestión Médica

5.2.5. Verificará el avance en el cumplimiento de las acciones de mejora, con la periodicidad establecida en los compromisos derivados de las observaciones surgidas en las auto mediciones y mediciones realizadas a las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención por parte del Equipo de Supervisión Delegacional, de la Unidad de Evaluación de Órganos desconcentrados de la Dirección de Operación y Evaluación y la División de Mejora a la Gestión e Interacción Médica.

Director de Unidad Médica

5.2.6. Difundirá el presente procedimiento al Cuerpo de Gobierno para la supervisión de su cumplimiento en las áreas de hospitalización.

5.2.7. Participará en la visita conjunta al menos una vez a la semana con el equipo de salud en las áreas de hospitalización, con la finalidad de detectar oportunamente posibles riesgos en la atención del paciente.

5.2.8. Coordinará que los integrantes de los comités institucionales identifiquen, analicen posibles riesgos y establezcan las medidas de seguridad necesarias en los procesos de atención médica.



5.2.9. Garantizará la operación y evaluación del Programa de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud en forma ininterrumpida.

5.2.10. Coordinará que el equipo de salud otorgue una atención de calidad, conforme a los Derechos Generales de los Pacientes, mismos que pueden ser consultados: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin8/derechos_pacientes.pdf

Subdirector Médico

5.2.11. Vigilará el cumplimiento oportuno de los programas institucionales del proceso de hospitalización.

5.2.12. Vigilará que el sistema de referencia-contrarreferencia de los pacientes entre Unidades Médicas opere conforme a la regionalización de los servicios médicos institucionales, para otorgar atención médica oportuna, integral y de calidad.

5.2.13. Vigilará que se cumplan los criterios de ingreso y egreso de la Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico.

5.2.14. Realizará pase de visita conjunta, por lo menos una vez a la semana y jornada acumulada con el personal de salud de los servicios de hospitalización, con la finalidad de detectar y atender oportunamente posibles riesgos en la atención del paciente.

5.2.15. Realizará gestiones necesarias en el ámbito de su competencia para atención de problemas médico-administrativos de los casos con estancia prolongada.

5.2.16. Vigilará que los informes hospitalarios generados por la unidad se entreguen con la periodicidad indicada por la normativa institucional correspondiente.

5.2.17. Supervisará que el equipo de salud otorgue atención de calidad, conforme a los Derechos Generales de los Pacientes.

Subdirector Administrativo o Administrador

5.2.18. Vigilará que la Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención cuente con los recursos humanos, equipamiento, material de curación, ropa hospitalaria, medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para la atención del paciente de manera eficiente, oportuna y segura en los servicios de hospitalización.

5.2.19. Realizará junto con el Jefe de Laboratorio Clínico, las actividades necesarias para garantizar que se cuente en el área de laboratorio, con los insumos necesarios y en forma oportuna, que faciliten las actividades de vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como para el seguimiento mediante exámenes serológicos aplicados a los trabajadores que sufren accidentes con objetos punzocortantes.



5.2.20. Asegurará se cuenten con recurso humano, insumos, y vehículo para llevar a cabo las actividades de ADEC.

Coordinador Clínico de Turno

5.2.21. Realizará las actividades del Subdirector Médico durante el turno que le fuera asignado.

Jefe de Servicio

5.2.22. Difundirá y vigilará el cumplimiento del presente procedimiento al equipo de salud en el área de hospitalización.

5.2.23. Coordinará que el sistema de referencia-contrarreferencia opere conforme a la regionalización vigente.

5.2.24. Coordinará el desarrollo del proceso de hospitalización basado en tres aspectos: atención centrada en el paciente, la gestión del proceso y el trabajo en equipo.

5.2.25. Supervisará los procesos de prealta y alta hospitalaria a fin de dotar de unidades a los servicios con mayor demanda.

5.2.26. Realizará pase de visita conjunta con la periodicidad que considere necesaria, detectará áreas de oportunidad y ejecutará las gestiones necesarias para la solución de problemas.

5.2.27. Realizará el análisis de los casos con estancia prolongada y establecerá estrategias para solución oportuna de los problemas detectados como sesiones interdepartamentales, gestiones directivas etc.

Equipo de supervisión

5.2.28. Supervisará y asesorará los procesos directivos y operativos en las áreas de hospitalización en las Unidades Médicas a fin de establecer acciones de mejora.

Equipo de salud

5.2.29. Conformado de manera multidisciplinaria por el área médica, enfermería, trabajo social, nutrición y administrativos dependientes de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud cuya función será la de validar que las unidades médicas, elaboren el reporte de prestación de servicios médicos, de intercambio y subrogados, a fin de realizar el análisis de las intervenciones en salud que son susceptibles de oferta y demanda.

5.2.30. Utilizará de forma adecuada y eficiente los recursos que el Instituto le proporcione para la atención médica en las áreas de hospitalización en beneficio del paciente.



5.2.31. Proporcionará atención de calidad y calidez conforme a los Derechos Generales de los Pacientes.

5.2.32. Portará en todo momento gafete y uniforme institucional, respetando las áreas blancas y grises.

5.2.33. Ejecutará las acciones implementadas para prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud, contenidas en la “Guía para la implementación acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1).

5.2.34. Realizará en el ámbito de su competencia, las acciones contenidas en las indicaciones médicas de prealta, para favorecer el egreso oportuno del paciente.

5.2.35. Integrarán todos los documentos que conforman el Expediente Clínico, de acuerdo al orden señalado en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico (Historia Clínica, Notas Médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, reportes del personal profesional y técnico, otros documentos).

5.2.36. Manejará la información del Expediente Clínico con confidencialidad, atendiendo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

5.2.37. Participará en el proceso educativo, de investigación y docencia para la mejora de la atención en los servicios de hospitalización.

5.2.38. Realizará enlace de turno, con la finalidad de verificar la calidad de atención que se proporciona al paciente e información relevante para su seguimiento.

5.2.39. Asistirá en forma programada a eventos de capacitación y educación continua, para efectos de mejor desempeño del puesto.

5.2.40. Participará en actividades docentes para difundir los contenidos de los cursos a los que asista

Equipo de ADEC

5.2.41. Elaborará el calendario de visitas domiciliarias de acuerdo con la prioridad de cuidados y rutas.

5.2.42. Elaborará el informe mensual de productividad del Programa ADEC al siguiente día del corte de productividad establecido en la Unidad Médica Hospitalaria.

Médico No Familiar

5.2.43. Conocerá y aplicará la normatividad y estrategias institucionales vigentes relacionadas con la atención médica en las áreas de hospitalización.



5.2.44. Otorgará atención médica integral a los pacientes hospitalizados de forma oportuna, segura y eficiente, con apego al presente procedimiento, considerando las acciones médicas de prevención, educación para la salud y de rehabilitación con la finalidad de disminuir o evitar el riesgo de discapacidad.

5.2.45. Elaborará las notas médicas de atención a los pacientes hospitalizados a su cargo por lo menos una vez dentro de su jornada laboral o las veces que sean necesarias, así como notas de revisión cada 5 días de los casos con estancia prolongada.

5.2.46. Elaborará las indicaciones médicas legibles, sin abreviaturas, tachaduras o enmendaduras de acuerdo a las buenas prácticas clínicas, con fecha, hora, nombre, matrícula y su firma como médico tratante, especificará nombre genérico del medicamento y de soluciones, así como su presentación, dosis y periodicidad.

5.2.47. Realizará las interconsultas dentro del turno en que le sean asignadas y registrará su intervención en la nota médica de acuerdo a la Normatividad vigente.

5.2.48. Participará con el Jefe de Servicio y Equipo de Salud en el pase de visita conjunta y reportará incidencias médico-administrativas que afecten la atención del paciente.

5.2.49. Colaborará con el adecuado desarrollo de los programas institucionales vigentes.

5.2.50. Informará al Jefe o Responsable de Servicio sobre la condición clínica de los pacientes cuya patología es relevante, sobre los estudios o procedimientos pendientes que requieren de su atención.

Médico No Familiar Epidemiólogo

5.2.51. Revisará al menos tres veces por semana a todos los pacientes hospitalizados, con énfasis en aquellos que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos, para verificar que se ejecuten las recomendaciones de prevención y control específicas, identificar infecciones asociadas a la atención de la salud e integrar la información para su análisis.

5.2.52. Analizará la información generada de la vigilancia epidemiológica, para identificar oportunamente brotes epidémicos de infección nosocomial y establecer medidas de control en forma oportuna.

Enfermera Especialista en Salud Pública

5.2.53. Realizará visita diaria a los pacientes hospitalizados para dar seguimiento a los detectados con infecciones asociadas al cuidado de la salud relacionadas con la atención médica y los registra en el formato de “Registro de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales”, clave 2420-009-070.

NOTA: El “Registro de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales”, clave 2420-009-070, es el Anexo 1 del Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las unidades médicas de tercer nivel de atención clave 2460-003-002.



Jefe de Enfermeras

5.2.54. Difundirá e implementará con el personal de enfermería el presente procedimiento.

5.2.55. Participará con el Equipo de Supervisión Delegacional durante las visitas a las áreas de Hospitalización.

5.2.56. Asesorará a la Subjefe de Enfermeras, Enfermera Jefe de Piso o Responsable, sobre la gestión de recursos humanos e insumos terapéuticos y no terapéuticos, con apego al "Procedimiento para la Gestión directiva de los servicios de enfermería en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel de Atención", clave 2660-003-053.

5.2.57. Supervisará los programas de mejora, derivados de los riesgos detectados en las áreas de Hospitalización.

5.2.58. Realizará las gestiones necesarias para que en la Unidad los objetos que van a ser utilizados en procedimientos invasivos o que representen alto riesgo para el desarrollo de infecciones nosocomiales sean esterilizados y cuando esto no sea posible, se efectúe desinfección bajo especificaciones estrictas de calidad.

Subjefe de Enfermeras

5.2.59. Realizará la gestión en el ámbito de su competencia de los recursos humanos y de los insumos terapéuticos y no terapéuticos en coordinación con los Servicios de Personal, con la finalidad de que se otorgue atención de enfermería: oportuna, eficiente, de calidad, seguro y centrada en el paciente.

5.2.60. Supervisará, evaluará y asesorará en las actividades técnico administrativas de atención de enfermería en las áreas de hospitalización.

5.2.61. Asesorará el desarrollo, organización e implementación del diagnóstico situacional de las áreas de hospitalización en coordinación con la Enfermera Jefe de Piso o Responsable asignada a cada servicio; así como el programa de trabajo, de capacitación y supervisión.

5.2.62. Detectará, en coordinación con la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, las necesidades de capacitación del personal asignado a las áreas de Hospitalización.

Enfermera Jefe de Piso o Responsable

5.2.63. Cumplirá con lo establecido en el presente procedimiento, así como con la normatividad vigente en la materia.



5.2.64. Realizará diariamente enlace de turno en el servicio de su responsabilidad con personal homólogo del turno anterior y el entrante, para asegurar la continuidad del cuidado de enfermería.

5.2.65. Establecerá coordinación permanente con el personal de Limpieza e Higiene, Servicios de Intendencia y Conservación, para que se realice el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo electro médico, así como el programa de limpieza y desinfección del área física para el funcionamiento óptimo del servicio de su responsabilidad.

5.2.66. Participará en las necesidades de inducción al puesto, capacitación, adiestramiento e investigación del personal de enfermería, asignado al servicio de su responsabilidad.

5.2.67. Supervisará y asesorará los aspectos técnicos administrativos, relacionados con las funciones y actividades del personal de enfermería del servicio de su responsabilidad.

Enfermera Especialista o Enfermera General

5.2.68. Realizará enlace de turno con personal homólogo del turno anterior y el entrante, para asegurar que el cuidado de enfermería sea continuo y libre de riesgos.

5.2.69. Registrará oportunamente el plan de atención de enfermería.

5.2.70. Notificará en forma oportuna a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, los faltantes de equipo y desperfectos, así como de insumos terapéuticos y no terapéuticos necesarios para proporcionar atención de enfermería al paciente en las áreas de Hospitalización.

Auxiliar de Enfermería General

5.2.71. Realizará enlace de turno en el servicio asignado con personal homólogo del turno anterior y el entrante, para asegurar que el cuidado de enfermería sea continuo y libre de riesgos.

5.2.72. Participará en el desarrollo de las actividades propias de la categoría para proporcionar atención oportuna a la población usuaria.

5.2.73. Corroborará que el personal de Limpieza e Higiene o Auxiliar de Servicios de Intendencia efectúe el aseo de la unidad del paciente, equipo y mobiliario del servicio.

Nutricionista Dietista, Especialista en Nutrición y Dietética, Nutriólogo Clínico Especializado

5.2.74. Proporcionará información y orientación sobre los aspectos nutricionales en el autocuidado para la salud, al paciente, familiar o persona legalmente responsable, durante su hospitalización y al momento de su egreso.



Trabajadora Social, Trabajador Social Clínico

5.2.75. Proporcionará al paciente, familiar o persona legalmente responsable la información y educación de acuerdo al programa institucional en que esté participando el paciente.

5.2.76. Realizará las visitas domiciliarias de los pacientes que presenten situaciones médico-sociales que lo ameriten.

5.2.77. Participará en los diferentes programas y estrategias institucionales que requieran de la atención médico-social.

Asistente Médica

5.2.78. Actualizará en colaboración con la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, el listado de pacientes hospitalizados y reporte del estado de salud.

5.2.79. Registrará los egresos hospitalarios en el formato Registro de Pacientes Hospitalizados, clave 4-30-51/72 (Anexo 2) y Egresos-Registro Diario Hospital, clave 4-30-21/17-E.

5.2.80. Verificará el número de unidades disponibles y lo reportará a Admisión hospitalaria, así como los movimientos intrahospitalarios y traslados definitivos y transitorios a otra Unidad Médica Hospitalaria.

Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene

5.2.81. Asegurará la limpieza y desinfección oportuna de las unidades en el momento del egreso de paciente, para asegurar la disponibilidad de la unidad.



Responsable	Descripción de actividades
6 Descripción de actividades Asistente Médica de Admisión hospitalaria o Mensajero	Etapas I Admisión hospitalaria 1. Recibe de la Asistente Médica el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3) y actúa conforme al Área de procedencia. NOTA: Para los pacientes provenientes de la Consulta de Especialidades, la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería deberá acompañarlo con el “Expediente Clínico” hasta el servicio de Admisión Hospitalaria y lo entregará a la Asistente Médica. Modalidad A Paciente proveniente de otros servicios dentro de la unidad médica hospitalaria. Continúa en la actividad 2. Modalidad B Paciente proveniente de la consulta externa de especialidades. Continúa en la actividad 17. Modalidad A Paciente proveniente de otros servicios dentro de la unidad médica hospitalaria 2. Asigna unidad del paciente y anota el número de ésta en el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3) y lo devuelve a la Asistente Médica del Área de procedencia. 3. Llena el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) y verifica si el “Expediente clínico” está en el servicio que solicita el internamiento. No está en el servicio que solicita el internamiento.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión hospitalaria o Mensajero	4. Llena en original y copia el formato “Vale al Archivo Clínico por el (los) expediente (s) 4-30-9” clave 2E10-009-020. NOTA: El “Vale al Archivo Clínico por el (los) expediente (s) 4-30-9”, clave 2E10-009-020 es el Anexo 3 del “Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del expediente clínico en papel, en las Áreas de información médica y archivo clínico de la unidad de medicina familiar con servicio de hospitalización y unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención”, clave 2E10-003-003.
Asistente Médica de Admisión hospitalaria o Mensajero	5. Entrega al Mensajero o Asistente Médica de admisión hospitalaria el original y copia del formato “Vale al Archivo Clínico por el (los) expediente (s) 4-30-9” clave 2E10-009-020, para que acuda a ARIMAC por el “Expediente Clínico”. 6. Entrega el original y copia del formato “Vale al Archivo Clínico por el (los) expediente (s) 4-30-9” clave 2E10-009-020 al personal de ARIMAC.
Personal de ARIMAC	7. Realiza las actividades 51 a 52 del “Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del expediente clínico en papel, en las Áreas de información médica y archivo clínico de la unidad de medicina familiar con servicio de hospitalización y unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención”, clave 2E10-003-003. Continúa en la actividad 8.
Asistente Médica de Admisión hospitalaria o Mensajero	8. Entrega el “Expediente Clínico” a la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	9. Entrega el “Expediente Clínico” a la Asistente Médica del Área de Procedencia.
Asistente Médica del Área de Procedencia	10. Recibe el “Expediente Clínico”, informa al familiar o persona legalmente responsable la asignación de la unidad del paciente y le solicita acuda a Admisión Hospitalaria para los trámites correspondientes. Continúa en actividad 11.



Responsable	Descripción de actividades
	Está en el servicio que solicita el internamiento.
Asistente Médica del Área de Procedencia	11. Informa a la Asistente Médica de Hospitalización el ingreso del paciente, entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable el “Expediente Clínico” y le notifica el número de la unidad del paciente.
Asistente Médica de Hospitalización	12. Elabora “Listado de pacientes hospitalizados” en original y cinco copias, entrega el original al área de informes y distribuye las copias a las siguientes áreas: • Admisión Hospitalaria • Coordinación de Asistentes Médicas • Hospitalización • Trabajo Social en área de hospitalización • Vigilancia NOTA: El “Listado de pacientes hospitalizados” debe contener: fecha, servicio, n° de unidad del paciente, nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de seguridad social y estado de salud.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del Área de Procedencia	13. Entrega el “Expediente Clínico” a la Enfermera Especialista, Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General.
	14. Realiza higiene de manos de acuerdo con el numeral 5 Acción esencial 5, de la “Guía para la implementación de las Acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1) y proporciona cuidados necesarios al paciente para su ingreso.
	15. Solicita la presencia del camillero en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene, para realizar el traslado del paciente y lo acompaña durante el traslado. NOTA: Si las condiciones clínicas del paciente lo ameritan, el Médico No Familiar acompañará al paciente durante su traslado.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	16. Identifica al paciente, lleva a cabo medidas de seguridad para disminuir el riesgo de caídas e infecciones, con apego a la Acción esencial 1, 5 y 6 de la “Guía para la implementación de las Acciones esenciales de seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1) y lo traslada. Continúa en la actividad 48. Modalidad B Paciente Consulta de Especialidades
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	17. Identifica en la “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3) el tipo de hospitalización: Hospitalización el mismo día. Continúa en la actividad 18. Hospitalización programada. Continúa en la actividad 25. Hospitalización el mismo día 18. Solicita al paciente, familiar o persona legalmente responsable los siguientes documentos: • “Cartilla Nacional de Salud” • “Identificación oficial” 19. Identifica el servicio solicitado en el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3). 20. Consulta la disponibilidad de unidades para paciente y de acuerdo con las características del paciente asigna una, anota el número en el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3) y la integra al “Expediente Clínico”. NOTA: Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable en caso de no haber unidades disponibles, que se comunicará vía telefónica en cuanto se tenga disponibilidad.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	No existe disponibilidad 21. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable la no disponibilidad de unidades e informa que le será notificado vía telefónica en cuanto se tenga disponibilidad. Continúa en la actividad 22. Existe disponibilidad 22. Llena la “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 y el “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) y los integra al “Expediente Clínico”. NOTA 1: Con los datos personales del paciente se llenará la sección de identificación del formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 NOTA 2: El formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21)” clave 2E10-009-013 es el Anexo 13 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002. 23. Llena el formato “Pase de visita 4-145”, lo entrega al familiar o persona legalmente responsable junto con la “Cartilla Nacional de Salud”, la “Identificación oficial” y el “Reglamento Interno del Hospital”, le solicita firma de recibido en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2). NOTA: El “Pase de visita 4-145” se encuentra como Anexo 5 del procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva en la Unidades Médicas de Tercer Nivel de atención, clave 2430-003-034. 24. Solicita la permanencia del familiar o persona legalmente responsable en la sala de espera hasta que el paciente sea trasladado al Área de Hospitalización, le informa de manera clara y sencilla sobre normas y horarios del Área. Continúa en la actividad 41. Hospitalización Programada



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	25. Orienta al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre los trámites administrativos relacionados con la hospitalización y le solicita los siguientes documentos: • “Cartilla Nacional de Salud” e • “Identificación oficial” 26. Registra en la “Agenda de citas médicas 4-30/7” (Anexo 4), nombre completo del paciente, número de afiliación, fecha de nacimiento, fecha y hora de hospitalización. 27. Anota en la “Cartilla Nacional de Salud” y en el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3), fecha, hora, servicio de internamiento y clave de la Asistente Médica. 28. Devuelve al paciente, familiar o persona legalmente responsable la “Cartilla Nacional de Salud”, la “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3) y la “Identificación oficial”. 29. Solicita al paciente y familiar o persona legalmente responsable que acudan a Trabajo Social para orientación acerca de la atención hospitalaria.
Trabajadora Social/ Trabajador Social Clínico	30. Recibe al paciente y familiar o persona legalmente responsable y realiza el “Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades médicas de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-071. 31. Informa al paciente que el día de su internamiento debe presentarse en Admisión Hospitalaria para el trámite de ingreso.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	32. Recibe al paciente y familiar o persona legalmente responsable el día de la hospitalización y lo saluda amablemente. 33. Solicita al paciente, familiar o persona legalmente responsable la siguiente documentación: • “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3)



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	• “Cartilla Nacional de Salud” e • “Identificación oficial” 34. Identifica el servicio y el número de unidad del paciente asignada en el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-131 (Anexo 3). 35. Llena en original y copia el formato “Ingresos–Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003, anota el número de unidad asignada y lo entrega al final de la jornada a la Coordinadora de Asistentes Médicas. NOTA: El formato “Ingresos–Registros Diario Hospital 4-30-21/17-I” clave 2E10-009-003 es el Anexo 3 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el sistema de información médico operativo” clave 2E10-003-002.
Coordinadora de Asistentes Médicas	36. Recibe original y copia del formato “Ingresos–Registros Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003 y entrega al Personal del ARIMAC.
Personal de ARIMAC	37. Recibe original y copia del formato “Ingresos–Registros Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003, para su control.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	38. Comunica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, el ingreso del paciente y el número de unidad asignada.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	39. Solicita a la Enfermera Especialista, Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General que sea responsable del paciente y que prepare la unidad del paciente. NOTA: En lo sucesivo a la unidad o cuna se le denominará unidad del paciente.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	40. Solicita la permanencia del familiar o persona legalmente responsable en la sala de espera hasta que el paciente sea trasladado al Área de Hospitalización, le informa de manera clara y sencilla sobre normas y horarios del Área. 41. Conduce al paciente con la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería de Admisión Hospitalaria, le entrega al paciente y el “Expediente Clínico”.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General de Admisión Hospitalaria	42. Saluda al paciente, se presenta con él y lo identifica de acuerdo con la Acción Esencial 1 de la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1). 43. Proporciona ropa hospitalaria al paciente y lo asiste. 44. Elabora y coloca al paciente la “Pulsera de identificación” de acuerdo con la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1). 45. Realiza valoración de enfermería, da cumplimiento a las indicaciones médicas y registra actividades realizadas en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5) 46. Solicita la presencia del camillero en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene, según corresponda, para el traslado del paciente y lo acompaña.
Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de Servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	47. Identifica al paciente, realiza medidas de seguridad para disminuir riesgo de caídas e infecciones, de acuerdo con las Acciones Esenciales 1, 4 y 6 de la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1) y traslada al paciente. Etapas II Hospitalización Fase 1 Ingreso del paciente
Enfermera Especialista/ Enfermera General del Servicio de Procedencia	48. Entrega a la Enfermera Especialista o Enfermera General del Servicio de Hospitalización, el paciente y el “Expediente Clínico”, informa las condiciones generales del paciente, así como los cuidados y procedimientos realizados.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General del Servicio de Hospitalización	49. Saluda amablemente al paciente y familiar o persona legalmente responsable, se presenta por su nombre e informa al paciente que será el profesional de Enfermería responsable de su cuidado. 50. Identifica al paciente de acuerdo con la Acción Esencial 1 de la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1). 51. Orienta al paciente y familiar o persona legalmente responsable acerca de los aspectos técnico-administrativos del servicio, cuidados básicos de enfermería y medidas de seguridad durante su estancia hospitalaria. 52. Notifica del ingreso del paciente de forma verbal, a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del Servicio de Hospitalización.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del Servicio de Hospitalización	53. Identifica al paciente con apego a la Acción Esencial 1 de la “Guía para la implementación de las Acciones esenciales de Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1). 54. Registra los datos del paciente y hora exacta de ingreso al servicio de hospitalización en el formato “Control de pacientes en hospitalización” clave 2660-009-118. NOTA: El formato “Control de pacientes en hospitalización” clave: 2660-009-118 es el Anexo 7 del “Procedimiento para la Gestión Directiva de los Servicios de Enfermería en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-053. 55. Informa al Jefe de Servicio o Responsable de Hospitalización sobre el ingreso del paciente.
Jefe de Servicio/ Responsable de Hospitalización	56. Asigna el ingreso del paciente de acuerdo con el “Rol de ingresos” en cada turno. NOTA: El rol de ingresos será establecido por el Jefe de Servicio o Responsable.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	57. Comunica al paciente y familiar o persona legalmente responsable, su nombre y cargo, les notifica lugar y horario donde pueden localizarlo durante su jornada laboral. 58. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable, que le realizará interrogatorio y exploración física. 59. Identifica al paciente de acuerdo con la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1). 60. Realiza higiene de manos de acuerdo con la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1). 61. Solicita a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General, lo asista durante el interrogatorio y la exploración física del paciente.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	62. Toma signos vitales, somatometría, realiza valoraciones correspondientes y los registra en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-009-144” (Anexo 5). 63. Prepara al paciente en lo físico y psicológico para la exploración física, participa en los procedimientos y registra su intervención en el formato de “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-009-144” (Anexo 5).
Médico No Familiar	64. Realiza el interrogatorio y la exploración física al paciente. 65. Realiza acciones para establecer, ratificar o rectificar el diagnóstico clínico, plan terapéutico (médico, quirúrgico o de rehabilitación) y pronóstico.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	66. Elabora el formato “Tarjeta de identificación”, clave 2660-009-002 (Anexo 6) de acuerdo con la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1) y la coloca en la cabecera del paciente. 67. Realiza valoración integral del paciente de acuerdo con las “Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización”, clave 2660-005-008 (Anexo 7). 68. Realiza el proceso de atención de enfermería, proporciona cuidados con base en la mejor evidencia científica, cuidados estandarizados y “Guías de práctica clínica”.
Médico No Familiar	69. Elabora la nota de Ingreso en formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, con los datos obtenidos del interrogatorio y exploración física, coloca al final de la nota con letra legible su nombre completo, así como su matrícula y la anexa al “Expediente Clínico”. NOTA 1: La Nota de Ingreso deberá ser elaborada conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. NOTA 2: La “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72 es el Anexo 2 del Procedimiento para otorgar la atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención, clave 2650-003-001 70. Llena el formato “Historia clínica general 4-30-125/72”, la firma y anexa al “Expediente Clínico”. NOTA: La “Historia clínica general 4-30-125/72” es el Anexo 18 del Procedimiento para la planeación, recepción y otorgamientos de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016.
Médico No Familiar	71. Informa de manera clara al paciente y familiar o persona legalmente responsable, el estado de salud, diagnóstico, pronóstico, así como el plan diagnóstico-terapéutico y solicita firma al familiar de enterado en la Nota de Ingreso formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	72. Identifica de acuerdo con el dígito verificador del número de seguridad social, si el paciente es trabajador o beneficiario. El paciente es trabajador 73. Elaborará el “Certificado de incapacidad temporal” en original y copia, entrega al familiar o persona legalmente responsable e indica que entregue la copia al patrón y con el original obtenga el pago de la incapacidad. Continúa en la actividad 74. El paciente es beneficiario 74. Valora de acuerdo con el estado clínico y evolución del paciente la necesidad de solicitar exámenes de laboratorio clínico o de imagenología. Solicitud de exámenes de laboratorio clínico Continúa en la actividad 75. Solicitud de exámenes de imagenología Continúa en la actividad 94. Solicitud de exámenes de laboratorio clínico 75. Registra datos del paciente en original y copia del formato “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8), marca los exámenes solicitados y señala si se realizarán de manera ordinaria o urgente.
Médico No Familiar	76. Registra datos del paciente y exámenes solicitados en la “Libreta de control interno”, entrega el original y copia del formato “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	77. Recibe del Médico No Familiar el original y copia del formato “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) e identifica si los exámenes de laboratorio son urgentes u ordinarios.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	Exámenes de laboratorio clínico urgentes Continúa en la actividad 78. Exámenes de laboratorio clínico ordinarios Continúa en la actividad 87.
Enfermera Especialista/ Enfermera General	Exámenes de laboratorio clínico urgentes 78. Entrega el original y copia de la “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) a la Enfermera Especialista o Enfermera General. 79. Explica al paciente el proceso para la toma de muestras biológicas solicitadas de acuerdo con las “Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización”, clave 2660-005-008 (Anexo 7). 80. Elabora y coloca “Etiquetas de identificación” con los datos del paciente, en los envases que contendrán las muestras biológicas. 81. Toma muestras biológicas, anota la actividad en el formato de “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-009-144” (Anexo 5). 82. Entrega las muestras biológicas, el original y la copia de la “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	83. Entrega al Mensajero o Auxiliar de Enfermería General las muestras biológicas, el original y copia de la “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) y le solicita que firme en la “Libreta de control interno” por el número de muestras recibidas.



Responsable	Descripción de actividades
Mensajero o Auxiliar de Enfermería General	84. Acude a la recepción del laboratorio de análisis clínicos, entrega las muestras biológicas, el original y copia del formato “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) al Auxiliar de laboratorio.
Auxiliar de Laboratorio o Mensajero	85. Recibe las muestras biológicas, el original y copia de la “Solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001” (Anexo 8) e indica al Mensajero o Auxiliar de Enfermería General la hora en que entregará el resultado.
Mensajero o Auxiliar de Enfermería General o Mensajero	86. Acude a la recepción del laboratorio de análisis clínicos, recoge los “Resultados de los exámenes” y firma en la “Libreta de control interno” del laboratorio de recibido. NOTA: Las Unidades que cuenten con el sistema electrónico de laboratorio, podrán imprimir los resultados en el Servicio de Hospitalización en donde estén asignados. Continúa en la actividad 90.
	Exámenes de laboratorio ordinarios
Personal de Laboratorio	87. Acude e identifica en “Libreta de control interno” del servicio de hospitalización de acuerdo con las políticas del servicio de laboratorio a los pacientes a los cuales se les tomarán muestras biológicas.
	88. Explica al paciente el proceso para la toma de muestras biológicas solicitadas de acuerdo con “Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización”, clave 2660-005-008 (Anexo 7) y las traslada a laboratorio para su procesamiento.
	89. Entrega al Mensajero o Auxiliar de Enfermería General los “Resultados de los exámenes”.
Mensajero o Auxiliar de Enfermería General	90. Entrega los “Resultados de los exámenes” al Médico No Familiar. NOTA: En caso de no ser posible la entrega al Médico no Familiar, los recibirá en turno matutino el Jefe de Servicio y en los restantes turnos, el Coordinador Clínico de Turno.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	91. Recibe y analiza los “Resultados de los exámenes”. NOTA: Cuando los “Resultados de los exámenes” sean recibidos por el Jefe de Servicio o el Coordinador Clínico de Turno, ellos deberán entregárselos al Médico No Familiar. 92. Implementa acciones derivado del análisis de los “Resultados de los exámenes”, elabora Nota Médica en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”. 93. Anexa al “Expediente clínico” los “Resultados de los exámenes” y la Nota Médica formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”. Continúa en la actividad 114. Solicitud de estudios de imagenología 94. Llena en original y copia el formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) con los exámenes solicitados y determina si se realizarán de manera ordinaria o urgente. NOTA: Cuando se requiera realizar estudios invasivos con medio de contraste, solicitará la firma de autorización del paciente, familiar o persona legalmente responsable y testigos en la “Carta de consentimiento informado”, clave 2660-009-073, que es el Anexo 3 del “Procedimiento para la programación quirúrgica y la atención del paciente de cirugía ambulatoria en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel de Atención, clave 2660-003-063 y se anexará al “Expediente Clínico”. Estudios de imagenología urgentes Continúa en la actividad 95. Estudios de imagenología ordinarios Continúa en la actividad 99. Estudios de imagenología urgentes
Médico No Familiar	95. Solicita al Médico No Familiar Radiólogo o Técnico Radiólogo los estudios que requiere el paciente y entrega original y copia del formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8).



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Radiólogo/ Técnico Radiólogo	96. Anota en la copia del formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) la hora y sala donde se realizará el estudio, la devuelve al Médico No Familiar y resguarda el original del formato en el “Expediente” correspondiente.
Médico No Familiar	97. Recibe la copia del formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8). y entrega a la Enfermera Jefe de Piso o responsable del servicio.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del servicio	98. Recibe la copia de la “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8). y solicita al Camillero en Unidades Hospitalarias o al Auxiliar de Servicios de Intendencia o al Auxiliar de Limpieza e Higiene, según corresponda, traslade al paciente al servicio de Imagenología. NOTA: La Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General y Médico No Familiar participan en el traslado. Continúa en la actividad 110.
Estudios de imagenología Ordinarios	
Médico No Familiar	99. Entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable el original y copia de la “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8).
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable o Mensajero	100. Recibe el original y copia de la “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) y entrega al Mensajero o Auxiliar de Enfermera General para trámite de cita en el servicio de radiología.
Mensajero o Auxiliar de Enfermería General o Mensajero	101. Recibe el original y copia de la “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) y entrega al Auxiliar Universal de Oficina del Área de Imagenología.
Auxiliar Universal de Oficina de Imagenología o Mensajero	102. Entrega la copia de la “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) al Mensajero o Auxiliar de Enfermería General con la fecha, hora e indicaciones de preparación del paciente y resguarda el original del formato en la “Carpeta correspondiente”.



Responsable	Descripción de actividades
Mensajero o Auxiliar de Enfermería General o Mensajero	103. Recibe la copia del formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) y entrega al Médico No Familiar.
Médico No Familiar	104. Recibe la copia del formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8), registra en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” las indicaciones de preparación y fecha de la cita. 105. Anexa al “Expediente Clínico” la copia del formato “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8). 106. Informa a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable la fecha de la cita y preparación del paciente.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	107. Notifica a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General la fecha de la cita y preparación del paciente.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	108. Proporciona cuidados al paciente de acuerdo con indicaciones médicas, los registra en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable del servicio	109. Entrega la copia de la “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000” (Anexo 8) el día de la cita al Camillero en Unidades Hospitalarias o al Auxiliar de Servicios de Intendencia o al Auxiliar de Limpieza e Higiene y le solicita traslade al paciente al servicio de Imagenología. NOTA: La Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General y el Médico No Familiar participarán en el traslado y permanencia del paciente, cuando las condiciones de salud de este así lo requieran.
Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	110. Identifica al paciente, lleva a cabo medidas de seguridad para disminuir el riesgo de caídas y de infecciones, con apego a las Acciones Esenciales 1, 5 y 6 de la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1) y lo traslada al servicio de Imagenología.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	111. Traslada al paciente a su unidad al término del estudio y entrega las “Placas” o “Resultados del estudio” al Médico No Familiar. NOTA: En caso de no ser posible la entrega al Médico no Familiar, los recibirá en turno matutino el Jefe de Servicio y en los restantes turnos, el Coordinador Clínico de Turno.
Médico No Familiar	112. Analiza las “Placas” o los “Resultados del estudio”, implementa acciones y elabora Nota Médica en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”. 113. Anexa al “Expediente Clínico” las “Placas” o los “Resultados de los estudios” y la Nota Médica “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”. NOTA: Las “Placas” se resguardarán en el lugar asignado por el Jefe de Servicio.
	Fase 2 Actividades diarias del Equipo de Salud
	114. Realiza visita médica a todos los pacientes asignados; prioriza la visita a pacientes en prealta y con estado de gravedad. NOTA: La visita médica se deberá realizar al inicio de la jornada laboral.
	115. Actualiza indicaciones médicas de acuerdo con los hallazgos obtenidos durante la visita médica, en formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	116. Ejecuta indicaciones médicas con relación al formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” y de acuerdo a “Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización”, clave 2660-005-008 (Anexo 7) otorga cuidados de enfermería como lo son: • Transfusión de sangre y hemoderivados • Cuidados de sondas y accesos vasculares • Cuidado de la vía área • Cuidado de heridas



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	117. Elabora “Nota de evolución”, con base en hallazgos obtenidos durante la visita médica, en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, ratifica o rectifica el diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico. NOTA: Las Notas Médicas deberán ser elaboradas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 118. Firma la Nota de Evolución “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” y la anexa al “Expediente Clínico”. 119. Realiza análisis de los casos con estancia prolongada. NOTA: En caso de requerirse, se debe reestructurar el plan diagnóstico o terapéutico de acuerdo con las “Guías de Práctica Clínica” o “Consensos Nacionales e Internacionales”. 120. Elabora “Nota de revisión” del caso con estancia prolongada en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, anexa al “Expediente Clínico”.
Jefe de Servicio/ Responsable	121. Valida la Nota de Revisión “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” y realiza gestiones directivas. NOTA: Las gestiones directivas se realizan para solución de problemas médico-administrativos relacionados a la estancia prolongada.
Nutricionista Dietista/ Especialista en Nutrición y Dietética/ Nutriólogo Clínico Especializado	122. Realiza las actividades de la 1 a la 19 del “Procedimiento clínico nutricional para pacientes en hospitalización en unidades médicas hospitalarias” clave 2660-003-019. Continúa con la actividad 123.
Trabajadora Social/ Trabajador Social Clínico	123. Identifica ingresos, las necesidades de intervención, así como su problemática social y realiza actividades del “Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades médicas de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-071, de acuerdo con cada caso.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	124. Determina la necesidad de interconsulta y llena original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83”, (Anexo 9) con lo siguiente: • Nombre completo del paciente, • Fecha de nacimiento • Número de Seguridad Social • Edad y Sexo, • Número de unidad, • Servicio solicitante, • Fecha y hora de solicitud, • Resumen clínico del paciente, • Impresión Diagnóstica • Motivo de interconsulta • Nombre completo del médico, matrícula y firma.
Jefe de Servicio/Responsable	125. Entrega original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Jefe de Servicio o Responsable. 126. Firma formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) y gestiona la interconsulta en otro servicio de la misma unidad o en otra unidad médica. Modalidad A. Interconsulta en otra Unidad Médica Hospitalaria Continúa en la actividad 127. Modalidad B. Interconsulta en la misma Unidad Médica Hospitalaria Continúa en la actividad 132. Modalidad A Interconsulta en otra Unidad Médica Hospitalaria
Jefe de Servicio/Responsable	127. Notifica al Médico No Familiar la aceptación de la interconsulta.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	128. Realiza las actividades el “Procedimiento para el traslado de pacientes en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-B03-062. 129. Recibe “Resultado de interconsulta” de la Unidad Médica receptora y analiza, si la atención médica debe continuar en la unidad receptora. Continúa atención en la Unidad receptora 130. Realiza las actividades 52 a 59 del “Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del expediente clínico en papel, en las Áreas de información médica y archivo clínico de la unidad de medicina familiar con servicio de hospitalización y unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención”, clave 2E10-003-003. Continúa en la actividad 262. No continúa atención en la Unidad receptora 131. Mantiene la unidad del paciente ocupada y continúa con la atención médica. Continúa en la actividad 164. Modalidad B Interconsulta en la misma Unidad Médica Hospitalaria
Jefe de Servicio/ Responsable del Servicio que solicita la interconsulta	132. Entrega, a la Asistente Médica, original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) y le solicita lo lleve al Jefe de Servicio Consultado. NOTA: En turnos, vespertino, nocturno y jornada acumulada, el Coordinador Clínico de Turno, realizará las gestiones entre los Médicos No Familiares de los Servicios.
Asistente Médica	133. Entrega original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Jefe de Servicio solicitado.



Responsable	Descripción de actividades
Jefe de Servicio/ Responsable del Servicio Solicitado	134. Firma de recibido en la copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83”, (Anexo 9) la devuelve a la Asistente Médica y conserva el original.
Asistente Médica	135. Devuelve la copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Jefe de Servicio que solicita la interconsulta.
Jefe de Servicio/ Responsable del Servicio Solicitado	136. Registra los datos del paciente en la “Libreta de control interno”, asigna al Médico No Familiar que realizará la interconsulta y le entrega el original del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83 (Anexo 9).
Médico No Familiar del Servicio Solicitado	137. Acude al servicio donde realizará la interconsulta, el mismo día y durante su jornada laboral. NOTA: El Médico No Familiar atenderá la interconsulta de forma inmediata, si las condiciones del paciente lo requieren. 138. Revisa el “Expediente Clínico”, solicita la presencia de la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General. 139. Realiza interrogatorio y exploración física, acompañado por la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General. 140. Notifica al paciente y familiar o persona legalmente responsable, con lenguaje claro y sencillo, el resultado de su intervención y plan a seguir. 141. Determina las acciones necesarias para contribuir a la resolución del problema planteado como motivo de interconsulta. 142. Realiza “Nota de Interconsulta” en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” o “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9), con los hallazgos, plan y seguimiento, la firma y anexa al “Expediente Clínico”. NOTA: En el caso de que derivado de la interconsulta, se requieran estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento o procedimiento quirúrgico, el Médico No Familiar que realiza la interconsulta será el responsable de elaborar las solicitudes y los trámites correspondientes.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar del Servicio Solicitado	143. Actualiza indicaciones médicas en el formato “Notas Médicas y Prescripción”, clave 4-30-128/72, las entrega a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General.
Enfermera Especialista/ Enfermera General	144. Ejecuta indicaciones médicas y registra actividades realizadas en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-009-144” (Anexo 5). 145. Notifica al Jefe de Servicio o Responsable que solicitó la interconsulta, el cumplimiento de esta.
Médico No Familiar	146. Verifica en el “Expediente Clínico” el resultado de la interconsulta, determina si debido a esta el paciente requiere de movimiento intrahospitalario. Requiere movimiento intrahospitalario Continúa en la actividad 147. No requiere movimiento intrahospitalario Continúa en la actividad 162. Requiere movimiento intrahospitalario
Jefe de Servicio/ Responsable	147. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable, los motivos del movimiento. 148. Notifica al Jefe de Servicio o Responsable el movimiento intrahospitalario.
Médico No Familiar	149. Notifica al Jefe del Servicio de destino o Responsable, el movimiento intrahospitalario y las condiciones clínicas del paciente. 150. Elabora “Nota Médica” para consignar el movimiento intrahospitalario, en el formato “Notas Médicas y Prescripción”, clave 4-30-128/72 y anexa al “Expediente Clínico”. 151. Informa a Enfermera Jefe de Piso o Responsable sobre el movimiento intrahospitalario del paciente.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	152. Llena y firma el formato “Volante de movimiento Intrahospitalario SIMO 1/17”, clave 2E10-009-007. NOTA: El formato “Volante de movimiento Intrahospitalario SIMO-1/17”, clave: 2E10-009-007 es el Anexo 7 del “Procedimiento para el registro estadístico de las atenciones médicas el Sistema de Información Médico Operativo”, clave: 2E10-003-002.
Asistente Médica de Hospitalización	153. Recaba la firma del Médico No Familiar en el formato “Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO 1/17”, clave 2E10-009-007 y lo entrega a la Asistente Médica de Hospitalización.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	154. Firma el “Volante de movimiento Intrahospitalario SIMO 1/17”, clave 2E10-009-007 y lo entrega a la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria para el trámite correspondiente. 155. Recibe el “Volante de movimiento Intrahospitalario SIMO 1/17”, clave 2E10-009-007 y registra los datos del paciente en original y copia del “Listado de pacientes hospitalizados y “Reporte del estado de salud”. 156. Elabora el formato “Pase de visita 4-145”, con el número actual de unidad y servicio asignado, lo entrega al familiar o persona legalmente responsable. 157. Solicita el “Pase de visita” anterior al familiar o persona legalmente responsable y lo cancela.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermera General	158. Identifica al paciente de acuerdo con la “Guía para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1), lo prepara para el traslado. 159. Solicita al Camillero en Unidades Hospitalarias o al Auxiliar de Servicios de Intendencia o al Auxiliar de Limpieza e Higiene según corresponda, realice el traslado del paciente. NOTA: El Médico No Familiar acompaña al paciente, si las condiciones clínicas lo ameritan.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero en Unidades Médicas/ Auxiliar de servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	160. Identifica al paciente, lleva a cabo medidas de seguridad para disminuir el riesgo de caídas e infecciones, con apego a la Acción esencial 1, 5 y 6 de la “Guía para la implementación de las Acciones esenciales de seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1) y lo traslada.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	161. Entrega el paciente y el “Expediente Clínico” a la Enfermera que será responsable del paciente. Continúa en la actividad 179.
Médico No Familiar	No requiere movimiento intrahospitalario 162. Continúa con la atención médica del paciente hasta la determinación del alta hospitalaria.
Jefe de Servicio/ Responsable del Servicio que solicita la Interconsulta	163. Verifica en el “Expediente Clínico” el seguimiento y cumplimiento de las acciones derivadas de la interconsulta.
Médico No Familiar	Etapa III Egreso del paciente 164. Determina el tipo de egreso del paciente de acuerdo con la evolución y condiciones clínicas, registra los motivos en la “Nota de Evolución” en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”. Modalidad A. Egreso por Alta Voluntaria Continúa en la actividad 165. Modalidad B. Egreso por traslado a otra Unidad Médica Continúa en la actividad 179. Modalidad C. Egreso por Defunción Continúa en la actividad 189. Modalidad D. Egreso por Mejoría Continúa en la actividad 208.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	Modalidad A Alta Voluntaria 165. Informa de manera clara al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre los riesgos que pudieran repercutir en el estado de salud del paciente por la decisión tomada. 166. Elabora en original y copia “Nota de Alta Voluntaria” en formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, solicita firma del paciente y familiar o persona legalmente responsable y anexa al “Expediente Clínico”. NOTA: La Nota de Alta Voluntaria deberá ser elaborada conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 167. Firma el original y copia de la “Nota de Alta Voluntaria” en formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, y el formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013. 168. Registra su nombre y matrícula en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) y lo firma. 169. Coloca al inicio de la “Carpeta de Contención 2019 (cubierta)”, clave 2E10-009-025 del “Expediente Clínico” los siguientes documentos: • Nota de Alta Voluntaria “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” • “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 y resguarda el “Expediente Clínico” en el sitio asignado. 170. Notifica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable el Alta Voluntaria.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	171. Solicita a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General, prepare al paciente para su egreso.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	172. Proporciona cuidados específicos para el egreso del paciente de acuerdo con la solicitud de Médico No Familiar, como son: • Retiro de venoclisis o catéteres, • Retiro sondas o drenajes, • Asistencia para higiene personal o cambio de ropa.
Médico No Familiar	173. Comunica a la Trabajadora Social o Trabajador Social Clínico la decisión de Alta voluntaria, los motivos de esta y le entrega el “Expediente Clínico”.
Trabajadora Social/ Trabajador Social Clínico	174. Realiza las actividades “Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas Hospitalarias”, clave 2660-003-028 y entrega el “Expediente Clínico” y el original y copia de “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” a la Asistente Médica de Hospitalización.
Asistente Médica de Hospitalización	175. Recibe de Trabajadora Social o Trabajador Social Clínico el “Expediente Clínico” original y copia de “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”.
Asistente Médica de Hospitalización	176. Registra en formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) los siguientes datos: • Alta voluntaria, • Fecha de salida, • Nombre de la persona que recibe al paciente, documentos entregados, y solicita firma del familiar o persona legalmente responsable en el espacio correspondiente. 177. Entrega original de la Nota de Alta Voluntaria formato “Notas Médicas y Prescripción”, clave 4-30-128/72 al paciente, familiar o persona legalmente responsable, le solicita su firma en la copia y la anexa al “Expediente Clínico”.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Hospitalización	178. Registra en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) los siguientes datos: • Salida por Alta voluntaria, • Fecha y hora de salida, • Nombre de la persona que recibe al paciente, documentos entregados, y solicita firma del familiar o persona legalmente responsable en el espacio correspondiente. Continúa en la actividad 262.
	Modalidad B Egreso por traslado a otra Unidad Médica
Médico No Familiar	179. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable acerca del traslado a otra Unidad Médica. 180. Comunica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable y a la Asistente Médica de Hospitalización el traslado del paciente. 181. Realiza el “Procedimiento para el traslado de pacientes en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-B03-062, para el tratamiento en otra Unidad Médica y actualiza las indicaciones médicas en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” con la preparación para el paciente. 182. Entrega el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	183. Realiza procedimientos específicos y generales de acuerdo con indicaciones médicas, los registra en formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-009-144” (Anexo 5) y lo integra al “Expediente Clínico”.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	184. Notifica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, acerca de la conclusión de sus intervenciones.
Asistente Médica	185. Notifica el arribo de la ambulancia a la Enfermera Jefe de Piso y al Médico No Familiar Tratante.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	186. Registra el egreso en el formato “Control de pacientes en hospitalización”, clave 2660-009-118. NOTA: El formato “Control de pacientes en hospitalización”, clave 2660-009-118, es el Anexo 7 del “Procedimiento para la gestión directiva de los servicios de enfermería en unidades de servicios médicos de segundo nivel de atención”, clave: 2660-003-053.
Asistente Médica de Hospitalización	187. Entrega al familiar o persona legalmente responsable la siguiente documentación en original y copia: • Nota de Alta Notas Médicas y Prescripción”, clave 4-30-128/72 • Nota de Referencia “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” NOTA: EL formato “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, es el Anexo 5 del Procedimiento para aceptar y atender en las unidades hospitalarias de régimen obligatorio a las mujeres con embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica referidas por las unidades médicas del Programa IMSS-Prospera, clave 2650-003-003
	188. Registra en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) los siguientes datos: • Fecha y hora de salida, • Nombre de la persona que recibe al paciente, Documentos entregados, solicita firma del familiar o persona legalmente responsable en el espacio correspondiente y se despide del paciente. Continúa en la actividad 262.



Responsable	Descripción de actividades
	Modalidad C Egreso por Defunción
Médico No Familiar	189. Determina la muerte del paciente, notifica a la Enfermera Jefe de Piso y a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General el diagnóstico y hora en que ocurrió la defunción.
	190. Informa de manera empática al familiar o persona legalmente responsable los motivos de la defunción, le permite permanecer junto al cadáver un tiempo razonable.
Médico No Familiar	191. Elabora en original y copia la Nota de Defunción en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, debe contener como mínimo: • Encabezado • Fecha y hora de elaboración • Diagnóstico de ingreso • Diagnóstico de defunción • Resumen clínico • Hora de defunción • Nombre y firma del médico que elabora y anexa al “Expediente Clínico”.
	192. Solicita al familiar o persona legalmente responsable el “Acta de nacimiento” del paciente, la consulta en línea (http://www.gob.mx/actanacimiento) o “Identificación oficial”.
	193. Realiza las actividades 14 a 18 y 23 a 27 del “Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de cadáveres en los Servicios Hospitalarios”, clave 2660-003-005 y coloca al inicio de la “Carpeta de Contención 2019 (cubierta)”, clave 2E10-009-025 del “Expediente Clínico” los siguientes documentos: • “Certificado de Defunción” • Original y copia de la Nota de Defunción “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” • “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	194. Resguarda el “Expediente Clínico” en el sitio asignado y notifica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, que la documentación está lista.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	195. Registra los datos del cadáver en el original y copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas”, clave 2660-009-005. NOTA: El formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas”, clave: 2660-009-005 es el Anexo 2 del “Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios” clave: 2660-003-005.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	196. Solicita a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General prepare el cadáver. 197. Registra, fecha, hora y diagnóstico de defunción en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 2660-009-144” (Anexo 5). 198. Realiza cuidados post mortem de acuerdo con el numeral 4.1.9 de las “Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización”, clave 2660-005-008 (Anexo 7) e informa a la Enfermera Jefe de Piso que el cadáver está preparado.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	199. Solicita la presencia del Camillero en Unidades Hospitalarias o del Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene. 200. Entrega el original y copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas”, clave: 2660-009-005 al Camillero en Unidades Hospitalarias o al Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene y le solicita que traslade el cadáver.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de Servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	201. Recibe de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, el original y copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas” clave 2660-009-005, NOTA: El cadáver deberá ser tratado de manera respetuosa en todo momento. 202. Traslada el cadáver al Área de patología, lo entrega al Encargado de Patología, junto con el original y copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas”, clave 2660-009-005.
Encargado de Patología	203. Firma de recibido en la copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas”, clave 2660-009-005, la devuelve al Camillero en Unidades Hospitalarias o Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene y resguarda el original en el “Expediente” correspondiente.
Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de Servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	204. Entrega la copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas” clave 2660-009-005 a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable.
Enfermera Jefe de Piso o Responsable	205. Anexa al “Expediente Clínico” la copia del formato “Tránsito, depósito y entrega de cadáveres, óbitos, órganos y extremidades anatómicas” clave 2660-009-005 y solicita la presencia de la Trabajadora Social o Trabajador Social Clínico.
Trabajadora Social/ Trabajador Social Clínico	206. Realiza las actividades del “Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en las Unidades Hospitalarias”, clave 2660-003-028.
Asistente Médica de Hospitalización	207. Recibe de la Trabajadora Social o Trabajador Social Clínico, el “Expediente Clínico” con los siguientes documentos: • Original y Copia Nota de Defunción “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, • “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 y



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Hospitalización	• “Certificado de defunción”. y entrega al servicio de ARIMAC para el egreso administrativo. NOTA: El “Expediente Clínico” deberá estar ordenado conforme a “Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico”. Continúa en la actividad 262.
Médico No Familiar	Modalidad D Egreso por Mejoría 208. Determina la prealta con 24 horas antes del egreso, la registra en la “Nota Médica de Evolución” en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, la cual debe contener los siguientes datos: • Diagnósticos • Resumen Clínico • Motivo de egreso • Plan de egreso E Identifica al paciente que, de acuerdo con el estado clínico y redes de apoyo, pueda continuar con medidas de autocuidado en domicilio a través del programa ADEC. No es posible candidato al ADEC Continúa en la actividad 225. Es posible candidato al ADEC 209. Llena original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9), con los siguientes datos: • Nombre completo del paciente, • Fecha de nacimiento • Número de Seguridad Social • Edad y Sexo, • Número de unidad, • Servicio solicitante, • Fecha y hora de solicitud, • Resumen clínico del paciente,



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	• Impresión Diagnóstica • Motivo de interconsulta • Nombre completo del médico, matrícula y firma 210. Entrega original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Jefe o Responsable de Servicio para validación y autorización.
Jefe de Servicio/ Responsable	211. Valida y firma de autorización en original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9). 212. Solicita a la Asistente Médica entregue el original y copia el formato de “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Jefe de Servicio o Responsable del Programa ADEC.
Asistente Médica	213. Entrega el original y copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Jefe de Servicio o Responsable del Programa ADEC.
Jefe de Servicio/ Responsable del Programa ADEC	214. Firma la copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9), la devuelve a la Asistente Médica y conserva el original.
Asistente Médica	215. Entrega la copia del formato “Interconsulta de especialidad 4-30-8/83” (Anexo 9) al Médico No Familiar tratante.
Equipo de ADEC	216. Acude al área de hospitalización para realizar la interconsulta de valoración. NOTA: En caso de que el Equipo de ADEC esté fuera de la Unidad Médica, el Jefe de Servicio realizará la interconsulta. 217. Establece comunicación con el Médico no Familiar tratante para obtener más información sobre el manejo domiciliario propuesto. 218. Corroborar que el paciente cumpla con los “Criterios de ingreso y egreso del programa de atención domiciliaria del enfermo crónico, clave 2660-018-003 (Anexo 10) para otorgarle la ADEC.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar/ Médico Familiar encargado del Programa ADEC	No cumple con criterios de inclusión al programa ADEC 219. Registra los motivos de no inclusión en la “Nota de Interconsulta” en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” y anexa al “Expediente Clínico”. 220. Informa al Jefe o Responsable de Servicio que solicita la Interconsulta o Médico No Familiar tratante, acerca de los motivos de no inclusión al programa. Continúa en la actividad 225.
Médico No Familiar tratante	Cumple con criterios de inclusión al programa ADEC 221. Informa a Médico No Familiar o Médico Familiar del Programa ADEC sobre la fecha de egreso del paciente. NOTA: Da atención al paciente hasta el egreso del Área de Hospitalización conforme al presente procedimiento.
Médico No Familiar o Médico Familiar encargado del Programa ADEC	222. Identifica en “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” la siguiente información: • Temporalidad de atención en el programa ADEC, • Criterios de Alta, • Medidas generales. 223. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable, sobre la inclusión al programa, tiempo de permanencia, objetivos de tratamiento y notifica las fechas de visita conforme al cronograma establecido. 224. Explica de manera clara al paciente y familiar o persona legalmente responsable el tratamiento médico y cuidados generales que llevará en su domicilio.
Médico No Familiar	225. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, acerca de la determinación de prealta y las acciones que realizará el personal de salud para el egreso oportuno.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	226. Actualiza las indicaciones médicas en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, escribe la palabra “PREALTA” seguida de las acciones a realizar por el equipo de salud como lo son: • Programación de ambulancia y sus especificaciones, • Trámite de oxígeno domiciliario, • Cuidados específicos de Enfermería • Citas médicas en la Unidad Médica, • Indicaciones dietéticas, • Intervención de Trabajo Social, • Otras 227. Notifica a la Enfermera Jefe de Piso acerca de la determinación de prealta. 228. Elabora en original y copia la “Nota de Alta” en formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, el cual debe incluir como mínimo los siguientes datos: • Fecha de ingreso y egreso • Motivo de ingreso, • Hallazgos relevantes, • Diagnósticos • Tratamientos • Procedimientos realizados, • Estado clínico actual del paciente, • Indicaciones • Días de Incapacidad y la anexa al “Expediente Clínico” sin firmar. 229. Llena en original y copia el formato “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” y el formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 y los anexa al “Expediente Clínico” sin firmar. NOTA; En caso de considerarlo necesario, le solicitará a la Asistente Médica de Hospitalización tramitar citas médicas dentro de la Unidad Médica.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	230. Elabora el número necesario de formatos de “Receta médica individual” de acuerdo con la prescripción, los entrega al familiar o persona legalmente responsable, le solicita acuda a la farmacia de la unidad, para realizar el canje por medicamentos.
Nutriólogo Clínico Especializado/ Especialista en Nutrición y Dietética/ Nutricionista Dietista	231. Identifica al paciente con estado de prealta, elabora “Plan de alimentación” de acuerdo con patologías y condición clínica.
	232. Entrega y explica al paciente y familiar o persona legalmente responsable el “Plan de alimentación”.
	233. Llena el formato “Nota de control nutricio de referencia y contrarreferencia nd-32”, clave 2660-009-027 para seguimiento en la consulta y lo entrega al familiar o persona legalmente responsable. NOTA: El formato “Nota de control nutricio de referencia y contrarreferencia nd-32”, clave 2660-009-027 es el Anexo 23 del “Procedimiento clínico nutricional para pacientes en hospitalización en unidades médicas hospitalarias”, clave 2660-003-019.
	234. Requisita la “Nota de control nutricio nd-31”, clave 2660-009-026, e integra al “Expediente Clínico”.
Médico No Familiar	235. Confirma al inicio de la jornada laboral, el alta del paciente en estado de prealta.
	236. Comunica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable y a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General, la confirmación del alta y le solicita que prepare al paciente para el egreso hospitalario.
	237. Firma el original y copia de la “Nota de Alta” en formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, el original y copia del formato “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” y el original del formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 clave 2E10-009-013



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	238. Registra su nombre y matrícula en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) y lo firma. 239. Coloca al inicio de la “Carpeta de Contención 2019 (cubierta)”, clave 2E10-009-025 del “Expediente Clínico” los siguientes documentos: • “Nota de Alta” original y copia • Original y copia “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” • “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 y resguarda el “Expediente Clínico”. NOTA: La “Carpeta de Contención 2019 (cubierta)”, clave 2E10-009-025 es el Anexo 1 del Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del expediente clínico en papel, en las Áreas de información médica y archivo clínico de la unidad de medicina familiar con servicio de hospitalización y unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención”, clave 2E10-003-003.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	240. Proporciona cuidados específicos para el egreso del paciente de acuerdo con la solicitud del Médico No Familiar, como son: • Retiro de venoclisis o catéteres, • Retiro de sondas o drenajes, • Asistencia para higiene personal o cambio de ropa. 241. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable el plan de alta que incluye: • Recomendaciones higiénico dietéticas, • Cuidados específicos, • Comunicación con cuidador primario • Medidas de auto cuidado, • Recomendaciones acerca del ambiente que rodea al paciente, • Horarios y administración de medicamentos, • Cuidado de heridas, • Cambios posturales, • Detección de signos y síntomas de alarma, • Redes de apoyo



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	NOTA: El plan de alta inicia a partir del ingreso y concluye con el egreso del paciente. 242. Registra sus actividades en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave: 2660-009-144 (Anexo 5) y lo anexa al “Expediente Clínico”. 243. Notifica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable que el paciente está preparado para el egreso.
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	244. Solicita la presencia de la Asistente Médica de hospitalización y le informa que el paciente está listo para el egreso. NOTA: Aplica para las Unidades Médicas Hospitalarias A y B. En las Unidades Médicas Hospitalarias C y D el Director determinará el mecanismo de entrega y el personaje que será el responsable de entregar la documentación para el egreso hospitalario oportuno. 245. Registra el egreso en el formato “Control de pacientes en hospitalización”, clave 2660-009-118. NOTA: El formato “Control de pacientes en hospitalización”, clave 2660-009-118, es el Anexo 7 en el “Procedimiento para la gestión directiva de los servicios de enfermería en unidades de servicios médicos de segundo nivel de atención”, clave: 2660-003-053.
Asistente Médica de Hospitalización/Responsable	246. Entrega al familiar o persona legalmente responsable los siguientes documentos: • Nota de Alta “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” • Nota de Contrarreferencia “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” 247. Registra en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72” (Anexo 2) los siguientes datos: • Salida por mejoría o curación • Fecha y hora de salida, • Nombre de la persona que recibe al paciente, Documentos entregados,



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Hospitalización/Responsable	y solicita firma del familiar o persona legalmente responsable en el espacio correspondiente. 248. Dirige hacia la salida al paciente y familiar o persona legalmente responsable y se despide. 249. Entrega el “Expediente Clínico” a la Asistente Médica de Admisión hospitalaria.
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	250. Realiza el egreso administrativo y entrega al final de la jornada al ARIMAC el “Expediente Clínico”
Equipo ADEC	El paciente egresado no tendrá seguimiento por ADEC Continúa en la actividad 262. El paciente egresado tendrá seguimiento por ADEC
Equipo ADEC	251. Registra información general por paciente en el formato establecido para tal fin, el día de la consulta domiciliaria. NOTA: El formato lo elabora el Equipo de ADEC en cada Unidad y puede ser en tarjeta. 252. Prepara formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”, formato “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/17” y formato “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” así como los dispositivos médicos para toma signos vitales. NOTA: El “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/17” es el Anexo 1 del Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo clave 2E10-003-002 253. Efectúa el traslado al domicilio de los pacientes de acuerdo con la programación establecida. 254. Realiza presentación con el paciente, familiar o persona legalmente responsable.
Médico No Familiar Responsable de ADEC	255. Inicia valoración clínica y elabora “Nota Médica” en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”.



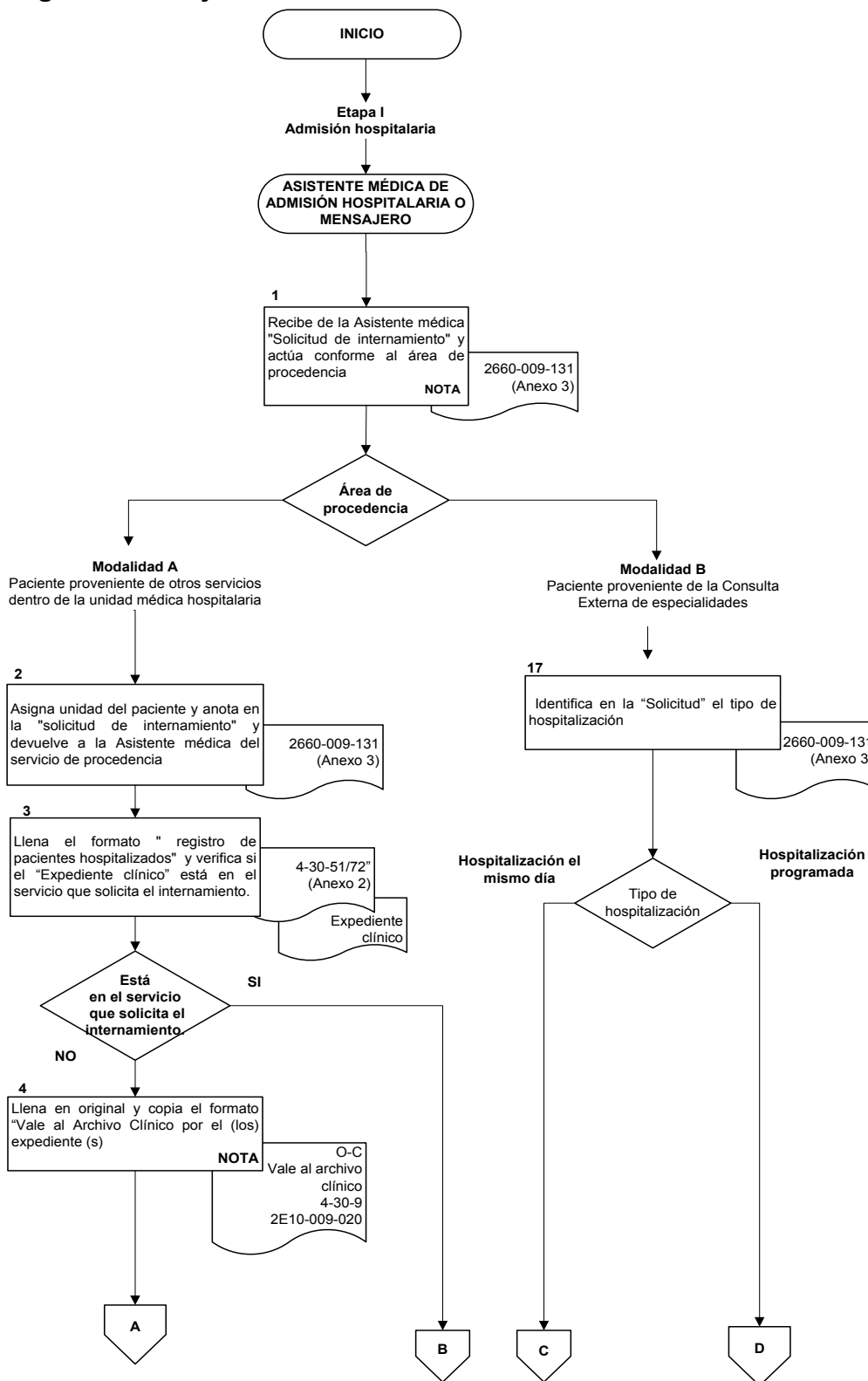
Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General	256. Realiza valoración de Enfermería y cuidados de acuerdo con las indicaciones médicas y corrobora las técnicas realizadas por el familiar.
Equipo de ADEC	257. Detecta necesidades de capacitación del paciente o cuidado primario. NOTA: En caso necesario brindará capacitación al paciente o familiar o persona legalmente responsable sobre la atención o cuidados primarios que se deben tener por el tipo de padecimiento. 258. Registra la información de la atención otorgada al paciente, en el formato "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/17".
Médico No Familiar Responsable de ADEC	259. Entrega al final de la jornada, el formato "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/17", y las "Notas Médicas" de los pacientes visitados en ARIMAC para anexar a los "Expedientes Clínicos".
Médico No Familiar Responsable de ADEC	260. Determina el alta al concluir el plan de tratamiento establecido por el Médico Tratante y orienta al paciente sobre signos y síntomas que requieran de atención inmediata. 261. Elabora "Nota de Contrarreferencia a la Unidad de Medicina Familiar" correspondiente en original y copia del formato "Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98", entrega el original al paciente y la copia en Archivo Clínico para integración al "Expediente Clínico".
Etapas IV Preparación de la unidad del paciente	
Jefe de servicio o Coordinador Clínico de turno o Coordinador de jornada acumulada	262. Realiza recorridos, detecta unidades de paciente desocupadas que están pendientes de retiro de ropa hospitalaria reusable y de limpieza y avisa a Enfermera jefe de piso
Enfermera Jefe de Piso/ Responsable	263. Solicita a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General, retire la ropa hospitalaria reusable de la unidad.

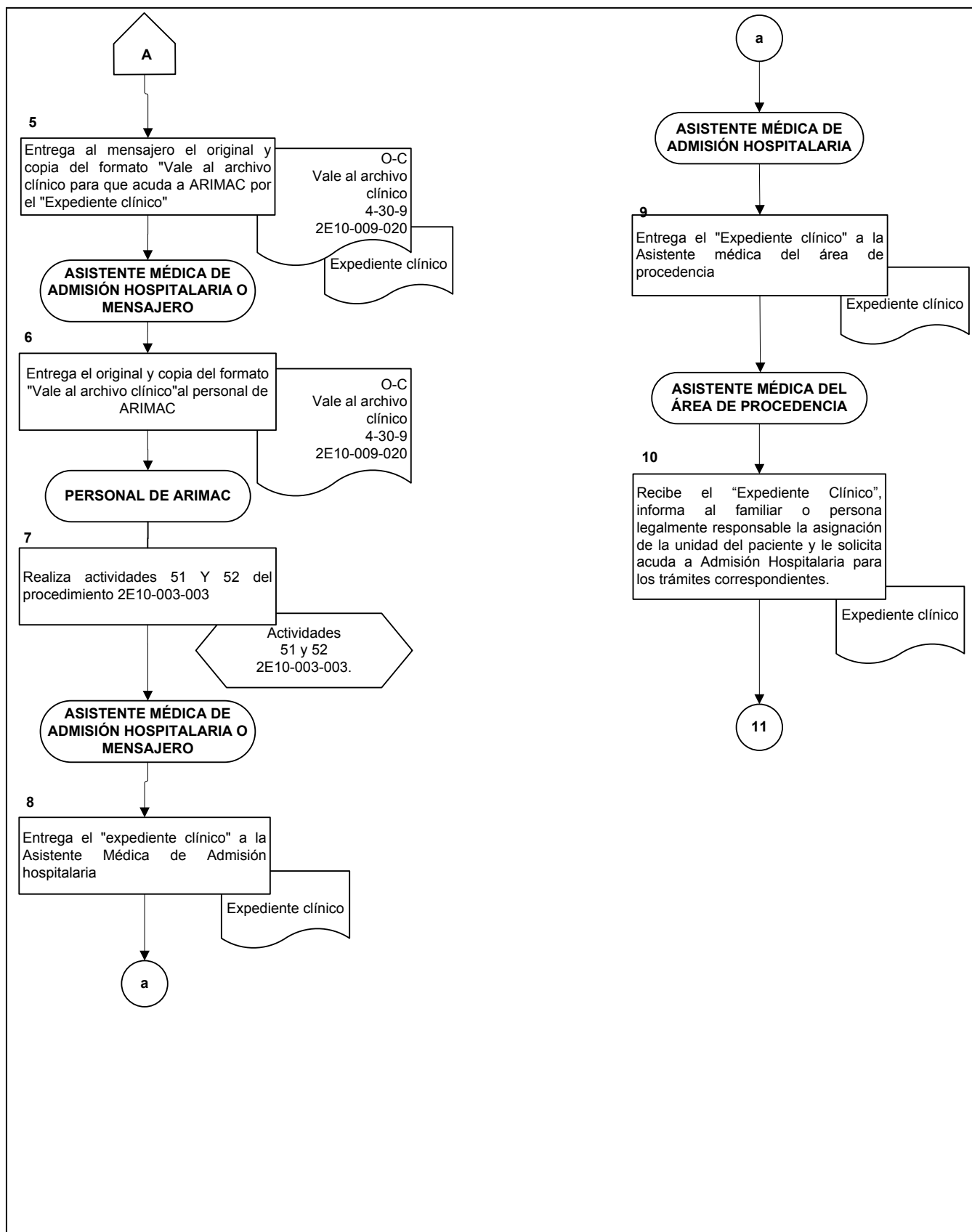


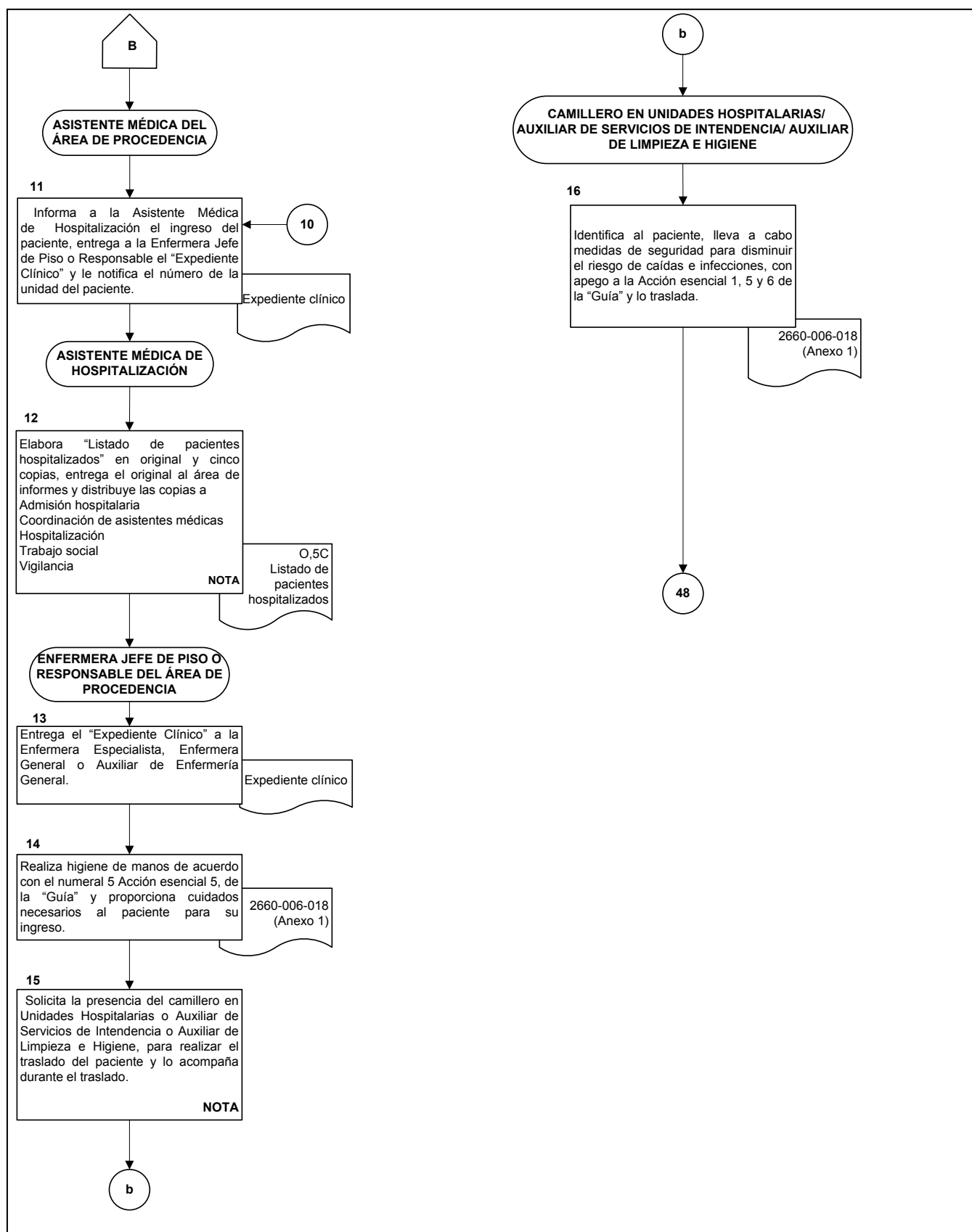
Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	264. Retira la ropa hospitalaria reusable de la unidad y solicita al Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene realizar la limpieza de la unidad.
Auxiliar de Servicios de Intendencia/ Auxiliar de Limpieza e Higiene	265. Realiza limpieza de la unidad e Informa a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General sobre su conclusión. NOTA: La limpieza de la unidad se realizará de conformidad a lo dispuesto en normatividad institucional correspondiente.
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	266. Realiza tendido de unidad y prepara la unidad para un nuevo ingreso. NOTA: En caso de no contar con el recurso de ropa hospitalaria reusable, notifica a Enfermera Jefe de Piso o Responsable para gestión correspondiente.
Enfermera Jefe de Piso o Responsable	267. Notifica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable sobre la disponibilidad de la unidad.
Asistente Médica de Hospitalización	268. Notifica a la Asistente Médica de Hospitalización la disponibilidad de la unidad. 269. Verifica el número de unidades disponibles y lo reporta a Admisión hospitalaria junto con los siguientes datos: • Movimientos intrahospitalarios. • Traslados definitivos y transitorios Fin del Procedimiento

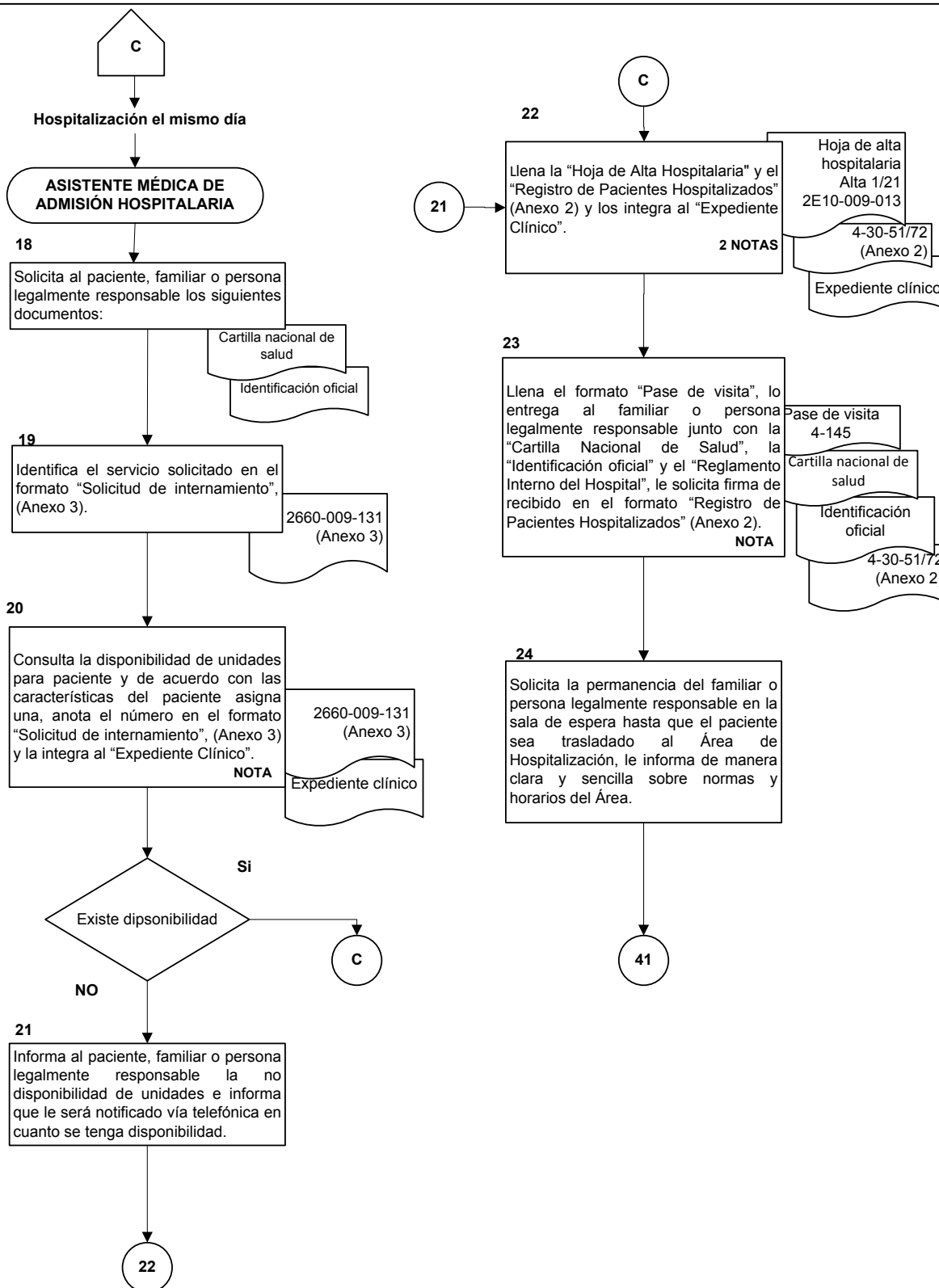


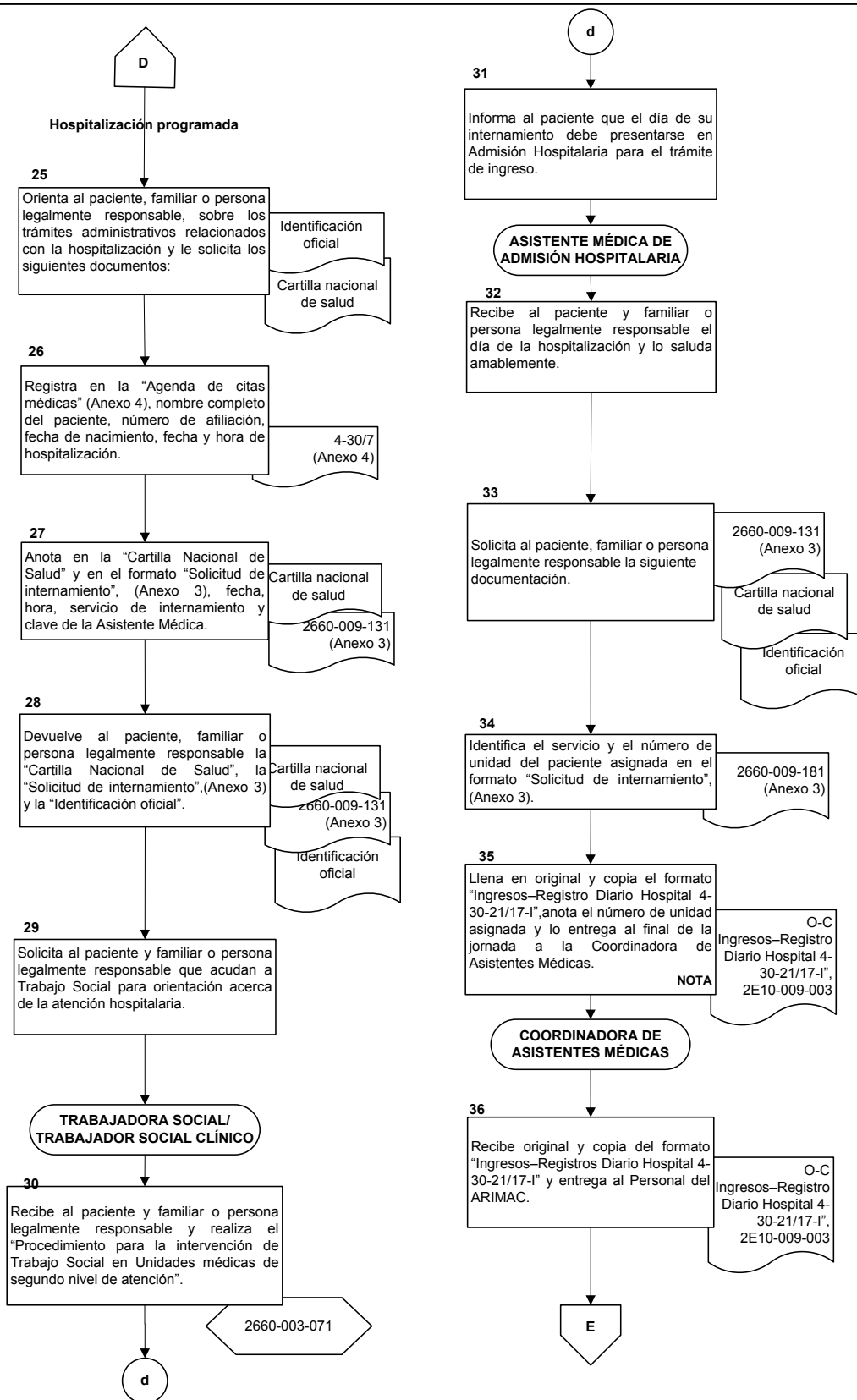
7 Diagrama de flujo

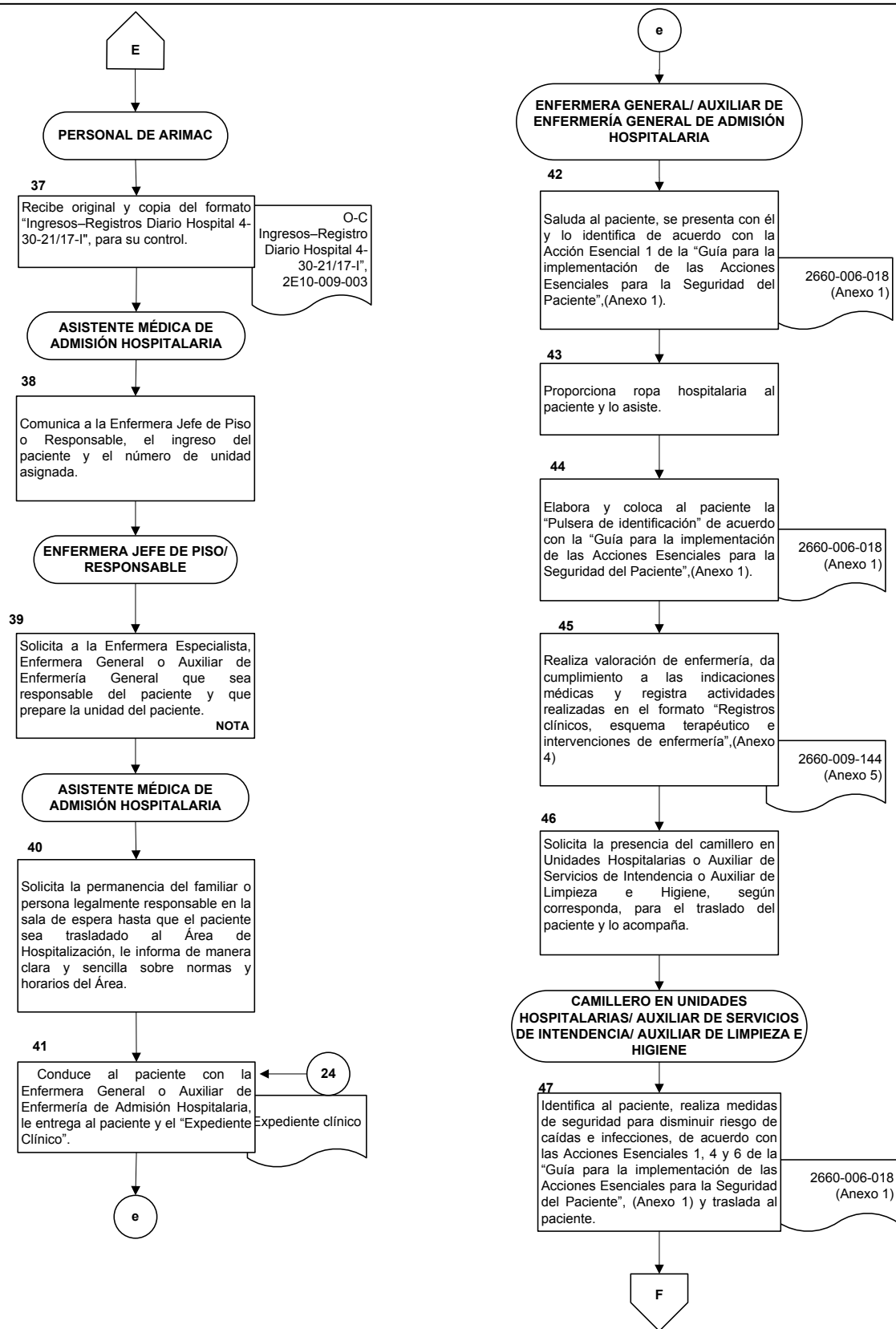


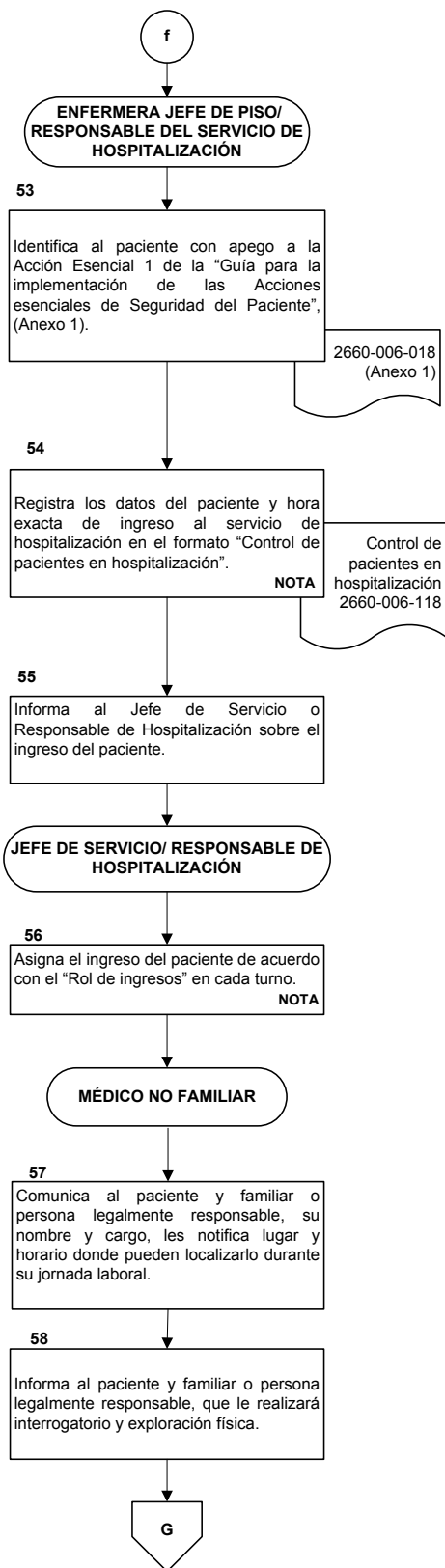
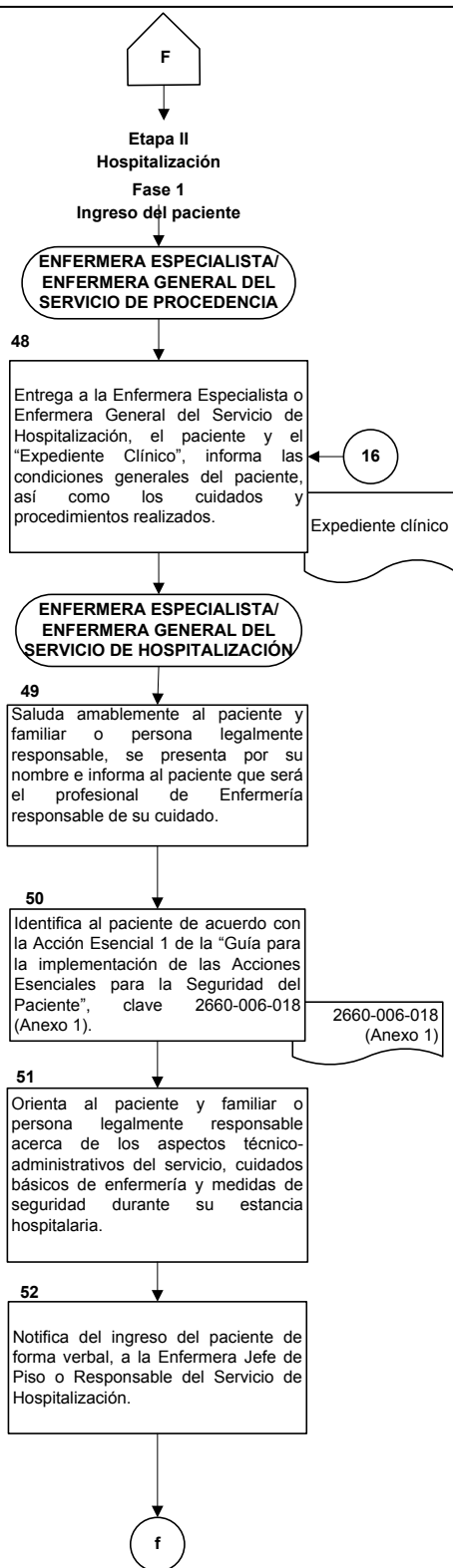


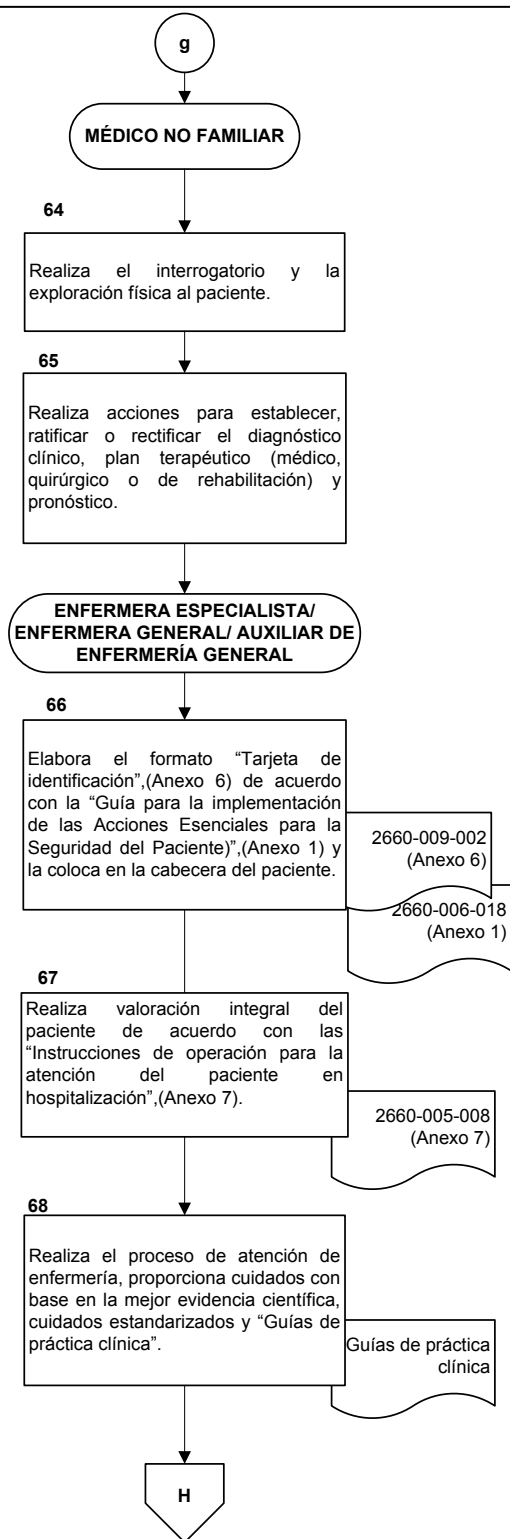
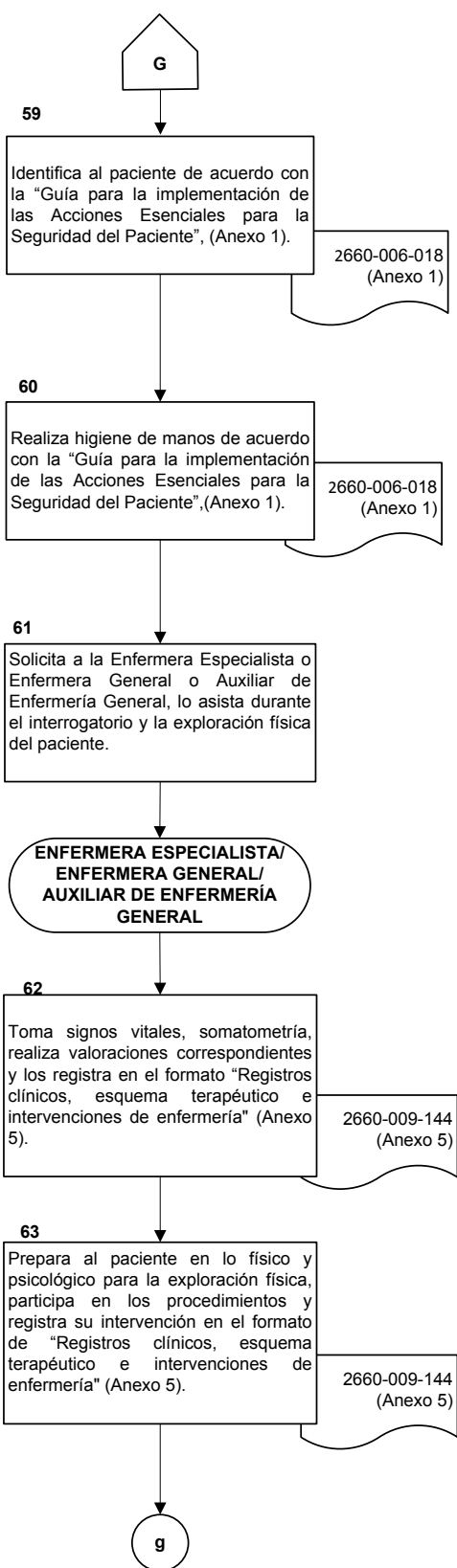


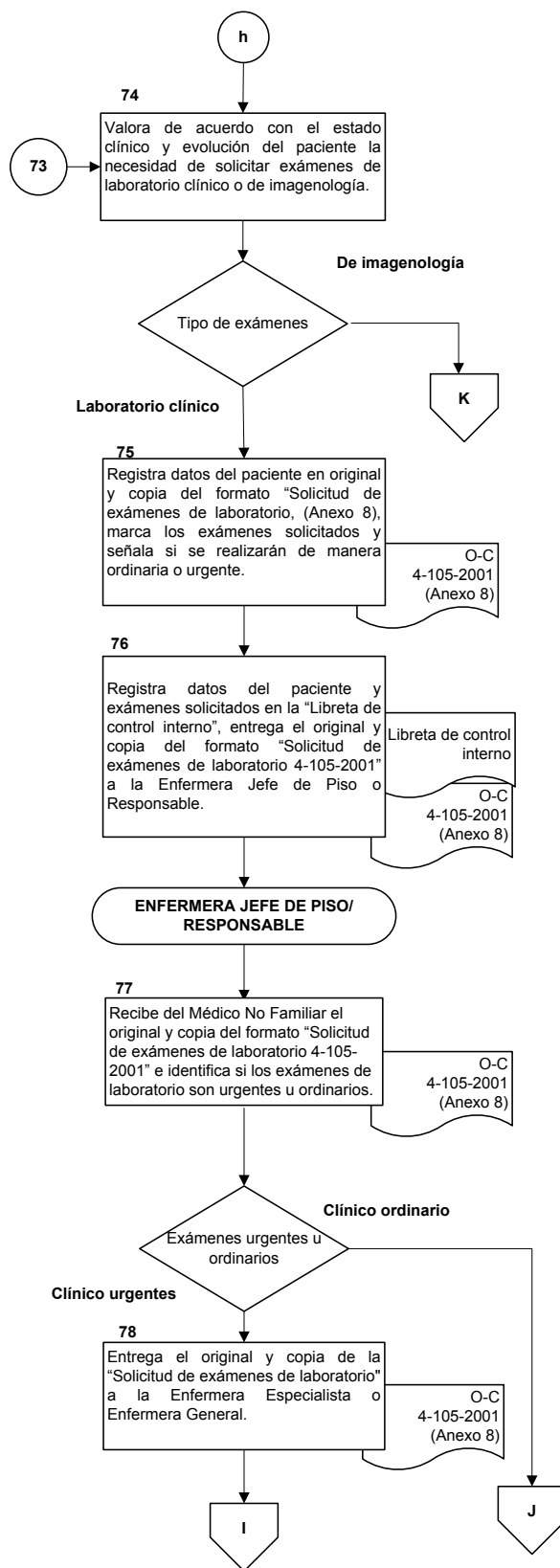
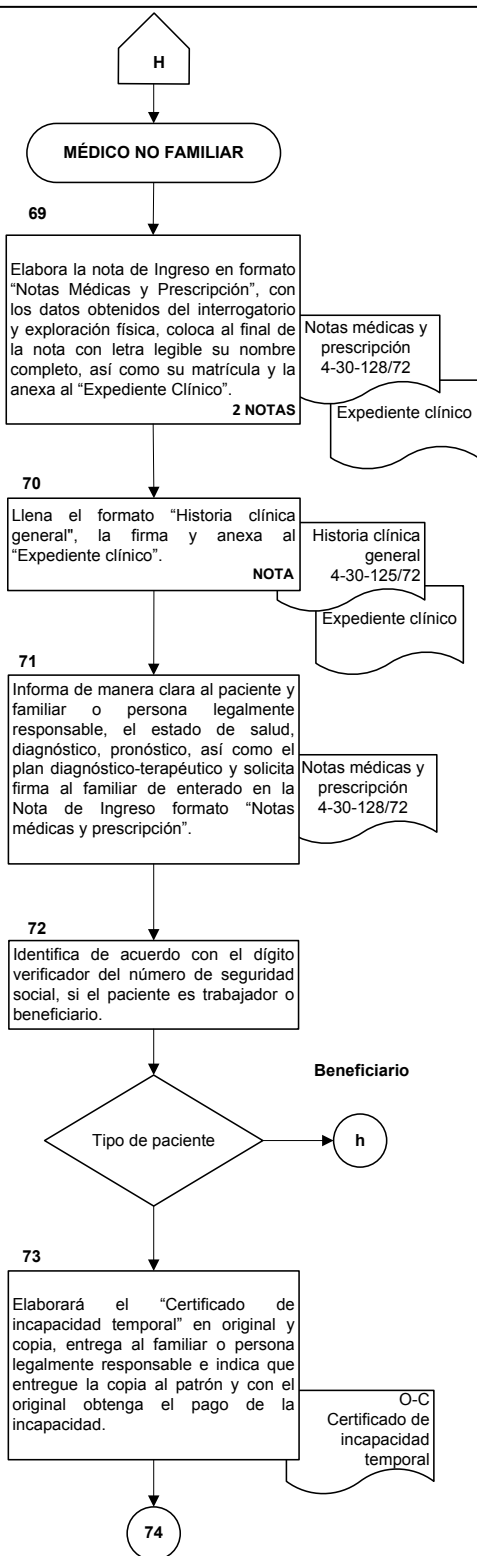


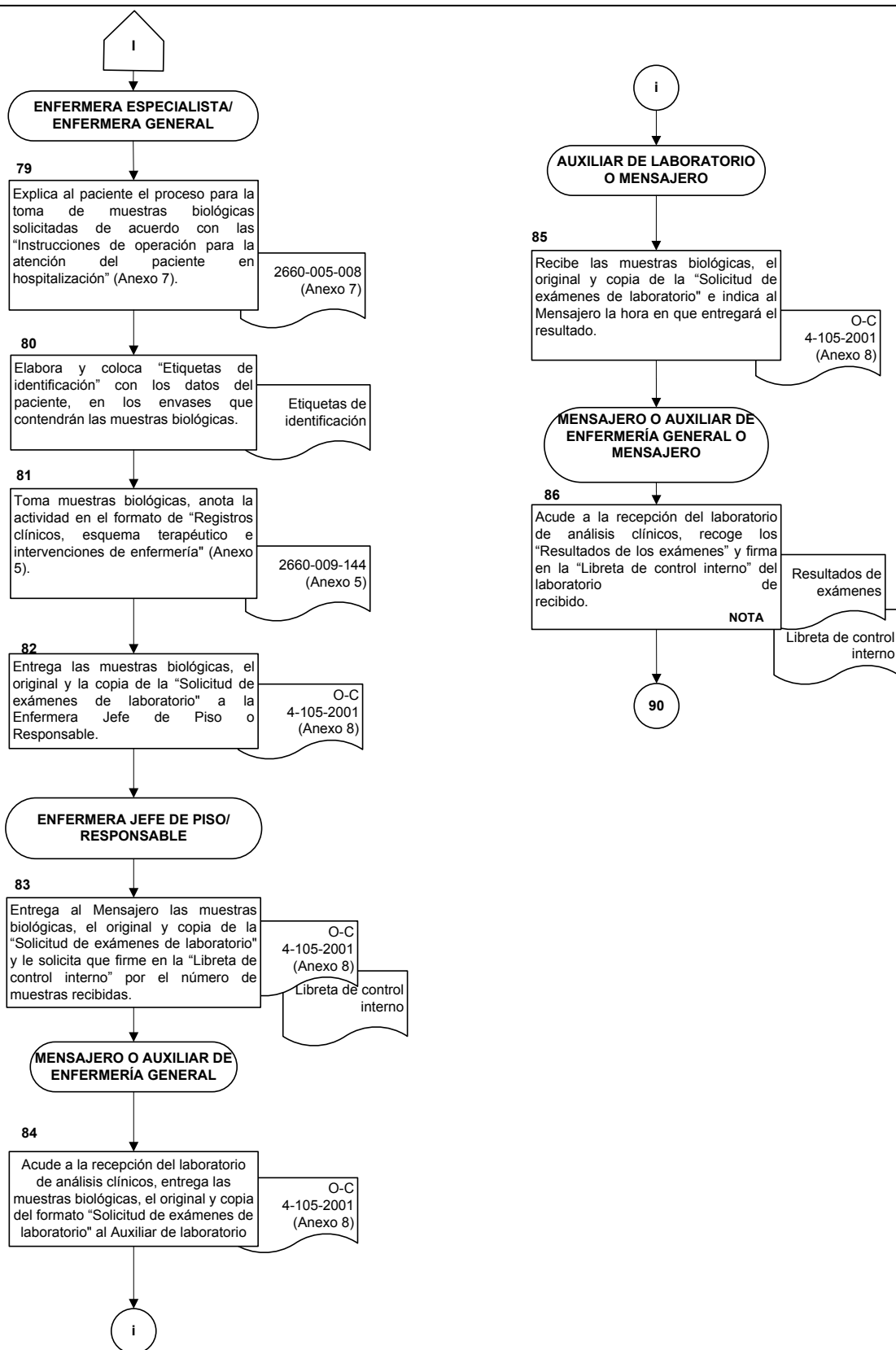


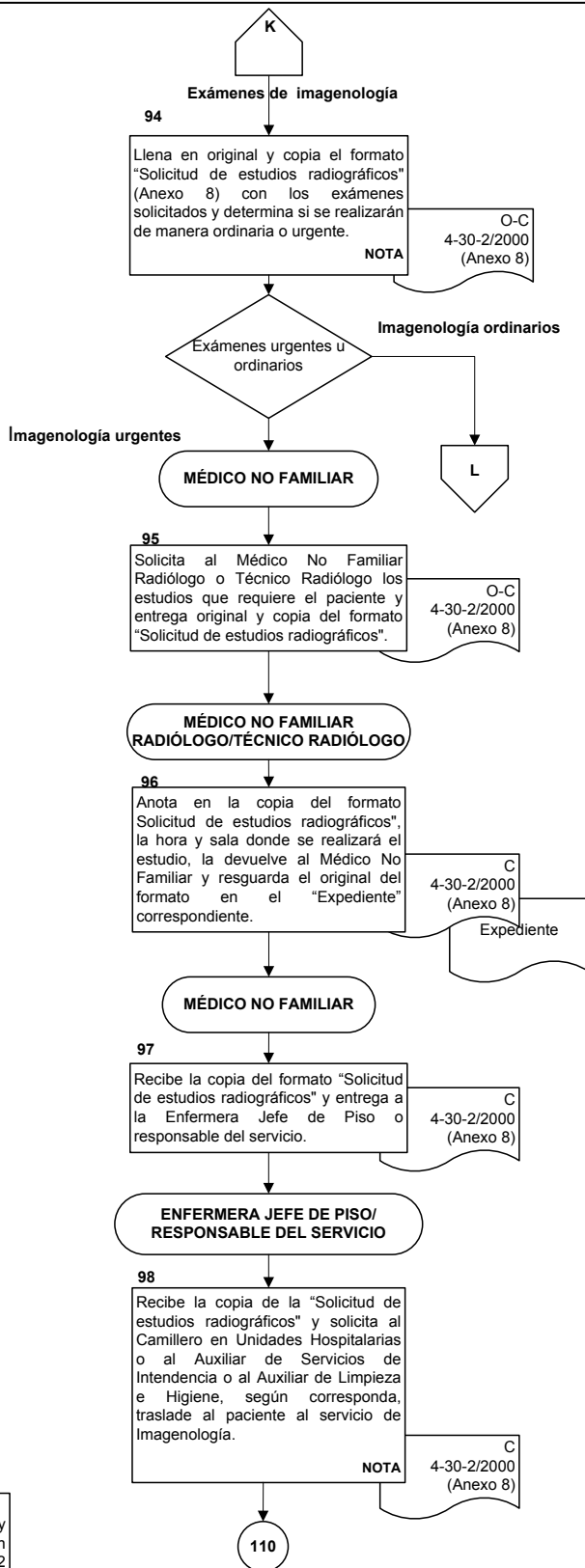
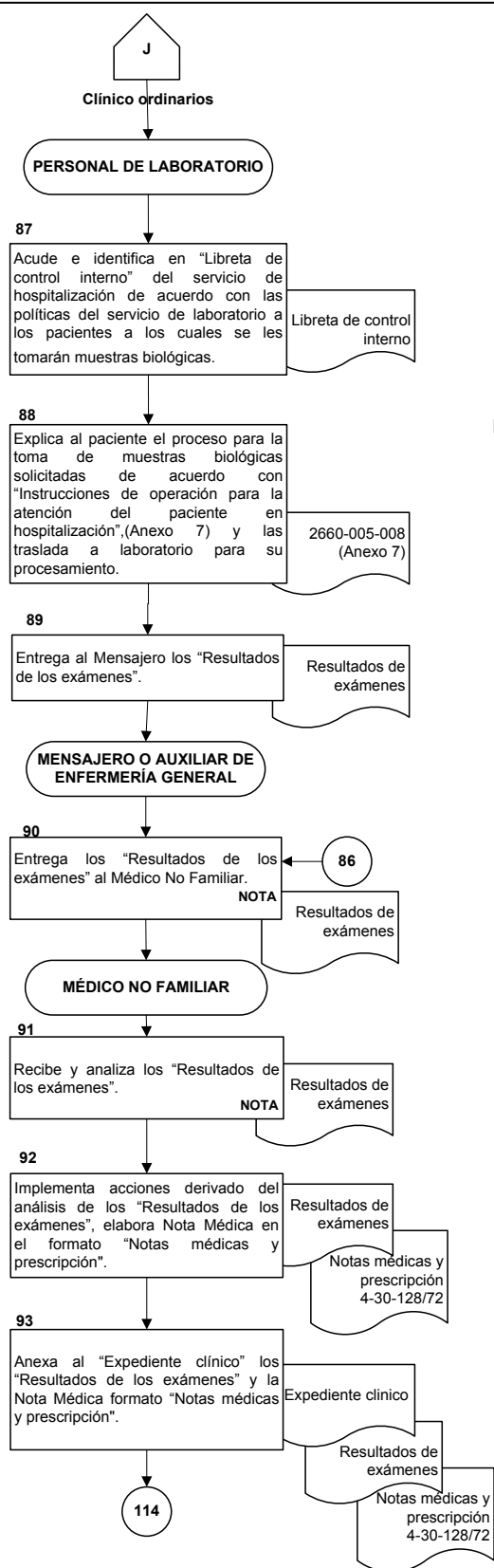


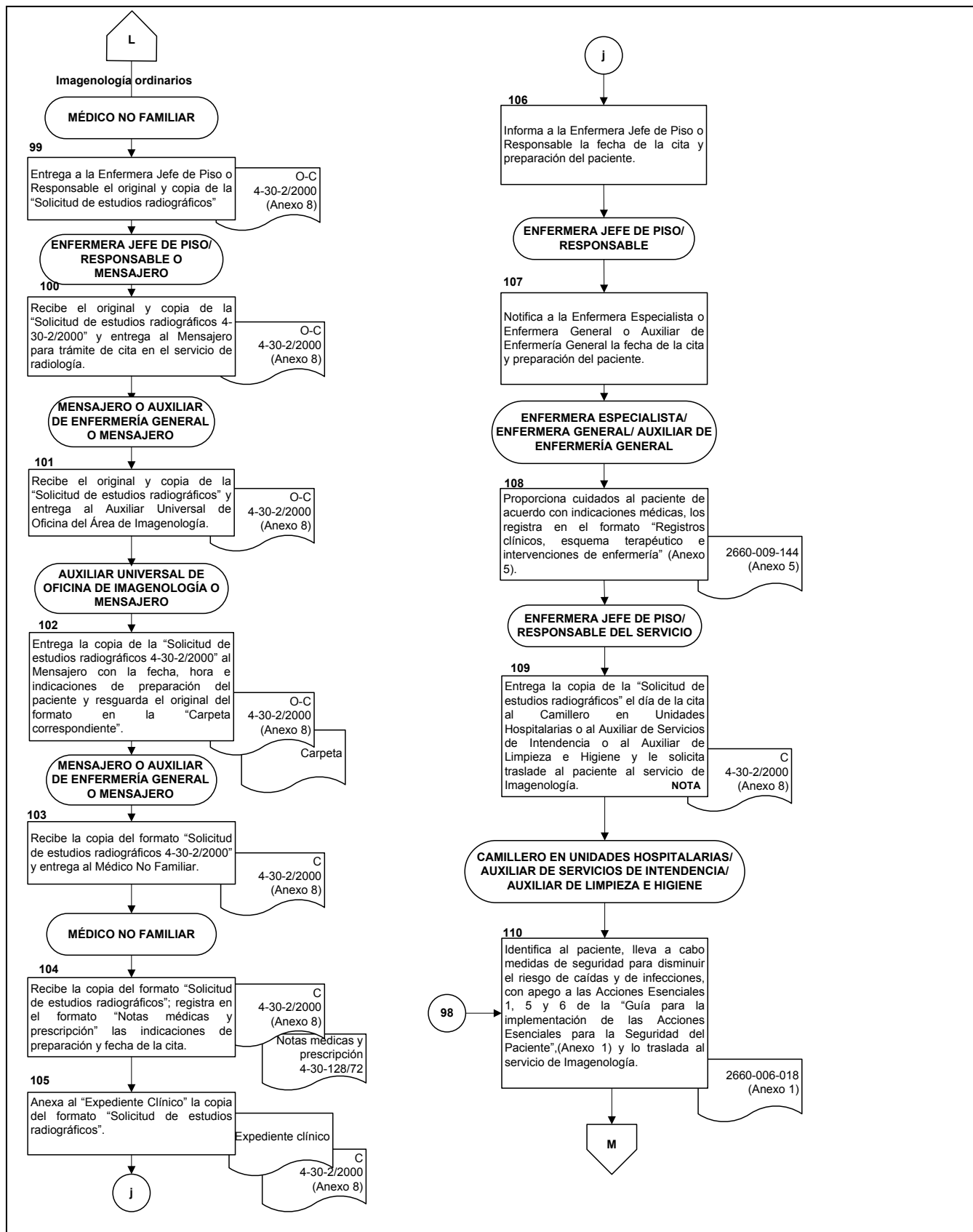


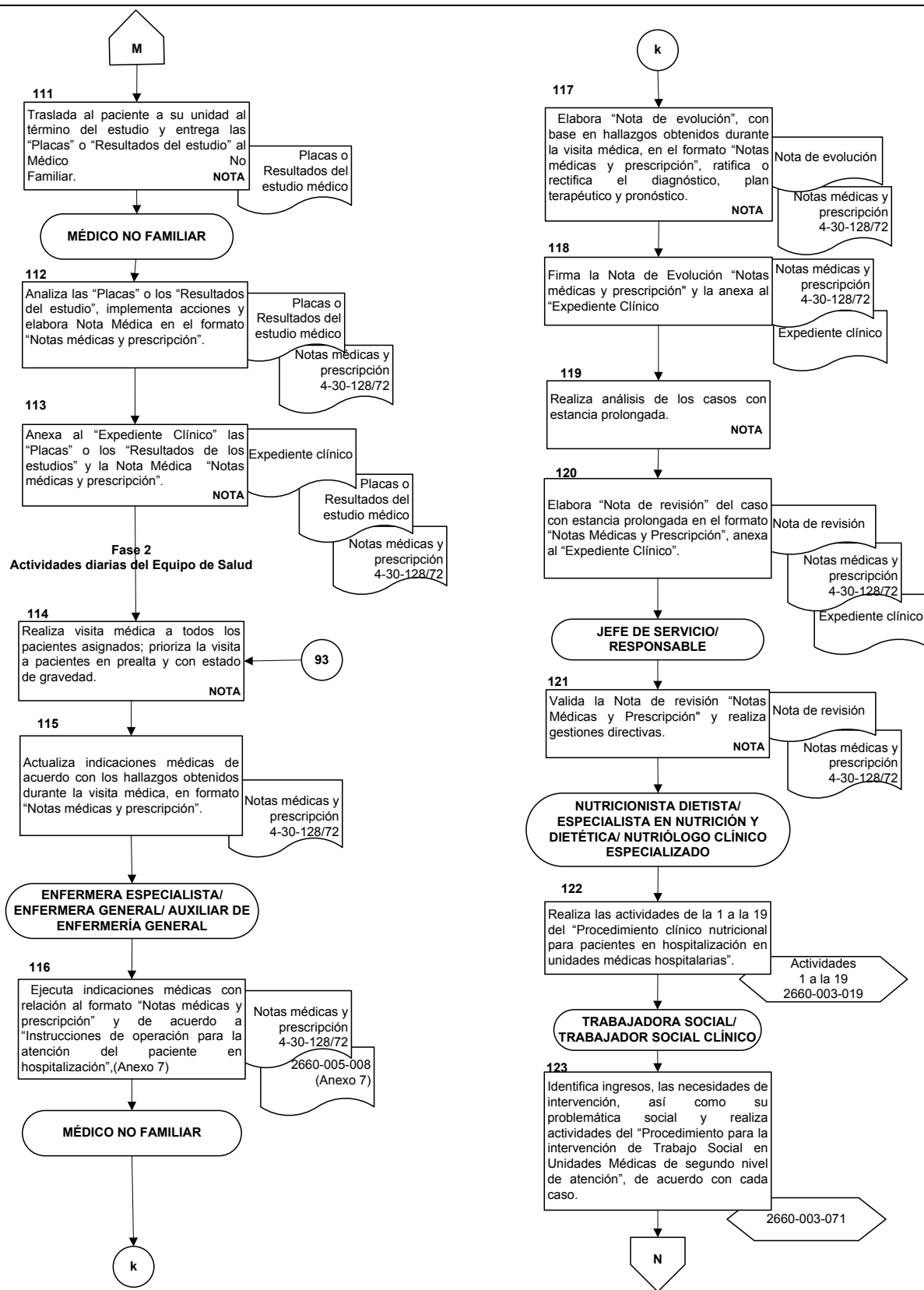


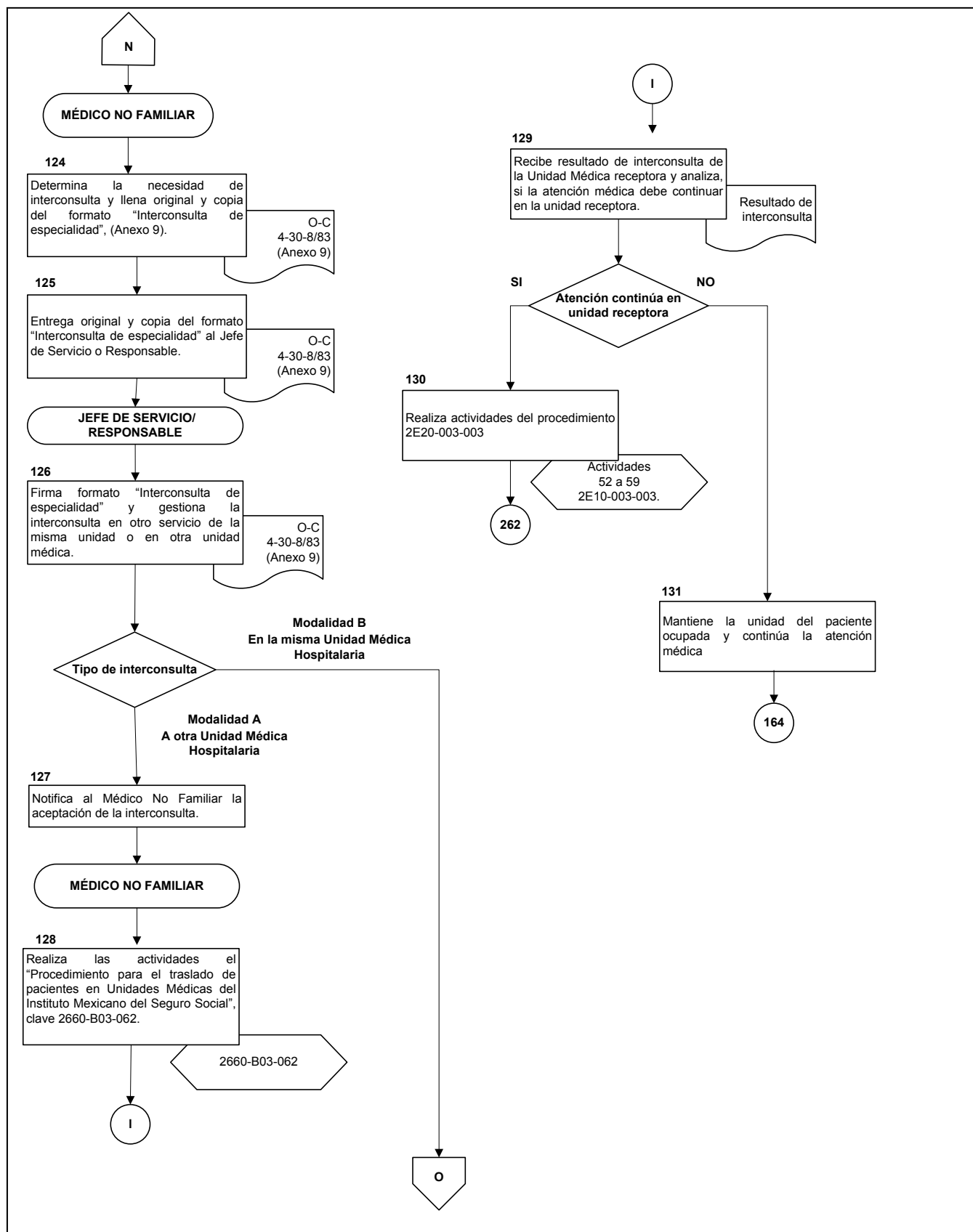


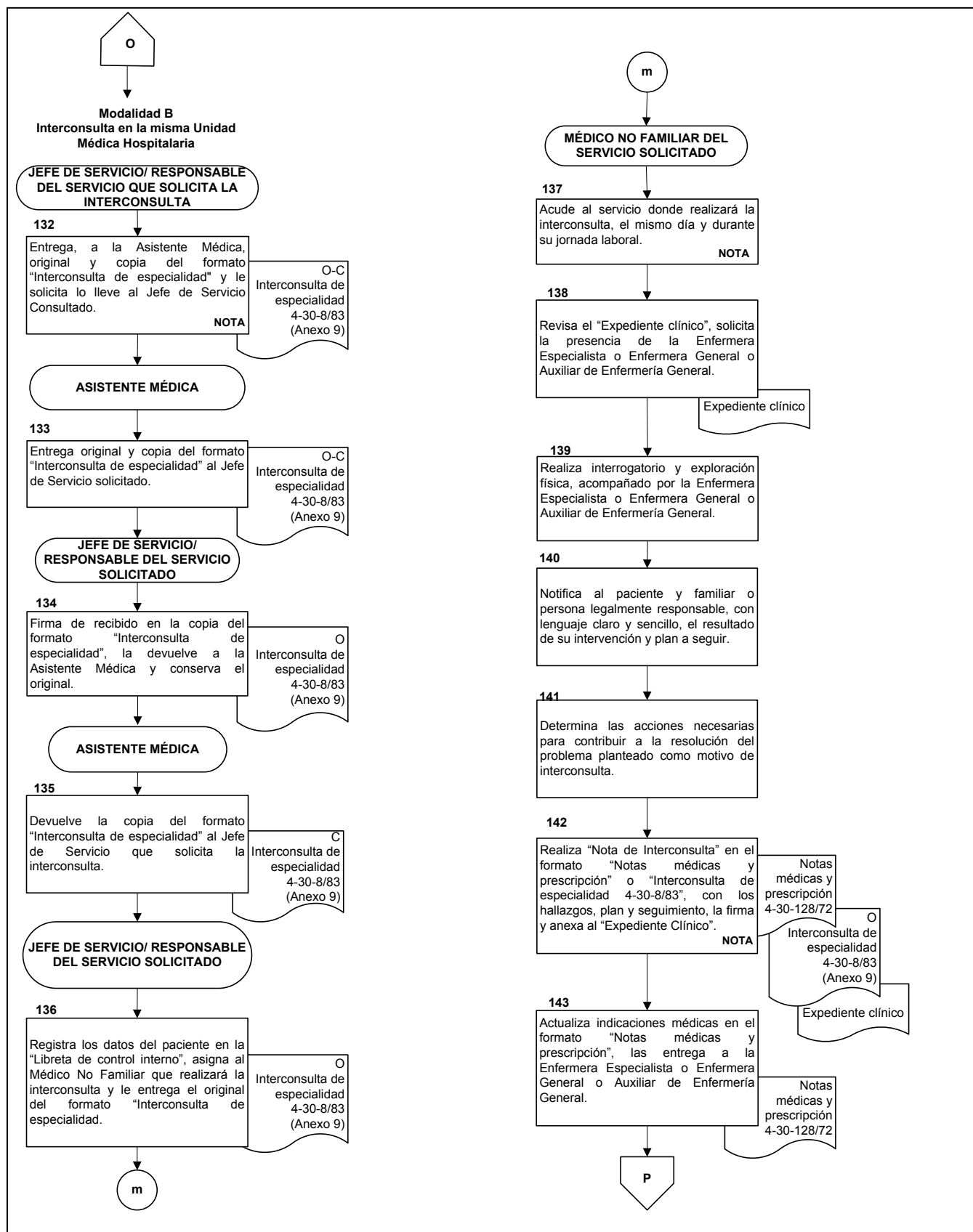


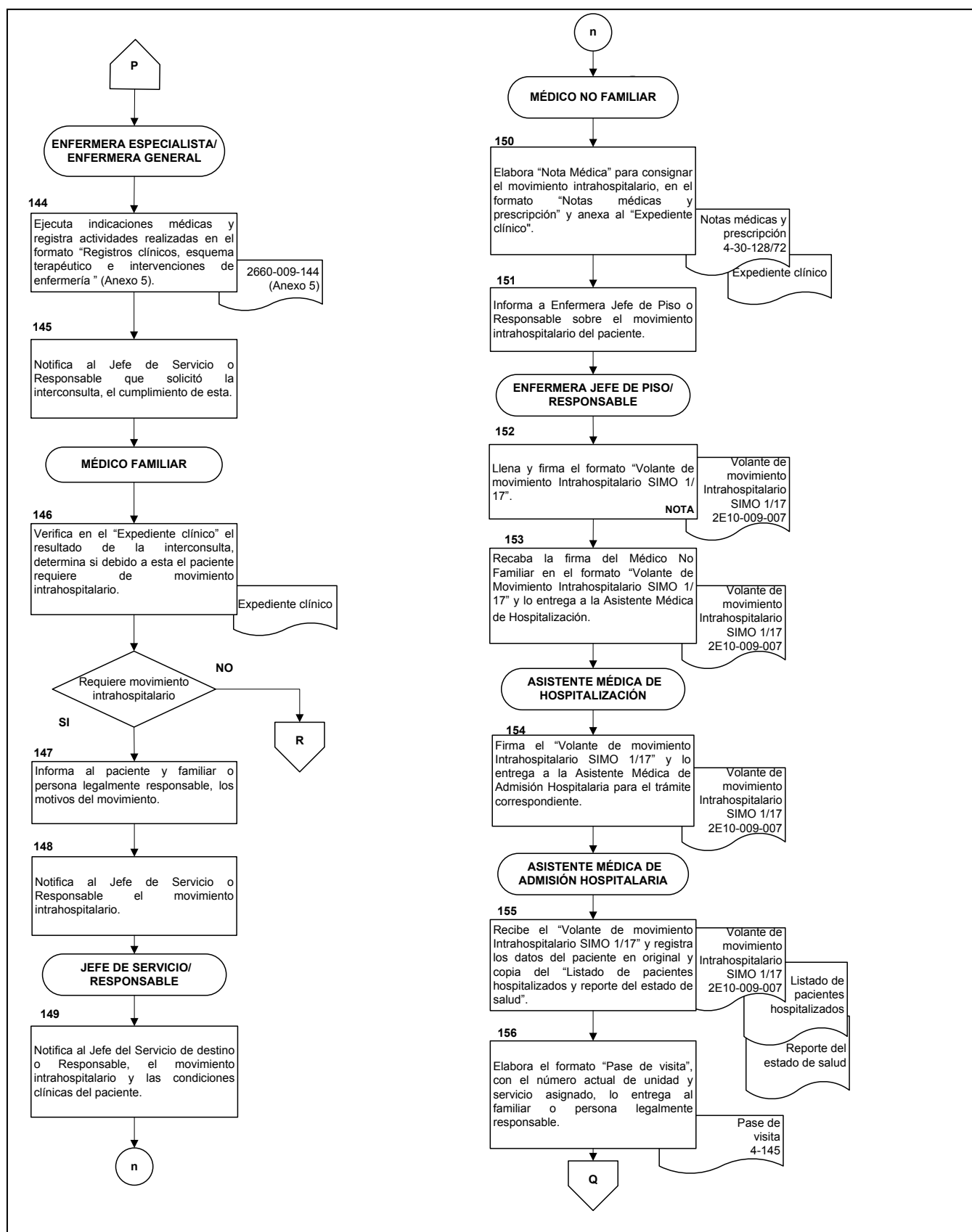


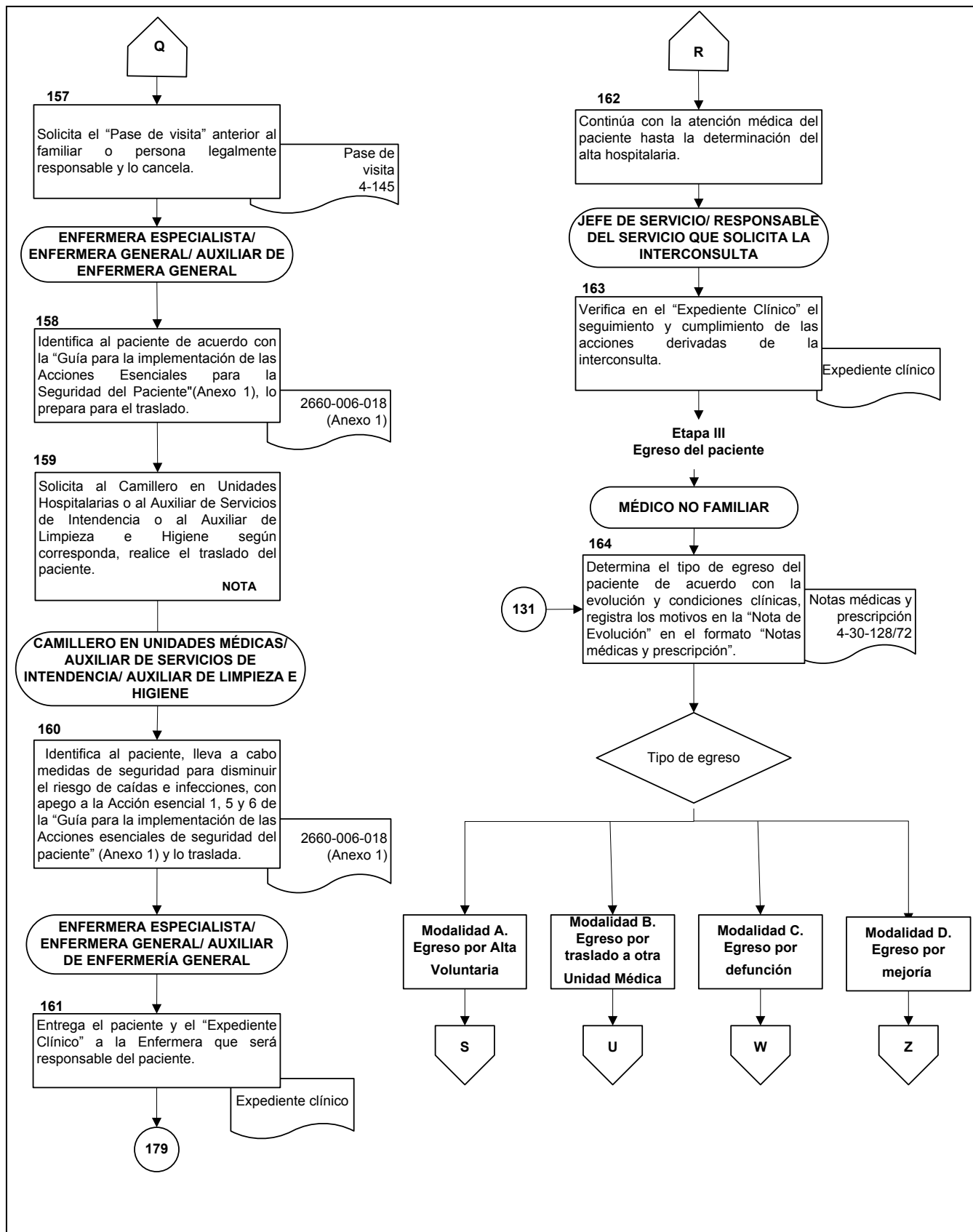


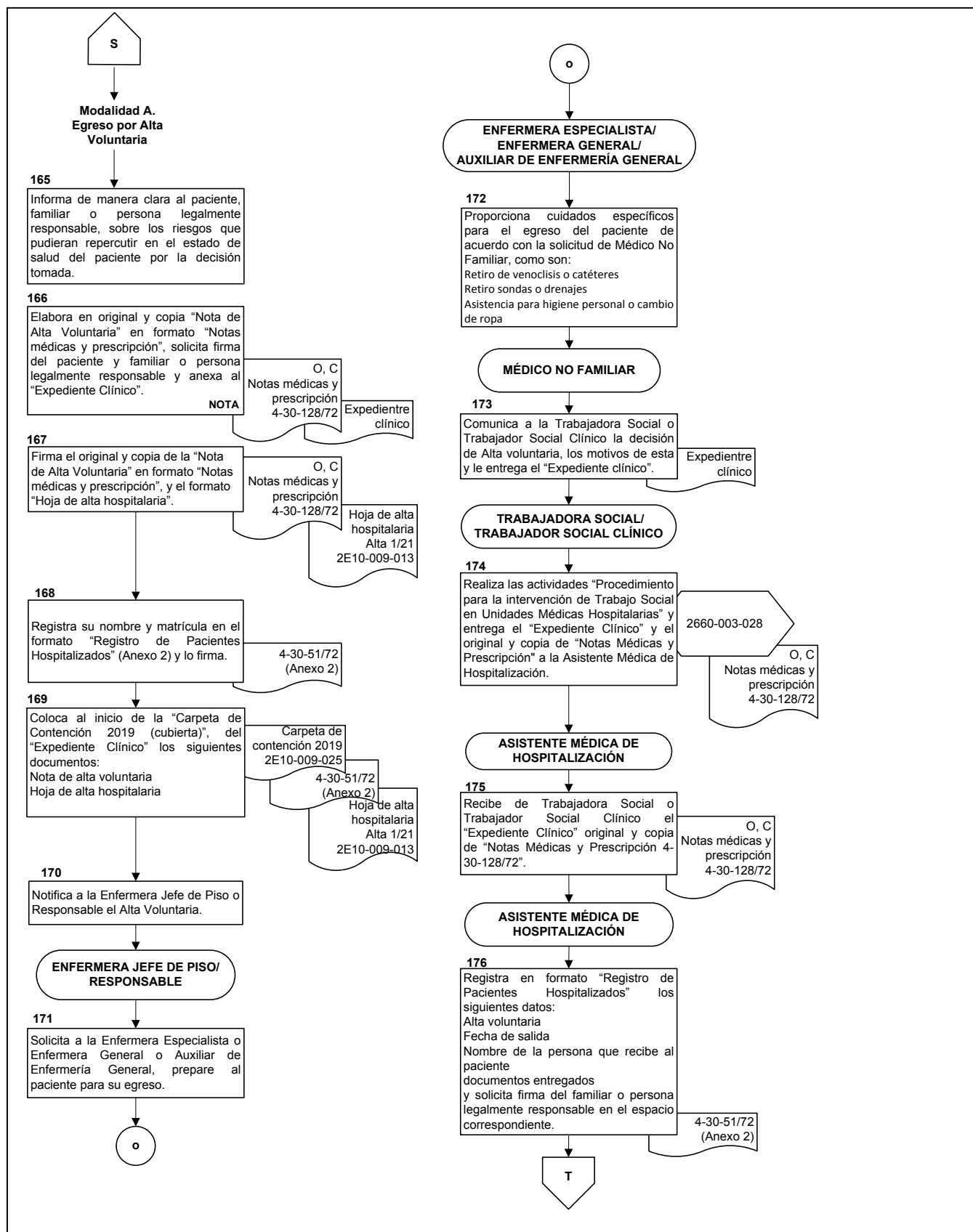


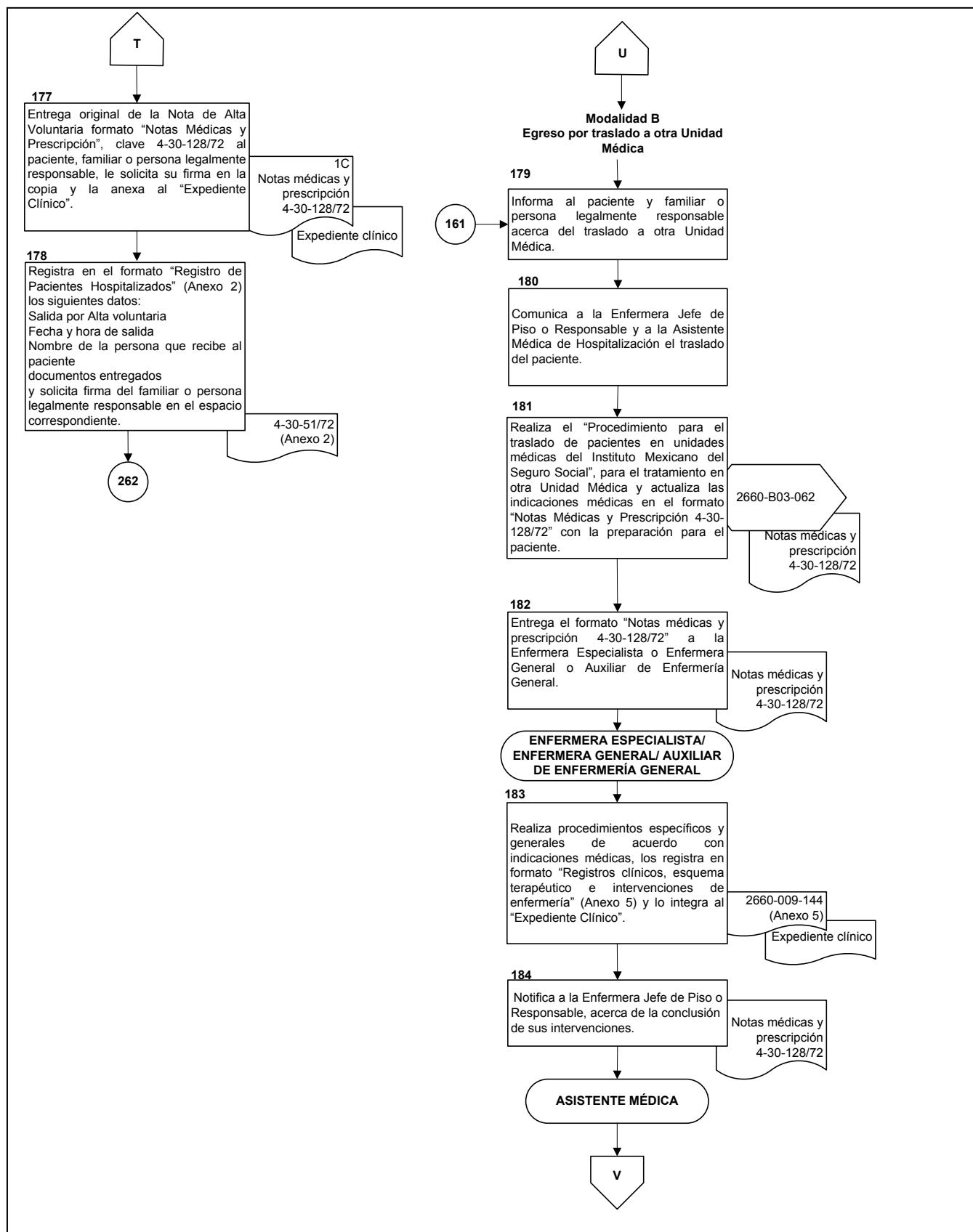


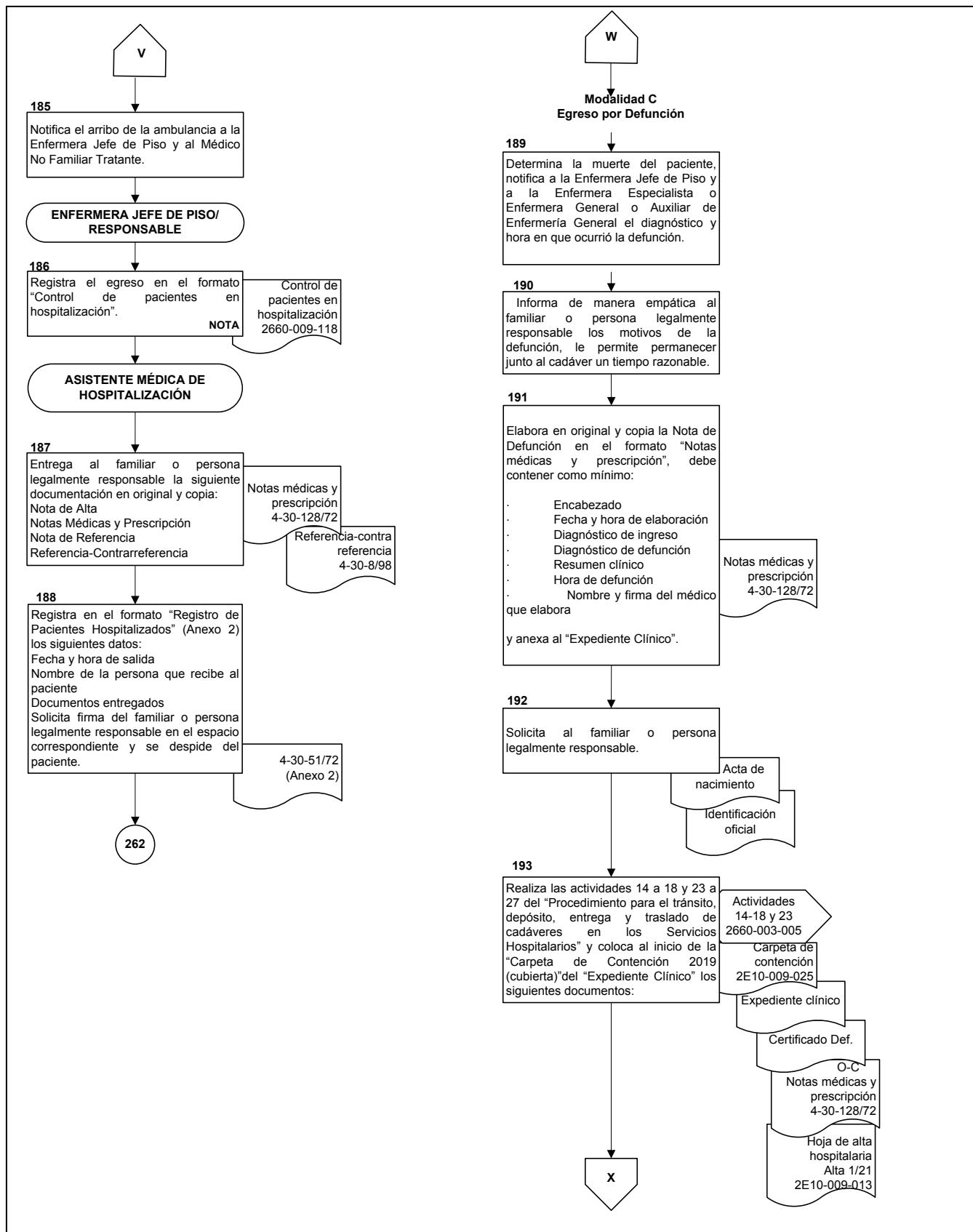


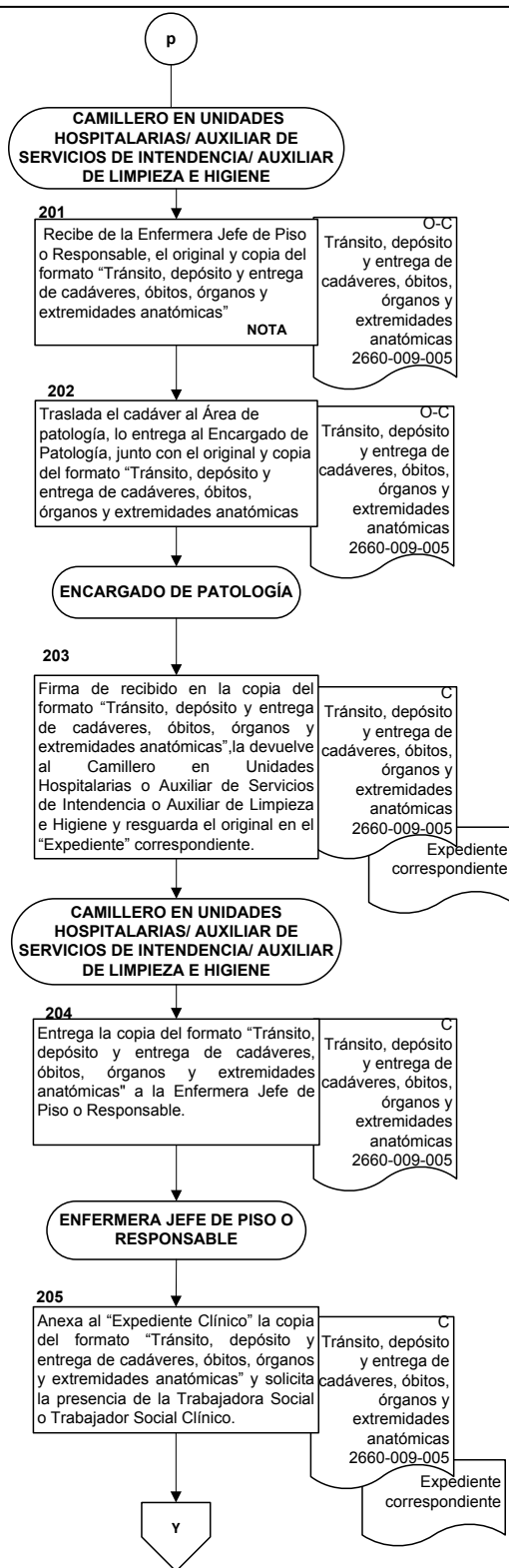
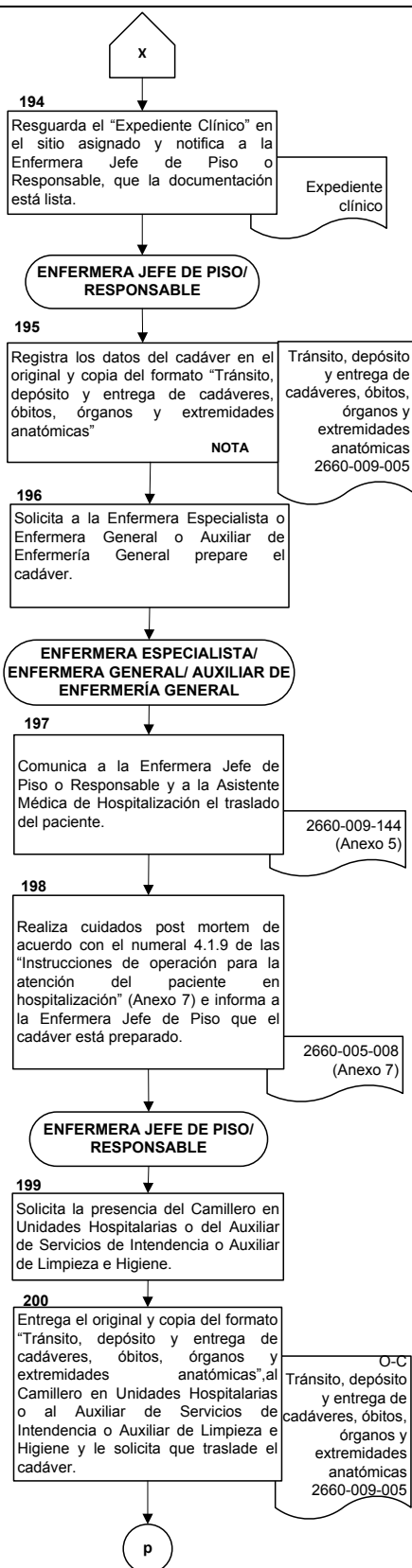


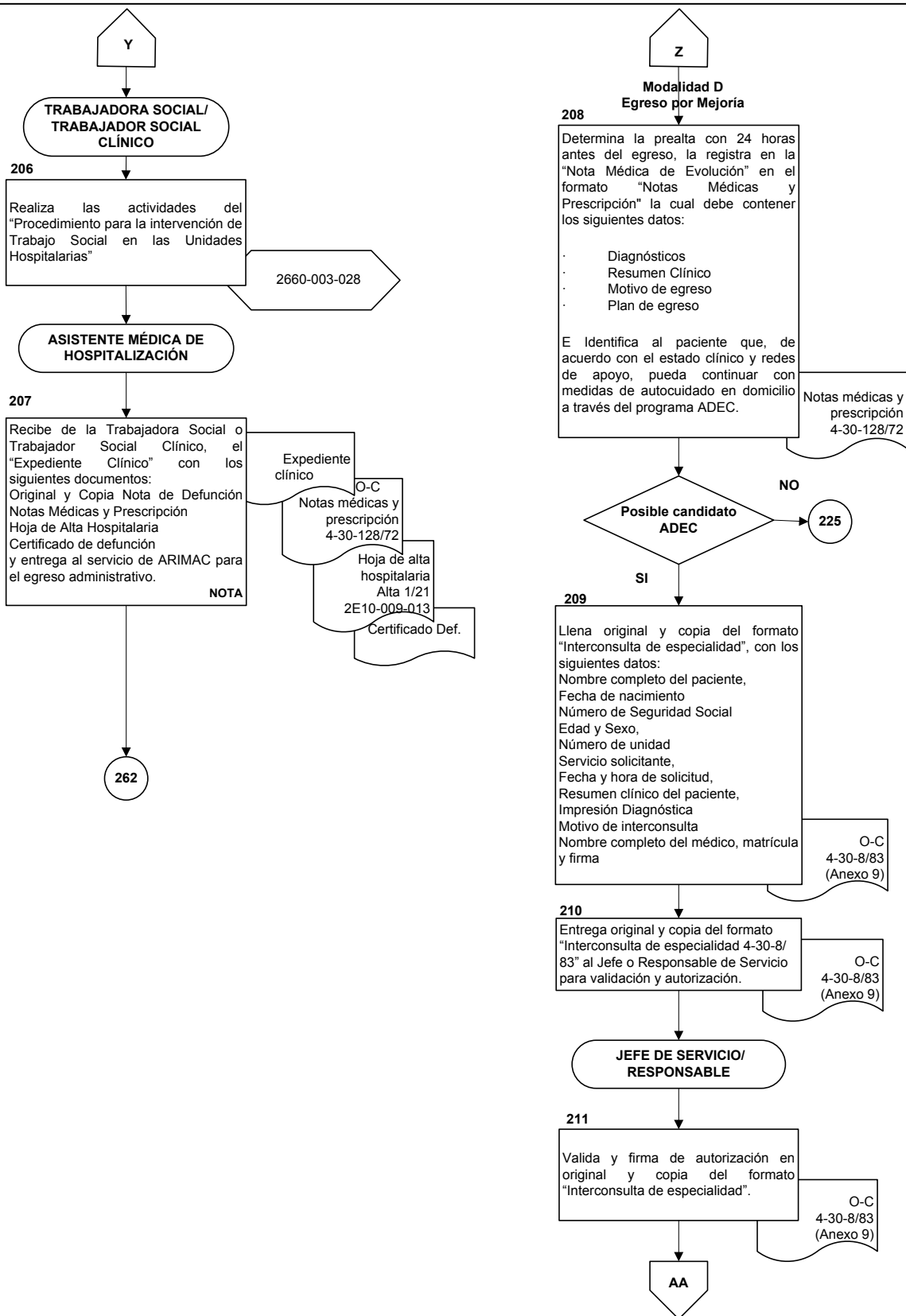


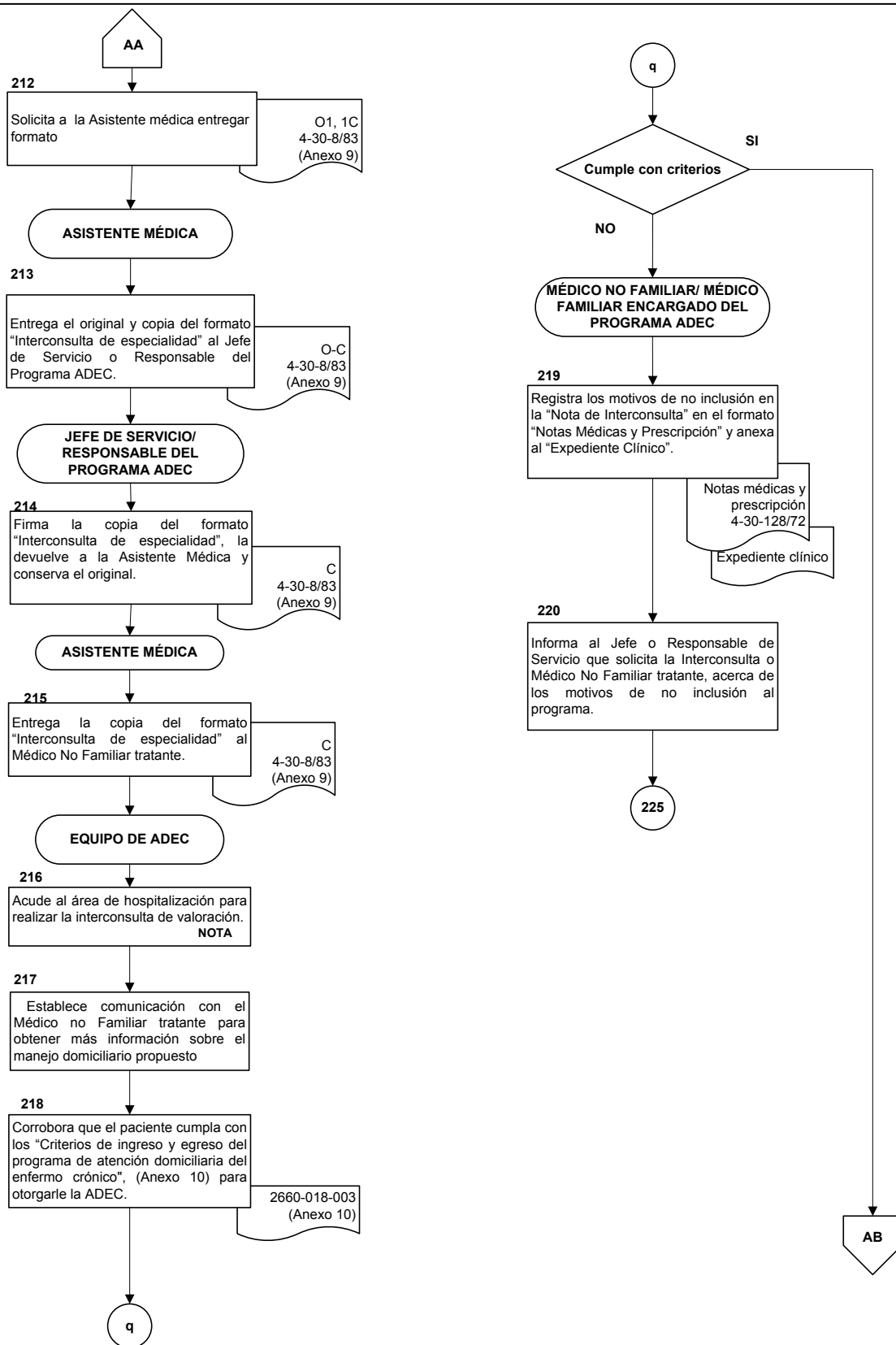


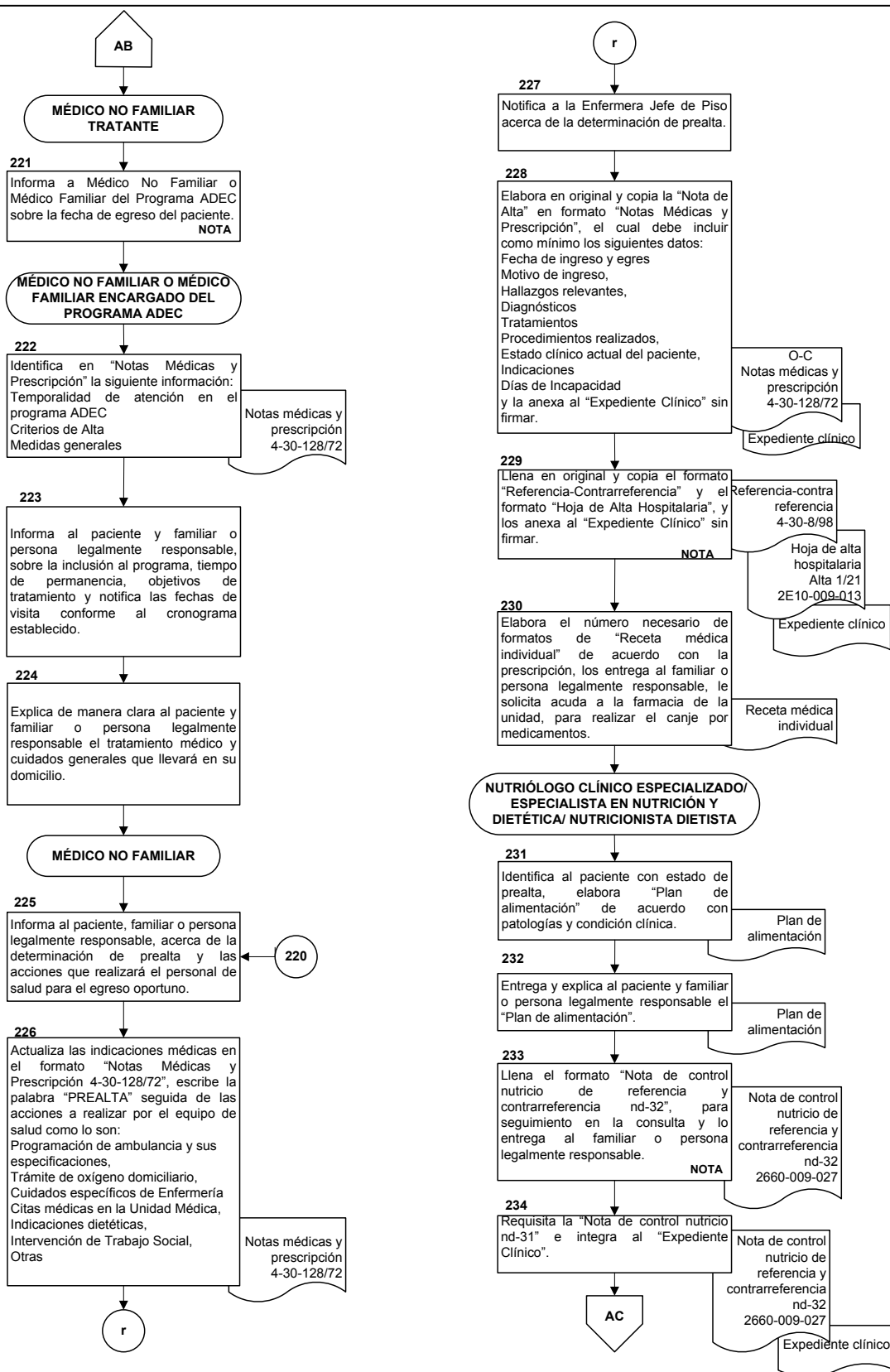


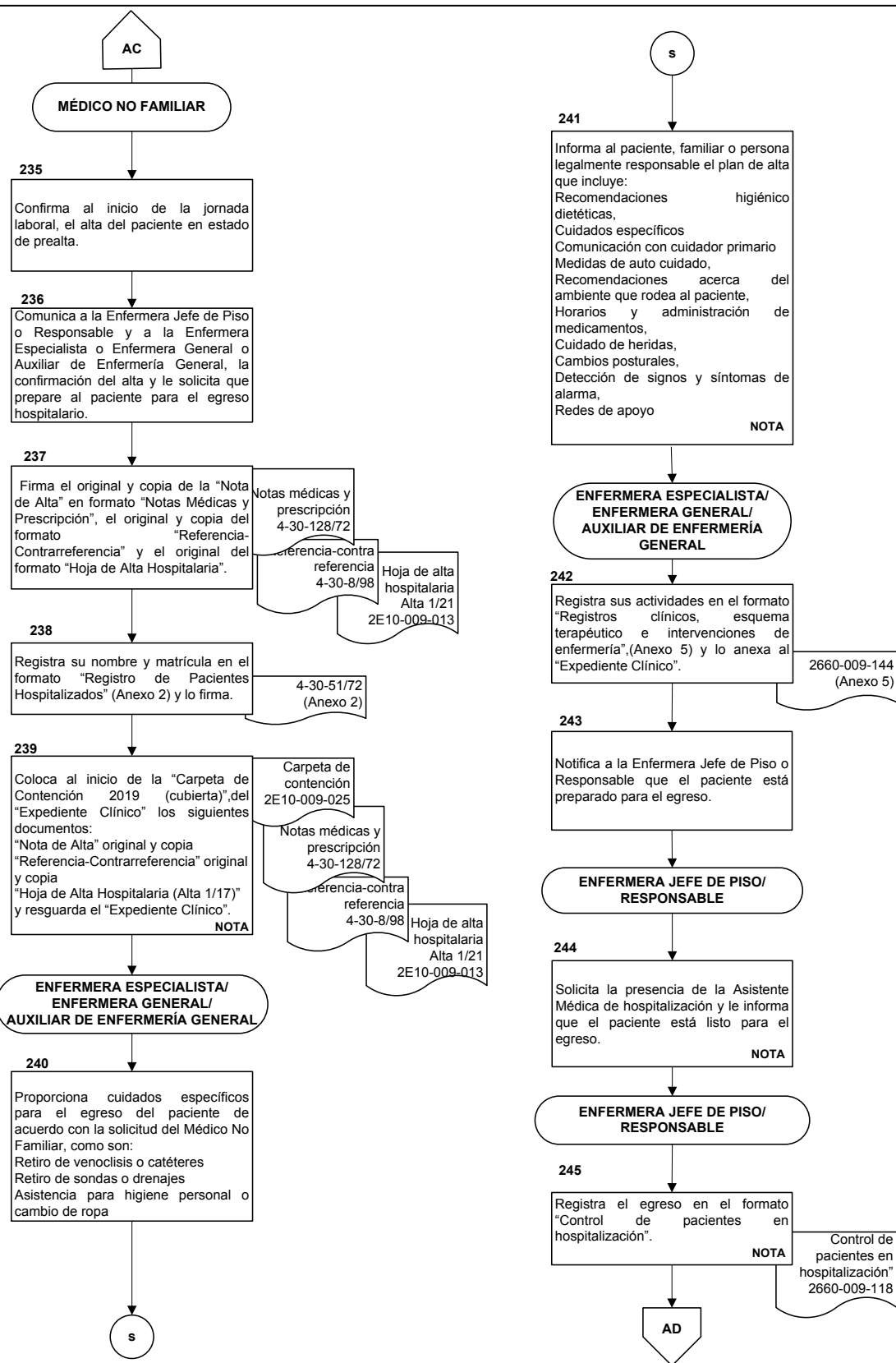


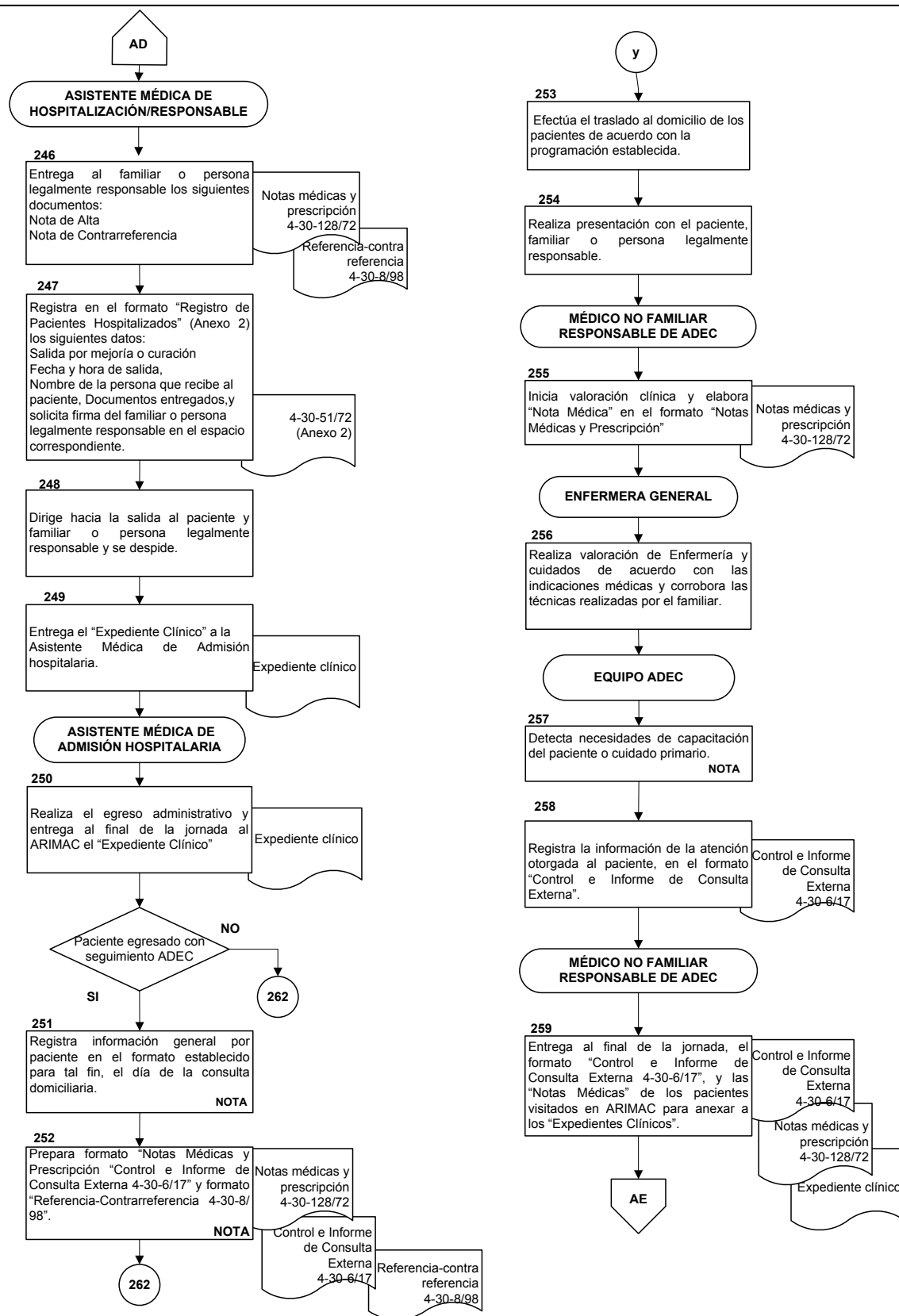


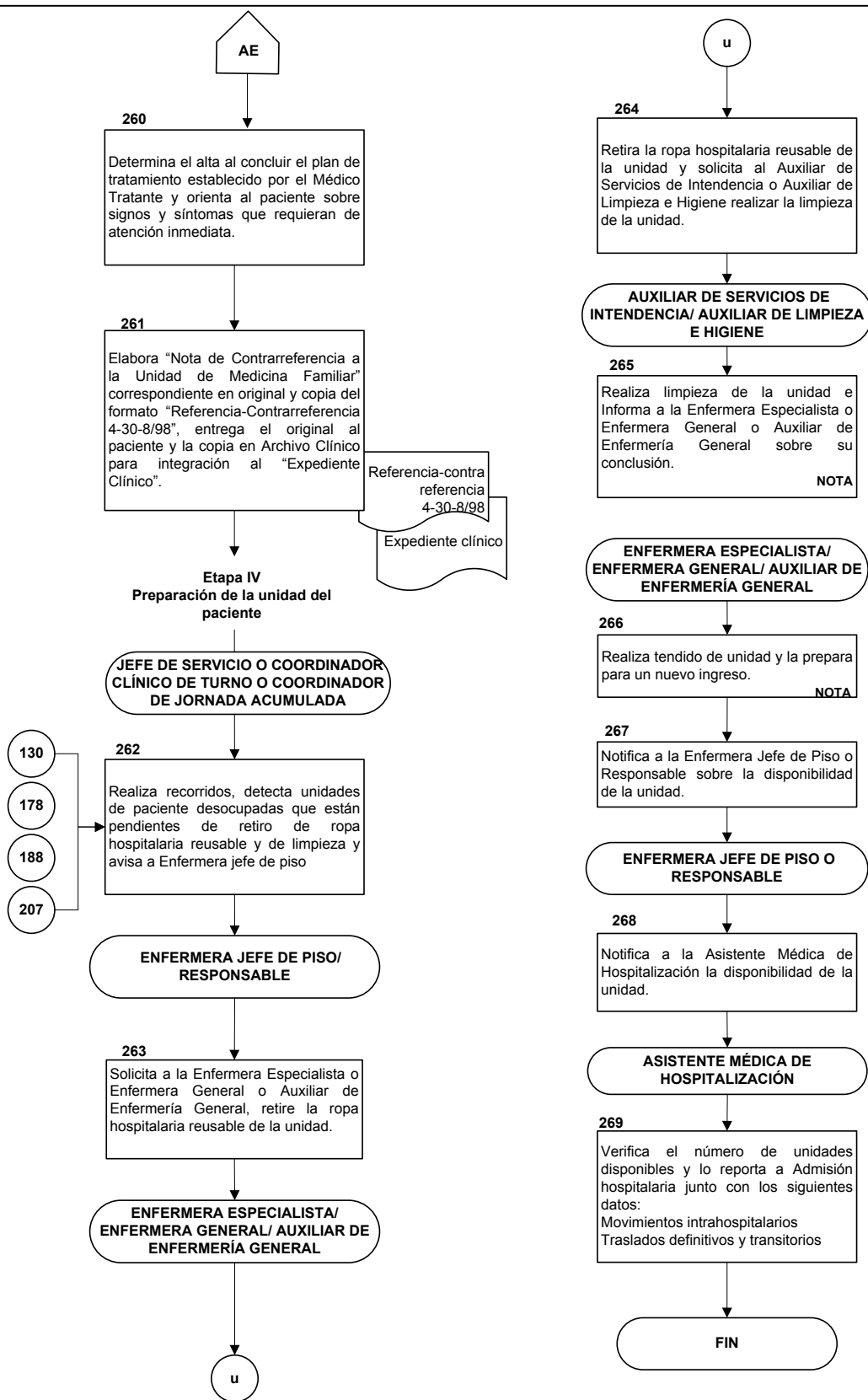














ANEXO 1

**Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente
2660-006-018**



ÍNDICE

1.	Introducción	86
2.	Objetivo	86
3.	Ámbito de aplicación	86
4.	Políticas	87
5	Acciones esenciales de seguridad del paciente	87
	Acción esencial 1. Identificación correcta del paciente	87
	Acción esencial 2. Mejorar la comunicación efectiva	92
	Acción esencial 3. Seguridad en el proceso de medicación	95
	Acción esencial 4. Seguridad en los procedimientos	103
	Acción esencial 5. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud	110
	Acción esencial 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas	114
	Acción esencial 7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas	118
	Acción esencial 8. Cultura de seguridad del paciente	119

Clave:2660-006-018



Guía para la implementación Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

1. Introducción

La implementación de acciones encaminadas a mejorar la seguridad del paciente durante el proceso de atención a la salud es una prioridad, ya que permite una atención efectiva y de calidad centrada en el paciente, con un enfoque en la prevención de riesgos.

En este sentido y con el avance en el estudio de la seguridad del paciente, la Secretaría de Salud ha establecido ocho acciones esenciales, basadas en las seis metas internacionales de seguridad del paciente, propuestas por la Organización Mundial de la Salud y dos acciones esenciales más: el registro y análisis de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas y la cultura de seguridad del paciente en las unidades de atención médica, estos dos nuevos rubros permiten identificar las áreas de oportunidad en los procesos de atención y establecer barreras de seguridad para el paciente.

El presente documento se titula “Guía para la implementación Acciones esenciales para la seguridad del paciente”, en atención al nivel de madurez que tienen las Unidades Médicas para su implementación ya que se trata de medidas internacionalmente conocidas; así mismo, se enmarcan las ocho acciones esenciales en cumplimiento al “ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 2017.

2. Objetivo

Establecer los lineamientos indispensables que permitan estandarizar las actividades del personal que participa en la atención a la salud del paciente en el entorno ambulatorio y hospitalario, a partir de una metodología operativa con el fin de reducir al máximo los riesgos para el paciente dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3. Ámbito de aplicación

La presente guía es de aplicación para todo el equipo de salud que participa en la atención médica que se proporciona al derechohabiente y su familia en las Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Clave: 2660-006-018



4. Políticas

Personal Directivo de las Unidades Médicas de Segundo Nivel

4.1 Difundirá, evaluará, supervisará y asesorará sobre la implementación de la presente guía al personal de las Unidades Médicas.

4.2 Vigilará que las acciones esenciales se lleven a cabo dentro del marco de respeto irrestricto a los derechos humanos y respondan a las necesidades y expectativas del paciente y su familia.

4.3 Vigilará el otorgamiento y el uso racional de los recursos, sustentado en las necesidades identificadas y prioridades establecidas, en el marco de la seguridad del paciente y favorecerá la recuperación del estado de salud del paciente.

Personal de las Unidades de Atención Médica de Segundo Nivel

4.4. Aplicará las acciones esenciales de seguridad del paciente, a fin de mejorar la calidad de los servicios de atención a la salud.

4.5. Registrará la evidencia de sus intervenciones en la atención del paciente en el Expediente clínico y en los formatos normativos establecidos de acuerdo con el ámbito de su competencia.

4.6. Proporcionará atención a la salud centrada en el paciente y su familia, considerando las personas primordiales de sus acciones con oportunidad, calidad, seguridad, eficiencia, efectividad, trato amable, digno y cortés.

5. Acciones esenciales de seguridad del paciente.

5.1 Acción esencial 1. Identificación correcta del paciente.

Objetivo general:

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes unificando este proceso en las Unidades de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) con la finalidad de prevenir errores que involucren al paciente equivocado.

El propósito de esta barrera de seguridad es doble: 1) identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento y 2): hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona. El personal del equipo multidisciplinario de la Unidad

Clave: 2660-006-018



Médica deberá identificar correctamente a los pacientes dando prioridad a los momentos críticos.

Implementación.

Acción Esencial 1 A: De la Identificación General del Paciente.

La identificación correcta del paciente la realiza el personal de salud en las Unidades Médicas de los tres niveles de atención, desde el momento que el paciente solicita la atención, con al menos los siguientes datos de identificación inequívocos, los cuales son:

- Nombre(s) completo con apellido paterno y apellido materno (si procede).
- Fecha de Nacimiento del Paciente (día, mes y año).
- Número de seguridad social.

Los datos para la identificación correcta del paciente, se obtienen del interrogatorio directo al paciente, familiar o persona legalmente responsable, en contraste con la información contenida en la Cartilla Nacional de Salud o credencial para votar del INE; en pacientes hospitalizados se pueden cotejar los datos del formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013

Todo documento que se genere durante el proceso de atención, incluyendo expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de laboratorio y gabinete, etc. deberán contener estos datos de identificación inequívocos.

No se debe incluir como parte de los datos de identificación, el número de unidad, número de habitación o servicio en el que se encuentre el paciente, horario de atención, ni diagnóstico.

Acción Esencial 1 B: De la Estandarización.

Los tres datos para identificación inequívoca del paciente se registrarán desde su ingreso a la Unidad Médica en los siguientes documentos:

“Tarjeta de identificación”, clave 2660-009-002 (Anexo 6)

- Debe contener además de lo descrito en las instrucciones de llenado de la tarjeta de identificación clave 2660-009-002 (Anexo 6), el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente, con tamaño mayor respecto al resto de la información, se anotarán con un color contrastante con el medio para facilitar la identificación de manera visual y deberá estar sin abreviaturas, tachaduras o enmendaduras.
- Se debe colocar en la cabecera de la unidad, camilla, cuna, incubadora, así como en silla, sillón, reposet u otro dispositivo para la estancia ambulatoria del paciente,

Clave: 2660-006-018



incluyendo donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.

“Pulsera de identificación”

- El personal de Enfermería, en el ámbito de su competencia, deberá realizar la pulsera de identificación sin abreviaturas, tachaduras o enmendaduras con el nombre completo y la fecha de nacimiento, confirmando los datos con el paciente.
- En el caso de menores de edad o pacientes imposibilitados para proporcionar sus datos, verificar los datos con el familiar o persona legalmente responsable, o cotejar con la Cartilla Nacional de Salud o credencial para votar del INE; para pacientes hospitalizados con los datos contenidos en la “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013.
- El personal de Enfermería deberá colocar la pulsera de identificación a los pacientes hospitalizados, así como aquellos que acudan para tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- El personal de Enfermería deberá anotar en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5), en el apartado de observaciones, la colocación de la pulsera de identificación.
- El personal de salud deberá informar al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la importancia de que el paciente porte la pulsera de identificación y no retirarla durante su estancia en la Unidad de Atención Médica; antes de que el paciente egrese de la Unidad de Atención Médica, se debe retirar y desechar excepto en los pacientes que serán trasladados a otra unidad para su atención.
- La pulsera de identificación debe colocarse en la extremidad superior derecha, cuando por las condiciones físicas o tratamiento del paciente, no sea posible, debe colocarse en la extremidad superior izquierda o en cualquier tobillo, cuando no sea posible colocarlo en alguna extremidad, se colocará junto a la “Tarjeta de identificación”, clave 2660-009-002 (Anexo 6).
- Cuando la pulsera de identificación pierda legibilidad o se identifiquen errores en los datos, se debe reemplazar y verificar que los tres datos sean correctos y legibles, realizando el registro correspondiente en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144 (Anexo 5).
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente. En cuanto sea posible el personal de Enfermería realizará las acciones descritas para identificar correctamente al paciente.

Pacientes desconocidos y/o con alteración del estado de conciencia.

- En pacientes que por sus condiciones de salud sea imposible obtener datos para identificarlos y no se encuentre el familiar o personal legalmente responsable, el personal de Enfermería construirá la identificación con los siguientes datos:
 1. Palabra “desconocido”.
 2. Género: “H” para hombres y “M” para Mujeres.
 3. Edad aparente.

Clave: 2660-006-018



4. Señas particulares (cicatrices, tatuajes, lunares, etc.)
5. Fecha de ingreso (día – mes - año)
6. Hora de ingreso (hr: min).
7. Forma de ingreso (Ministerio público, servicios auxiliares de ambulancia, patrulla, averiguación previa, etc.).

Ejemplo: “Paciente Desconocido/Hombre/33 años aprox. /cicatriz ceja izq. /Fecha de ingreso: 07 marzo 2018/22:33 horas/ Ingreso ambulancia”.

En caso de que exista más de un paciente desconocido, se registrarán con número arábigo consecutivo. Ejemplo: Desconocido 01, Desconocido 02, etc.

- Para la integración del número de seguridad social, la Asistente Médica lo conformará con diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de 4 bloques separados por un guion:
 - 1er bloque: Los primeros 4 dígitos corresponden a la fecha de ingreso (día y mes), anteponiendo un 0 en el caso de que el dato este conformado por unidades (del 1 al 9).
 - 2do. bloque. Los dos últimos números del año que transcurre.
 - 3er. bloque. La clave 50 que identifica el servicio de urgencias o admisión continúa.
 - 4to. bloque. El número arábigo progresivo de “desconocido” en dos cifras.
 - En régimen de aseguramiento, será “ND” (no derechohabiente).

Ejemplo: 2001-1850-02ND

Pacientes Recién Nacidos Vivos

- Se elaboran de manera legible 3 pulseras con los siguientes datos en cada una:
 - Los apellidos de la madre, seguido de la abreviatura “R/N” (Recién nacido).
 - Hombre o Mujer, según sea el caso.
 - Número de Seguridad Social de la madre.
 - Fecha y hora de nacimiento del recién nacido.
- En los casos de recién nacidos múltiples, registrar además de lo anterior, el número consecutivo por orden de nacimiento, seguido del número total de recién nacidos de la misma madre.

Ejemplo:

- Reyes Arteaga R/N Mujer
- Reyes Arteaga R/N Hombre
- Reyes Arteaga R/N Hombre 3/3.

Clave: 2660-006-018



La primer pulsera de identificación se colocará al recién nacido de manera inmediata e individual después del parto, en la muñeca derecha y la segunda en el tobillo izquierdo.

La tercera pulsera se coloca en la mano derecha de la madre, adicional a su pulsera de identificación, cuando por sus condiciones físicas o tratamiento no sea posible se debe colocar en la extremidad superior izquierda o en cualquier tobillo.

- Evitar el uso de material adhesivo para hacer las pulseras de identificación, en caso de utilizarlo asegurar que el adhesivo NO entre en contacto directo con la piel del R/N.

Acción Esencial 1 C: De la identificación del paciente previo a la realización de procedimientos o momentos críticos.

- El personal de salud y el personal de servicios de apoyo debe obligadamente identificar al paciente con el nombre completo y fecha de nacimiento, **antes** de la realización de procedimientos o en momentos críticos, en al menos los siguientes casos:
 - La administración de todo tipo de medicamentos.
 - La administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
 - La transfusión de sangre y hemoderivados.
 - La extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
 - La realización de estudios de radiodiagnóstico.
 - Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
 - El traslado dentro y fuera de la unidad de atención médica.
 - La dotación de dietas, fórmulas lácteas y enterales.
 - El inicio de la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
 - La aplicación de vacunas.
 - El manejo de cadáveres.
 - Realizar procedimientos odontológicos.
 - La colocación o retiro de dispositivos invasivos como: sondas pleurales, traqueales, nasogástricas, orogástricas, urinarias, catéteres de cualquier tipo, dispositivos intrauterinos y accesos vasculares.
 - Otros que la Unidad Médica determine a través de un análisis de su contexto.
- En caso de que el paciente se encuentre inconsciente o con discapacidad que impida la comunicación, los datos deben ser validados con el familiar o persona legalmente responsable, antes de realizar el procedimiento.
- En el caso que, para la realización de algún procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico, sea necesario el retiro del identificador, se debe colocar de manera inmediata al término del procedimiento.

Clave: 2660-006-018



Acción Esencial 1 D: De la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos.

El personal de salud en el ámbito de su competencia debe registrar en el “Membrete de solución”, clave 001 1124 00 02, los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además del nombre de la solución o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término y nombre completo de quien la instaló.

En las sondas y catéteres, el personal de salud debe colocar un membrete con los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló.

En el caso de dispositivos que tengan un tamaño, que no permita la colocación de los datos de identificación, por ejemplo, los utilizados en pacientes neonatos, se registra al menos la fecha y hora de instalación.

Acción Esencial 1 E: De la identificación en estudios de imagenología, laboratorio clínico y patología.

- Las solicitudes deben tener los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora del estudio, identificación de solicitudes “urgentes” y “ordinarias”, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.
- Las placas radiográficas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de la realización del estudio, identificación de la unidad de atención médica, matrícula o iniciales del profesional que realiza el estudio.
- El personal que realiza el estudio deberá especificar en los resultados la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso, en caso de que hayan existido.
- El personal del laboratorio y patología debe verificar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coincidan con los datos de la solicitud. En caso de no coincidir, se deberá comunicar de inmediato al médico tratante y esperar indicaciones del mismo.

5.2 Acción esencial 2. Mejorar la comunicación efectiva.

Objetivo general:

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención médica y de manera reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales como indicaciones médicas, resultados de laboratorio y gabinete, mediante el uso del proceso: Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir-Confirmar y Verificar.

Clave: 2660-006-018



De igual manera, reducir los errores durante el traspaso de pacientes y cambio de turno, mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, de forma que proporcionen información correcta, oportuna y completa mediante el uso de la herramienta SAER (por sus siglas en español).

NOTA: En el Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra prohibida la emisión de órdenes telefónicas.

Implementación.

Acción Esencial 2. Mejorar la comunicación efectiva.

- Evitar al máximo la emisión de órdenes, resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal a excepción de los casos de urgencia, en los que se encuentre en riesgo la vida del paciente.
- La unidad debe identificar las áreas, servicios y situaciones en las que el personal de salud pueda recibir indicaciones o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal, así como elaborar un listado de dichos momentos y lugares, con la finalidad de evitar esta práctica.
- En caso de haberse emitido órdenes verbales relacionadas con la atención del paciente, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete, se anotará en una bitácora específica para el registro de órdenes verbales por parte de los integrantes del equipo de salud, la cual se ubicará en la central de Enfermería de cada servicio de la Unidad de Atención Médica.

Acción Esencial 2 B. De la emisión y recepción de las órdenes verbales relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete.

Acción Esencial 2 B 1 Del proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir-Confirmar y Verificar

- El personal de salud que reciba cualquier indicación verbal debe anotar en la bitácora los siguientes datos:
 - Nombre completo del paciente.
 - Fecha de nacimiento del paciente.
 - Nombre, cargo y firma de la persona que emitió la orden.
 - Nombre, cargo y firma de la persona que recibió la orden.
 - Fecha y hora en la que se recibió la orden.
- El personal de salud que emita o reciba cualquier indicación verbal debe cumplir el siguiente proceso:
 - a) La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente.

Clave: 2660-006-018



- b) La persona que recibe la orden debe escribirla en la bitácora.
- c) La persona que recibe la orden debe leer la orden a la persona que la emitió.
- d) La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta.
- e) La persona que recibió la orden debe transcribirla de la bitácora al expediente.

- f) La persona que emitió la orden debe confirmarla y verificar que se encuentra en el expediente clínico, firmándola en un plazo no mayor a 24 horas cuando labore entre semana o no más de 72 horas en turnos especiales.
- g) En caso de ausencia del médico tratante, el jefe de servicio de así considerarlo, debe firmar la indicación.

Acción Esencial 2 B 2: De la emisión y recepción de las órdenes verbales relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete en situaciones de urgencia, con el proceso de escuchar-repetir-confirmar-transcribir.

- a) La persona que recibe la orden debe escucharla atentamente.
- b) La persona que recibe la orden debe repetir la orden en voz alta.
- d) La persona que emitió la orden debe confirmar que la información es correcta.
- e) La persona que recibió la orden debe transcribirla a la bitácora después de haber atendido al paciente.

Acción Esencial 2 C: De la comunicación durante la transferencia de pacientes.

- El personal de salud de la Unidad Médica utilizara la Técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones, durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando el paciente sea referido a otra Unidad Médica, con al menos los siguientes datos:

Situación:

- El personal de salud debe presentarse por nombre, cargo y lugar de trabajo.
- Mencionar el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y número de seguridad social como datos de identificación.
- Servicio en el que se encuentra.
- Describa brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes incluyendo signos vitales.

Antecedentes:

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.

Clave: 2660-006-018



- Medicación administrada.
- Líquidos administrados.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Cualquier otra información clínica útil.

Evaluación:

El personal de salud comunica cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.

Dentro de la evaluación se recomienda tomar en cuenta en caso necesario el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración como son la de riesgo de caídas, del dolor, etc.).

Recomendación:

El personal de salud debe sugerir o recomendar los pasos a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizar las acciones sugeridas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o algún pendiente para la continuidad de la atención.

Acción Esencial 2 D: De la notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete.

- Los responsables de las áreas de laboratorio, patología o gabinete, notifican directamente al médico responsable del paciente, o en su caso a los médicos residentes o enfermera responsable del paciente, los resultados que involucren valores críticos para informar de manera inmediata al médico responsable.
- En pacientes ambulatorios se establecerá contacto con el paciente para comunicar los resultados críticos y su revisión por el médico, según corresponda.
- Cada Unidad de Atención Médica de acuerdo a su contexto, establecerá el listado de resultados críticos que deberán ser notificados de inmediato.

NOTA: Lo solicitado en la Acción esencial 3 A 3. Del almacenamiento general de los medicamentos y electrolitos concentrados, 2F. De la referencia y contrareferencia del paciente y la Acción esencial 2G. Del egreso del paciente, ya se encuentra descrito en los diferentes procedimientos de la normativa institucional.

5.3 Acción esencial 3. Seguridad en el proceso de medicación.

Objetivo general:

Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y control de los medicamentos para prevenir

Clave: 2660-006-018



errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en las unidades de atención médica de los tres niveles de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en la atención clínica, en consecuencia; los errores de medicación son la causa más frecuente de eventos adversos ligados a la atención médica.

En Estados Unidos de Norte America, el primer informe del Instituto de Medicina señaló que los errores por medicación fueron los de mayor prevalencia. En este sentido, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, recomienda como puntos fundamentales la adecuada planificación de la disponibilidad, el acceso, la prescripción, la preparación, la distribución, el etiquetado, la verificación, la administración y el control de los medicamentos, productos biológicos, vacunas y medios de contraste, que tienen un determinado riesgo, de tal modo que se pueden evitar o eliminar los posibles eventos adversos.

Implementación.

Acción Esencial 3. De la Seguridad en el Proceso de Medicación.

Acción Esencial 3 A: De la adquisición y almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados:

Acción Esencial 3 A 1: Adquisición de los electrolitos concentrados.

La adquisición de los electrolitos concentrados, debe cumplir con lo estipulado para el etiquetado de los mismos por el fabricante, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.

- a) Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- b) Color verde para sulfato de magnesio 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- e) Color naranja para fosfato de potasio 15%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.
- f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 ml.

Clave: 2660-006-018



Acción Esencial 3 A 2: De la alerta visual para electrolitos concentrados

El personal de farmacia de la Unidad Médica que recibe los electrolitos concentrados es responsable de etiquetar con una alerta visual (etiqueta circular color rojo) cada ampul/vasco en forma individual, aun cuando la caja se encuentre cerrada y completa, esta alerta visual se coloca independientemente de cualquier etiqueta colocada por el fabricante. La colocación de la alerta visual debe realizarse antes de su dispensación y distribución a los servicios.

- Los servicios administrativos de cada Unidad Médica, deben garantizar la existencia y abasto suficiente de etiquetas circulares de color rojo.
- El personal de salud debe conocer, que la función de la “alerta visual”, es señalar que tiene en sus manos un “medicamento de alto riesgo” y enfatizar el cuidado en la preparación y administración del mismo.

Acción Esencial 3 A 3: Del almacenamiento general de los medicamentos y los electrolitos concentrados.

- El personal de farmacia deberá almacenar, asegurar el etiquetado (círculo rojo) y resguardar los medicamentos y electrolitos concentrados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el fabricante indique, para ser calificados como medicamentos de alto riesgo.
 - En los lugares donde se almacenan electrolitos concentrados, se debe colocar en un lugar visible el código de colores que corresponde al etiquetado de los electrolitos concentrados de acuerdo a lo señalado en la “Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios”.
- a) Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5%, solución para uso inyectable en ampollita con 10 ml.
 - b) Color verde para sulfato de magnesio 10%, solución para uso inyectable en ampollita con 10 ml.
 - c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%, solución para uso inyectable en ampollita con 10 ml.
 - d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%, solución para uso inyectable en ampollita con 10 ml.
 - e) Color naranja para fosfato de potasio 15%, solución para uso inyectable en ampollita con 10 ml.
 - f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%, solución para uso inyectable en ampollita con 10 ml.

Clave: 2660-006-018



Con el propósito de prevenir errores de medicación que pueden causar eventos centinela o adversos a los pacientes, cada Unidad de Atención Médica, deberá realizar un análisis multidisciplinario para determinar de acuerdo a los servicios que presta y tipo de pacientes que atiende, en qué áreas, servicios o sitios es crítico almacenar de manera permanente los electrolitos concentrados y medicamentos de alto riesgo, los cuales pueden ser:

a) Carros de Reanimación Cardiopulmonar existentes en todos los servicios críticos de la unidad, los cuales deberán contener los siguientes electrolitos:

- Bicarbonato de sodio 0.75 mg solución inyectable
- Gluconato de calcio 1 gr solución inyectable
- Sulfato de magnesio 1 gr solución inyectable

b) Caja para Emergencia Obstétrica, en los diferentes servicios, según aplique.

Acción Esencial 3 B: De la prescripción.

- Los médicos de la Unidad deben escribir la prescripción médica en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” o bien en la receta individual ya sea de manera electrónica o manual, con letra clara, legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras, ni tachaduras, ni uso de corrector, de acuerdo a las acciones mencionadas para mejorar la comunicación efectiva. La receta debe contener:
 - a. Impreso el nombre y domicilio de la Unidad Médica.
 - b. El nombre completo, número de cédula profesional, número de matrícula y firma autógrafa de quien prescribe.
 - c. Fecha de elaboración.
 - d. Nombre completo, fecha de nacimiento y número de seguridad social del paciente.
 - e. Nombre genérico del medicamento.
 - f. Dosis y presentación del medicamento.
 - g. Frecuencia y vía de administración.
 - h. Duración del tratamiento, cuando corresponda.
 - i. Indicaciones completas y claras para su administración.
 - j. No deben tener correcciones que pudieran confundir al personal de salud o al paciente
 - k. No se deben utilizar abreviaturas en el nombre del medicamento, dosis, diagnósticos e indicaciones y nombre del médico que prescribe.
- La prescripción de Nutrición Parenteral Total (NPT), debe especificar los siguientes datos:
 - Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.

Clave: 2660-006-018



- Peso del paciente.
- Número de Seguridad Social.
- Servicio que lo solicita.
- Fecha y hora de solicitud.
- Componentes de la mezcla.
- Glucosa Kilo/minuto.
- Calorías totales.
- Nombre del médico solicitante.
- Cédula profesional de quien solicita.

Acción Esencial 3 C: De la Transcripción.

- Como las transcripciones de medicamentos ilegibles o confusas pueden retrasar el tratamiento y poner en riesgo la seguridad del paciente, la Unidad Médica a través de una análisis multidisciplinario identifica los momentos en los que se transcribe y los enlista, entre los cuales, se encuentran:
 - De la indicación de la “Nota Médica y Prescripción 4-30-128/72” a la hoja de “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).
 - De la indicación médica en la “Nota Médica y Prescripción 4-30-128/72” a la etiqueta de los medicamentos o soluciones a preparar y administrar.
 - De la indicación médica en la “Nota Médica y Prescripción 4-30-128/72” a la Nota Médica de alta del paciente.
 - De la indicación médica en la “Nota Médica y Prescripción 4-30-128/72” a la Receta Médica individual al alta del paciente.
 - De la indicación médica en la “Nota Médica y Prescripción 4-30-128/72” a la Receta Médica individual para la dispensación de medicamento de paciente hospitalizado.
- Con base en el listado de momentos de transcripción, se definen acciones de seguridad a fin de disminuir la probabilidad de error en las transcripciones, incluyendo las siguientes:
 - La identificación de quien acorde a sus competencias, este autorizado para transcribir, entre los que se incluye al personal de enfermería y personal médico en formación, transcribirán los medicamentos y las indicaciones médicas sin modificar la prescripción original.
 - El personal responsable de realizar la transcripción, por ejemplo personal de enfermería y personal médico en formación, antes de transcribir las indicaciones

Clave: 2660-006-018



- médicas a otro documento, verifica que estén completas, legibles, sin tachaduras ni enmendaduras.
- En el caso de que las indicaciones médicas estén incompletas, confusas o ilegibles, el personal responsable de transcribir aclara con el médico tratante, y en caso de no ser necesario, con el jefe del servicio para su emisión corregida.
 - El personal de enfermería solicitará los medicamentos a la farmacia, para los pacientes hospitalizados. La solicitud debe ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

Acción Esencial 3 D: De la Dispensación.

- El personal de farmacia verificará la solicitud del medicamento antes de entregarlo, en caso de dudas no debe entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribió para realizar la aclaración, o con la Enfermera Jefe de Piso o responsable para el caso del formato “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares” clave 2640-009-006.de acuerdo a lo contenido en el Procedimiento para la Determinación de Dotación Fija, Solicitud, Sumistro, Guarda, Custodia y Control de medicamentos en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención clave 2660-003-023.
NOTA: La Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares” clave 2640-009-006.
- El personal de farmacia entregará el medicamento, realizando previamente la verificación de los medicamentos prescritos y proporcionará la información completa sobre su manejo a quien lo recibe.

Acción Esencial 3 E: De la recepción y almacenamiento de los medicamentos.

- En el momento de la recepción del medicamento, el personal de enfermería, responsable de la preparación y administración, verifica que los medicamentos recibidos correspondan a los prescritos por el médico tratante en las “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72”.

Acción Esencial 3 F: De la preparación de los medicamentos.

- El personal de enfermería antes de la preparación de medicamentos realiza la limpieza y desinfección del área de preparación de medicamentos.
- Con el propósito de disminuir los eventos adversos relacionados con la medicación del paciente, los medicamentos y las soluciones intravenosas deben ser etiquetados inmediatamente después de ser preparados o verse en contenedores diferentes, especialmente durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo. El etiquetado debe considerar los siguientes datos:

Clave: 2660-006-018



- Datos de identificación del paciente.
- Nombre del medicamento.
- Dosis, si corresponde.
- Concentración, si corresponde.
- Vía de administración, si corresponde.
- Dilución, si corresponde.
- Fecha y hora de preparación.
- Fecha de caducidad.

En caso del uso de medicamentos multidosis, la Unidad de Atención Médica determina un proceso para su uso seguro, en el que incluya prácticas para prevenir infecciones y para garantizar la estabilidad farmacéutica del medicamento.

- En el momento de la dispensación o administración de medicamentos, el personal de enfermería responsable verifica de manera verbal y visual utilizando los datos de identificación de la etiqueta. En el caso de que el personal que prepara el medicamento no es el mismo que lo administra, debe verificar de manera verbal y visual utilizando los datos de identificación del paciente en la etiqueta y los prescritos en la nota médica de prescripción.
- En los casos donde el medicamento no tenga los datos de identificación, estén incompletos o sean ilegibles, no se deben administrar el medicamento.

Acción Esencial 3 G: De los medicamentos con aspecto o nombre parecidos.

- La Unidad Médica a través de un equipo multidisciplinario, realiza el análisis para obtener un listado de los medicamentos que tienen nombre o aspecto parecido (LASA: Look-Alike; Sound-Alike) y define como barrera de seguridad una alerta visual, para implementarla durante su almacenamiento, prescripción y transcripción.

Por ejemplo:

- Etiquetar los medicamentos con la leyenda “LASA”, o con un stiker con color específico distinto al de “alto riesgo, o al control de caducidades”.
- Almacenarlas en lugares separados dentro de la farmacia, es decir que los medicamentos que ya son identificados como LASA, se ubiquen en lugares distintos para evitar errores por confusión al tomarlos del estante para su dispensación y distribución.
- Establecer políticas para la prescripción de los medicamentos con aspecto o nombre parecido, como puede ser “subrayar la indicación”, “escribirlas con negritas o mayúsculas, cuando se usa un procesador de textos”, señalarlas con marca textos de un color específico, por ejemplo amarillo fluorescente.

Clave: 2660-006-018



- Las barreras de seguridad deberán implementarse en todo el proceso de medicación, haciendo énfasis en los subprocesos de prescripción y almacenamiento.
- El personal de farmacia deberá colocar alertas visuales en el proceso de almacenamiento de los medicamentos LASA, dando prioridad al proceso de prescripción con barreras de seguridad.

Acción Esencial 3 H: De la administración.

A fin de disminuir la incidencia de eventos adversos y centinela relacionados con los procesos de medicación, el personal médico, de enfermería o inhala terapeuta responsable de la preparación y administración de medicamentos debe tener el conocimiento y experiencia, para su preparación y administración.

- En el caso de medicamentos citotóxicos, radiofármacos, experimentales y electrolitos concentrados, así como medicamentos controlados, en la Unidad Médica se debe identificar quienes están autorizados para su preparación y administración, por ejemplo: Médico, Enfermera General o Enfermera Especialista.
- En los casos donde el paciente trae sus medicamentos, el personal de enfermería es responsable de su resguardo e identificación, con los datos del paciente (nombre completo, número de seguridad social y fecha de nacimiento) e informar al médico, para su inclusión a las indicaciones médicas, en caso de ser necesario.
- No se administran medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- El personal de salud debe preguntar al paciente la presencia de alergias y verificará los datos en la “Tarjeta de identificación” clave 2660-009-002 (Anexo 6), antes de la administración de algún medicamento o hemocomponente.
- El personal de salud que administre medicamentos, antes de la administración, verifica los siguientes correctos:
 - Paciente correcto, preguntando al paciente su nombre completo y fecha de nacimiento, los cuales tendrán que coincidir con los señalados en el identificador.
 - Medicamento correcto, identificándolo siempre desde que se retira de la zona de almacenamiento y verificarlo con las indicaciones médicas.
 - Dosis correcta, comprobarlo en los registros del expediente clínico.
 - Vía de administración correcta, confirmándola con la etiqueta, expediente y hoja de enfermería.
 - Horario correcto, confirmándolo en las indicaciones médicas y en los formatos correspondientes de acuerdo al ámbito de competencia del personal de salud.
 - Verificar con el paciente la presencia de alergias.
 - Verificar la fecha de caducidad del medicamento.
 - Verificar la velocidad de infusión, si corresponde.
 - Verificar la velocidad de infusión.

Clave: 2660-006-018



- Registro correcto tal y como se prescriben inmediatamente después de la administración de los medicamentos en los formatos correspondientes de acuerdo al ámbito de competencia del personal de salud.

En caso de omisión de la administración de un medicamento, se registra en los formatos correspondientes de acuerdo al ámbito de competencia del personal de salud, las causas por las que no se administró.

Acción Esencial 3 I: De la Doble verificación durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, cito tóxicos y radiofármacos.

- El personal deberá realizar la Doble Verificación durante la preparación de medicamentos de alto riesgo: Durante el proceso de preparación, verifica junto con otro profesional con las competencias idóneas, que el medicamento, la concentración, la dilución y diluyente sean los prescritos.
- Doble Verificación durante la administración de medicamentos de alto riesgo: Durante el mismo momento del proceso la de administración verifica, con otro profesional competente que el paciente, la programación de la velocidad de infusión, etc. que se está efectuando corresponden a la prescripción del fármaco. Por lo tanto, ambos profesionales acuden al sitio donde se encuentra el paciente a realizar la doble verificación en el justo momento en que se realiza la administración del medicamento de alto riesgo.

Acción Esencial 3 J: De la notificación de los eventos centinela, adversos y cuasifallas relacionados con los procesos de medicación.

- Cuando se presente un evento adverso por medicamentos o hemocomponentes debe darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.
- Realizar análisis causa raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemocomponentes al seno del CICASEP.
- La Unidad Médica, de acuerdo a su contexto, define el proceso a través del cual identifican notifican y analizan los eventos centinela, adversos y cuasifallas relacionados con los procesos de medicación, en el que se incluya el uso del Sistema VENCER II, el desarrollo de definiciones operativas de eventos centinela, adversos y cuasifallas relacionadas a los procesos de: selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, distribución/dispensación, preparación, administración y control.
- Para los eventos adversos y cuasifallas notificados debe realizarse un análisis de patrones y tendencias a fin identificar áreas de oportunidad.

5.4 Acción esencial 4. Seguridad en los procedimientos.

Objetivo general:

Clave: 2660-006-018



Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en las Unidades de Atención Médica.

Los procedimientos llevados a cabo en el sitio anatómico incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemás comunes en los hospitales como resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento, la falta de participación del paciente y, la ausencia de procedimientos de verificación antes de la realización del procedimiento.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario, los problemás relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Por lo anterior, las Unidades Médicas deberán implementar el Protocolo Universal, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.

Los procesos esenciales que conforman el Protocolo Universal son:

- Marcado del sitio anatómico.
- Proceso de verificación pre-procedimiento y, pausa quirúrgica que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

Implementación.

Acción Esencial 4. Seguridad en los Procedimientos.

Acción Esencial 4 A: Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano.

- Protocolo Universal: se efectúa en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la Unidad determine, por ejemplo la colocación de un catéter venoso central, la colocación de sondas pleurales, en UMF la realización de un procedimiento odontológico como extracción de piezas dentales.

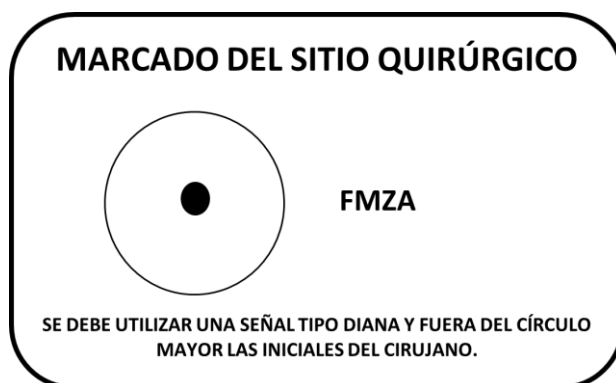
Clave: 2660-006-018



Cada Unidad Médica en análisis multidisciplinario definirá, de acuerdo a su contexto (considerando sus servicios, procesos, recursos, etc.) en cuáles procedimientos que se realicen fuera de quirófano y procedimientos invasivos y/o de alto riesgo implementará el Protocolo Universal o al menos el Tiempo Fuera.

Acción Esencial 4 A 1: Del marcado del sitio quirúrgico.

- Marcado del sitio quirúrgico (anatómico), lo realiza el responsable del procedimiento, en este caso el médico cirujano o de cualquier especialidad autorizada para ello, previo a la realización del procedimiento sobre la piel del paciente, el marcado debe permanecer visible después de la realización de la asepsia y antisepsia y una vez que el paciente esté preparado y cubierto.
- El marcado se realiza con participación del paciente estando despierto y consciente o su tutor responsable cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permita participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, siempre que esto sea posible. Para ello, utiliza la marca estandarizada en el Instituto. La cual es un círculo exterior de al menos 3 centímetros de diámetro, con un punto al centro y las iniciales del cirujano con letras mayúsculas.
- El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad (derecho-izquierdo), estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente (Ejemplo: inversión anatómica de órganos únicos).
- Institucionalmente se adoptará la siguiente marca realizada mediante marcador de tinta indeleble, un hisopo con violeta de genciana o azul de metileno.



- En la cirugía oftalmológica se marca la piel del paciente sobre la frente o en el área temporal a un costado de la comisura del ojo, con un punto arriba de la ceja. Se mantiene la marca estandarizada, pero de un tamaño inferior acorde a la superficie corporal. Acción Esencial 4 A 1: Del marcado del sitio quirúrgico.

Clave: 2660-006-018



En el caso de procedimientos programados en un mismo tiempo quirúrgico en distintos ojos, se señala además de la marca estandarizada el número uno, para señalar que es el procedimiento número uno y en el otro el número dos adicional a la marca estandarizada para señalar el sitio anatómico a intervenir en el procedimiento número dos.

Ejemplo: ojo derecho cirugía de catarata y ojo izquierdo cirugía de pterigion.



Marcado de sitio anatómico de forma documental: La marca se puede realizar de manera documental únicamente en los siguientes casos:

- Como alternativa en pacientes que no aceptan que se les marque la piel aun cuando se le otorgó la educación acerca de su seguridad con esta acción.
- Cuando la marca es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo en mucosas o perineo.
- En los procedimientos odontológicos, se omite el marcado y se efectúa el odontograma, no así en la cirugía maxilofacial en la cual deberá llevarse a cabo, si corresponde, el marcado del sitio anatómico.
- Omisión de marcado del sitio anatómico puede omitirse en los siguientes casos y realizarse de forma documental:
 - Cirugía de urgencia para no demorarla por falta de marcado preoperatorio.
 - Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
- En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, a

Clave: 2660-006-018



menos que la Unidad defina que en estos casos se llevará a cabo el marcado documental.

- Cuando el marcado es técnicamente o anatómicamente imposible, por ejemplo en mucosas o perineo.
- En prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.

Acción Esencial 4 A 2: De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía.

- Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para el llenado, quien tendrá que comprobar que el equipo quirúrgico cumpla con las actividades propias de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), se recomienda que sea la Enfermera General con funciones de circulante y se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico.

Para procedimientos dentro de quirófano.

- **Verificación Fase 1.** entrada, se realiza antes de la inducción de la anestesia del paciente previo al procedimiento quirúrgico, la realiza el Médico No Familiar Cirujano, Médico No Familiar Anestesiólogo y la Enfermera Especialista Quirúrgica, Enfermera General con funciones de Circulante, se verifica al menos lo siguiente:
 - Identidad del paciente.
 - El sitio quirúrgico.
 - El procedimiento quirúrgico correcto.
 - Consentimiento informado signado.

Médico No Familiar Anestesiólogo.

- Confirmará con el Médico No Familiar Cirujano que este marcado el sitio quirúrgico (si procede).
 - Completará el control de seguridad de la anestesia revisando medicamentos, equipo (funcionalidad y condiciones) y riesgo anestésico del paciente.
 - Verificará la funcionalidad del oxímetro de pulso.
 - Confirmará si el paciente tiene alergias conocidas.
 - Confirmará si el paciente tiene vía aérea de difícil acceso o riesgo de aspiración y si cuenta con material, equipo y ayuda disponible.
 - Valorará el riesgo de hemorragia y si se tiene previsto la disponibilidad de líquidos, hemoderivados, dos vías centrales y la solicitud de cruce de sangre previo.
- **Verificación Fase 2.** Pausa quirúrgica, el Médico No Familiar Cirujano debe confirmar que cada uno de los integrantes del equipo quirúrgico, se hayan presentado por su nombre y función (sin omisión), así como confirmar de manera verbal con el equipo quirúrgico la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio

Clave: 2660-006-018



quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marque derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición correcta del paciente.

- Verificar que se cuente con los estudios de imagen que se requieren.
 - Participar en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.
 - La Enfermera Especialista Quirúrgica participa en la prevención de eventos críticos informando la fecha y método de esterilización de los dispositivos médicos y si hubo algún problema con los dispositivos médicos, así como el conteo del mismo.
 - El Médico No Familiar Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas, si procede y de igual forma participa en la prevención de eventos críticos informando la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.
- **Verificación Fase 3.** Salida, antes de que el paciente sea trasladado fuera del quirófano, el Médico No Familiar Cirujano, Médico No Familiar Anestesiólogo, la Enfermera Especialista Quirúrgica, Enfermera General con funciones de Circulante, confirman que se ha aplicado la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía, corroboran el recuento completo de instrumental, gasas, agujas, compresas, el correcto etiquetado de las muestras y si hay problemas por resolver relacionados con los dispositivos Médicos.
 - Reportar si ocurrieron eventos adversos. en caso afirmativo registrarlos en el formato “Notificación de Evento Centinela, Adverso y Cuasifalla”.
 - El equipo quirúrgico dictará a la Enfermera General con funciones de Circulante los principales aspectos de la recuperación postoperatoria, el plan de tratamiento y riesgos del paciente.
 - Todos los integrantes del equipo quirúrgico anotarán su nombre, matrícula y firma en la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía.

Acción Esencial 4 A 4: Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.

- **Tiempo Fuera:** Lo coordina la enfermera circulante del procedimiento; lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correcto, lo cual deberá estar documentado. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de iniciarlo, e implica la participación de todo el equipo involucrado en la realización del procedimiento, incluyendo procedimientos tales como:
 - Hemodinamia.
 - Invasivos en imagenología que requieran medio de contraste.
 - Endoscopias
 - Toma de biopsias

Clave: 2660-006-018



- Procedimientos odontológicos en Unidades Ambulatorias.
 - Colocación o retiro de dispositivos como lo son las sondas pleurales, urinarias, catéter venoso central, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, colocación de marcapasos, entre otros.
 - La realización del Tiempo Fuera también debe realizarse de manera obligatoria justo antes de iniciar los siguientes procedimientos con el propósito de realizar el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto:
- a) **Transfusión de sangre y Hemocomponentes.** Lo realiza la enfermera responsable del procedimiento, justo antes de iniciar la transfusión y verifica que se trate del paciente correcto, el procedimiento correcto, el acceso vascular funcional y correcto de acuerdo al tipo de procedimiento, el tipo y RH correcto y el hemocomponente correcto.
- b) **Radioterapia.** Lo realiza la persona responsable del procedimiento y verifica inmediatamente antes de iniciar, que se trate del paciente correcto, procedimiento correcto, sitio correcto y dosis correcta.
- c) **Terapia de remplazo renal con hemodiálisis.** Lo realiza la enfermera responsable del procedimiento y verifica al menos lo siguiente:
- El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP 1, AESP.)
 - El procedimiento correcto.
 - La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.
 - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
 - Las alergias del paciente.
 - El riesgo de hemorragia.
 - El filtro correcto.
 - La identificación del acceso vascular.

• **Observaciones Importantes:**

- La pausa quirúrgica es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento. Permite resolver cualquier duda o confusión antes de realizar el procedimiento.
- La Verificación Pre Procedimiento en procedimientos quirúrgicos, de alto riesgo y hemodiálisis se documenta en el expediente clínico del paciente.
- La pausa quirúrgica en procedimientos quirúrgicos, de alto riesgo, hemodiálisis, radioterapia, transfusión de sangre y hemocomponentes se documenta en el expediente clínico del paciente.

• **Formatos:**

Clave: 2660-006-018



- Formato “Cirugía Segura” para procedimientos quirúrgicos y de alto riesgo realizados dentro y fuera de quirófano (incluye la verificación pre procedimiento y el pausa quirúrgica)
- Formato “Transfusión Segura” (pausa quirúrgica en transfusiones de sangre y hemocomponentes).
- Formato “Hemodiálisis Segura” (incluye la verificación pre procedimiento y la pausa quirúrgica a realizarse en la terapia de remplazo renal con hemodiálisis).
- Formato “pausa quirúrgica en Radioterapia” (Tiempo fuera en radioterapia).

Nota: En el caso de los formatos de Transfusión Segura, Hemodiálisis Segura y Radioterapia Segura, cada unidad adaptará los formatos que ya utiliza para incorporar las variables señaladas en lista de verificación pre procedimiento y tiempo fuera, según corresponda.

5 Acción esencial 5. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Objetivo general:

Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

El propósito de esta barrera de seguridad es la prevención y el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria el cual es un desafío en la mayoría de las áreas de atención a la salud. Lo fundamental para erradicar éstas y otras infecciones asociadas a la atención sanitaria es la higiene adecuada de las manos.

La Unidad Médica define e implementa el Programa Integral de Higiene de Manos, el cual se basa en la adaptación o adopción de los lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y en otras organizaciones nacionales e internacionales.

Implementación.

Acción Esencial 5. Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

- La Unidad Médica adopta el Programa de Higiene de Manos a través de los componentes para su implementación recomendados por la OMS en la “Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de Higiene de Manos”, la Técnica de Higiene de Manos (la fricción con solución base alcohol y lavado con agua y jabón) en los cinco momentos.
 - Antes del contacto con el paciente.
 - Antes de realizar una tarea limpia o aséptica

Clave: 2660-006-018



- Después de estar en riesgo de exposición de fluidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente, sin haber tenido contacto con el paciente.
- Los cinco momentos se contextualizan de acuerdo al servicio de atención (por ejemplo: odontología, hospitalización, consulta externa, servicio de medicina preventiva etc.).
- La Unidad Médica integra un Equipo de Higiene de Manos para coordinar, el cual está dirigido por un líder y un responsable de cada uno de los siguientes cinco componentes:

Acción Esencial 5 A: Cambio de sistema.

Este primer componente busca garantizar que la Unidad Médica tenga:

- a) Suministro seguro y continuo de los insumos necesarios para realizar la higiene de manos (jabón líquido, toallas de papel desechables y solución base alcohol (SBA)) y que todos los dispensadores estén funcionales. Esta acción es responsabilidad del área de abasto y conservación, quienes se aseguran de analizar sus CPM (consumo promedio mensual) para realizar los ajustes y gestiones necesarias a fin de contar con suministro de insumos de higiene de manos las 24 horas del día los 365 días del año.
- b) Determinación de los puntos de atención: Lugar en el que coinciden tres elementos: el paciente, un profesional de salud y la atención en la zona del paciente que implican contacto con él y su entorno, el punto de atención debe ser accesible para el personal de la salud. Por lo que cada Unidad Médica en consenso multidisciplinario determinará los puntos de atención, para la colocación de los insumos de higiene de manos estaciones de SBA, o lavabos para higiene de manos.
- c) Lavabos funcionales, con un proceso implementado para mantener el monitoreo de su correcta limpieza y funcionamiento a cargo de limpieza e higiene y el área de conservación.
- d) Proceso de trasvase y dispensación correcta de los insumos de higiene de manos las 24 horas de día, los 7 días de la semana, mediante estrategias que garanticen el abasto y la no contaminación durante la dispensación; así como la medición de consumo real de insumos por turno y servicio, para la realización del análisis que contribuya a establecer estrategias que mejoren el apego a la higiene de manos, estará a cargo de quien la Unidad Médica determine, por ejemplo Limpieza e higiene.
- e) Garantizar la calidad del agua: mediante la revisión del cumplimiento de agua segura en la Unidades Médicas. Lo cual implica la vigilancia y mantenimiento óptimo de la red hidráulica incluyendo las cisternas, así como del monitoreo de las características del agua de acuerdo a la legislación aplicable vigente (Análisis físico-químico del agua, cloración del agua, análisis del estado de cloro residual del agua, análisis bacteriológico del agua, etc.).

Clave: 2660-006-018



Acción Esencial 5 B: Programa Estructurado de Capacitación para implementar y mantener el Programa de Higiene de Manos.

- Debido a que la formación es un factor decisivo para obtener resultados satisfactorios en el cumplimiento de higiene de manos, es necesario proporcionar capacitación con regularidad a todo el personal de la Unidad Médica, para ello, en este componente se categorizan grupos con enfoques distintos que son abordados en un programa “estructurado de capacitación continua” coordinado por el área de enseñanza que atienda a las áreas de oportunidad detectadas en los cuestionarios de conocimientos, encuestas de percepción de Higiene de Manos, hallazgos durante la observación directa.
 - a) **Personal de salud y personal directivo:** Todo el personal de la Unidad Médica, incluyendo al personal en formación, de nuevo ingreso, alumnos de ciclos clínicos recibirán y participarán en la capacitación sobre la importancia de la higiene de manos, basada en el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos”, y las técnicas de fricción de manos y el lavado de manos con agua y jabón (de acuerdo a la técnica recomendada por la OMS), así como su impacto en la reducción de las IAAS principalmente.
 - b) **Formadores:** Son seleccionados considerando cubrir las diferentes categorías y los distintos turnos de operación de la Unidad Médica, su capacitación tiene el objetivo de formar personal con las competencias necesarias para replicar la formación al personal de salud, y participar activamente en este programa estructurado de capacitación.
 - c) **Observadores:** Son seleccionados de los diferentes turnos, considerando al personal que conozca el proceso de atención del paciente, el objetivo de formar observadores, es contar con personal competente y entrenado para realizar “observación directa”, mediante una metodología ya diseñada de acuerdo a la OMS y con ello evaluar el cumplimiento en la higiene de manos del personal de salud.
- En este componente se valida previamente las competencias de las personas que otorgaran la capacitación a cada una de las categorías mencionadas, el material didáctico a utilizar y la estructura del programa de capacitación (fechas, horas, actividades, responsables etc.)

Acción Esencial 5 C: Evaluación y retroalimentación dentro del programa de Higiene de Manos.

- Este componente es esencial para identificar las áreas que requieren mayor esfuerzo y enfoque de estrategias, brinda información para reorientar las intervenciones de la estrategia de higiene de manos, aquí se analizan resultados de indicadores de higiene de manos, así como el cumplimiento para determinar planes de acción a través del

Clave: 2660-006-018



CODECIN, y establecer estrategias que permitan mejorar el cumplimiento de higiene de manos en el personal de la salud de la Unidad Médica.

- Considera para ello distintos tipos de indicadores que son monitorizados a lo largo de la implementación del programa, deben monitorizarse en forma mensual al menos lo siguiente:
 - Indicadores de capacitación para monitorizar la cobertura del 100% del personal de la Unidad Médica y la forma en que avanza hasta alcanzar el objetivo planteado la capacitación debe considerar al personal de nuevo ingreso.
 - Medición, evaluación y seguimiento de Indicadores de la higiene de manos de acuerdo a la OMS:
 - Autoevaluación de Higiene de Manos.
 - Cumplimiento de la higiene de manos mediante la técnica de observación directa.
 - Consumo de los insumos de higiene de manos.
 - Mejora en conocimientos de higiene de manos.
 - Mejora en la percepción de higiene de manos.
 - Comportamiento de las IAAS durante la implementación del Programa.
 - Monitoreo de la correlación de estos indicadores entre si y el análisis de su congruencia.

Acción Esencial 5 D: Recordatorios en el Lugar de Trabajo para fomentar la Higiene de Manos.

- Este componente contiene herramientas clave para señalar y recordar al personal de la salud la importancia de la higiene de las manos en las indicaciones y con procedimientos correctos para llevarla a cabo. También son medios para informar a los pacientes y a sus visitantes las pautas asistenciales que deberían esperar de sus profesionales sanitarios con respecto a la higiene de manos.
- Es fundamental la colocación de carteles de los 5 momentos, de la técnica de fricción con SBA y de la técnica de higiene de manos con agua y jabón, deben de estar colocados en los puntos de atención previamente establecidos.

Acción Esencial 5 E: Clima Institucional de Seguridad en Higiene de Manos.

- Este componente busca crear un entorno y una percepción que propicie la sensibilización sobre las cuestiones de seguridad del paciente y al mismo tiempo garantizar que la mejora de la higiene de las manos se considere una gran prioridad a todos los niveles. Su éxito se basa en la participación activa a escala institucional e individual; mediante estrategias que fomenten la conciencia de la capacidad individual e institucional de cambiar y mejorar (autoeficacia), la intervención de los pacientes a través de asociaciones voluntarias de pacientes y grupos de apoyo, convencimiento y compromiso del Director, compromiso del líder y equipo de higiene de manos, para ello la Unidad Médica, de acuerdo a los resultados obtenidos en los periodos de evaluación realiza:

Clave: 2660-006-018



- Reconocimiento al personal de la salud, turno y servicios que se destaquen en mejora Higiene de manos.
 - Eventos conmemorativos al 5 mayo día mundial de Higiene de Manos.
 - Implementación de estrategias que fomenten la cultura y la conciencia sobre la Seguridad del Paciente.
 - Reuniones del Equipo De Higiene de Manos para analizar resultados y estrategias a implementar para alcanzar objetivos.
- Con todo ello se busca que la mejora de la higiene de manos se considere una prioridad en la Unidad Médica.

Acción Esencial 5 F: Vigilancia Epidemiológica.

- Este componente comprende las estrategias para fortalecer la Vigilancia epidemiológica (UEVH) y con ello la realización de:
 - Identificación, análisis, confirmación, seguimiento, registro y notificación de IAAS.
 - Entrenamiento especializado para realizar la vigilancia epidemiológica activa.
 - Seguimiento en forma permanente de medidas de prevención de IAAS.
 - Análisis de patrones y tendencias de tasas de las IAAS más frecuentes en las Unidades Médicas o brotes detectados y del tipo de microorganismos, tasas de mortalidad y letalidad de la IAAS en el pleno del CODECIN.
 - Actualización oportuna de la información en la plataforma de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, de las IAAS y de cumplimiento de la Higiene de Manos.

5.6 Acción esencial 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo general:

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Las caídas son la causa más común que genera lesiones en los pacientes hospitalizados. De acuerdo a la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, el personal del establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de estas.

La evaluación del riesgo de caídas, se realiza como parte de la evaluación de primer contacto (servicio de urgencias) y como parte del proceso de evaluación inicial del paciente hospitalizado; y se debe reevaluar en todos los pacientes con intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente, al menos en los siguientes momentos: cambio de turno, cambio de área o servicio, cambio en el estado fisiológico del paciente y modificación del tratamiento.

Clave: 2660-006-018



También es importante señalar que aunque en todos los pacientes se implementan acciones básicas para prevenir caídas, el propósito de esta acción es priorizar a aquellos con mayor riesgo, por lo tanto las acciones deberán diferenciarse o incluir una mayor protección.

En los pacientes que requieren la atención en los servicios de Primer Nivel de Atención se deben identificar las áreas de riesgo (servicios de rehabilitación, estomatología y planificación familiar) para la evaluación del riesgo de caídas.

Implementación.

Acción Esencial 6 A: De la evaluación y re-evaluación del riesgo de caídas:

- **Evaluación de Riesgo de Caídas como parte de la Evaluación Inicial:** Se realiza a todo paciente incluyendo pacientes ambulatorios, es realizada por el personal clínico que tiene el primer contacto con el paciente a su llegada a la unidad de atención médica, sea este, por el servicio de urgencias, área de evaluación de Triage, atención médica continua en los servicios de primer nivel y admisión continua en los servicios de tercer nivel de atención, así como al ingreso directo a hospitalización, área de preparación pre quirúrgica, servicio de hemodiálisis, etc.

Valoración del Riesgo de Caídas del Paciente		
Factores de riesgo		Puntos
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Paciente sin factores de riesgo evidentes		1
Total de puntos		10
Determinación del grado de riesgo de caídas		
Nivel de riesgo	Puntos	Código de color
Alto	4 – 10	Rojo
Mediano	2- 3	Amarillo
Bajo	0 - 1	Verde
Protocolo para la Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, Enero 2010, Secretaría de Salud		

- **Herramienta de evaluación:** Se evalúa en forma estandarizada con la “Evaluación de Riesgo de Caída del Paciente” y sus criterios son contextualizados de acuerdo a las características de la población que la unidad atiende.
- Al terminar la valoración de cada uno de los factores de riesgo, se realiza una sumatoria obtenida y con base en el resultado obtenido, se clasifica y codifica por color el cual puede utilizarse con algún identificador del riesgo de caída obtenido. La interpretación de esta escala identifica mayor riesgo cuando existe mayor puntaje.
- Posterior a la valoración el personal de enfermería colocará un distintivo del color correspondiente con base en el resultado de la valoración para identificar con ello el riesgo que presenta el paciente de sufrir una caída, por ejemplo el utilizado en la “Tarjeta

Clave: 2660-006-018



de identificación” clave 2660-009-002 (Anexo 6) de la cabecera del paciente, en el cual se registra el riesgo de caída.

Ejemplo de Contextualización 1:

Valoración del Riesgo de Caídas del Paciente en Hemodiálisis	
Factores de riesgo	Puntos
Limitación física: Utiliza apoyos como silla de ruedas, bastones, le falta alguna extremidad, presenta ceguera, debilidad visual etc.	2
Estado mental alterado: Desorientado, confuso, coma, estupor, etc.	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos: Antihipertensivos, diuréticos, tranquilizantes, sedantes, etc.	2
Problemas de idioma o socioculturales: Sordera, Ceguera, habla otro idioma o lengua, mudez, etc.	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

Ejemplo de Contextualización 2:

Valoración del Riesgo de Caídas del Paciente Gineco-Obstetra	
Factores de riesgo	Puntos
Limitación física: Utiliza apoyos como silla de ruedas, bastones, le falta alguna extremidad, presenta ceguera, debilidad visual, estado inmediato puerperal, sangrado abundante, periodo de contracciones activas, etc.	2
Estado mental alterado: Desorientado, confuso, coma, estupor, depresión, mareos, debilidad generalizada, etc.	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos: Antihipertensivos, diuréticos, tranquilizantes, sedantes, medicamentos que generan contracciones uterinas, etc.	2
Problemas de idioma o socioculturales: Sordera, ceguera, habla otro idioma o lengua, mudez, etc.	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

Los factores de riesgo a evaluar se han contextualizado a las características esperadas en los pacientes que pudieran potenciar un riesgo de caída.

- **Revaloración de Riesgo de Caída:** Lo realiza el personal de enfermería en los cambio de turno, de área o servicio, cambio en el estado fisiológico del paciente, modificación de tratamiento, al término de un tratamiento o procedimiento como sesión de hemodiálisis, procedimiento oftalmológico o estomatológico de acuerdo al tipo de anestesia y duración que pudiera modificar el riesgo de caída, al egreso hospitalario o ambulatorio, toma de biopsia, colocación de DIU o vasectomía.
- **Registro del resultado de la Evaluación de Riesgo de Caídas:** El resultado obtenido se documenta en los “Registros clínicos, Esquema terapéutico e Intervenciones de Enfermería” clave 2660-009-144 (Anexo 5), o registros clínicos de los servicios

Clave: 2660-006-018



hemodiálisis, quimioterapia, endoscopias y quirófano, en el área específica para ello de acuerdo a los criterios establecidos.

Acción Esencial 6 B: De las acciones de seguridad para la prevención de caídas:

Medidas de prevención de caídas de pacientes de acuerdo al grado de riesgo obtenido en la evaluación: Utilizará los aditamentos de seguridad dispuestos, para la prevención de caídas de acuerdo a las condiciones específicas del paciente, que aseguren la protección de la integridad del paciente como:

Medidas de Prevención de Riesgo de Caídas de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación		
Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Mantener la unidad en la posición más baja y con freno. Levantar los barandales de la unidad. Trasladar al paciente en camilla segura. Colocar banco de altura para el descenso de la unidad. Mantener el servicio libre de objetos que obstaculicen el tránsito del paciente. (Explicar al paciente y familiar o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición decúbite). Brindar Educación al paciente y familia para en conjunto prevenir las caídas. Verificar que el paciente preferentemente use sandalias con suela antiderrapante. Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo en unidad.	<i>*Adicional a las señaladas en Riesgo Bajo:</i> Colocar una silla para el baño del paciente. Acercar aditamentos de ayuda (bastones, andadera, silla de ruedas etc.) al paciente. Acompañar al paciente en su deambulaci3n (apoyado por familiar de ser posible) Colocar el freno de la silla de ruedas ante transferencias del paciente. Incorporaci3n del paciente de la unidad en forma progresiva. Evaluar los efectos de la medicaci3n antes de iniciar la incorporaci3n de la unidad o el inicio de la deambulaci3n. En caso de pacientes con problemas de idioma, o defectos anat3micos auditivos, trastornos de la percepci3n sensorial, visual y auditiva, se debe contactar un traductor o un panel de comunicaci3n.	<i>*Adicional a las señaladas en Riesgo Medio.</i> Sujeci3n en caso de ser necesario. Solicitar presencia y apoyo de familiar del paciente para la movilizaci3n dentro y fuera de unidad. Valorar la conveniencia de baño de esponja. En la medida en que sea posible ubicar al paciente cercano a la central de enfermería para su continua vigilancia.

➤ Acción Esencial 6 C: De las acciones de la organizaci3n:

Durante los recorridos mensuales, la Comisi3n de Seguridad e Higiene deber3 supervisar los siguientes factores del entorno arquitect3nico que est3n asociados a riesgo de caídas de los pacientes:

- Áreas de baños y regaderas deben contar con barreras de sujeci3n y con piso antiderrapante.
- Señalamientos sobre rutas de evacuaci3n.
- Áreas de tránsito deben estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulaci3n del personal y pacientes.
- Áreas de atenci3n al paciente y central de enfermeras con iluminaci3n adecuada.

Clave: 2660-006-018



Observaciones Importantes:

- Una caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS).
- El riesgo de caídas es el aumento en la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico (NANDA 2009-2011).
- El personal que participa en la aplicación de las medidas de prevención de caídas debe documentar sus intervenciones en el espacio asignado para ello en los “Registros clínicos, Esquema terapéutico e Intervenciones de Enfermería” 2660-009-144 (Anexo 5).
- En caso de presentarse una caída, el personal del servicio orientado por la jefa de piso o la supervisora de enfermería en turno, efectuara la notificación del suceso al sistema VENCER II.

5.7 Acción esencial 7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.

Objetivo general:

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en las unidades de atención médica, debe ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.

Implementación.

Recomendaciones:

- Las unidades de atención médica utilizarán el Sistema de Registro de Eventos Adversos que la DGCES elaboró para tal efecto y que se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCES.
- El registro de eventos adversos se debe hacer de forma inmediata, cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sea identificado.
- Debe ser un registro anónimo
- La participación de las Unidades Médicas en el registro de eventos adversos, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.
- En todos los eventos centinelas se debe realizar el análisis causa-raíz.
Los resultados del registro de eventos adversos se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes, con el fin de establecer las acciones de mejora
- Los resultados del análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo y al personal del hospital en una de las sesiones generales.
- El servicio de Medicina Preventiva debe de reportar durante las primeras 24 horas Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunizaciones

Clave: 2660-006-018



- Por lo menos se debe registrar, reportarse y analizar lo siguiente:
 - a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
 - b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
 - c) Riesgo potencial o inminente de que ocurran los incisos a o b.
 - d) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
 - e) Muerte materna.
 - f) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
 - g) Suicidio.
 - h) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
 - i) Evento Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (aplicación de biológico).
- Es importante que cada Unidad Médica implemente el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasi fallas y que se alinee con las actividades de evaluación de riesgos de la organización para que juntos formen la base del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permita a las organizaciones aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

5.8 Acción esencial 8. Cultura de seguridad del paciente.

Objetivo general:

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente.

Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la AHRQ.

- La medición de la cultura de seguridad del paciente se realiza en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin.
- Es una medición anónima.
- Participan en la medición el personal médico y de enfermería de todos los turnos del hospital y que están en contacto directo con el paciente.

Clave: 2660-006-018



- La participación del establecimiento ambulatorio en la medición de la cultura de seguridad del paciente, debe ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes de su unidad o jurisdicción.
- El proceso de medición se hará de acuerdo al "Proceso Operativo para la Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente" establecido por la DGCES. (Disponible en línea en las páginas de la DGCES y el Consejo de Salubridad General).
- Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora para las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con mayor número de resultados negativos.
- Los resultados del análisis de la cultura de seguridad del paciente se presentarán al cuerpo directivo y al personal del establecimiento médico en una sesión general para identificar de manera conjunta áreas de oportunidad para la mejora.

Clave: 2660-006-018



ANEXO 2

**Registro de pacientes hospitalizados
4-30-51/72**



REGISTRO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

1
2

3	4
VIGENCIA DE DERECHOS SI ☐ NO ☐ EN ☐ TRÁMITE	UMF DE ADSCRIPCION

EMPRESA (NOMBRE, CALLE, NÚMERO, COLONIA, POBLACIÓN Y ESTADO)					5	TELÉFONO				
DOMICILIO DEL ENFERMO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, POBLACIÓN Y ESTADO)					6	TELÉFONO				
EN CASO NECESARIO AVISAR A:					7	PARENTESCO				
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, POBLACIÓN Y ESTADO)					8	TELÉFONO				
9	INGRESO	HORA	ADMISIÓN	URGENCIAS	SERVICIO	10	CAMA	PISO	NOMBRE DE ASISTENTE SOCIAL	11
SALIDA POR					SERVICIO	13	MÉDICO, ORDENO INGRESO		MATRÍCULA MÉDICO	
12	MEJORÍA ☐		CURACIÓN ☐		SERVICIO	15	MÉDICO, AUTORIZA SALIDA		MATRÍCULA MÉDICO	
DEFUNCIÓN ☐		VOLUNTARIA ☐								
17	FECHA SALIDA	DÍA	MES	AÑO	RECIBÍ (ESPECIFICAR: FAMILIAR, INCAPACIDAD, MEDICAMENTOS, ETC.)					18
19	FECHA SALIDA	DÍA	MES	AÑO	HORA	NOMBRE DE LA PERSONAL QUE RECIBI			20	FIRMA

FORMA 4-30-51/72



ANEXO 2
Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	El nombre completo del paciente iniciando con el apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
2	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá transcribirse del "Expediente clínico", "Cartilla Nacional de Salud" u otro documento derivado de la estancia hospitalaria del paciente.
3	Vigencia de derechos	Una "X" en el cuadro de SI o NO se encuentra vigente, o en su caso EN TRÁMITE.
4	UMF de adscripción	El número de la Unidad de Medicina Familiar a la que está adscrito el paciente
5	Empresa	Nombre de la empresa donde labora el paciente y su dirección empezando por la calle
6	Domicilio del enfermo	Domicilio del enfermo empezando por la calle, número, colonia, población y estado
7	En caso necesario avisar a	Nombre de la persona legalmente responsable
8	Domicio	Dirección de la persona legalmente responsable empezando por la calle
9	Ingreso	Fecha de ingreso, hora, especificar si el ingreso fue por admisión o por el servicio de urgencias
10	Servicio	El servicio donde será ingresado el paciente
11	Cama, piso nombre de Asistente social	Número de cama, número de piso y nombre de la Asistente médica que registra la hoja
12	Salida por	El motivo de egreso en cuadro: mejoría, curación, defunción o alta voluntaria

4-30-51/72



ANEXO 2
Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Servicio	Nombre del servicio donde se ingresará el paciente.
14	Médico que ordena el ingreso	Nombre del médico y matricula de quien autorizo el ingreso
15	Servicio	Nombre del servicio donde se registra el egreso
16	Médico que autoriza la salida	Nombre del médico y matricula que autorizó egreso del paciente
17	Fecha de salida	Día, mes y año de la salida del paciente
18	Recibí	Nombre del familiar y especificar que recibió, incapacidad, receta, medicamento
19	Fecha de salida	Día, mes y año de la salida del paciente
20	Nombre de la persona que recibe al paciente	Nombre completo de la persona que recibe al paciente escribirá la leyenda: "Recibo vivo a mi paciente" y firma

4-30-51/72



ANEXO 3

**Solicitud de internamiento
2660-009-131**

REPRODUCCIONES GRATUITAS/IMIS

2660-009-131

Clave: 2660-009-131



ANEXO 3
Solicitud de internamiento
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	Nombre de la Unidad Médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No. 27 "Tlatelolco".
2	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá transcribirse del "Expediente clínico", "Cartilla Nacional de Salud" u otro documento derivado de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: 1781-97-7421 1F1997OR.
3	Nombre	El nombre completo del paciente iniciando con el apellido paterno, apellido materno y nombre(s). En el caso del recién nacido, el apellido paterno y materno de la madre y la palabra "Hombre" o "Mujer" según corresponda. Ejemplo 1: Pérez Sosa Manuel Ejemplo 2: Pérez Limón R/N "Hombre" NOTA: R/N es recién nacido.
4	Fecha de nacimiento	Con números arábigos iniciando por el día, mes y año la fecha en que nació el paciente. Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con el "Expediente clínico", "Cartilla Nacional de Salud" u otro documento oficial con el que se identifique al paciente. Ejemplo: 25/11/1995.

Clave: 2660-009-131



ANEXO 3
Solicitud de internamiento
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR		
5	Sexo	Una “X” en la letra que corresponda al sexo del paciente. Ejemplo: <table border="1"><tr><td></td><td>F</td></tr></table>		F
	F			
6	Edad	La edad del paciente en años para adultos y mayores de 2 años; años y meses para menores de 2 años; semanas y días para menores de un mes; y días para menores de un mes. Ejemplo 1: 35 años (adulto). Ejemplo 2: 2 9/12 (lactante). Ejemplo3: 15/30 (recién nacido).		
7	Fecha y Hora de Internamiento	Con números arábigos el día, mes, año y la hora que acude el paciente a la Unidad Médica para su internamiento. Ejemplo: 30/05/2011, 15:30 hrs.		
8	Nombre	El apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del familiar o la persona legalmente responsable del paciente.		
9	Parentesco	El vínculo entre el paciente y la persona legalmente responsable.		
10	Servicio al que se interna	El nombre del servicio en que se solicita el internamiento del paciente.		
11	Diagnóstico de Internamiento	El nombre del diagnóstico clínico del paciente que motiva la solicitud de internamiento.		
12	Verificación de Vigencia	El resultado de la verificación de vigencia de derechos realizado por el área de Vigencia de derechos.		
13	Nombre, Firma y Matrícula de quien indica el internamiento	El apellido paterno, apellido materno y nombre(s), firma y número de matrícula del médico que autoriza el internamiento.		

Clave: 2660-009-131



ANEXO 4

Imagen muestra de la agenda de citas médicas 4-30/7

[illegible]



ANEXO 5

**Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería
2660-009-144**



Anverso



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REGISTROS CLÍNICOS, ESQUEMA TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NOMBRE: (11)		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: (11)														
SEXO: (11)	EDAD: (4)	DX MÉDICO: (11)		FECHA DE NACIMIENTO (11)												
UNIDAD MÉDICA: (11)		SERVICIO O ÁREA: (11)		CAMA/CAMILLA/CUNA/INCUBADORA (11)												
Fecha (11)		Días de Hosp (11)														
F. (11)	L. (11)	T.I. (11)	T.C. (11)	EVD (11)	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4
170	36	36	41	12												
160	35	35		11												
150	34	34	40	10												
140	33	33		9												
130	32	32	39	8												
120	31	31		7												
110	30	30	38	6												
100	29	29		5												
90	28	28	37	4												
80	27	27		3												
70	26	26	36	2												
60	25	25		1												
50	24	24	35	0												
Tension Arterial (11)																
P.V.C. (11)																
F. Respiratoria (11)																
Codigo de Temp (11)																
Talla (11)																
Peso (11)																
Perímetro (11)																
Formula (11)																
Dieta (11)																
Total (11)																
Líquidos parenterales y electrolitos (11)																
Sangre y Hemoderivados (11)																
Total (11)																
CONTROL DE LIQUIDOS																
INGRESOS																
Via Oral (11)																
Sonda (11)																
Sol. Parenterales y elect. (11)																
Sangre y Hemoderivados (11)																
Nutrición Parenteral (11)																
Medicamentos (11)																
Otros (11)																
Total Ingresos (11)																
EGRESOS																
Uresis (11)																
Evacuaciones (11)																
Sangrado (11)																
Vomito (11)																
Aspiración (11)																
Drenajes (11)																
Perdidas insensibles (11)																
Total Egresos (11)																
Balance de Líquidos (11)																
(11) Balance de 24 Hrs																
ESTUDIOS, CIRUGÍAS Y OTROS																
Est. Laboratorio (11)																
Estudios de Gabinete (11)																
Cirugía Programada (11)																
Cirugía Realizada (11)																
Productos Biológicos (11)																
Reactivos (11)																

Clave 2660-009-144

Reverso

[illegible]

Clave 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Nombre completo del paciente con tinta azul, inicie por el apellido paterno, materno y nombre (s). Este dato deberá obtenerse del paciente o familiar, verifíquelo en el Expediente Clínico, Cartilla Nacional de Salud o algún documento oficial. Ejemplo 1: Fuentes Cienfuegos Marcelo En recién nacido único, debe colocar los apellidos completos de la madre, seguidos de las siglas R/N y la palabra Hombre o Mujer, según sea el caso. Ejemplo 2: Reyes Arteaga R/N Mujer En productos múltiples, anote el número de producto por orden de nacimiento, seguido del número total de productos recién nacidos de la misma madre. Ejemplo 3: Reyes Arteaga R/N Mujer 1/3 Reyes Arteaga R/N Hombre 2/3 Reyes Arteaga R/N Hombre 3/3 NOTA: En pacientes desconocidos, se consideran como identificadores el sexo, edad aparente, señas particulares, fecha y hora de ingreso.
2	Número de seguridad social y agregado	El número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente con números arábigos y tinta de color azul, el dato deberá transcribirse de la Cartilla Nacional de Salud o del formato "Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21" clave 2E10-009-013, contenida en el Expediente Clínico. Ejemplo: 0174 56 9989 2F 1968OR
3	Sexo	Con tinta de color azul, Hombre o Mujer, según sea el caso.

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
4	Edad	Con números arábigos y tinta de color azul, los años cumplidos. Ejemplo 1: 38 años En el caso de lactantes, los años y meses cumplidos. Ejemplo 2: 1 año 8 meses Ejemplo 3: 10 meses En el caso de Recién Nacido, los días. Ejemplo 4: 26 días
5	Dx. Médico	Con tinta azul, el diagnóstico de presunción o definitivo principal, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72. Ejemplo 1: Fiebre de origen desconocido En caso de actualización del diagnóstico, coloque paréntesis al diagnóstico anterior y registre el nuevo. Ejemplo 2: (Fiebre de origen desconocido) Fiebre tifoidea
6	Fecha de nacimiento	Con números arábigos y tinta de color azul, el día, mes y año de nacimiento del paciente, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08/03/2001

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
7	Unidad médica	Con tinta de color azul, el tipo, número y nombre de la Unidad de Atención Médica. Ejemplo: Hospital General de Zona No.1 "Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas".
8	Servicio o Área	El nombre del servicio o área donde se encuentre el paciente con tinta azul. Ejemplo 1: Observación regular En caso de ingreso o movimiento intrahospitalario, coloque entre paréntesis el nombre del servicio o área anterior y registre el nuevo enseguida. Ejemplo 2: (Observación regular) Medicina Interna
9	Unidad del paciente/ Camilla/Cuna/ Incubadora	El número de cama, camilla, cuna o incubadora en la que se encuentre instalado el paciente con tinta azul. Ejemplo 1: 5 En caso de movimiento intrahospitalario, coloque paréntesis al número anterior y registre el nuevo enseguida. Ejemplo 2: (5) 12
10	Fecha	Con números arábigos y tinta azul, día, mes y año; en caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo:

Fecha	01/09/17
-------	----------

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

11

Días de Hosp.

Con números arábigos en forma progresiva y tinta roja, el número de días estancia del paciente en la Unidad Médica, iniciando con el "0",

Ejemplo 1:

Días de Hosp.	0	1
---------------	---	---

La palabra "Ingreso" y la hora de recepción del paciente al primer servicio de la Unidad Médica.

Ejemplo 2:

Días de Hosp.	Ingreso: 23:30 0	1
---------------	---------------------	---

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

12	FC, TI, TC.	Con un punto el sitio en el que coincidan las cifras obtenidas correspondientes a la frecuencia cardiaca (FC), temperatura de la incubadora (TI) o temperatura corporal (TC), con la hora en que se realiza la toma. Unir con líneas los puntos para conformar las gráficas correspondientes.
----	-------------	---

NOTA 1: Utilizar tinta azul para la frecuencia cardiaca, verde para la temperatura de la incubadora y roja para temperatura corporal.

NOTA 2: La toma y registro de signos vitales deberá realizarse por turno y cuantas veces sea necesario de acuerdo al estado de salud del paciente.

13	Escala Visual del dolor (EVD)	El punto con tinta de color negra, en el sitio en el que coincida la cifra obtenida del paciente y la hora en que se realiza la toma. Para conformar la gráfica, unir con líneas los puntos correspondientes.
----	-------------------------------	---

1. En el paciente neonato, se utiliza la escala de valoración del dolor NIPS. El personal de Enfermería registra el resultado de la evaluación de acuerdo a los valores que establece la escala.

Escala de Valoración del Dolor NIPS

Parámetros	0	1	2	Total
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)		
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Mov. de brazos	Reposo	Movimientos		
Mov. de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente		
				TOTAL

Puntuación máxima= 7 (0, no hay dolor; 7, existe dolor grave).

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

2. En el paciente pediátrico, para la valoración del dolor se utiliza la escala de FLACC. El personal de Enfermería registra el resultado de la evaluación de acuerdo a los valores que establece la escala.

Escala de FLACC

Paciente de 2 meses a 7 años

Expresión facial	Normal	0
	Muecas	1
	Afligida	2
Piernas	Relajadas	0
	Móviles	1
	Flexión	2
Actividad)	Normal	0
	Movimientos permanentes	1
	Quieto	2
Llanto	Sin llanto	0
	Gemidos	1
	Llanto	2
Nivel de consuelo	No requiere	0
	Distraíble	1
	No consolable	2
Interpretación: 0. Relajado y confortable 1. 1-2 Discomfort moderado 2. 4-6 Dolor moderado 3. 7-10 Dolor y/o discomfort severo		

Escala Análoga Visual (EVA)

La Escala Visual Análoga (EVA) es otro abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica. La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. Con un extremo marcado sin dolor y el otro extremo marcado con máximo dolor.

La enfermera solicita al paciente que le indique en la gráfica, el punto que mejor describa la intensidad del dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la escala EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.

Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial al paciente; arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica, con tinta de color de acuerdo al turno.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

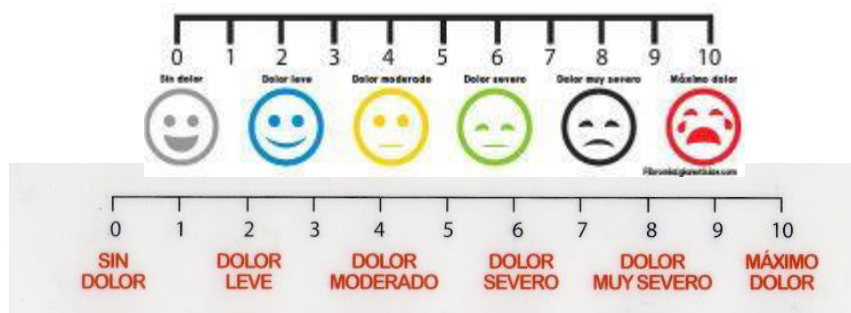
Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

3. Utilice la Escala Visual Análoga en mayores de 8 años; solicite al paciente seleccionar en escala del 0 al 10, el número que mejor evalúe la intensidad del dolor, donde 0 representa ausencia de dolor y el 10 el peor dolor. Pregunte al paciente, la frecuencia, localización y duración del dolor y registre en este apartado.



Nota: Las intervenciones o acciones de enfermería correspondientes, de acuerdo al resultado de la evaluación del dolor se registraran en intervenciones de enfermería.

14

Tensión Arterial

Los Valores obtenidos de la toma de tensión arterial con estetoscopio y esfigmomanómetro al paciente, arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica, con tinta del color de acuerdo al turno.

Ejemplo: 130/90

15

P.V.C.

El valor obtenido de la toma de la presión venosa central del paciente.

Ejemplo: 7.5

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
16	Frec. Respiratoria	El valor obtenido de la cuantificación de la frecuencia respiratoria del paciente. Ejemplo: 18 x´
17	Código de temperatura	La inicial O (oral), A (axilar) o R (rectal), según al sitio anatómico donde se realizó la toma de la temperatura. Ejemplo: Axilar (A)
18	Talla	El valor obtenido de la medición de la estatura del paciente en metro y centímetros o en su caso en centímetros, al ingreso o por razón necesaria. Ejemplo 1: 1.70 cm. Ejemplo 2: 0.50 cm.
19	Peso	El valor obtenido del peso del paciente en kilos y/o gramos al ingreso o por razón necesaria. Ejemplo 1: 67.500 Kg. Ejemplo 2: 900 gr.
20	Perímetro	La inicial del perímetro según el caso: PC (perímetro cefálico), PT (perímetro torácico) o PA (perímetro abdominal) y el valor obtenido de la medición en centímetros. Ejemplo: PC 35 cm. NOTA: La toma de talla, peso y perímetros, se realizará de acuerdo con la indicación médica o con base en la política interna del servicio.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
21	Fórmula	Tipo de fórmula láctea o especial prescrita, cantidad y número de tomas, según el caso. Ejemplo1: Fórmula sin lactosa, 20 ml por 8 tomas. Horas N° de tomas Horario c/12 hrs 2 12 h y 24 h. c/6 hrs 4 6 h, 12 h, 18h y 24 h c/4 hrs 6 6 h, 10 h, 14 h, 18 h, 22 h y 2 h c/3 hrs 8 6 h, 9 h, 12 h, 15 h, 18 h, 21 h, 24 h y 3 h NOTA 1: La toma inicial, se administra inmediato a la indicación médica. Después ajuste a horarios guía señalados en la tabla anterior. NOTA 2: En caso de cambio de fórmula, coloque un paréntesis a la indicación anterior y anote la nueva, en el espacio correspondiente al turno, día y hora en que cambio la indicación.
22	Tipo de Dieta	El tipo de dieta, líquidos y número de calorías prescritos. Ejemplo 1: Dieta licuada de 1300 calorías, fraccionada en cuartos, tomas de 200 ml. c/u. En los recuadros de acuerdo al turno la hora y los alimentos consumidos por el paciente. Ejemplo 2: 13:00 ½ porción de pan, 1 manzana, 1 pieza de pollo, 1 vaso con agua. NOTA 1: En cambio de dieta, coloque un paréntesis a la indicación anterior, anote la nueva, en el espacio correspondiente al turno, día y hora en que cambio la indicación. NOTA 2: En caso de ayuno, anote la palabra “ayuno” y la hora en que inicia y termina. NOTA 3: El turno matutino registra el desayuno y comida, el turno vespertino la cena y el nocturno la colación.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

23	TOTAL	El consumo total de líquidos. En mililitros, por turno. Con color de la tinta de acuerdo al turno.
----	-------	--

24	Líquidos parenterales y electrólitos	El tipo de solución y electrolitos concentrados de acuerdo a las abreviaturas de las siguientes tablas, así como cantidades administradas en mililitros, miliequivalentes o concentración, tiempo de duración, hora de inicio y término.
----	--------------------------------------	--

Ejemplo 1: SG 5% 1000 ml. + 20 mEq de KCl P/8 h
I: 08:00 h
T: 16:00 h

Solución parenteral	Abreviatura
Sol. Glucosada al 5%	SG 5%
Sol. Glucosada al 10%	SG 10%
Sol. Mixta	SM
Sol Mixta al medio	MM 1/2
Sol. Cloruro de Sodio al 0.9 %	SF
Sol. Fisiológica al medio	SF 1/2
Sol. Hartman	SH

Electrólitos concentrados (Medicamentos de alto riesgo)	Abreviaturas
Cloruro de potasio 14.9%	KCL
Cloruro de sodio 17.7%	NaCl
Gluconato de calcio 10%	Gluconato Ca
Sulfato de magnesio 10%	SO4MG
Bicarbonato de sodio 7.5%	NaHCO3
Fosfato de potasio 15%	PK

Durante la entrega de turno, en el primer renglón del turno siguiente, anotar la cantidad de solución instalada pendiente por infundir, anteponiendo la letra "R" que indica la cantidad de solución que resta.

Ejemplo: R=200 ml.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

En caso se suspensión de la prescripción de la solución y/o electrolitos concentrados, colocar la palabra “susp”.

Ejemplo 2: SG 5% 1000 ml. + 20 mEq de KCl P/8 h
I: 08:00 h
T: 16:00 h
Susp

25	Sangre y hemoderivados	El tipo, cantidad de sangre o hemoderivado, tiempo de duración, hora de inicio y término y/o suspensión de los mismos.
----	------------------------	--

Ejemplo 1: Plasma O+, 200 ml. P/2 h
I: 15:00 h
T: 17:00

En la entrega de turno, en el primer renglón del turno siguiente, la cantidad de sangre o hemoderivado instalado pendiente de infundir, anteponga la letra “R” que indica la cantidad de sangre o hemoderivado que resta.

Ejemplo 2: R= 200 ml.

En caso de suspensión de la prescripción de sangre o hemoderivado, colocar la palabra “susp”.

Ejemplo 3: Plasma O+, 200 ml. P/2 h
I: 15:00 h
T: 17:00 h
susp

NOTA: Llenar adicionalmente el formato “Registros del proceso de transfusión”, clave: 2430-009-006

26	Total	La suma de soluciones parenterales, electrolitos, sangre y/o hemoderivados administrados durante el turno, en mililitros con color de tinta de acuerdo al turno.
----	-------	--

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

CONTROL DE LÍQUIDOS

INGRESOS

- | | | |
|----|--|---|
| 27 | Vía oral | Con números arábigos, la cantidad total en mililitros de líquidos ingeridos en cada turno.

Ejemplo: 600 ml. |
| 28 | Sonda | Con números arábigos, la cantidad total de líquidos en mililitros, administrados al paciente a través de sonda por turno.

Ejemplo: 300 ml. |
| 29 | Soluciones parenterales y electrolitos | Con números arábigos, la cantidad total en mililitros de soluciones y electrolitos concentrados administrados durante el turno por vía intravenosa.

Ejemplo: 810 ml. |
| 30 | Sangre y hemoderivados | Con números arábigos, la cantidad total en mililitros de sangre y hemoderivados administrados en cada turno.

Ejemplo: 400 ml. |
| 31 | Nutrición parenteral | Con números arábigos, la cantidad total en mililitros de nutrición parenteral administrada durante el turno al paciente.

Ejemplo: 200 ml. |
| 32 | Medicamentos | La cantidad total en mililitros administrada de medicamento y en su caso, la solución utilizada para la dilución.

Ejemplo: 55 ml. |

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
33	Otros	Con números arábigos, la cantidad total en mililitros de otros líquidos administrados al paciente en cada turno, como cargas de soluciones, bolos etc. Ejemplo 1: 50 ml.
34	TOTAL DE INGRESOS	Con números arábigos, el total de ingresos en mililitros: incluye: vía oral, sonda, soluciones parenterales y electrolitos, sangre y hemoderivados, nutrición parenteral, medicamentos y otros administrados durante el turno. Ejemplo: 450 ml.

EGRESOS

35	Uresis	El número de micciones que presentó el paciente, durante el turno con el signo convencional (✓) Ejemplo 1: ✓✓ La cantidad en mililitros en caso que el paciente tenga instalada sonda vesical, registrar el control de líquidos si lo requiere, identificar características macroscópicas de la orina y la presencia de dolor, secreción, prurito, ardor, edema o eritema en el área periuretral, entre otros. Ejemplo 1:
----	--------	--

Uresis	200 ml
--------	--------

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

Ejemplo 2:

Signos y Síntomas	Presenta hematuria y edema en el área periuretral
-------------------	---

En el recuadro correspondiente a Observaciones, seguido de “Día Instalación Sonda Vesical” (DISV) con números arábigos, los días de instalación.

Ejemplo 3:

Observaciones	“DISV” 3
---------------	----------

NOTA 2: En el caso de que le paciente tenga instalada sonda vesical

36

Evacuaciones

El número de evacuaciones con el signo convencional (✓), el tipo, según el código de evacuaciones establecido en la siguiente tabla; y con números arábigos la cantidad en mililitros o gramos, si está indicado el control de líquidos o si el caso lo requiere.

CÓDIGO DE EVACUACIONES			
Tipo	Código	Tipo	Código
Formada	F	Acólica	Ac
Líquida	L	Restos alimenticios	Ra
Semilíquida	SL	Mucosa	M
Pastosa	P	Sanguinolenta	S
Café	C	Grumosa	G
Verde	V	Fétida	Fet.
Negra	N	Meconio	Mec.
Amarilla	A		

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

Ejemplo 1: (✓) L

Cuando se presente más de una característica se empleará una diagonal (/) para el registro.

Ejemplo 2: (✓✓) L/V 50 ml.

NOTA: Si es necesario, describir las características de la evacuación en el recuadro correspondiente a signos y síntomas.

37

Sangrado

Con números arábigos la cantidad total en mililitros.

Ejemplo: 100 ml.

NOTA: Si es necesario, describir la procedencia y las características del sangrado en el recuadro correspondiente a signos y síntomas.

38

Vómito

Con números arábigos la cantidad total en mililitros de líquidos perdidos a través del vómito.

Ejemplo: 300 ml.

NOTA: Describir las características en el recuadro correspondiente a signos y síntomas.

39

Aspiración

Con números arábigos la cantidad en mililitros y el lugar de procedencia de líquidos extraídos a través de la succión o aspiración.

Ejemplo: 200 ml. secreciones bronquiales

NOTA: Describir las características en el recuadro correspondiente a signos y síntomas.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
40	Drenajes	Con números arábigos la cantidad en mililitros de líquidos drenados y el tipo de dispositivo externo instalado en el cuerpo (sonda Levin, orogástrica, pleural, penrose, estomas, fístula etc.). Ejemplo: 200 ml. penrose NOTA: Si es necesario, describir las características en el recuadro correspondiente a signos y síntomas.
41	Pérdidas insensibles	Con números arábigos el resultado de multiplicar el peso x la constante utilizada de acuerdo a la temperatura corporal x el número de horas calculadas. Ejemplo 1: $80\text{Kg} \times .5 \times 8 = 560$ NOTA: Utilizar la fórmula correspondiente de acuerdo al peso y edad del paciente.
42	total de egresos	Con números arábigos, la suma de egresos durante el turno incluye: uresis, evacuaciones, sangrado, vómito, secreciones obtenidas por: aspiración, drenajes y pérdidas insensibles por el turno, en mililitros o gramos. Ejemplo: 800 ml.
43	Balance parcial	Con números arábigos la cantidad que resulte de los ingresos menos los egresos al final del turno. Ejemplo 1: 800 ml. En caso de resultar balance negativo, anteceder a la cantidad el signo “-”. Ejemplo 2: -300 ml.

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

- 44 Balance 24 hrs
(Turno nocturno)
- Con números arábigos, la cantidad que resulte de la suma del balance de líquidos, ya sea positivo (+) o negativo (-) en 24 hora
Ejemplo:

	Turno matutino	Turno vespertino	Turno nocturno
Total de Ingresos	+2000	+1200	+900
Total de Egresos	+2250	+1300	+1400
Balance parcial	- 250	- 100	- 500
Balance 24 horas (Turno nocturno)	-850 ml.		

- 45 Estudios de laboratorio
- Nombre o abreviaturas de los estudios de laboratorio realizados y el signo convencional (□).

Ejemplo 1: Bh, QS, Es. (□)

Los pendientes, anotar en la columna de ese día "pend".

Ejemplo 2: Exudado faríngeo pend.

- 46 Estudios de gabinete
- El nombre de los estudios de gabinete realizados y el signo convencional (□). con el color de tinta correspondiente al turno.

Ejemplo 1: USG abdominal (□)

Los pendientes, anotar en la columna de ese día "pend".

Ejemplo 2: TAC cráneo pend

- 47 Cirugías programadas
- Nombre de la cirugía programada y el signo convencional (✓) cuando se haya realizado la preparación del paciente para el evento quirúrgico.

Ejemplo: LAPE (✓)

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
48	Cirugías realizadas	Nombre de la intervención quirúrgica realizada con el signo convencional (✓) con el color de la tinta correspondiente al turno. Ejemplo: Apendicetomía (✓) Nota: Registrar “susp.” En los casos en los que la cirugía haya sido suspendida, así como las causas. Ejemplo: (susp) por falta de tiempo quirúrgico
49	Productos biológicos	Nombre de la vacuna, toxoide, inmunoglobulina o antitoxina prescrita y el signo convencional (✓) cuando se hayan administrado al paciente. Ejemplo 1: Suero anti alacrán (✓) Cuando algún biológico quede pendiente, colocar “pend” Ejemplo 2: Toxoide tetánico “pend”
50	Reactivos	El tipo de pruebas semi cuantitativas para sangre y orina (tiras reactivas) y el resultado obtenido. Ejemplo: Glicemia capilar 90 mg/dl NOTA 1: Se realizará de acuerdo a la indicación médica o la política interna del servicio. NOTA 2: Cuando las pruebas se realicen más de una vez por turno anotar la hora en que se realizaron, en el espacio correspondiente.
51	Medicamentos	Nombre del medicamento (sin abreviaturas), dosis, vía de administración y horarios prescritos, circule con tinta del color que corresponda al turno la hora de administración, para antibióticos efectúe el registro de prescripción con tinta roja

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

Para los días de aplicación de antibióticos u otro medicamento específico, anote (I) al inicio de la administración, circule el número de días subsecuentes, cuente como un día al concluir 24 hrs de administrado, continúe en forma progresiva. Evite la administración simultánea de antibióticos.

Ejemplo 1: (I) Dicloxacilina ampula 500mg IV C/6 h

6 12 18 24

Cuando se suspenda un medicamento por indicación médica, anotar en el espacio correspondiente al horario la abreviatura (susp).

Ejemplo 2: Dicloxacilina ampula 500mg IV C/6 h

6 12 18 24 (susp)

Cuando no se tenga disponible el medicamento, coloque una diagonal (/) en el horario del medicamento, notifique al Médico tratante y registre en el apartado de observaciones.

Ejemplo 3: Diclofenaco tableta 100 mg V.O C/12 h

NOTA 1: La dosis inicial se administra al recibir la indicación médica, después ajuste a los horarios guía normados en "Instrucciones de operación para la preparación y administración de medicamentos" clave: 2660-005-008 (Anexo 7) y de acuerdo con las indicaciones médicas.

NOTA 2: Organice los horarios de administración considerando la farmacocinética y farmacodinamia.

NOTA 3: Anoté la vía de administración con base en "Instrucciones de operación para la preparación y administración de medicamentos" clave: 2660-005-08 y la dosis con números arábigos y abreviaturas Internacionales de la unidad de medida.

Riesgo de úlceras por presión

La valoración del riesgo de que el paciente presente úlceras por presión debe realizarse al ingreso del paciente, cuando cambien sus condiciones de salud y las veces que sea necesario, utilice la Escala de valoración de Braden

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

52

Escalas de
evaluación

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN				
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 Completamente limitada	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitación
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1 Constantemente húmeda	2 A menudo húmeda	3 Ocasionalmente húmeda	4 Raramente húmeda
ACTIVIDAD	1 Encamado	2 En silla	3 Deambula ocasionalmente	4 Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	1 Completamente inmóvil	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitación
NUTRICIÓN	1 Muy pobre	2 Probablemente inadecuada	3 Adecuada	4 excelente
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1 Problema	2 Problemas potenciales	3 No existe problema aparente	

Una vez terminada la valoración, sume cada una de las ponderaciones obtenidas del paciente y con base en el resultado clasifique y codifique el riesgo de presentar úlceras por presión.

Registre las intervenciones correspondientes de acuerdo al resultado de la valoración.

NOTA: En ningún caso utilizar símbolos convencionales como (%)

Al terminar la evaluación, las ponderaciones y de acuerdo al resultado clasifique y codifique el riesgo de presentar úlceras por presión.

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN		
Nivel	Puntos	Código
Riesgo alto	≤ de 12	Rojo
Riesgo medio	13 a 14	Amarillo
Riesgo bajo	15-16 si es < de 75 años 15-18 si es ≥ de 75 años	verde

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
52	Escalas de evaluación	Intervenciones Registre las intervenciones correspondientes de acuerdo al resultado de la valoración. NOTA 1: La valoración debe realizarse al ingreso del paciente, cuando cambien sus condiciones de salud, por turno en pacientes postrados, y las veces que sea necesario. NOTA 2: La Escala de Braden Bergstrom, fue tomada de: Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal (2016). Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. Ciudad de México. NOTA 3: En ningún caso utilizar símbolos convencionales como (%). Riesgo de úlceras por presión Eval. Con números arábigos, la hora de valoración y el riesgo del paciente para presentar úlceras por presión. Utilizar la Escala de Braden Bergstrom. Ejemplo: • Cambios posturales cada 2 hrs. • Lubricación de la piel después del baño • Evaluación del estado de hidratación Riesgo de caídas Con números arábigos, hora de evaluación y riesgo de caídas durante la estancia hospitalaria, utilice la siguiente escala que valora la funcionalidad en todas sus esferas.

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE	
Factores de riesgo	Puntos
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de comunicación o socioculturales	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS		
Nivel de riesgo	Puntos	Código
Riesgo Alto	4 – 10	Rojo
Riesgo Medio	2 – 3	Amarillo
Riesgo Bajo	0 – 1	Verde

NOTA 1: Sume cada uno de los puntos obtenidos en la escala y con base en el resultado determine el nivel de riesgo de acuerdo a la tabla de determinación del grado de riesgo de caídas.

NOTA 2: Realice la valoración al ingreso del paciente, cada cambio de turno, cada movimiento intrahospitalario, en los cambios de estado de gravedad.

Intervenciones

Registre las intervenciones para reducir el riesgo de caídas, como resultado de la evaluación del riesgo.

Ejemplo:

- Colocación de barandales
- Deambulaci3n asistida

53

Patrones
Funcionales

Las áreas a valorar por patr3n funcional son las siguientes:

- 1-Percepci3n - manejo de la salud
- 2-Nutricional - metab3lico
- 3-Eliminaci3n
- 4-Actividad - ejercicio
- 5-Sueño – descanso
- 6-Cognitivo - perceptual
- 7-Autopercepci3n - autoconcepto
- 8-Rol - relaciones

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
53	Patrones Funcionales	9-Sexualidad - reproducción 10-Adaptación – tolerancia al estrés 11-Valores – creencias Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. En este patrón se pretende determinar: • Las percepciones sobre el manejo general de la salud; • Las prácticas preventivas para mantenerla y recuperarla (hábitos higiénicos, vacunaciones entre otros); • La adherencia a tratamientos prescritos; • La evitación de prácticas perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco etc.) que el paciente tiene. Patrón 2: Nutricional – metabólico. Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar: • Las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del paciente; • Los posibles problemas en su ingesta; • Las características de la piel y mucosas; • Indagar sobre talla, peso y temperatura del paciente. Patrón 3: Eliminación. En este patrón se pretende determina: • El patrón de la función excretora intestinal urinaria y de la piel características de las excreciones frecuencia, rutinas personales; • Uso de dispositivos (bolsa de colostomía, bolsa recolectora de orina, etc.) o materiales para su control.

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
53	Patrones Funcionales	Patrón 4: Actividad – ejercicio. Con este patrón se pretende determinar: • Las capacidades para la movilidad y actividad autónoma; • La valoración del estado cardiovascular, respiratorio; • La movilidad y actividad cotidiana (tipo de ejercicio, costumbres de ocio y recreo). Patrón 5: Sueño – descanso. En este patrón se pretende conocer: • Los patrones de sueño, descanso y relajamiento a lo largo del día (sueño insuficiente o insomnio, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad aletarga, apatía etcétera); • Los usos y costumbres individuales para conseguirlos. Patrón 6: Cognitivo – perceptual. Con este se pretende determinar el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del paciente, observado en él: • Sus funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; • Comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección; • Valorando indicadores no verbales del dolor (expresión facial, agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa), para determinar la existencia o no del mismo. Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto. En este se pretende conocer: • El patrón de las percepciones y las actitudes del paciente hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad;

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
53	Patrones Funcionales	El patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal, observando la postural corporal, contactos oculares, ansiedad, temor, alteración de la autoestima, etcétera.

Patrón 8: Rol – relaciones. En este se pretende determinar:

- El papel o rol social, que juega el paciente;
- la responsabilidad en el seno familiar, laboral y social;
- las responsabilidades que tiene que asumir;
- la existencia de problemas de comunicación;
- el patrón de intervención familiar, laboral y social.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción. En este se pretende determinar:

- El patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad;
- el patrón reproductivo (número de hijos, abortos);
- todo lo relacionado con el mismo paciente (hombre-mujer problemas de próstata, vaginales, menstruales, coitales).

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés. En este se pretende determinar:

- El patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés y formas de manejarlo;
- la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad (enfrentamiento de la enfermedad, cansancio);
- los sistemas de apoyo familiares o de otro tipo (cambio en los patrones de comunicación);
- la capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

53

Patrones
Funcionales

Patrón 11: Valores – creencia. En este se pretende determinar:

- Los patrones de valores, objetivos, expectativas y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo;
- lo que percibe como importante en la vida (interferencias de prácticas religiosas, hábitos y tradiciones familiares)
- La percepción de conflicto en los valores que estén relacionados con la salud.

53

Patrones
Funcionales

Cánula oro-traqueal (C.O.T.)

Con números arábigos día, mes y año correspondiente a la fecha de instalación “FI”, o fecha de retiro “FR”.

Ejemplo:

C.O.T	F.I	02/12/2019
	F.R	10/12/2019

Nota: en caso de cambio del formato de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería por concluir los 2 días de su capacidad, se deberá transcribir la fecha de instalación en el nuevo registro, en el turno matutino hasta el retiro de la C.O.T.

Nota: en caso de realizar reinstalación de COT se registrará la fecha de instalación nueva en el turno correspondiente con el color de tinta convencional al turno.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

54

Dispositivos
invasivos

Accesos Vasculares (A.V.)

Una "X" en el recuadro correspondiente el tipo de acceso vascular: periférico (P) o central (C).

Con números arábigos día, mes y año correspondiente a la fecha de instalación "FI" y fecha de curación "FC".

Ejemplo:

A.V		F.I	02/12/2019
P	☒	F.C	05/12/2019

Nota 1: en caso de cambio del formato de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería por concluir los 2 días de su capacidad, se deberá transcribir la fecha de instalación de acceso vascular en el nuevo registro, en el turno matutino hasta la indicación de retiro.

Nota 2: al realizar reinstalación del acceso vascular periférico o central se registrará la fecha de instalación nueva en el turno correspondiente con el color de tinta convencional al turno; en el apartado de observaciones se deberá registrar motivo de cambio de catéter.

Nota 3: Cuando el paciente se encuentre utilizando ambos accesos vasculares (periférico y central) se deberá registrar fecha de instalación del acceso central como prioritario para su mantenimiento.

Sonda vesical (S.V)

Con números arábigos día, mes y año correspondiente a la fecha de instalación "FI", o fecha de cambio "FC".

Ejemplo:

S.V	F.I	02/12/2019
	F.C	17/12/2019

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
54	Dispositivos invasivos	Nota: en caso de cambio del formato de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería por concluir los 2 días de su capacidad, se deberá transcribir la fecha de instalación en el nuevo registro, en el turno matutino hasta el retiro de la sonda vesical. Nota: en caso de realizar reinstalación de sonda vesical se registrará la fecha de instalación nueva en el turno correspondiente con el color de tinta convencional al turno.
55	Síntomas y Signos	Las manifestaciones objetivas y subjetivas que detecte en el paciente (respuestas fisiopatológicas: la forma en que responde el organismo ante el proceso de la enfermedad), es decir; “identificación del problema”, la hora en que se refieren u observan. Ejemplo: diaforesis, cianosis, diarrea. NOTA 1: Cuando los síntomas y signos continúan, registrar la hora. NOTA 2: Los síntomas y signos que se registren deberán estar basados en una cuidadosa valoración de enfermería de acuerdo a las Instrucciones de Operación de los cuidados de Enfermería y comunicación efectiva con el paciente y/o familiar. NOTA 3: En ningún caso utilizar símbolos convencionales como (%) Las manifestaciones objetivas y subjetivas que detecte en el paciente (respuestas fisiopatológicas: la forma en que responde el organismo ante el proceso de la enfermedad), es decir; “identificación del problema”, la hora en que se refieren u observan. Ejemplo: diaforesis, cianosis, diarrea. NOTA 1: Cuando los síntomas y signos continúan, registrar la hora. NOTA 2: Los síntomas y signos que se registren deberán estar basados en una cuidadosa valoración de enfermería de acuerdo a las Instrucciones de Operación de los cuidados de Enfermería y comunicación efectiva con el paciente y/o familiar. NOTA 3: En ningún caso utilizar símbolos convencionales como (%)

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
56	Problema interdependiente	La situación clínica que se presenta como consecuencia de una enfermedad y/o pruebas diagnósticas o tratamientos médicos-quirúrgicos, en donde enfermería colabora con el personal de salud y realiza intervenciones para la prevención, resolución o reducción de un problema real o de riesgo de salud. NOTA 1: En los problemas interdependientes reales se necesita del Problema, de la Etiología del problema y Sintomatología (al redactarlos deberá de considerar el formato PES). Para unir el Problema a Etiología se recomienda utiliza las palabras “secundario a” y para integrar la Sintomatología a la formulación se utilizarán las palabras “manifestado por”. NOTA 2: Los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del Problema y de la Etiología del problema. Para redactar se recomienda utilizar las palabras “riesgo de”, al inicio de su formulación; para unir el Problema a Etiología se recomienda utiliza las palabras “secundario a”. Ejemplos de problemas interdependientes reales: 1. Insuficiencia respiratoria, secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manifestada por disnea, taquipnea, taquicardia y aleteo nasal. 2. Alteración en el nivel de conciencia, secundaria a encefalopatía hepática, manifestada por somnolencia y delirio. Ejemplos de problemas interdependientes de riesgo: 1. Riesgo de crisis convulsiva, secundario a hipertermia. 2. Riesgo de arritmias cardíacas, secundarias a infarto agudo del Miocardio.
57	Diagnóstico de Enfermería	La forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad (reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos, conductas).

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
57	Diagnóstico de Enfermería	NOTA 1 Para su elaboración tome en cuenta las respuestas del paciente tanto reales como de riesgo. NOTA 2: Para su registro debe considerarse el formato NANDA (Etiqueta diagnóstica, Factor relacionado y Características definitorias). Ejemplo1: Trastorno de la autoestima relacionado con el abandono por parte de los familiares, manifestado por: tristeza, dificultad en la toma de decisiones y resistencia al cambio. Ejemplo 2: Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la continuidad ósea m/p limitación de la amplitud del movimiento. Ejemplo 3: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. NOTA 3: Registrara por turno el o los diagnósticos enfermeros prioritarios tomando en cuenta la vinculación entre el problema valorado y el juicio emitido. NOTA 4: Anotar las conexiones Relacionado con: r/c y Manifestado por: m/p, para elaborar el diagnóstico de enfermería real. Para el diagnóstico de riesgo utilizar solo la conexión r/c.
58	Intervenciones de Colaboración	Las actividades que lleva a cabo en el paciente y que previamente fueron prescritas por otro integrante del personal de salud (Médico, Inhaloterapia, Rehabilitación). Ejemplo 1: Terapia respiratoria Ejemplo 2: Tipo de reposo y posiciones Ejemplo 3: Micro nebulizaciones Además la hora en que se realizaron, en el espacio correspondiente a cada turno. NOTA 1: Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración, de la aplicación del pensamiento crítico y del juicio clínico.

Clave:2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
58	Intervenciones de Colaboración	NOTA 2: Registrará el signo convencional (=), cuando la prescripción continúe. NOTA 3: Cuando se suspenda registrar en el espacio correspondiente al horario la abreviatura (susp).
59	Actividades de Enfermería	Las acciones que realiza el personal de enfermería al paciente para llevar a cabo una intervención de forma independiente. Se sugiere consultar el libro de "Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). NOTA: Toda la educación o información que se le proporcione al paciente, familiar o persona legalmente responsable deberá ser registrada en este apartado.
60	Respuesta y evolución	La respuesta del paciente al esquema terapéutico, a los cuidados proporcionados y otras intervenciones realizadas, con los problemas interdependientes reales y de riesgo y juicios clínicos establecidos.
61	Observaciones	Se sugiere consultar el libro de "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). La información complementaria que se considere necesaria del caso, así como los aspectos relevantes no considerados en otros apartados. NOTA: Únicamente colocar aspectos inherentes al paciente.
62	Plan de alta	Las recomendaciones (higiénico-dietéticas, cuidados específicos, horarios de medicamentos, ejercicios de rehabilitación, signos y síntomas de alarma y otras) que se le proporcionen al paciente o familiar o persona legalmente responsable al momento del egreso, para responder adecuadamente a las necesidades generadas por el padecimiento, para prevenir recaídas, complicaciones o la aparición de nuevas enfermedades y para adoptar prácticas de auto cuidado.

Clave: 2660-009-144



ANEXO 5

Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
63	E.G.	La inicial del nombre, el primer apellido y matrícula de la Enfermera General, responsable de la atención del paciente. Ejemplo: A. Valencia 9087652
64	E.J.P.	La inicial del nombre, el primer apellido y matrícula de la Enfermera Jefe de Piso, responsable del servicio o área que supervisa el cumplimiento del esquema terapéutico, las intervenciones relacionadas con los problemas interdependientes y juicios clínicos establecidos, así como el registro oportuno, suficiente, preciso, confiable y legible de los datos. Ejemplo: P. Zamudio 8965432
65	S.J.E.	La inicial del nombre, el primer apellido y matrícula de la Subjefe de Enfermeras, responsable del servicio o área y que aleatoriamente evalúa este formato. Ejemplo: D. Gomez 7676184

Clave: 2660-009-144



ANEXO 6

**Tarjeta de identificación
2660-009-002**



Tarjeta de identificación

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS UNIDAD DE ATENCION MEDICA COORDINACION DE ATENCION EN SEGUNDO NIVEL		Tarjeta de Identificación	
1	Nombre (s)	Apellido paterno		Apellido materno	3
2	Fecha de nacimiento	Día Mes Año		Edad	4
Número de seguridad social :		5		Nombre(s)	
				Masculino R/N Hombre Femenino R/N Mujer	
Nombre (s)		6		Alergias	
				7	
				Grupo sanguíneo y Rh	
				8	
9	Riesgo de caídas	10	Riesgo de UPP	Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	
Nombre del Médico tratante		13		SV CVC VM Herida	
Fecha de ingreso		Día Mes Año		Servicio :	
				12	
				Número de cama	
				15	
				Hora de ingreso	
				16	

2660-009-002

Clave: 2660-009-002



ANEXO 6
Tarjeta de identificación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																
1.	Nombre (s)	Con tinta roja, el nombre completo del paciente, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s). Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con el “Expediente clínico”, “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento oficial con el que se identifique al paciente. Ejemplo: Negrete Velasco María de la Luz. En el caso del recién nacido, el apellido paterno y materno de la madre y la palabra “Hombre” o “Mujer” según corresponda. Ejemplo: Ruíz Ramos R/N “Hombre.																
2.	Fecha de nacimiento	Con tinta roja, la fecha de nacimiento completa del paciente, iniciando por el día, mes y año. Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con el “Expediente clínico”, “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento oficial con el que se identifique al paciente. Ejemplo: <table><tr><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>9</td><td>7</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">Día</td><td colspan="2">Mes</td><td colspan="4">Año</td></tr></table>	2	8	1	2	1	9	7	0	Día		Mes		Año			
2	8	1	2	1	9	7	0											
Día		Mes		Año														

Clave: 2660-009-002



ANEXO 6
Tarjeta de identificación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																				
3.	Edad	Con tinta roja, los años cumplidos cuando se trate de adultos, adolescentes, escolares y prescolares. Ejemplo 1: 40 años. Los meses cumplidos cuando se trate de lactantes seguido de “/12 meses”. Ejemplo 2: 9/12 meses. Los días cumplidos cuando se trate de recién nacido seguido de “/30 días”. Ejemplo 3: 13/30 días.																				
4.	Sexo	Con tinta roja, un ovalo en la palabra: “Masculino”, “Femenino”, “R/N Hombre” o “R/N Mujer”, según sea el caso. Ejemplo: <table><tr><td>Masculino</td><td>R/N Hombre</td></tr><tr><td>Femenino</td><td>R/N Mujer</td></tr></table>	Masculino	R/N Hombre	Femenino	R/N Mujer																
Masculino	R/N Hombre																					
Femenino	R/N Mujer																					
5.	Número de seguridad social	Con tinta roja el número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá transcribirse del “Expediente clínico”, “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento derivado de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: <table><tr><td>3</td><td>0</td><td>9</td><td>1</td><td>-</td><td>7</td><td>3</td><td>-</td><td>8</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>M</td><td>1</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>O</td><td>R</td></tr></table>	3	0	9	1	-	7	3	-	8	0	1	2	1	M	1	9	7	6	O	R
3	0	9	1	-	7	3	-	8	0	1	2	1	M	1	9	7	6	O	R			

Clave: 2660-009-002



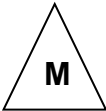
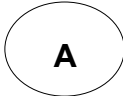
ANEXO 6
Tarjeta de identificación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
6.	Nombre (s)	Con tinta roja y con letras mayúsculas, el nombre o nombres del paciente. Este dato deberá obtenerse de la entrevista con el paciente y verificar con el “Expediente clínico” o “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento oficial con el que se identifique al paciente. Ejemplo 1: MARÍA DE LA LUZ. En el caso del recién nacido, el apellido paterno y materno de la madre las iniciales R/N y la palabra “Hombre” o “Mujer” en mayúsculas según corresponda. Ejemplo 2: RUÍZ RAMOS R/N “HOMBRE”.
7.	Alergias	Con tinta roja las alergias que refiera el paciente y que se encuentren documentadas en el “Expediente clínico”. Ejemplo: Penicilina.
8	Grupo sanguíneo y Rh	Con tinta roja el grupo sanguíneo del paciente de acuerdo a la siguiente nomenclatura: A, B, O, AB. Así como el antígeno Rh: negativo o positivo. Ejemplo 1: B positivo.

Clave: 2660-009-002



ANEXO 6
Tarjeta de identificación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
9	Riesgo de caídas	Con lápiz, la letra mayúscula correspondiente al nivel de riesgo obtenido: Alto (A), Medio (M) o Bajo (B) de acuerdo al resultado de la evaluación realizada al paciente, utilice la Escala de valoración de Diana Kaschak Neumann. Ejemplo:  NOTA 1: Se realiza la evaluación del riesgo de caídas, al ingreso del paciente, por turno, cuando cambien sus condiciones de salud, cuando el paciente sea cambiado de área o servicio y las veces que sea necesario. NOTA 2: El resultado de la evaluación de riesgo de caídas, es dinámico, por lo que debe encontrarse congruente con el reportado en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave: 2660-009-144 (Anexo 5).
10	Riesgo de UPP	Con lápiz, la letra mayúscula correspondiente al nivel de riesgo obtenido: Alto (A), Medio (M) o Bajo (B) de acuerdo al resultado de la evaluación realizada al paciente, utilice la escala de valoración de Braden. Ejemplo:  NOTA: El resultado de la evaluación de riesgo de úlceras por presión es dinámico, por lo que debe encontrarse congruente con el reportado en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave: 2660-009-144 (Anexo 5).

Clave: 2660-009-002



ANEXO 6
Tarjeta de identificación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	Con lápiz, el signo convencional (✓) cuando el paciente cuente con alguno de los dispositivos invasivos (sonda vesical – SV, catéter venoso central – CVC, ventilación mecánica-VM o herida.

Ejemplo 1:

Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud			
☒ SV	☐ CVC	☐ VM	☐ Herida

Ejemplo 2:

Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud			
☒ SV	☒ CVC	☐ VM	☒ Herida

12	Servicio	Con tinta roja el nombre del servicio donde se encuentre el paciente, en caso de traslado a otro servicio, colocar entre paréntesis el nombre del servicio o área anterior y anotar el nuevo enseguida.
----	----------	---

Ejemplo 1: Medicina Interna.

Ejemplo 2: (Medicina Interna) Cirugía General.

13.	Nombre del Médico tratante	Con tinta roja el nombre y el primer apellido del Médico tratante. En caso de asignar un Médico tratante diferente, colocar entre paréntesis el nombre anterior y registrar el nuevo nombre del Médico tratante.
-----	----------------------------	--

Ejemplo 1: Dr. Marcos Dorantes

Ejemplo 2: (Dr. Marcos Dorantes) Dra. Silvia Díaz

Clave: 2660-009-002



ANEXO 6
Tarjeta de identificación
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR																
14.	Fecha de ingreso	Con tinta roja y números arábigos; día, mes, año y hora de ingreso del paciente en el servicio. En caso de cambio de la misma, colocar entre paréntesis la fecha anterior y registrar la fecha nueva. Ejemplo : <table><tr><td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr><tr><td colspan="2">Día</td><td colspan="2">Mes</td><td colspan="4">Año</td></tr></table>	0	5	1	1	2	0	1	8	Día		Mes		Año			
0	5	1	1	2	0	1	8											
Día		Mes		Año														
15.	Número de cama	Con tinta roja y números arábigos, el número de unidad, camilla, cuna o incubadora en la que se encuentre encamado el paciente en el servicio o área; en caso de cambio de la misma, colocar entre paréntesis el número anterior y registrar el nuevo. Ejemplo 1: 5. Ejemplo 2: (5) 12.																
16.	Hora de ingreso	Con tinta roja la hora ingreso del paciente al servicio con el sistema de 24 horas. En caso de cambio de horario, colocar entre paréntesis la hora anterior y registrar la nueva hora. Ejemplo 1: 15:30 hrs. Ejemplo 2: (15:30 hrs) 20:30 hrs.																

Clave: 2660-009-002



ANEXO 7

**Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización
2660-005-008**



ÍNDICE

1. Introducción.	176
2. Objetivo general.	176
3. Medidas generales de seguridad para la atención del paciente.	176
4. Técnicas para la atención del paciente.	177
4.1. Cuidados básicos.	177
4.1.1. Valoración de enfermería.	177
4.1.2. Medición de signos vitales.	178
4.1.3. Somatometría.	185
4.1.4. Higiene del paciente.	189
4.1.5. Movilización, contención física y transporte del paciente.	196
4.1.6. Aplicación de frío y calor.	203
4.1.7. Alimentación asistida.	205
4.1.8. Cuidados paliativos.	208
4.1.9. Cuidados post-mortem.	210
4.2. Oxigenoterapia.	212
4.3. Procedimientos diagnósticos.	213
4.3.1. Toma de muestras.	213
4.3.2. Muestra de sangre.	214
4.4. Técnicas invasivas.	217
4.4.1. Cuidado y tratamiento a pacientes con heridas.	217
4.4.2. Aspiración traqueal.	222
4.4.3. Inserción y cuidados de dispositivos.	225
4.4.4. Accesos vasculares.	226
4.5. Terapia transfusional.	235
4.6. Reanimación cardiopulmonar.	238
4.7. Planificación del alta.	250

Clave: 2660-005-008



Introducción

El Sistema Nacional de Salud enfrenta grandes retos debido a la rápida transición demográfica y epidemiológica, los cuales, han propiciado el incremento de padecimientos crónico-degenerativos y envejecimiento de la población, así como en la transformación social que posiciona a una sociedad crecientemente participativa y crítica, demandante de mejor información, de más opciones diagnóstico- terapéuticas y cuidados eficientes, así como atención a la salud segura y de calidad.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido líneas estratégicas básicas que respondan a las necesidades de la población y garanticen la calidad de atención que se proporciona a los derechohabientes y sus familias. Por lo que, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, asumió la responsabilidad referente a las líneas estratégicas señaladas, destacando la mejora de la calidad de la atención a través del desarrollo de diferentes programas y proyectos, dentro de los cuales se encuentra incluida la atención de enfermería, cuyo objetivo es proporcionar al derechohabiente y su familia, cuidados de enfermería centrados en la atención integral con oportunidad, eficiencia, eficacia, trato digno, humanismo y especial relevancia en la seguridad.

Derivado de lo anterior, se elaboró el presente documento con base en la mejor evidencia disponible, así como en la experiencia y conocimientos del personal de salud, lo cual permite la protocolización de los cuidados para reorientar el Proceso de Atención de Enfermería y así, dar respuesta a las demandas sociales en el contexto de los servicios de salud.

La presentación de las técnicas y procedimientos, tienen un carácter normativo, aspecto que vincula al profesional con su práctica, constituyendo en sí mismos, un respaldo legal, que proporciona a los profesionales seguridad en su quehacer cotidiano.

1. Objetivo general

Proporcionar al personal de salud instrucciones para la atención del paciente, basadas en la mejor evidencia con la finalidad de favorecer la calidad de atención y la gestión del riesgo, con un enfoque que garantice la seguridad del paciente, la calidad del proceso asistencial y que incremente la salud y la satisfacción, tanto del derechohabiente como de su familia.

3. Medidas generales de seguridad para la atención del paciente

- Son de observancia obligatoria y deberán realizarse cada vez que se lleve a cabo algún procedimiento.
- Dé cumplimiento a la “Guía para la implementación Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave: 2660-006-018 (Anexo 1).
- Actúe, en todo momento, con apego a los Derechos Generales de los Pacientes.

Clave: 2660-005-008



- Compruebe el óptimo funcionamiento e integridad del equipo y material antes de usarlos, reúnalos oportunamente de acuerdo con el procedimiento y trasládelo a la unidad del paciente.
- Utilice todos los dispositivos debidamente higienizados para comodidad, protección y seguridad del paciente.
- Instale y asegure los accesorios necesarios para la protección del paciente, de acuerdo a las necesidades detectadas (barandales, freno de cama, cinturones de seguridad y otros).
- Extrema las medidas de seguridad en pacientes pediátricos, adultos mayores, excitados, sedados o con movimientos involuntarios.
- Cumpla con los principios básicos de asepsia y antisepsia para la realización de todos los procedimientos, con apego a la normatividad para la reducción de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Utilice el equipo de protección necesario durante la realización de procedimientos (guantes, cubre bocas, gorro, gafas protectoras para ojos, bata, etc.).
- Observe el estado general del paciente durante todo el procedimiento e informe al médico cualquier alteración que se presente (dolor, cambio del estado de conciencia o emocional, etc.).
- Retire el equipo, proporcione los cuidados posteriores a su uso y colóquelo en el lugar indicado.
- Realice las acciones necesarias para dejar limpio al paciente y proporciónale confort, una vez finalizado el procedimiento.
- Deseche los residuos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- Registre oportunamente todas las valoraciones, intervenciones y evaluaciones, con lenguaje técnico, sin abreviaturas ni enmendaduras, con letra legible, clara y de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

4. Técnicas para la atención del paciente

4.1 Cuidados básicos

4.1.1 Valoración de Enfermería

4.1.1.1 Definición

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a esta.

Clave: 2660-005-008



4.1.1.2 Objetivo

Captar lo mejor posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que está viviendo la persona objeto de la intervención de enfermería.

4.1.1.3 Principio

El conocimiento en la alteración de la salud del paciente permite planear, organizar y ejecutar acciones de enfermería, eficientes y seguras para el tratamiento.

4.1.1.4 Instrucciones de operación

- Realice la valoración de enfermería en cada uno de los pacientes bajo su responsabilidad.
- Haga la valoración inicial en el momento del primer contacto, ello permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente, conocer los factores que influyen sobre éstos y facilita la ejecución de las intervenciones.
- Realice una valoración continua, posterior o focalizada, la cual se ejecuta de forma progresiva durante toda la atención y se enfoca sobre el estado de un problema real o potencial.
- Considere los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del paciente para realizar la valoración.
- Obtenga la información de la fuente primaria (paciente) o fuentes secundarias o indirectas (familia, expediente clínico, amigos, etc.).
- Determine datos objetivos y subjetivos, los primeros son evidencias que pueden cuantificarse (temperatura, color, frecuencia, etc.) y los segundos, son hechos o ideas expresadas por el paciente (dolor, sentimientos, percepciones, etc.).
- Obtenga antecedentes como hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, así como datos actuales referentes al problema de salud actual.
- Emplee la observación, la entrevista y el examen físico (inspección, palpación, percusión y auscultación) como técnicas que le permitan obtener los datos.
- Realice el examen físico para reunir información útil, necesaria y completa sobre el paciente, clasifíquela de acuerdo a áreas de salud, etc.
- Valide los datos a través de dobles formulaciones (repetir nuevamente la toma, con otro instrumento o bien que la realice otra persona) o técnicas de reformulación (preguntar por el dato en concreto de diferente manera).
- Registre el resultado de la valoración de enfermería, en el formato “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave: 2660-009-144, (Anexo 5).

4.1.2. Medición de signos vitales

Clave: 2660-005-008



4.1.2.1. Definición

Son expresiones de vida que se manifiestan en procesos constantes del individuo y permiten al personal de salud evaluar el funcionamiento de los distintos aparatos y sistemas del organismo humano.

4.1.2.2. Objetivo

Identificar las características y variaciones de temperatura, pulso, respiración, tensión arterial y frecuencia cardíaca para valorar las condiciones del individuo y coadyuvar en el diagnóstico y pronóstico.

4.1.2.3. Principio

Las constantes vitales se modifican en el individuo por diversas causas: fisiológicas, patológicas, psicológicas y ambientales.

4.1.2.4. Equipo y material

Carro mesa de Pasteur o charola, termómetros clínicos, reloj con segundero, preferentemente, se utilizará un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado o monitor electrónico de presión arterial, brazalete de diferentes medidas de ancho (13,15, 24 cm.), estetoscopio biauricular, riñón, porta termómetro, recipiente con torundas de algodón, bolsa para desechos, cepillo, jabón y agua.

4.1.2.5. Medición de temperatura corporal (axilar)

4.1.2.5.1. Definición

Magnitud física que puede ser determinada por un termómetro y que caracteriza, de manera objetiva, el grado de calor corporal.

4.1.2.5.2. Principios

La temperatura es el equilibrio entre el calor producido por los tejidos (más el adquirido del medio ambiente) y el calor perdido.

La temperatura puede variar con la edad (es más baja en pacientes de edad avanzada), la hora del día (es menor en la mañana y más alta a mediodía y al anochecer), y con la cantidad de ejercicio o extremos en la temperatura ambiental.

4.1.2.5.3. Instrucciones de operación

Clave: 2660-005-008



- Identifique al paciente.
- Explique al paciente el procedimiento de acuerdo a la técnica específica.
- Sacuda el termómetro para que baje el mercurio, repita la acción hasta que el mercurio esté por debajo de 35°C, sujetando el termómetro entre el pulgar y el índice y por el extremo más alejado al bulbo.
- Coloque el termómetro en la región axilar, verifique que el nivel del mercurio se encuentre por debajo de 35°C.
- Mantenga el termómetro en la región axilar durante el tiempo suficiente para registrar la temperatura (tres a cinco minutos).
- Tome el termómetro y tome la lectura de la temperatura.
- Lave el termómetro en agua jabonosa y enjuague con agua fría.
- Deje cómodo al paciente.
- Sacuda el termómetro y colóquelo en el porta termómetros.
- Arregle el equipo de termometría para nuevo uso.
- Registre fecha, hora, vía de la medición y anote la temperatura en grados centígrados.

4.1.2.5.4. Valores y definiciones de la temperatura corporal.

- Hipertermia : $\geq 40^{\circ}\text{C}$.
- Febril: de 38°C a 39.9°C .
- Afebril: de 36°C a 37.9°C .
- Hipotermia: $\leq 35.5^{\circ}\text{C}$.

4.1.2.6. Medición de la frecuencia del pulso

4.1.2.6.1. Definición

Número de latidos por minuto (lpm).

4.1.2.6.2. Localización del pulso

- a) Temporal: sobre el hueso temporal del cráneo, superior y lateral al ojo.
- b) Carotideo: parte lateral del cuello, entre la tráquea y el músculo esternocleidomastoideo.
- c) Braquial: en la cara interna del músculo bíceps del brazo o medial al espacio antecubital.
- d) Radial: a lo largo del hueso radial, en la cara interna de la muñeca, en el lado del pulgar.
- e) Femoral: sobre la arteria femoral a lo largo del ligamento inguinal.
- f) Poplíteo: por detrás de la rodilla (se palpa con mayor facilidad si se flexiona ligeramente la rodilla de la persona).
- g) Tibial posterior: en la superficie medial del tobillo, por detrás del maléolo medial.

Clave: 2660-005-008



- h) Pedio: sobre la línea imaginaria del dorso del pie, desde la mitad del tobillo hasta el espacio entre el primero y segundo dedos del pie.

4.1.2.6.3. Principios

El ejercicio físico energético, produce aumento fisiológico en la frecuencia del pulso.

4.1.2.6.4. Instrucciones de operación

- Identifique al paciente.
- Informe al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomente la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preserve la intimidad y confidencialidad.
- Coloque al paciente en decúbito supino, con la cabecera de la cama elevada, o sentado en una silla al borde de la cama o la camilla. Si es recién nacido, ofrezca algún objeto tranquilizador en caso de llanto o intranquilidad.
- Presione, con el dedo índice y medio, con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.
- Evalúe el ritmo y el volumen del pulso.
- Cuantifíquelo durante un minuto.
- Registre los datos obtenidos: frecuencia, ritmo y volumen de pulso, así como el punto de la toma, en los registros correspondientes al ámbito de su competencia.

4.1.2.6.5. Instrucciones de operación

- Localice el pulso apical (ubicado en el vértice del corazón, en el lado izquierdo del tórax, por debajo del cuarto o quinto espacio intercostal, línea media clavicular).
- Limpie los auriculares y la campana del estetoscopio con un antiséptico.
- Frote la campana del estetoscopio sobre la palma de la mano durante un momento para disminuir el frío del metal del diafragma.
- Introduzca los auriculares del estetoscopio en las orejas, en dirección del conducto auditivo o ligeramente por delante, para facilitar la audición.
- Ponga el diafragma del estetoscopio sobre el impulso apical y escuche los tonos cardíacos.
- Cuente los latidos cardíacos durante sesenta segundos.
- Valore frecuencia, ritmo y fuerza del latido cardíaco.
- Registre los datos pertinentes del registro del pulso apical.

4.1.2.6.6. Alteraciones del pulso

- Taquicardia sinusal: frecuencia cardíaca que no sobrepasa los 160 latidos por minuto.

Clave: 2660-005-008



- Taquicardia paroxística: se inicia en forma súbita y la frecuencia está por encima de 160 latidos por minuto.
- Bradicardia sinusal: las pulsaciones oscilan entre 40 y 60 latidos por minuto.
- Bradicardia por bloqueo aurículo-ventricular completo: se presenta con pulsaciones entre 30 y 35 latidos por minuto.

4.1.2.7. Medición de la frecuencia respiratoria

4.1.2.7.1. Definición

Número de ciclos de respiración completos, inspiración seguida de espiración, que realiza una persona en un minuto, observando los movimientos toraco-abdominales según edad que acompañan a cada respiración.

4.1.2.7.2. Principios

El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los movimientos de la pared torácica y del diafragma y en condiciones normales se realiza sin esfuerzo.

4.1.2.7.3. Instrucciones de operación

- Identifique al paciente.
- Coloque el brazo del paciente sobre su propio tórax y observe los movimientos del mismo, mientras se toma el pulso radial.
- Observe en el niño los movimientos de ascenso y descenso del abdomen.
- Cuente durante treinta segundos la frecuencia respiratoria siempre que sea regular y sesenta segundos cuando ésta sea irregular.
- Valore las características de la respiración, tales como; profundidad, ritmo (regular e irregular) y sonidos respiratorios.
- Registre los datos pertinentes como: frecuencia, profundidad, ritmo y características del pulso en los formatos del ámbito de su competencia.

4.1.2.7.4. En la evaluación de la respiración se deberá determinar

Frecuencia: número de respiraciones por minuto en el recién nacido es de 30 a 50 y en el adulto de 12 a 16 (por encima taquipnea; por debajo bradipnea).

- Ritmo: regular e irregular.
- Profundidad: superficial, profunda.
- Ruidos anormales: sibilancias, estridor, murmullos, ronquidos y estertores.
- Cambios en la coloración de la piel por ejemplo: palidez y cianosis en la boca y en los lechos ungueales.
- Olores anormales: alcohol, frutas, fecaloide.

Clave: 2660-005-008



4.1.2.8. Medición de la presión arterial

4.1.2.8.1. Definición

Medición de la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial.

4.1.2.8.2. Principio

El volumen sanguíneo puede modificarse por variaciones del equilibrio hídrico, el peso y la superficie corporal.

4.1.2.8.3. Instrucciones de operación

Medición en el brazo:

- Identifique al paciente.
- Explique, de acuerdo a la edad del paciente, el procedimiento para valorar la tensión arterial.
- Mantenga al paciente acostado o sentado, relajado, tranquilo y en un ambiente apropiado con el brazo apoyado y descubierto.
- Sitúese de modo que su vista quede a nivel del manómetro esfigmomanómetro aneroide.
- Asegúrese que el manómetro coincida con el cero de la escala, antes de empezar a insuflar.
- Coloque el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Determine por palpación el pulso, la arteria sobre la que colocará la cápsula del estetoscopio.
- Coloque la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Insufle rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica, desinfe despacio, la aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y el quinto, la presión diastólica.
- Abra lenta y completamente la válvula vaciando el manguito de aire.
- Verifique, en caso de ser monitor electrónico de presión arterial, las cifras que marca.
- Retire el manguito al paciente.
- Ayude al paciente a cubrirse de nuevo la zona y a adoptar una postura cómoda y adecuada.
- Espere de 1 a 2 minutos antes de realizar otra medida, si se trata de la primera exploración a la que se somete al paciente, repítala en el brazo contralateral (la diferencia de presión entre ambos brazos no debe ser mayor de 10 mmHg).

Clave: 2660-005-008



- Reporte inmediatamente de cifras de presión que indiquen hipotensión o hipertensión.
- Realice otras dos mediciones y obtenga el promedio, si las lecturas anteriores difieren de 5 mm Hg.
- Efectúe los registros correspondientes en los formatos del ámbito de su competencia.

Medición en el muslo:

- Identifique al paciente.
- Ayude al paciente a colocarse en posición de decúbito prono o supino, con la rodilla ligeramente flexionada.
- Enrolle el manguito alrededor de la parte media del muslo, de manera que el globo quede sobre la parte posterior del muslo.
- Ausculte la presión de acuerdo con las indicaciones previas.

Cuadro 1. Clasificación de las cifras de la presión arterial

Categoría	Sistólica mm/Hg	Diastólica mm/Hg
Óptima	<120	<80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial Fronteriza	130 a 134	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	> 180	> 110
Hipertensión sistólica aislada	> 140	< 90

4.1.2.9. Medición de la Presión Venosa Central (P.V.C.)

4.1.2.9.1. Definición

Determinación en centímetros de agua la presión venosa en la aurícula derecha o vena cava, mediante un catéter central introducido a través de las venas subclavia, yugular, basílica, cefálica o safena. Los valores normales son: en la vena cava de 6 a 12 cm de agua y en la aurícula derecha de 0 a 4 cm de agua.

4.1.2.9.2. Equipo y material

Soporte de goteo, bolsa de suero salino isotónico, equipo de Presión Venosa Central (PVC) , incluye sistema de perfusión, manómetro, regla graduada en centímetros, llave de tres vías, guantes.

4.1.2.9.3. Instrucciones de operación

Para la preparación e instalación del equipo:

Clave: 2660-005-008



- Realice higiene de manos.
- Conecte las tres partes del equipo de medición de la PVC, de la siguiente manera:
- Ensamble el equipo para infusión a la solución (insertar la bayoneta) y éste a su vez al sistema tubular que contiene la llave de tres vías asegurando la conexión con el conector lock.
- Inserte la escala manométrica en el sistema tubular de medición.
- Coloque el sistema tubular que va a la parte terminal del catéter central.
- Purgue el sistema de medición de la PVC.
- Conecte el sistema para medición de la PVC (ya purgado) al catéter central.
- Fije el manómetro de la PVC al soporte de la solución, en el punto cero del manómetro, el cual debe estar a nivel de la aurícula derecha del paciente.

Para la medición de la PVC:

- Identifique al paciente.
- Explique al paciente, si las condiciones lo permiten, sobre el procedimiento a realizar.
- Coloque al paciente en decúbito supino y con la cabecera de la cama elevada 30°.
- Coloque la marca 0 en el manómetro del agua en el eje flebostático, este se localiza en la unión de la línea media axilar con el cuarto espacio intercostal. Dicho punto se aproxima al nivel de la aurícula derecha.
- Identifique el punto con un marcador. Este lugar se convierte en el punto de referencia 0, lugar que se utilizará para todas las lecturas posteriores.
- Cierre la llave que va hacia el paciente (catéter) y ábrala hacia la solución intravenosa (IV) y el manómetro. Permita que la solución IV llene con lentitud el manómetro hasta el nivel 25 cm. No deje que el líquido fluya por el extremo superior del manómetro.
- Cierre la llave hacia la solución IV y ábrala hacia el paciente (catéter y manómetro). El nivel de líquido caerá y fluctuará con las respiraciones.
- Tome la lectura cuando el nivel de líquido se estabilice. La lectura de la PVC debe tomarse

al final de la expiración. La medición se registra en el menor punto del nivel del agua.

- En caso de que el paciente se encuentre con asistencia mecánica ventilatoria, se deberá pre oxigenar y proceder a desconectar el ventilador, con la finalidad de que la lectura, se realice lo más real posible.
- Cierre la llave que va al manómetro y ábrala hacia el paciente (catéter y solución IV).
- Infunda la solución IV a través de las vías venosas centrales, según la prescripción.
- Verifique, si oscila con el pulso, si no es así, habrá que revisar el catéter.
- Registre en los formatos del ámbito de su competencia la PVC, así como cualquier incidencia en la medición (fallas en la oscilación, etc.).

4.1.3. Somatometría

Clave: 2660-005-008



4.1.3.1. Definición

Son las acciones que se realizan para obtener las proporciones y medidas del cuerpo humano: peso, talla, perímetros y segmentos.

4.1.3.2. Objetivo

Detectar las variantes de estos signos para relacionarlas con las cifras aceptadas como normales.

4.1.3.3. Principio

Las medidas antropométricas ayudan a describir el aspecto y crecimiento del individuo.

4.1.3.4. Equipo y material

Báscula con estadímetro pesabebés o de precisión, gancho o hamaca de lona, toalla de papel kraft, cinta métrica, regla, pluma, hoja de registros, cobertor auxiliar (para bebés).

4.1.3.5. Medición de peso

4.1.3.5.1. Definición

Es la determinación de la masa corporal expresada en gramos o kilogramos.

4.1.3.5.2. Instrucciones de operación

Para adultos:

- Identifique al paciente.
- Verifique la calibración de la báscula.
- Cubra con toalla de papel la superficie de la báscula que estará en contacto con el paciente.
- Asista al paciente para que suba a la báscula y colóquelo al centro y al frente de la báscula.
- Ayude al paciente para que permanezca erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas.
-
- Mueva los dispositivos de la báscula para calcular el peso.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

Para lactantes:

- Identifique al paciente.

Clave: 2660-005-008



- Verifique la calibración de la báscula.
- Cubra con toalla de papel la superficie de la báscula que estará en contacto con el paciente.
- Desvista al paciente y colóquelo sobre la báscula pesabebés debidamente protegido, con maniobras gentiles y sin riesgo para el lactante.
- Mantenga la mano izquierda por encima del cuerpo sin tocarlo a fin de protegerlo y evitar que se mueva e impedir oscilaciones en la lectura del peso y con la derecha equilibre el peso.
- Efectúe la medición.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

Peso en incubadora:

- Identifique al paciente.
- Saque la báscula del gabinete, colóquela sobre la cúpula e introduzca el gancho por el orificio respectivo.
- Nivele la báscula y retire la hamaca.
- Coloque al niño desnudo en la hamaca y cuelgue esta del gancho.
- Saque la hamaca por la bisagra inferior de la incubadora.
- Proceda a realizar higiene de manos.
- Retire al niño de la hamaca y déjelo cómodo.
- Saque la hamaca por la bisagra inferior de la incubadora y registre el peso.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia y especifique si se pesó al niño con algún aditamento, como venoclisis, férulas, sondas, tubos de derivación y otros.

4.1.3.6. Medición de talla

4.1.3.6.1. Definición

Es la determinación en centímetros de la distancia que entre la parte más elevada del cráneo a la planta de los pies.

4.1.3.6.2. Instrucciones de operación

- Identifique al paciente con nombre y fecha de nacimiento.
- En prescolares, escolares, adolescentes y adultos.
- Cubra con toalla de papel la superficie de la báscula que estará en contacto con el paciente.
- Asista al paciente para que suba a la báscula y colóquelo frente a la escala.
- Coloque al paciente en posición erecta, de espaldas al estadímetro.
- Baje el marcador del estadímetro hasta tocar el vértice cefálico.
- Mantenga en la marca alcanzada, el marcador del estadímetro.

Clave: 2660-005-008



- Asista al paciente para que baje de la báscula con estadímetro.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

En recién nacidos y lactantes:

- Extienda sobre la mesa de exploración pediátrica el papel kraft y coloque al niño en decúbito dorsal.
- Coloque al niño de tal manera que la parte más alta de la cabeza esté en contacto con la parte fija y los pies hacia la parte móvil, ajustando éste a la altura de los talones.
- Inmovilice los miembros inferiores apoyando una mano sobre la rodilla, con la otra mover al tope del estadímetro hasta el nivel de los talones y leer la marca.
- Extienda la cinta métrica desde la parte más alta de la cabeza hasta el nivel de los talones.
- Inmovilice los miembros inferiores apoyando una mano sobre la rodilla, con la otra mover al tope del estadímetro hasta el nivel de los talones y leer la marca.
- Regrese al niño a su cuna.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

4.1.3.7. Medición de perímetros

4.1.3.7.1. Definición

Es la determinación en centímetros de la distancia o circunferencia que hay en varios segmentos corporales.

4.1.3.7.2. Instrucciones de operación

Cefálico:

- Coloque la cinta métrica alrededor de la cabeza del paciente, del occipucio a la parte media de la frente, sin apretar.
- Haga la lectura y retire la cinta.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

Torácico:

- Acueste al paciente en decúbito dorsal y descubra el tórax.
- Deslice la cinta métrica debajo del tórax y colóquela a nivel de las tetillas.
- Haga la lectura y retire la cinta.
- Realice los registros correspondientes.

Clave: 2660-005-008



Abdominal:

- Solicite al paciente permanezca de pie, con los brazos a los lados y descubra la región abdominal.
- En caso de que el paciente no pueda permanecer de pie, la medición se efectuará en decúbito dorsal, tener en cuenta que en lo sucesivo, la toma del perímetro, será en esta posición.
- Deslice la cinta métrica alrededor de la cintura del paciente y colóquela sobre la cicatriz umbilical.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.
- Haga esta medición, en el caso del recién nacido que aún tenga cordón umbilical, en la parte superior del muñón.

Miembros torácicos:

- Coloque al paciente en decúbito dorsal sentado.
- Descubra el brazo y deje que caiga libremente a lo largo del cuerpo.
- Coloque la cinta métrica alrededor del brazo, a la mitad de la distancia entre el acromion y el olecranon.
- Lleve a cabo la lectura y regístrela.

Miembros pélvicos:

- Coloque al paciente en decúbito dorsal y descubra los miembros inferiores.
- Coloque la cinta métrica alrededor de la parte media del muslo y del tercio superior de la pierna.
- Efectúe la lectura y regístrela.

Medición del segmento inferior:

- Coloque al paciente en decúbito dorsal, si es necesario, descubra la región.
- Instale la cinta métrica sobre la sínfisis púbica y mida la distancia que hay de allí al borde al borde inferior del talón, con los pies en ángulo recto.
- Sostenga con una mano el pie y deslice la cinta métrica o regla del borde superior del borde inferior del talón.
- Efectúe la lectura y regístrela.

4.1.4. Higiene del paciente

4.1.4.1. Definición

Conjunto de actividades dirigidas a contribuir o proporcionar el aseo corporal y comodidad al paciente.

Clave: 2660-005-008



4.1.4.2. Objetivo

Eliminar los malos olores, estimular la circulación sanguínea, evitar la formación de úlceras por presión, proporcionar confort y bienestar, eliminar microorganismos, y fomentar hábitos higiénicos.

4.1.4.3. Principios

La piel y las mucosas limpias e íntegras constituyen la primera línea de defensa contra agentes nocivos y contribuyen a conservarlas sanas.

La fricción favorece la vasodilatación periférica.

La acción química del jabón elimina la grasa.

El agua templada favorece la relajación muscular produciendo efecto sedante al paciente.

4.1.4.4. Equipo y material

Carro con ropa limpia (de cama y para pacientes hombres, mujeres y pediátricos, según sea el caso), guante de lavado sin agua x12, manopla de viscosa plastificada, toallas, lebrillo o lavamanos, jarras para agua caliente y fría, cubeta, esponja, toalla o estropajo, jabón y jabonera, tijeras, corta uñas, peine o cepillo para cabello, rastrillo, pasta y cepillo de dientes, cremas lubricantes, riñón, tánico, cómodo, recipientes con solución jabonosa y antiséptica, torundas, hisopos, abatelenguas (de acuerdo con el procedimiento), guantes, cubre boca, bata y en casos específicos, bolsa para desechos y toallas de papel, equipo especial según las condiciones del paciente y las indicaciones médicas.

4.1.4.5. Baño de regadera

4.1.4.5.1. Instrucciones de operación

- Revise que exista tapete antiderrapante en el área de regaderas para la prevención de traumatismos.
- Coloque una silla o banco dentro del baño si el estado del paciente lo requiere.
- Verifique que haya agua fría y caliente en la instalación.
- Proteja el área de inserción de accesos venosos periféricos y centrales, de acuerdo a la normatividad vigente, cierre el paso de la solución y nunca desconecte las vías de infusión a menos que sea absolutamente necesario; de ser así, debe hacerse con técnica aséptica.
- Conduzca al paciente con sus artículos personales al área de regaderas, si es necesario solicite la ayuda del personal asignado para ello y ayude al paciente a retirar su ropa.

Clave: 2660-005-008



- Regule el flujo y la temperatura del agua, al agrado del paciente, antes de que entre bajo la regadera.
- Instale al paciente para que se bañe.
- Ayude al paciente a sentarse en la silla, en caso de que lo requiera.
- Vigile al paciente durante el procedimiento indicándole que cierre la puerta sin seguro, para que el personal de enfermería pueda ingresar en caso de que requiera ayuda inmediata.
- Coloque los desechos generados durante el procedimiento, en las bolsas correspondientes.
- Asista al paciente para vestirse y complete las medidas higiénicas (peinado, corte de uñas, aseo de cavidades, desodorización y lubricación de la piel) una vez terminado el baño.
- Acompañe al paciente a su unidad y auxílielo para que se instale de manera cómoda.
- Coloque la ropa sucia en el tánico.

4.1.4.6. Baño de esponja

4.1.4.6.1. Instrucciones de operación

- Ofrezca al paciente cómodo u orinal antes de realizar el baño y coloque al paciente en decúbito dorsal.
- Retire colcha y cobertor, dóblelos y colóquelos en el respaldo de la unidad y deje la sábana superior cubriendo al paciente.
- Retire la bata del paciente y colóquelos en el depósito de ropa sucia.
- Mezcle el agua fría y caliente en el lavamanos a la temperatura deseada o requerida por el paciente.
- Coloque una toalla sobre el pecho del paciente en sentido transversal y por debajo de la barba.
- Utilice una toalla, para fricción envuélvala en forma de guante, formando una guanteleta (puede sustituirse por esponja o estropajo) e imprégnela de jabón evite el escurrimiento.
- Inicie el aseo de la cara, limpiado los ojos del ángulo interno al externo, después asee la frente, mejillas y mentón en forma de “8”. Por último, los pabellones auriculares, al terminar, enjuague y seque la cara del paciente con la misma técnica y retire la toalla o utilice la manopla para secado.
- Acomode al paciente diagonalmente con la cabeza colgante (cuando no exista contraindicación médica) sobre el borde superior proximal de la cama, cuando se vaya a lavar el cabello.
- Coloque un lebrillo debajo de la cabeza del paciente, si no existe contraindicación para movilizar el cuello, tenga el control de la cabeza del paciente durante esta maniobra.

Clave: 2660-005-008



- Taponeé los oídos con una torunda de algodón y vierta agua con el riñón sobre la cabeza, humedeciendo el cabello.
- Enjabone y friccione el cabello con las yemas de los dedos, enjuague y retire el agua del lebrillo las veces que sea necesario hasta eliminar los residuos de jabón.
- Retire las torundas de los oídos, eleve la cabeza del paciente para retirar el lebrillo y envuelva el cabello con la toalla.
- Coloque la almohada hasta que la cabeza del paciente descanse en ella.
- Coloque una toalla debajo del miembro superior proximal e inicie la higiene de manos, continúe con el antebrazo hasta el hombro y finalice con la axila.
- Introduzca la mano en agua limpia para enjuagarla al igual que el resto del brazo, seque y repita la misma operación con el brazo contrario.
- Desplace la sábana hasta el pubis, colocando encima la toalla, lave el cuerpo del paciente en el siguiente orden: cuello, hombros, tórax y abdomen, hasta cerca de la ingle con movimientos circulares de lo distal a lo proximal y de arriba hacia abajo, enjuague y seque, tenga especial cuidado en los pliegues y la cicatriz umbilical.
- Gire al paciente en decúbito lateral, coloque la toalla a lo largo de la espalda sobre la cama, lave, enjuague y seque la nuca, la espalda y los glúteos sin tocar los genitales.
- Regrese al paciente a su posición original y ponga el camisón o saco de pijama limpio.
- Coloque la toalla debajo de la pierna proximal flexionada; lave, enjuague, seque, lubrique y desodorice la extremidad iniciando en el pie para terminar en la ingle. Haga lo mismo con la otra extremidad pélvica (en caso necesario realizar el corte de uñas).
- Proporcione al paciente (si su estado lo permite), el material necesario para el lavado de genitales; en caso contrario, lo hará la enfermera siguiendo la técnica correspondiente.
- Apoye al paciente para enjuagar y secar sus genitales.
- Realice higiene de manos al paciente, en caso de que haya realizado la maniobra señalada en el apartado anterior.
- Cambie el agua cuantas veces sea necesario.
- Ayude al paciente en el arreglo del cabello, afeitado de la cara si lo requiere y lubricación de la piel.
- Termine de vestir al paciente y arregle la unidad de acuerdo con el procedimiento de unidad ocupada.

4.1.4.7. Baño seco

4.1.4.7.1. Instrucciones de operación

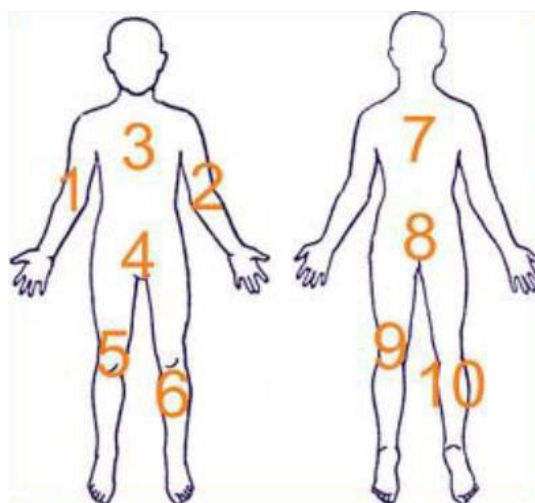
- Coloque al paciente en posición de cúbito dorsal, retire la bata y ponga la sábana a la altura de los hombros.
- Coloque el guante que contiene el jabón en la mano dominante.

Clave: 2660-005-008



- Moje el guante de lavado con gotas de agua para activar el jabón.
- Frote ligeramente cada área del cuerpo anterior del paciente utilizando el guante en el orden siguiente: mano derecha, brazo derecho y región axilar (1), mano izquierda, brazo izquierdo y región axilar (2), base del cuello al tórax anterior (3), región del pubis (4), pierna derecha (5) y pierna izquierda (6).
- Frote suavemente la parte posterior del cuerpo del paciente: tórax y región lumbar (7), región sacra (8) pierna derecha (9) y pierna izquierda (10).
- Seque con una toalla o con una manopla de viscosa plastificada al paciente en el mismo orden que lo enjabonó.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

Pasos a seguir para realizar el baño seco



Frente

Detrás

4.1.4.8. Baño de artesa

4.1.4.8.1. Instrucciones de operación

- Traslade al paciente envuelto en sábana (tipo momia), llevando consigo sus artículos personales.
- Coloque al paciente sobre el colchón de la artesa y proceder al aseo de las cavidades con torundas e hisopos húmedos y secos en forma alterna, hasta dejar éstas limpias (ojos, oídos y narinas).
- Asee la cara con movimientos suaves en forma de “8”, acerque al paciente al borde de la artesa, apoye la cabeza en el antebrazo y la mano izquierda, proceda a lavar y secar el cabello.
- Retire la ropa del paciente y colóquelo al centro de la artesa utilizando la sábana clínica como protector antiderrapante.

Clave: 2660-005-008



- Enjabone, enjuague y seque el cuerpo del paciente del cuello a pies, ponga especial cuidado con la limpieza de los pliegues naturales.
- Lubrique la piel, vista, peine y realice corte de uñas (si es necesario).
- Regrese al paciente a su unidad, proporcionándole bienestar y comodidad.

4.1.4.9. Aseo bucal en pacientes inconscientes

4.1.4.9.1. Instrucciones de operación

- Levante la cabecera de la cama en ángulo de 15 a 30 grados, si el estado del paciente lo permite.
- Coloque una toalla debajo de la cabeza y cuello del paciente, ponga la cabeza del paciente lateralmente viendo hacia usted y coloque otra toalla bajo el mentón.
- Prepare el equipo de aspiración y coloque una sonda de aspiración tamaño adulto.
- Verifique que el globo de la cánula se encuentre correctamente inflado en el caso de pacientes con intubación orotraqueal.
- Confirme que no exista contraindicación médica para manipulación externa del paciente.
- Efectúe el calzado de guantes y coloque una pequeña cantidad de pasta dental en el cepillo dental con cerdas suaves.
- Coloque la sonda de aspiración en la boca del paciente, retire el exceso de saliva y deje la sonda en la cavidad oral de manera permanente durante el cepillado dental.
- Abra cuidadosamente la boca del paciente con un abatelenguas protegido con una gasa y cepille con movimientos circulares y de arriba hacia abajo, los dientes incluyendo la lengua del paciente, con clorhexidina al 0.12% o solución salina al 0.9% adultos y agua bidestilada para neonatos, aspire secreciones. Repita la operación cuantas veces sea necesario.
- Utilice una gasa para realizar el aseo de la cavidad oral con movimientos rotatorios, en caso de que el paciente no tenga cepillo dental o exista una condición que así lo indique.
- Observe, registre y notifique la presencia de estomatitis y glositis.
- Lubrique los labios una vez terminado el aseo.
- Coloque al paciente en posición cómoda.

4.1.4.10. Aseo vulvar

4.1.4.10.1. Instrucciones de operación

- Proteja el cómodo, colóquelo a la paciente y solicite a ésta flexione y separe las piernas (si su estado lo permite).
- Descubra únicamente la región que se va a asear.
- Realice una valoración focalizada a la paciente de la zona perineal-genital, observe si existen zonas con inflamación, excoriación o tumefacción, especialmente entre los

Clave: 2660-005-008



labios, la presencia de olores y exudados de secreción excesiva por los orificios perianales-genitales.

- Envuelva en la pinza Forester o de anillos una gasa y colóquela en el borde superior de los labios mayores.
- Vierta el jabón a temperatura corporal sobre el pubis amortiguando la caída con la gasa.
- Enjabone la región deslizando la pinza de arriba hacia abajo sin llegar al recto, hasta el último movimiento, desechando la gasa tantas veces como sea necesario.
- Aplique agua a temperatura corporal para retirar el jabón, procurando que escurra en el cómodo, con movimientos semejantes a los anteriores.
- Seque la región con gasa, coloque apósito o toalla sanitaria (si es necesario), retire el cómodo y arregle la ropa de la paciente.

4.1.4.11. Aseo perineal en pacientes de sexo masculino

4.1.4.11.1. Instrucciones de operación

- Coloque al paciente en decúbito supino.
- Efectúe el calzado de guantes.
- Coloque el cómodo al paciente, indicándole que flexione las piernas y las separe (si su estado lo permite).
- Realice una valoración focalizada al paciente de la zona perineal-genital, observe la presencia de olores, zonas con inflamación, excoriación, tumefacción y/o secreción por el meato urinario.
- Descubra solo la región púbica y lave con agua tibia y jabón líquido la cara interna de los muslos.
- Lave los genitales externos, pene y testículos.
- Retraiga el prepucio en caso de paciente no circuncidado y lave el glande, en paciente circuncidado, únicamente lave el glande.
- Lave y seque el escroto y sus pliegues, antes de limpiar la región glútea.
- Ayude al paciente a girarse sobre sí mismo, en caso necesario limpie el ano con papel higiénico antes de lavarlo.
- Seque completamente la región genital.

4.1.4.12. Aseo nasal

4.1.4.12.1. Instrucciones de operación

- Coloque al paciente en posición semi-fowler; gire la cabeza según la fosa nasal que se vaya a limpiar.
- Restrinja o pida ayuda, en los casos de niños pequeños, para mantener la posición y evitar movimientos bruscos.

Clave: 2660-005-008



- Instile solución salina tibia en las narinas, hasta modificar la consistencia de las secreciones endurecidas, pídale al paciente que se limpie con toalla de papel si procede y, si es necesario, aspírelas.

4.1.4.13 Aseo ótico

4.1.4.13.1 Instrucciones de operación

- Coloque al paciente en posición semi-fowler, gire la cabeza, según el oído que se vaya a limpiar.
- Restrinja o pida ayuda, en el caso de niños pequeños, para mantener la posición y evitar movimientos bruscos.
- Utilice torundas húmedas y tibias para limpiar el pabellón auricular (oído externo) con movimientos gentiles y rotatorios, hasta eliminar la secreción existente, evite introducir hisopos o cualquier otro objeto al canal auditivo.

4.1.4.14 Aseo matinal o vespertino

4.1.4.14.1 Instrucciones de operación

- Coloque al paciente en posición de Fowler si no hay contraindicación médica.
- Realice higiene de manos y cepillado de dientes del paciente de acuerdo con los procedimientos establecidos.
- Limpie la cara con un paño húmedo con agua tibia, siguiendo el orden de ojos, frente, mejillas, barba y nariz.
- Asista al paciente en el arreglo del cabello.
- Ofrezca al paciente el cómodo u orinal.
- Asee genitales externos.
- Retire el cómodo y realice higiene de manos.
- Proporcione masaje gentil en la espalda del paciente.
- Estire la ropa de cama y retire toda causa que pueda ocasionar irritación de la piel.

4.1.5 Movilización, contención física y traslado del paciente

4.1.5.1 Movilización (cambios posturales)

4.1.5.1.1 Definición

Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionarle bienestar fisiológico y/o psicológico.

Clave: 2660-005-008



4.1.5.1.2 Objetivo

Prevenir al paciente, posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.) por síndrome de inmovilización.

4.1.5.1.3 Principios

La alineación de las partes del cuerpo debe estar balanceadas y debe haber un mínimo de tensión en todos los músculos.

La postura correcta del cuerpo ocurre cuando las fuerzas musculares que se necesitan para balancear el peso que producen las diferentes partes del cuerpo son mínimas.

La fuerza que se ejerce de manera perpendicular a la piel provoca inmovilidad en el paciente.

La presión continua sobre tejidos blandos produce hipoxia y necrosis.

La humedad favorece la reproducción de microorganismos.

4.1.5.1.4 Equipo y material

Carro con ropa limpia (de cama y para pacientes hombres, mujeres y menores, según sea el caso), almohadas, guantes, cubre bocas, bata y en casos específicos, bolsa para desechos y toallas de papel.

4.1.5.1.5 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente.
- Explique al paciente que se realizará un cambio de posición y de ser posible solicite su participación.
- Vigile el estado de oxigenación del paciente, antes y después de un cambio de posición.
- Tener en cuenta las posibles limitaciones del paciente en la higiene postural del mismo y guarde, siempre que sea posible la máxima simetría, respetando las posiciones articulares anatómicas.
- Calzarse guantes, en caso necesario.
- Coloque la cama en posición horizontal y frenada.
- Tenga al alcance las almohadas y/o dispositivos específicos a utilizar.
- Proteja vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
- Mueva al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.

Clave: 2660-005-008



- Realice cambios de posición, por lo menos cada dos horas al paciente inmovilizado y establezca una gráfica de rotación programada e individualizada para los cambios de posición.
- Ponga apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto).
- Mantenga la alineación corporal o realice movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal.
- Evite compresión sobre determinadas zonas de la piel y facilite la realización de algún procedimiento.
- Solicite la ayuda del personal asignado para mover a pacientes pesados o que no puedan colaborar en el movimiento.
- Deje al paciente en una postura cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.
- Coloque los barandales o aditamentos de protección de la cama, camilla o cuna para evitar caídas.
- Deseche el material empleado en los contenedores indicados.
- Retire los guantes.
- Oriente e integre al familiar en la movilización del paciente como parte de la planificación del alta.

4.1.5.2 Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama

4.1.5.2.1 Instrucciones de operación

Efectúe calzado de guantes según sea necesario, cuando exista la posibilidad de contacto con secreciones corporales.

- Coloque la cabecera de la cama en posición horizontal o lo más baja que el paciente pueda tolerar.
- Retire la almohada y colóquela en la cabecera de la cama.
- Pacientes que puedan colaborar (se necesita una sola persona):
 - Coloque una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.
 - Pida al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama (entonces se colocan los brazos por debajo de la cadera del paciente).
 - Indique al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplaza hacia la cabecera.
- Pacientes que no puedan colaborar (se necesitan dos personas):
 - Colóquese cada persona a un lado de la cama (cambiar de lado frecuentemente para evitar sobrecargar siempre los mismos músculos), frente al paciente.
 - Coloque los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas (el apoyo de las rodillas sobre el lateral de la cama

Clave: 2660-005-008



puede descargar un poco la espalda; es importante desplazar el peso de un pie a otro en el sentido del movimiento).

- Emplee una sábana doblada o entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos.
- Sitúese a cada lado del paciente y con la ayuda de la sábana, desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando los movimientos de fricción (sí es necesario una tercera persona suspendería los miembros inferiores del paciente).
- Suba la cabecera de la cama según necesidad (sobre todo cuando existen problemas respiratorios) y comodidad del paciente.
- Garantice el bienestar de la persona, eleve la cabecera de la cama y proporcione los dispositivos de apoyo necesarios para la nueva posición.

4.1.5.3 Movilización del paciente para sentarlo en la cama

4.1.5.3.1 Instrucciones de operación

- Realice una valoración de enfermería para determinar si es necesario la utilización de equipo especial y/o la ayuda de otra persona.
- Colóquese guantes según sea necesario, cuando exista la posibilidad de contacto con secreciones corporales.
- Alinee las partes del cuerpo y conserve su equilibrio.
- Pida al paciente que coloque sus brazos a los lados, con las palmas de las manos apoyadas sobre la cama.
- Eleve la piecera de la cama 30°, coloque almohadas bajo las rodillas.
- Eleve la cabecera de la cama hasta que el paciente quede sentado o según lo tolere.
- Coloque la mano más próxima al paciente por encima de su hombro distal, hasta situarla entre ambos omóplatos.
- Coloque la mano libre sobre la cama, en el borde de la misma, en línea recta al hombro del paciente y úsela para empujar, mientras este se levanta y coloque una almohada bajo sus hombros.
- Arregle la ropa de cama según se requiera y suba los barandales.

4.1.5.4 Movilización del paciente para sentarlo en el borde de la cama

4.1.5.4.1 Instrucciones de operación

- Realice valoración de enfermería y determine si es necesaria la utilización de equipo especial o la ayuda de otra persona.
- Efectúe el calzado de guantes según sea necesario, cuando exista la posibilidad de contacto con secreciones corporales.
- Ayude al paciente a ponerse en decúbito lateral, de cara a usted.

Clave: 2660-005-008



- Levante la cabecera de la cama despacio, hasta la posición más alta posible.
- Coloque los pies y las piernas del paciente al borde de la cama.
- Proceda a colocarse de lado al paciente mirando hacia la cabecera de la cama, adopte una base de apoyo amplia, ponga un brazo debajo del brazo de éste y alrededor de la espalda y el otro por debajo de sus muslos, junto a las rodillas.
- Contraiga los músculos y gire los muslos del paciente en dirección deseada.
- Sujete al paciente durante unos minutos hasta que haya alcanzado un equilibrio adecuado y se encuentre cómodo.
- Pida que apoye ambos pies en el banco de altura.
- Cubra las piernas y los pies del paciente.

4.1.5.5 Cuidados del paciente encamado

4.1.5.5.1 Instrucciones de operación

- Explique al paciente las razones del reposo en cama y solicite su participación.
- Coloque al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Mantenga la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilice dispositivos para la protección y seguridad del paciente.
- Coloque el timbre de asistencia al alcance de la mano del paciente.
- Coloque la mesa puente al alcance del paciente.
- Movilice al paciente al menos cada 2 horas y elabore un programa específico de acuerdo a sus requerimientos.
- Vigile el estado de la piel.
- Oriente al paciente sobre la importancia y trascendencia de los hábitos higiénico-dietéticos, tomando en cuenta sus condiciones socioculturales y ambientales.
- Oriente al paciente y al familiar respecto a signos y síntomas de posibles complicaciones que pudieran presentarse en relación con su padecimiento.
- Asista, oriente y vigile permanentemente al paciente en las actividades que pueda realizar progresivamente hasta lograr su independencia.
- Enseñe al paciente y al familiar las formas de mantener ocupado el tiempo libre con actividades manuales o de recreación.
- Vigile permanentemente al paciente para evitar traumatismos, accidentes e infecciones.
- Verifique que la terapia ocupacional y recreativa esté acorde con las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente.

4.1.5.6 Prevención de úlceras por presión

4.1.5.6.1 Definición

Aplicación de medidas preventivas en pacientes que presentan riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Clave: 2660-005-008



4.1.5.6.2 Objetivo

Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de úlceras por presión.

4.1.5.6.3 Equipo y material

Guantes, taloneras de distintos tipos, cojines con semillas, productos hidratantes y lubricantes, apósitos de protección, almohadillas, hoja de la escala de valoración para riesgo de úlceras por presión, "Tarjeta de identificación" clave 2660-009-002 (Anexo 6).

4.1.5.6.4 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente.
- Utilice una herramienta de valoración de los factores de riesgo del paciente (Escala de Braden).
- Registre el estado de la piel al ingreso y diariamente, identifique: sequedad, escoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de comezón o dolor especialmente en zonas de alto riesgo (sacro, talón, tobillos, codos y occipucio).
- Elimine el exceso de humedad en la piel causada por transpiración, el drenaje de heridas así como heces y orina.
- Aplique barreras de protección, para eliminar el exceso de humedad.
- Evite dar masajes en puntos de presión enrojecidos.
- Coloque al paciente en posición adecuada, libere puntos de presión.
- Mantenga la unidad limpia, seca y libre de cualquier cuerpo extraño capaz de irritar la piel.
- Estire o cambie la ropa de cama y del paciente, las veces que sea necesario.
- Efectue el baño diario y mantenga la piel seca, limpia y lubricada, en especial la de regiones prominentes y evite la fricción en los pliegues.
- Realice cambios de posición cada dos horas y establezca una gráfica de rotación programada e individualizada, en pacientes geriátricos, inconscientes y con obesidad, es necesario valorar los cambios con más frecuencia.
- Movilice al paciente de manera pasiva o activa dentro y fuera de la unidad con la frecuencia requerida, de acuerdo a la valoración de riesgo del paciente.
- Asegure la nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías.
- Proteja los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos como tubos de drenaje, sondas o catéteres, férulas, yesos y tracciones.
- Instruya al paciente para que se reposicione, si es posible cada 15 minutos.
- Proporcione orientación al paciente y familiar sobre la condición de riesgo e importancia de las acciones para prevenir úlceras por presión.

Clave: 2660-005-008



4.1.5.7 Contención física

4.1.5.7.1 Definición

Aplicación, control y extracción de dispositivos de contención mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente.

4.1.5.7.2 Objetivo

Incrementar la seguridad del paciente a través de dispositivos que limiten las lesiones, caídas o extracción de dispositivos.

4.1.5.7.3 Equipo y material

Brazaletes para contención física.

4.1.5.7.4 Instrucciones de operación

- Realice valoración de enfermería para determinar la necesidad de contención e informe al médico para obtener indicación médica.
- Verifique que la indicación médica se encuentre por escrito, antes de aplicar la contención.
- Proporcione al paciente un ambiente privado, adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de la dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de la contención física.
- Explique al paciente y su familia la necesidad de contención y solicite su participación.
- Descubra el miembro que se va a inmovilizar y aplique talco.
- Centre el brazalete longitudinalmente en la articulación a inmovilizar, ajuste y anude sin ejercer presión para evitar lastimar al paciente o modificar la circulación. La contención debe permitir administrar perfusión endovenosa en el antebrazo y también recibir líquidos o alimentos.
- Fije las cintas laterales del brazalete a las soleras de la cuna o la cama.
- Vigile el color, temperatura y sensibilidad frecuentemente de las extremidades sujetadas.
- Evalúe a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la contención.
- Retire el brazalete como resultado de la valoración de enfermería y verifique las condiciones de la piel, y en caso necesario, lubríquela.
- Mantenga la cabeza del paciente ligeramente levantado, para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
- Compruebe de manera regular la contención, para mantener la comodidad y seguridad del paciente.

Clave: 2660-005-008



- Retire las restricciones a intervalos de 5 minutos, hasta que le queden sólo 2. Estas últimas se retirarán al mismo tiempo.
- Mantenga la contención el menor tiempo posible.

4.1.5.8. Transporte del paciente dentro de la instalación y entre instalaciones

Son las maniobras que se efectúan para el traslado de un paciente de un área a otra dentro de la misma unidad médica.

4.1.5.8.2 Objetivo

Trasladar al paciente con oportunidad y libre de riesgos a los servicios de diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y otros que se requieran.

4.1.5.8.3 Equipo y material

Camilla para adulto o pediátrica con barandales, silla de ruedas, incubadora portátil, accesorios: tripies, brazaletes, documentos del paciente, ropa de cama, colcha, cobertor, sábanas, camisón, bata, pañal y gorro para paciente.

4.1.5.8.4 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente.
- Comunique al paciente la razón del traslado.
- Prepare al paciente de acuerdo al motivo de traslado.
- Verifique el motivo de traslado; si es movimiento intrahospitalario, corrobore que la unidad de destino esté disponible, si es a un estudio de gabinete de diagnóstico o tratamiento, confirmar la indicación del procedimiento.
- Verifique signos vitales, condiciones generales y oxigenación del paciente antes del traslado.
- Vigile el traslado del paciente y en caso necesario, acompañelo.
- Corrobore que el medio para transportar al paciente esté en óptimas condiciones de funcionalidad para favorecer la seguridad del paciente.
- Verifique que los tratamientos específicos no sean interrumpidos durante el traslado.
- Reinstale al paciente en la unidad a su regreso y compruebe el cumplimiento de la terapéutica médica.

4.1.6 Aplicación de frío y calor

4.1.6.1 Definición

Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío con la finalidad de disminuir el dolor, espasmos musculares, inflamación y control de temperatura.

Clave: 2660-005-008



4.1.6.2 Objetivo

Disminuir o elevar la temperatura corporal, además de controlar el dolor, congestión e inflamación en una región anatómica a través de la vasodilatación o vasoconstricción de una zona específica.

4.1.6.3 Principios

El frío produce en los tejidos disminución del riego sanguíneo.

La circulación sanguínea se estimula por la aplicación de frío o calor.

4.1.6.4 Equipo y material

Sábana térmica, cobertor, agua fría o caliente, hielo en cubos, bolsa para agua caliente y bolsa para hielo.

4.1.6.5 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente.
- Explique al paciente la utilización del calor o frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas.
- Realice valoración de enfermería previa a la aplicación de la terapia para descartar disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación o de la capacidad para comunicarse.
- Realice higiene de manos.
- Coloque al paciente en la posición requerida para la aplicación de la terapia.

Aplicación de frío:

- Llene hasta tres cuartas partes, la bolsa para hielo, con agua fría o hielo, de acuerdo a la necesidad del paciente.
- Asegure que la bolsa este cerrada de manera adecuada.

NOTA: se podrán utilizar paquetes de gel congelado de acuerdo a las necesidades del paciente.

- Coloque la bolsa en la zona correspondiente:

Control térmico: occipucio, abdomen, axilas, ingles.

Control de dolor: de acuerdo a la zona afectada.

Aplicación de calor:

Clave: 2660-005-008



- Llene hasta tres cuartas partes la bolsa de agua caliente, tomando en consideración que la temperatura ideal es entre 45° a 48° C.

NOTA: compruebe la temperatura del agua, especialmente cuando se trate de niños y adultos mayores.

- Asegure que la bolsa este cerrado de manera adecuada.
- Coloque la bolsa en la zona requerida.
- Coloque en caso necesario, sábana térmica, cobertor, etc.
- Verifique que la piel no tenga residuos de pomadas o aceites.
- Re-valore el estado de la piel posterior a la aplicación de frío o calor.
- Envuelva el dispositivo para la aplicación de frío o calor.
- Determine la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos del paciente.
- Mantenga seca la ropa de cama verificándolo durante todo el procedimiento.
- Coloque al paciente, cúbralo con la ropa correspondiente y gradúe la temperatura de la misma de acuerdo con la respuesta del paciente, cuando se trate de aplicación de calor en cuna térmica, vigile al paciente durante las 24 horas posteriores.
- Inspeccione el sitio de aplicación de calor o frío en busca de signos de irritación dérmica o daño tisular, durante los primeros 5 minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.
- Enseñe si es necesario al paciente, familiar o persona legalmente responsable la terapia como parte de la planificación del alta.

4.1.7 Alimentación asistida

4.1.7.1 Definición

Son las maniobras encaminadas a proporcionar la ingesta nutricional al paciente, que no puede alimentarse por sí mismo.

4.1.7.2 Objetivos

Mantener y mejorar el estado nutricional de los pacientes con problemas para ingerir por la boca los nutrientes adecuados a sus necesidades metabólicas.

4.1.7.3 Principios

Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.

4.1.7.4 Equipo y material

Clave: 2660-005-008



Mesa Pasteur, charola de Mayo, riñón, mesa puente, servilleta, fórmula láctea y dieta prescrita, jeringa estéril de 20 cc, jeringa asepto, vaso graduado de cristal, cuchara, popote, cubiertos, tripié o gleirol y bomba de infusión.

4.1.7.5 Instrucciones de operación

Alimentación a paciente con síndrome de inmovilidad:

- Identifique al paciente.
- Indique o ayude al paciente para la higiene de manos, si es necesario, realizar el proceso de higiene de manos antes de iniciar la alimentación.
- Compruebe en la “Tarjeta de identificación”, clave 2660-009-002 (Anexo 6) o “Expediente clínico” la presencia de alergias, intolerancia o rechazo de algún alimento.
- Coloque al paciente en posición de Fowler en la cama, cuna, incubadora o en los brazos de la enfermera, familiar o persona legalmente responsable.
- Adecúe la mesa puente en caso necesario, para facilitar la administración de los alimentos.
- Compruebe que la presentación de los alimentos y los accesorios para administrarlo estén de acuerdo con las condiciones fisiopatológicas del paciente.
- Dé la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Pregunte, si es posible, al paciente el orden con que quiere alimentarse; si el paciente no puede ver, dígame lo que está disponible y alterne los alimentos.
- Proporcione la alimentación al paciente y enseñe al familiar si está presente, la forma de hacerlo como parte de la planificación del alta.
- Dé a ingerir pequeñas cantidades de alimentos e introduzca la cuchara en la boca del paciente cuidando que esta quede sobre la base de la lengua, espere a que degluta la porción suministrada.
- Proporcione tiempo para masticar y deglutir, realice la alimentación sin prisas.
- Proporcione líquidos en el transcurso de la comida, pero nunca mientras se esté masticando.
- Permita que el paciente descanse a intervalos durante la alimentación y observe su comportamiento.
- Favorezca el eructo una vez terminada la alimentación en los pacientes pediátricos.
- Proporcione higiene de manos y cuidados de higiene bucal posterior a la alimentación.
- Coloque al paciente en posición cómoda y asegúrese de colocar los barandales laterales antes de retirarse de la unidad del paciente.
- Registre algún hallazgo de intolerancia como dolor, fatiga, náusea, vómito, capacidad de succionar, deglutir y masticar del paciente, así como la cantidad y tipo de alimentos ingeridos.

4.1.7.6 Alimentación al seno materno

Clave: 2660-005-008



- Ayude a la madre a adquirir una posición de amamantamiento confortable, para colocaren al niño en su antebrazo en un ángulo de 45° promover una respuesta satisfactoria de succión.

NOTA: previamente, verifique que los signos vitales del recién nacido se encuentren dentro de parámetros normales para su edad, de lo contrario, avise al médico, realice cuidados correspondientes y registre en el formato "Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería", clave: 2660-009-144, (Anexo 5).

- Enseñe a la madre a colocar su mano para tomar el seno el pulgar encima y los dedos debajo del pezón, formando una letra "C," para dirigirlo dentro de la boca del lactante.
- Enseñe a la madre a insertar el pezón incluyendo la mayor cantidad de tejido areolar posible, dentro de la boca del bebé, dirija el pezón directamente dentro de la boca, no hacia la lengua o el paladar para ejercer la suficiente presión con labios, encías y músculos de las mejillas durante la succión y así comprimir los senos lactíferos que están directamente debajo de la areola.
- Compruebe que la mama no ocluya la nariz del lactante durante la toma.
- Propicie que repose su antebrazo en una almohada para facilitar la libre manipulación del pecho con la mano libre durante el amamantamiento.
- Recomiende a la madre que vigile la succión, deglución y respiración del niño.
- Enseñe a retirar el lactante del pecho y hacerle eructar. Para retirar al lactante del pecho, la madre introduce un dedo en la comisura de la boca del lactante para romper el sello de succión y permite retirar el pezón sin trauma.
- Enseñe a la madre a colocar el niño en su hombro e indíquele la forma de hacerlo expulsar el aire golpeando suavemente la espalda.
- Registre la información relevante: estado de los pezones, presencia de ingurgitación de los pechos o goteo de leche.
- Permanezca con la madre que va a lactar por primera vez durante todo el procedimiento.
- Evite la alimentación al seno materno cuando haya grietas, tumores, abscesos en el seno o si existe hipertermia o enfermedad infecciosa.

4.1.7.7 Alimentación enteral por sonda

- Identifique al paciente.
- Explique el procedimiento al paciente y familiares.
- Abra el equipo, acerque la dieta prescrita y vierta en el recipiente correspondiente, agregue jeringa de 20 cc o aseptos y guantes.
- Eleve la cabecera de la cama entre 30° - 45° y mantenga así durante la alimentación.

Clave: 2660-005-008



- Compruebe que la sonda esté en el estómago aspirando con la jeringa y corrobore que el líquido obtenido sea gástrico.
- Retire el émbolo de la jeringa y conéctela a la sonda nasogástrica pinzada, o en su caso la jeringa asepto. Añada el alimento al cuerpo de la jeringa, despinche la sonda y permita que el preparado fluya despacio, eleve o baje la jeringa para ajustar el flujo de acuerdo a las necesidades del paciente y prescripción médica, proceda a pinzar la sonda durante un minuto, si el paciente refiere o da muestras de molestia.
- Repita la maniobra antes descrita cuantas veces sea necesario hasta terminar el alimento, cuide cerrar la sonda en cada ocasión.
- Al término de la alimentación, introduzca agua suficiente para limpiar el trayecto de la sonda para mantener la permeabilidad de la siguiente toma.
- Cierre y retire la sonda de acuerdo a la indicación médica, con movimientos rápidos y seguros para evitar que gotee el alimento en la laringe o la tráquea.

4.1.7.8 Alimentación por gastroclisis

- Identifique al paciente.
- Explique el procedimiento al paciente y familiar.
- Compruebe que la sonda esté en el estómago introduciendo el extremo libre en el recipiente con líquido, si se forman burbujas de aire en la solución, retire la sonda y reinsértela nuevamente.
- Cuelgue la bolsa de alimentación enteral en un gleirol o porta sueros a 30 cm por encima del punto de inserción de la sonda del paciente.
- Purgue el equipo para extraer el aire, conéctelo al extremo libre de la sonda y regule el goteo conforme a la prescripción médica.
- Verifique periódicamente las condiciones generales del paciente, la permeabilidad de la sonda y la frecuencia del goteo.
- Introduzca agua suficiente, al concluir el paso del volumen indicado, para limpiar el trayecto de la sonda, cuando esta va a quedar instalada en el paciente, con el fin de mantener la permeabilidad.

4.1.8 Cuidados paliativos

4.1.8.1 Definición

Son los que tiene lugar cuando la muerte es inminente, aquí se deja de pensar en calidad de vida para abordar calidad de muerte, atendiendo a los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales de pacientes y familiares.

4.1.8.2 Objetivos

- Procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida sea tratado con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad.

Clave: 2660-005-008



- Orientar al paciente o doliente hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza sobre la situación real.

4.1.8.3 Principios

En toda sociedad o cultura existen costumbres y creencias establecidas que gobiernan las actitudes y los compartimentos en relación a la enfermedad y la muerte.

Algunos factores sociales parecen influir sobre las actitudes hacia la capacidad de hacer frente a la muerte.

4.1.8.4 Instrucciones de operación

- Valorar los síntomas, el estado funcional y cognitivo del paciente.
- Administre al paciente los medicamentos prescritos en específico los indicados para el manejo del dolor y sedación.
- Administre si es necesario el tratamiento con oxígeno y complemente con cambios de posición y aspiración de secreciones para mejorar el patrón respiratorio.
- Mantenga la hidratación general a través de vía oral o parenteral de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Mantenga la higiene oral del paciente con la finalidad de prevenir lesiones en la mucosa.
- Masajee la región abdominal para favorecer la evacuación en caso necesario.
- Vigile las características de la evacuación.
- Cambie al paciente de posición cada dos horas si sus condiciones lo permiten.
- Mantenga la piel del paciente limpia y seca.
- Utilice cremas hidratantes y emolientes prescritos para el cuidado de la piel del paciente.
- Proporcione la dieta y líquidos en cantidades pequeñas en caso de que el paciente, acepte la vía oral.
- Colabore, en caso necesario en la instalación de sonda vesical si el paciente presenta retención de orina.
- Facilite la presencia de sus seres queridos (personas significantes para el paciente no para la familia) y/o del consejero espiritual o religioso en caso de que existiera.
- Fomente la comunicación entre el familiar y el paciente con respecto a los deseos de este último sobre las fases por las que el paciente puede pasar, donde quiere morir y que espera que hagan cuando llegue la muerte.
- Coordínesse con el departamento de Trabajo Social para la preparación de la familia con respecto a los trámites y documentos necesarios para cuando ocurra el deceso del paciente.
- Evite accidentes, ruidos innecesarios y manifestaciones de incompreensión al paciente y a su familia.

Clave: 2660-005-008



- Respete hasta donde sea posible los deseos del paciente en cuanto a sus necesidades (escuchar música, cantar, llorar, etc.).
- Explique al familiar posibles signos y síntomas del paciente durante la agonía.
- Informe a la familia y al paciente sobre los derechos del paciente terminal.
- Integre el equipo necesario y trasládalo a la unidad del paciente.
- Informe al paciente y familiar sobre procedimientos y cuidados que se le otorgarán.
- Mantenga la privacidad del paciente por medio de cortinas o biombos, manteniendo hasta donde sea posible, la luz natural.
- Realice curación de heridas de acuerdo a necesidades o indicaciones.
- Mantenga la ropa del paciente limpia, seca y sin dobleces, ya que debido al deterioro puede presentar diaforesis.
- Colabore en la atención a las urgencias como: sofocación, crisis convulsivas, hemorragias masivas.
- Compruebe los drenajes, sistema de perfusión venosa y la administración de oxígeno.
- Corrobore el buen funcionamiento de equipos que se estén utilizando (monitor, ventilador, bombas de infusión, etc.).
- Mantenga informado al médico sobre condiciones generales del paciente y solicite su presencia para constatar el deceso, si sucede.
- Considere la colaboración del personal de Trabajo Social.

4.1.9 Cuidados post-mortem

4.1.9.1 Definición

Proporcionar los cuidados necesarios que garanticen un aspecto digno y limpio al paciente fallecido (a) para su posterior traslado.

4.1.9.2 Objetivo

- Entregar el cadáver identificado, limpio y estéticamente amortajado.

4.1.9.3 Principios

La extinción de las funciones vitales marca el término de la vida.

Los cuidados post-mortem se centran en preparar y adecentar al cadáver para que tenga el mejor aspecto posible para ayudar, apoyar, empatizar y favorecer el correcto procesamiento de las emociones que surgen en los familiares ante el impacto de la muerte de un ser cercano.

En los cuidados post-mortem se debe respetar las preferencias espirituales o rituales tradicionales evitando anteponer los valores personales.

Clave: 2660-005-008



4.1.9.4 Equipo y material

Recipiente con agua, esponja, jabón, toalla, paquete para mortaja de material desechable (camisón, sujetadores de barbilla, manos y tobillos), algodón, tela adhesiva, guantes de látex, pinzas de Kelly recta o curva, recipiente para desechos y tánico.

4.1.9.5 Instrucciones de operación

- Colóquese los guantes de latex y cubrebocas desechable.
- Cierre los ojos del cadáver bajando los párpados superiores.
- Elevar la cabecera de la cama ligeramente, para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.
- Preserve en todo momento la intimidad del cadáver.
- Retírese los guantes de látex y el cubrebocas.
- Efectúe higiene de manos.
- Confirme con el médico la hora y certificación de la defunción.
- Verifique los datos de identificación del cadáver con la documentación específica.
- Si se encuentran los familiares en la unidad del paciente, solicite de forma cortés esperen fuera de la unidad del paciente fallecido.
- Si no se encuentran los familiares en la unidad del paciente; informe la problemática a la Trabajadora Social para que los localice y se pongan en contacto con el Médico No Familiar responsable del paciente fallecido.
- Acerque el equipo y material necesario a la unidad del paciente fallecido.
- Colóquese los guantes de látex y cubrebocas desechable.
- Retire sondas, catéteres, drenajes y aparatos electro médico.
- Coloque apósitos limpios en las heridas de tal forma que no permita la salida de fluidos corporales.
- Asee el cadáver y realice el taponamiento de cavidades con algodón (oídos, narinas y boca).
- Verifique que no haya fuga de líquidos corporales.
- Retire la ropa, y ponga el camisón desechable.
- Coloque en la mandíbula la banda, pasando por la parte superior de la cabeza, unir muñecas y tobillos con los sujetadores.
- Mantener una alineación corporal correcta.
- Elabore dos etiquetas iguales de tela adhesiva con los siguientes datos de identificación del cadáver:
 - Nombre completo.
 - Número de Seguridad Social.
 - Diagnóstico de defunción.
 - Edad.
 - Sexo.

Clave: 2660-005-008



- Servicio.
 - Unidad de procedencia.
 - Fecha y hora de la defunción.
 - Número de unidad.
 - Nombre de la persona que amortaja.
-
- Coloque una etiqueta sobre el pecho del cadáver y verifique que los datos coincidan con la pulsera de ingreso y que esta permanezca en la muñeca.
 - Introduzca el cadáver, con ayuda de personal Auxiliar de Limpieza e Higiene o Auxiliar de los Servicios de Intendencia o Camillero en Unidades Hospitalarias, a la mortaja.
 - Adhiera la otra etiqueta sobre la mortaja a la altura del pecho, haciendo suficiente presión para que no se despegue.
 - Coloque una sábana que cubra el cuerpo del paciente fallecido.
 - Recoja el equipo y material de la unidad y solicite a los familiares resguarden los artículos personales.
 - Retírese los guantes y el cubrebocas.
 - Efectúe higiene de manos.

4.2 Oxigenoterapia

4.2.1 Definición

Tratamiento a través de la administración de oxígeno.

4.2.2 Objetivo

Coadyuvar a la terapia mediante métodos simples de administración de oxígeno.

4.2.3 Principios

Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.

4.2.4 Equipo y material

Toma o tanque de oxígeno con manómetro o fluxómetro, recipiente humidificador, agua bidestilada, conos, catéter nasal, mascarilla, campana cefálica y tubo para conexión de oxígeno.

4.2.5 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente y explique la razón del procedimiento.

Clave: 2660-005-008



- Vierta agua en el recipiente humidificador hasta la mitad (reemplace el agua cada 24 horas o por razón necesaria).
- Conecte el tubo de extensión al recipiente humidificador, el otro extremo al medio por el que se va a administrar del oxígeno al paciente.
- Abra el flujo de oxígeno hasta obtener el número de litros indicado.
- Compruebe la permeabilidad.
- Instale y fije el medio utilizado para la administración de oxígeno.
- Evite que el oxígeno pase sin humidificar.
- Evite el contacto del oxígeno con los ojos del paciente
- Solicite, el cambio de tanque de oxígeno con oportunidad.
- Mantenga las vías respiratorias superiores permeables.
- Coloque mombrete al recipiente humidificador con fecha y hora de instalación.
- Observe la reacción del paciente durante los primeros minutos e identifique la presencia de signos y síntomas de alarma.
- Deje al paciente en posición cómoda o en Fowler (si no existe contraindicación).
- Retire la mascarilla o el catéter nasal, en intervalos para proteger la piel.

4.3 Procedimientos diagnósticos

4.3.1 Toma de muestras

4.3.1.1 Definición

Obtención, preparación y preservación de una muestra para análisis de laboratorio.

4.3.1.2 Objetivo

Garantizar la identidad, la integridad, la seguridad y la continuidad de las muestras para estudio microbiológico.

4.3.1.3 Principios

La toma, preparación y preservación correcta y oportuna de las muestras biológicas, facilitan la identificación de gérmenes para complementar un diagnóstico.

4.3.1.4 Equipo y material

Mesa Pasteur, equipo de acuerdo con el procedimiento que se va a realizar, charola o canastilla con tubos de ensayo de diversos calibres, etiquetas o tela adhesiva, jeringas con capacidad acorde con el procedimiento, agujas hipodérmicas de diversos calibres y longitudes, sondas de acuerdo con la edad del paciente, cómodo y orinal, guantes, torundas con jabón, torundas con agua, gasas, solución antiséptica, ligaduras, abatelenguas, aplicadores, toallas desechables, batas, cubrebocas y recipiente graduado.

NOTA: en la recolección de muestras para cultivo, el material que se use debe ser estéril.

Clave: 2660-005-008



4.3.1.5 Medidas generales de control y seguridad

- Aplique las medidas de bioseguridad durante la toma, preparación, preservación y envío de las muestras, (uso de protección ocular, mascarilla, guantes, bata, contenedores para especímenes, a prueba de fugas y de fácil sellamiento).
- Verifique la preparación del paciente de acuerdo con las indicaciones requeridas para el estudio.
- Realice contención o inmovilice de manera gentil al paciente para la toma de muestras, cuando sus condiciones generales lo ameriten.
- Corrobore que las requisiciones se encuentren registradas en la libreta de control y para que el personal de laboratorio las recoja.
- Notifique al médico las alteraciones en la muestra, en la piel o en el estado general del paciente.
- Tome las muestras de laboratorio de las solicitudes de urgencia, las ordinarias estarán a cargo del laboratorio.
- Etiquete las muestras con los siguientes datos: nombre completo, fecha de nacimiento, edad del paciente, número de Seguridad Social, número de unidad y servicio en donde se encuentra el paciente, tipo de muestra y sitio anatómico, fecha y hora de recolección e iniciales de la persona que obtiene la muestra.

4.3.2 Muestra de sangre

4.3.2.1 Instrucciones de operación

- Verifique que el paciente se encuentre en ayuno en los casos requeridos.
- Extraiga la muestra de sangre en la cantidad suficiente, siga las instrucciones de operación de vía intravenosa.
- Deposite inmediatamente la sangre en los tubos correspondientes de acuerdo con las indicaciones específicas del laboratorio.
- Coloque el membrete al recipiente.
- Realice la gestión necesaria para hacer llegar las muestras al laboratorio con oportunidad y seguridad.

NOTA 1: muestras para el Departamento de Inmunología: tomar las muestras en ayunas, excepto para la donación altruista que puede tomarse en cualquier momento.

NOTA 2: para estudios de Inmunología, enviar para su análisis el mismo día de la toma. Los tubos deberán estar en posición horizontal a temperatura ambiente. Si la temperatura es mayor, colocar una capa gruesa de gasa o apósito sobre los tubos y encima un gel refrigerante frío, nunca en refrigeración.

4.3.3 Muestra de expectoración

Clave: 2660-005-008



4.3.3.1 Instrucciones de operación

- Recolecte la expectoración en un frasco estéril de polietileno con boca ancha, y capacidad de 30 a 50 ml, el volumen recomendado debe de ser de 5 ml o más.
- Membrete la muestra.
- Verifique que personal de laboratorio recoja la muestra para su procesamiento.

NOTA: el tiempo transcurrido para el procesamiento de la muestra por personal de laboratorio no debe ser mayor a 12 horas.

4.3.4 Muestra de 24 horas

- Registre la hora de inicio y término de la colección.
- Cubra el recipiente con la tapa correspondiente cada vez que el paciente expectore y cierre herméticamente al concluir las 24 horas.

En pacientes inconscientes o pediátricos:

- Verifique que el paciente no haya ingerido alimento (el tiempo estrictamente necesario) antes de recolectar la muestra.
- Instale al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler previa inmovilización total a través de la técnica de contención con sábana, si fuera necesario.
- Aspire las secreciones de manera que caigan en el frasco estéril.
- Evite la contaminación al coleccionar la muestra.
- Membrete la muestra.

4.3.5 Muestra de recolección orina para examen general

4.3.5.1 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente y solicite que orine una primera cantidad en el cómodo u orinal.

NOTA: cuando la muestra sea para urocultivo, la primera parte de la micción, no se recolectará.

- Vierta la cantidad de orina que se necesite para el estudio en el frasco colector y tápelo inmediatamente.
- Evite, en todo momento, la contaminación de la muestra.

En pacientes pediátricos:

Clave: 2660-005-008



- Coloque al paciente en decúbito dorsal con miembros pélvicos flexionados y separados, en caso necesario realizar sujeción.
- Coloque el cómodo o riñón en la región para el aseo de genitales.
- Efectúe el calzado de guantes.
- Realice aseo de genitales.
- Despegue el protector y adhiera la bolsa colectora en la región perigenital.
- Vigile frecuentemente al paciente hasta obtener la muestra.
- Retire el cómodo, riñón y/o la bolsa colectora y vierta la muestra de orina en el recipiente.
- Procure recolectar la primera orina de la mañana.
- Membrete la muestra con los datos generales del paciente.

En pacientes inconscientes:

- Efectúe las acciones enunciadas en la recolección de muestra de orina para examen general en pacientes pediátricos, extreme las medidas de asepsia.
- Efectúe sondeo vesical para recolectar la muestra, sólo por indicación médica.

NOTA: enviar las muestras a temperatura ambiente, durante las dos primeras horas después de su toma.

4.3.6 Muestra de orina de 24 horas

4.3.6.1 Instrucciones de operación

- Registre la hora de inicio y término de la colección de la muestra en el formato "Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería", clave 2660-009-144 (Anexo 5).
- Tape el recipiente con la tapa correspondiente cada vez que se agregue una nueva muestra.
- Cierre el frasco al concluir las 24 horas y coloque el membrete a las muestras.
- Tenga lista la muestra a la hora establecida para que el personal de laboratorio la recoja.

4.3.7 Muestra de materia fecal

4.3.7.1 Instrucciones de operación

- Solicite al paciente que evacúe en el cómodo.
- Efectúe el calzado de guantes.
- Coloque con el abatelenguas las heces en el recipiente colector y tápelo inmediatamente.
- Tome las heces del pañal en pacientes inconscientes o pediátricos.

Clave: 2660-005-008



- Evite que la materia fecal se mezcle con la orina.
- Membrete la muestra con los datos generales del paciente.

4.3.2 Participación en la exploración física

4.3.2.1. Definición

Son procedimientos que efectúa el médico o la enfermera con técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación a los pacientes.

4.3.2.2 Objetivo

Facilitar al médico y a la enfermera la valoración clínica del estado de salud del paciente que permitan emitir un diagnóstico y desarrollar un plan terapéutico.

4.3.2.3 Principios

La actitud amable y el respeto a la individualidad, influyen en el estado emocional del paciente.

4.3.2.4 Equipo y material

Mesa Pasteur y charola de Mayo, estuche completo de diagnóstico, (fuente para luz, oftalmoscopio, otoscopio, rinoscopio, espejos de diferentes tamaños y pilas), estetoscopios biauricular y de Pinard, esfigmomanómetro, martillo de reflejos, lámpara de mano, lámpara de chicote, cinta métrica, lápiz, abatelenguas e hisopos, equipo de termometría, báscula pesabebés, recipiente con torundas, riñón con solución jabonosa, hojas de registros de enfermería, papel kraft, guantes estériles, jalea lubricante, equipo de exploración vaginal o rectal y bolsa de desechos conforme a la norma manejo de residuos biológico infecciosos.

4.3.2.5 Instrucciones de operación

- Identifique y explique al paciente el objetivo de la exploración física.
- Coloque al paciente en la posición requerida.
- Prepare y descubra exclusivamente el área física a explorar.
- Respete la individualidad del paciente y asístalo durante la exploración.
- Efectué y participe en los procedimientos indicados por el médico y proporcione la información requerida al paciente.
- Proporcione al médico los elementos necesarios para realizar la exploración.
- Permanezca junto al paciente durante la exploración física, no abandone el área.
- Evite corrientes de aire.
- Aplique en todo momento las medidas de seguridad para el paciente.

4.4 Técnicas invasivas

Clave: 2660-005-008



4.4.1 Cuidado y tratamiento a pacientes con heridas

4.4.1.1 Definición

Procedimiento realizado sobre la herida utilizada para prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.

4.4.1.2 Objetivo

Propiciar la prevención de heridas agudas y limitar el daño en heridas crónicas a través de acciones preventivas y tratamiento.

4.4.1.3 Principios

Las heridas o lesiones tratadas de manera aséptica cicatrizan con menor reacción tisular.

4.4.1.4 Equipo y material

Carro Pasteur con solución salina al 0.9%, solución de clorhexidina, lidocaína al 1% o 2% con o sin epinefrina, medicamentos o sustancias indicadas para el control de la infección o inflamación, equipo y material estéril como batas, campos, lebrillo o riñón acero inoxidable, equipo de curación, jeringa asepto, jeringas de 1 o 3 cc, hojas de bisturí, guantes, gasas, abatelenguas, hisopos, cubrebocas, gorros, vendas, tela adhesiva, microporo, apósitos hidrocoloides.

4.4.1.5 Instrucciones de operación

- Realice higiene de manos.
- Identifique al paciente y explique la razón del procedimiento.
- Proporcione preparación psicológica y física al paciente.
- Realice valoración integral del paciente.
- Administre el analgésico indicado por el médico, si es necesario, 40 minutos antes de la curación.
- Descubra la región anatómica en la que se realizará la curación.
- Retire el apósito suavemente, si es el caso.
- Tome cultivo microbiológico en presencia de signos de infección.

NOTA: humedezca con solución fisiológica para facilitar el retiro y deposite en la cubeta o bolsa para desechos municipales o de RPBI, según corresponda.

- Valore el tipo de herida o úlcera:

Clave: 2660-005-008



Herida: identifique la etapa del proceso de cicatrización en la que se encuentra, de acuerdo a los datos del siguiente cuadro:

Cuadro 1. Fases del proceso de cicatrización

Fases del procesos de cicatrización	Manifestaciones clínicas
Inflamatoria Homeostasia Inflamación	Blanqueamiento de la piel circundante, formación de coágulo, cese del sangrado, dolor, calor, eritema, edema.
Proliferativa Migración Producción de la matriz extracelular Angiogénesis Epitelización	Ocurre a los 4 días aproximadamente. Formación de tejido de granulación. Restablecimiento de la epidermis.
Remodelación	Puede durar un año o más. Remodelación y alineación de las fibras de colágeno.

Fuente: Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento para las heridas agudas y crónicas. Secretaría de Salud. OPS.OMS.2016. México.

Úlcera Por Presión (UPP): determine las dimensiones de la UPP (Cuadro 2), signos de infección, tipo de tejido presente en el lecho de la herida, el estado de la piel perilesional, presencia de dolor y calidad y cantidad del exudado.

Cuadro 2. Categorías de las UPP

Categoría	Datos
I	Alteración de la piel íntegra, eritema que no palidece a la presión. En piel oscura puede presentarse con tonos rojos, azules y morados. Puede presentarse aumento o disminución de la temperatura, edema y dolor.
II	Pérdida parcial del grosor de la piel con afectación en la epidermis, dermis o ambas. Apariencia de abrasión, o cráter superficial.
III	Pérdida total del grosor de la piel con afectación del tejido subcutáneo que no se extiende por debajo de la fascia subyacente.
IV	Pérdida total del grosor de la piel y la destrucción, necrosis o lesión del músculo, tendones, huesos y estructuras de sostén.

Fuente: Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento para las heridas agudas y crónicas. Secretaría de Salud. OPS.OMS.2016. México.

Pie diabético: Valore el grado de la úlcera (Cuadro 3).

Cuadro 3. Sistema de clasificación de las úlceras de pie diabético de Wagner

Grado	Características
0	Sin lesiones abiertas. Puede haber deformidad o celulitis.

Clave: 2660-005-008



1	Úlcera diabética superficial.
2	Úlcera se extiende al ligamento, tendón, cápsula articular o fascia profunda.
3	Úlcera profunda con osteomielitis o sepsis.
4	Gangrena localizada en los dedos.
5	Amplia afectación gangrenosa en todo el pie.

Fuente: Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento para las heridas agudas y crónicas. Secretaría de Salud. OPS.OMS.2016. México.

- Optimice el lecho de la herida mediante la reducción del edema, el exudado, la carga bacteriana y anomalías que retrasen la cicatrización de acuerdo al esquema TIME (Cuadro 4).

Cuadro 4. Esquema TIME. Esquema basado en la Junta Consultiva Internacional sobre Preparación del Lecho de Heridas (International Wound BED Preparation Advisory Board).

	Intervenciones
T = Control del tejido no viable.	Desbridamiento: quirúrgico, autolítico, enzimático, mecánico.
I = Control de la inflamación y la infección.	Antimicrobianos tópicos.
M = Control del exudado.	Mantenimiento de la humedad en la herida a través de apósitos absorbentes, hidrocoloides o hidrogeles.
E = Estimulación de los bordes epiteliales.	Aplicar sistema de compresión venosa: vendaje con óxido de zinc combinado con vendaje elástico con baja compresión y vendaje de compresión multicapa, de acuerdo a las necesidades de la herida o úlcera.

- Determine el tipo de intervención a efectuar en la herida o úlcera.

Curación:

- Ofrezca al médico gorro, cubrebocas, bata y guantes estériles (si es necesario) para que los calce.
- Colóquese gorro, cubrebocas, bata y guantes estériles (si es necesario).
- Abra el equipo de curación y deposite el material estéril, soluciones y medicamentos en la cantidad necesaria.
- Realice curación con apego a los principios básicos de asepsia (del centro a la periferia, de lo limpio a lo sucio; de arriba hacia abajo).
- Limpie la herida en cada curación, en caso de requerirlo, con solución fisiológica al 0.9%.

Clave: 2660-005-008



NOTA: no limpie con soluciones antisépticas locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito) ya que son considerados productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

- Use una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de *detritus*, bacterias y restos de curas anteriores, pero sin producir traumatismo en el tejido sano.

NOTA: la presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad.

- Participe en el drenaje del material purulento o desbridación del tejido necrótico si es necesario y evalúe el grado de afectación.
- Cubra con el apósito correspondiente y ejerza la presión necesaria que permita la circulación en la zona.

NOTA 1: si es apósito de hidrogel, el tiempo de duración en el paciente es de 72 horas, si no hay infección o bien de acuerdo a las indicaciones médicas e instrucciones del fabricante.

NOTA 2: el apósito no debe abarcar más de 2.5 cm de tejido perilesional.

- Coloque vendaje para proteger y estabilizar los apósitos primarios, si es necesario.

NOTA: no colocar vendaje directamente sobre la úlcera ni realizar alta compresión.

- Reciba e identifique en caso necesario, las muestras biológicas y con la documentación correspondiente, para su proceso.
- Notifique a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, la presencia de signos de inoculación (exudado, dolor, abscesos o dehiscencia).

NOTA 1: en caso de que, por las condiciones de la herida, no se requiera de la participación del médico, será el personal de enfermería quien realice la curación, siguiendo las instrucciones de operación.

NOTA 2: la curación de la herida, se realizará en el área destinada para tal fin.

Prevención de UPP:

UPP categoría I:

- Alivie la presión, cizallamiento o rozamiento de la zona afectada, a través de un plan de movilización activa y pasiva, y de la selección adecuada de superficies de apoyo.

NOTA: nunca utilice dispositivos tipo flotador o anillo.

- Reevalúe la UPP de acuerdo a las necesidades o políticas internas del servicio para determinar si hay que realizar cambios en el tratamiento.
- Proteja la piel perilesional manténgala seca y limpia.
- Vigile que la ingesta dietética del paciente sea la indicada por el médico.

Clave: 2660-005-008



- Mantenga adecuada higiene en los pies y cuidado de las uñas del paciente.
- Elabore un plan de cuidados que incluya a la familia/cuidador a detectar datos de alarma en la piel y los cuidados de la herida.
- Registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

4.4.2 Aspiración traqueal

4.4.2.1 Definición

Procedimiento para extracción de secreciones de la vía aérea, mediante aspiración de la vía aérea.

4.4.2.2 Objetivo

Conservar permeable la vía aérea para favorecer el intercambio de gases y evitar infección por acúmulo de secreciones.

4.4.2.3 Principios

La eliminación de las secreciones de la vía aérea reduce el potencial para la infección pulmonar y mejora la oxigenación.

4.4.2.4 Equipo y material

Aspirador portátil o fijo, tubos conectores adaptados, mesa Pasteur con bolsa de desecho, equipo de aspiración estéril, catéter estéril de caucho o polietileno para aspiración de diferentes calibres, solución cloruro de sodio al 0.9% o agua o bidestilada estériles, guantes, cubrebocas, bolsa reservorio, conectores, estetoscopio y jeringa de 20 ml.

Componentes del dispositivo de aspiración:

- Tubo en "T" con una conexión para el paciente y otra para el ventilador.
- Entrada de irrigación para instilar solución fisiológica.
- Banda indicadora en el extremo del catéter.
- Catéter de aspiración y manguito de plástico.
- Válvula de control para abrir y cerrar, que activa la aspiración.
- Entrada para la conexión de aspiración.
- Adaptador flexible para la conexión del ventilador.
- Etiquetas para indicar el día de cambio del sistema.

4.4.2.5 Instrucciones de operación

En paciente con asistencia mecánica ventilatoria

Clave: 2660-005-008



Técnica cerrada:

- Identifique al paciente y explíquelo la razón del procedimiento (ofrezca papel y lápiz para comunicarse, en caso de que esté traqueotomizado).
- Coloque el cubrebocas.
- Ausculte los campos pulmonares del paciente.
- Realice vibración torácica al paciente.
- Colocar al paciente a adoptar una posición de la cama de 30° a 45° (adultos) 10° a 15° (neonato) y de acuerdo a la patología.
- Coloque una toalla protectora cruzada sobre el tórax del paciente.
- Verifique que la fijación de la cánula endotraqueal del paciente sea segura.
- Realice higiene de manos.
- Efectúe calzado de guantes.
- Retire el sistema de aspiración cerrado de su envoltura.
- Conecte el tubo "T" a la conexión del equipo ventilador.
- Conecte la conexión al tubo endotraqueal.
- Conecte la entrada de aspiración a la pared.
- Presione la válvula de control y establezca la aspiración al nivel adecuado, empezando entre 80 y 100 mmHg y libere la válvula de control, posteriormente ajuste la presión de acuerdo a lo establecido en la Tabla 3.
- Fije el tubo "T" con la mano no dominante e introduzca el catéter unos 10 o 12 cm para limpiar la vía aérea del paciente, al hacer esto se colapsa el manguito de plástico.
- Presione la válvula de control para activar la aspiración, mantenga la válvula presionada.
- Aspire y retire suavemente el catéter y repita la operación cuando sea necesario.
- Instile de 5 a 7 ml de solución cloruro de sodio al 0.9% o agua bidestilada estéril, dentro del manguito y lave presionando la válvula de aspiración dentro de la entrada u orificio de irrigación, en el momento en que vea la franja indicadora.
- Repita la maniobra hasta que el catéter este limpio.
- Gire la válvula de control hasta la posición de cerrado, retire la jeringa con solución fisiológica y cierre el orificio de entrada.
- Coloque la etiqueta adecuada en la válvula de control para indicar cuando se debe cambiar el sistema.
- Hiperóxigene al paciente si es necesario y ausculte campos pulmonares.
- Tome signos vitales, valore cambios significativos y registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia

Tabla 3. Presión utilizada durante la aspiración de secreciones

Edad	Equipo/Presión	
	Fijo	Portátil
Adultos	80 a 120 mm Hg	10 15 mmHg

Clave: 2660-005-008



Niños	95 a 110 mmHg	5 a 10 mmHg
Neonatos	50 a 95 mmHg	2 a 5 mmHg

NOTA: no ejercer presión excesiva, porque puede ocasionar traumatismo de la membrana mucosa (hemorragia y extracción del tejido).

Técnica abierta:

- Identifique al paciente y explíquele la razón del procedimiento (ofrezca papel y lápiz para comunicarse, en caso de que este traqueostomizado).
- Coloque el cubrebocas.
- Ausculte los campos pulmonares del paciente.
- Realice vibración torácica al paciente.
- Ayude al paciente a adoptar una posición de la cama de 30° a 45° (adultos) 10° a 15° (neonato) y de acuerdo a la patología.
- Coloque una toalla protectora cruzada sobre el tórax del paciente.
- Verifique que la fijación de la cánula endotraqueal del paciente sea segura.
- Realice higiene de manos.
- Hiper-oxigene al paciente antes de la aspiración.
- Realice higiene de manos.
- Abra el equipo de aspiración y vierta en el recipiente la solución de cloruro de sodio al 0.9% o agua bidestilada estéril necesaria.
- Efectúe calzado de guantes.
- Tome la sonda y conecte su extremo al tubo de aspiración.
- Moje con solución de cloruro de sodio al 0.9% o agua bidestilada estéril, la punta de la sonda, antes de su introducción para aminorar la fricción y facilitar su inserción.
- Introduzca la sonda suavemente en la cavidad en que se va a aspirar con movimientos rotatorios (narina, boca u orificio de la cánula de traqueotomía), obturando su luz mediante un doblar de la misma para evitar el vacío al hacer la introducción.
- Desobture o desdoble la sonda con movimientos rotatorios y vaya extrayéndola para aspirar las secreciones.
- Aspire máximo 15 segundos cada vez, para evitar obstrucción de la vía aérea.
- Aspire pequeñas cantidades de solución para limpiar el interior de la sonda y con una gasa limpie el exterior cuantas veces sea necesario.
- Instile solución de cloruro de sodio al 0.9% o agua bidestilada estéril para humidificar las secreciones en caso necesario.
- Hiper-oxigene al paciente si es necesario y ausculte los campos pulmonares.
- Tome los signos vitales, valore los cambios significativos y registre los datos obtenidos en los formatos del ámbito de su competencia.

Si el paciente tiene traqueotomía:

- Retire y lave la endocánula con jabón y agua a presión.

Clave: 2660-005-008



- Pase gasa humedecida por la luz de la endocánula para el aseo correspondiente, e instálela en la cánula del paciente.
- Cubra con gasa húmeda el orificio de entrada de la cánula instalada en el paciente.
- Efectúe la limpieza en la periferia de traqueotomía y cambie la cinta de sostén en caso necesario.

4.4.3 Inserción y cuidados de dispositivos

4.4.3.1 Definición

Instalación y cuidados específicos de sondas, drenajes y catéteres utilizados durante el tratamiento del paciente.

4.4.3.2 Objetivo

Mantener las condiciones óptimas de fijación, asepsia y funcionamiento de los dispositivos.

4.4.3.3 Principios

La funcionalidad de los dispositivos, permite proporcionar de manera eficiente y segura el tratamiento al paciente.

4.4.3.4 Equipo y material

Básico: carro Pasteur, charola de Mayo, soluciones antisépticas, gasas estériles, guantes de diferentes medidas, cubrebocas, gorros, bata estéril desechable, campos estériles, solución cloruro de sodio al 0.9% o agua bidestilada, apósitos estériles transparentes, agujas y jeringas de diferentes calibres, tela adhesiva y micropore de diferentes medidas, lámpara de chicote, riñón, lebrillo.

Específico: sonda vesical, catéter venoso central o corto, sonda pleural del calibre según lo requiera el paciente, nylon 3/0, heparina, sistema de drenaje torácico desechable, tubo tígón o de caucho para conexión, toma de oxígeno y de aspiración, jeringa asepto, adaptadores de diferentes medidas, catéter venoso periférico de diferentes calibres, soluciones intravenosas, ligadura, equipo para venoclisis normogotero y microgotero.

4.4.3.2 Drenaje torácico

4.4.3.2.1 Instrucciones de operación

- Identifique al paciente, explique al paciente la razón del procedimiento y la importancia de su participación.
- Realice una valoración focalizada del paciente y observe si hay signos y síntomas de neumotórax.

Clave: 2660-005-008



- Coloque al paciente en decúbito dorsal, si es posible.
- Proporcione al médico: gorro, cubreboca, bata, guantes estériles y abra el equipo pleural con técnica aséptica.
- Colabore con el médico en la preparación el sistema de drenaje torácico, de acuerdo a las indicaciones del fabricante; durante la instalación de la sonda y del drenaje torácico.
- Coloque al paciente en posición de Fowler; conecte el equipo a la sonda pleural instalada previamente y despinzarla.
- Asegúrese de que las conexiones de los tubos estén fijas.
- Mantenga el recipiente del drenaje por debajo del nivel de colocación de la sonda pleural.
- Observe y registre el volumen, tono, color y consistencia del drenaje del pulmón con tinta del color correspondiente al turno la cantidad drenada y fecha.
- Ayude al paciente a toser, respirar profundamente y cambio de posición cada dos horas.
- Pince la sonda y dé aviso al médico responsable del servicio en caso de presentarse reacciones indeseables (fuga de aire, secreción, crepitación en la zona circundante a la entrada de la sonda).
- Traslade al paciente a su unidad con las medidas de seguridad pertinentes y déjelo cómodo y limpio.

4.4.3.3 Sonda urinaria

4.4.3.3.1 Instrucciones de operación

Instalación:

- Identifique al paciente y explíquele la razón del procedimiento.
- Solicite al paciente, se coloque en posición indicada para la instalación de la sonda (colóquelo en posición, si se requiere).
- Colóquese guantes no estériles para higiene de la zona genital.
- Desinfecte la zona con gasas y antiséptico diluido.
- Retire guantes no estériles.
- Realice higiene de manos.
- Coloque el campo estéril y deposite material estéril (guantes estériles, sonda vesical, gasas, jeringa de 10 ml) sobre el mismo.
- Efectúe el calzado de guantes estériles.
- Compruebe el correcto inflado del balón de la sonda.
- Cargue una jeringa con 10 ml de agua bidestilada.
- Lubrique el extremo distal de la sonda, y en los hombres la primera porción del meato con lubricante urológico.
- Mantenga la sonda lubricada con la mano dominante.
- Introduzca la sonda suavemente en el meato sin forzar.

Clave: 2660-005-008



- Hombres: mantenga el pene del paciente en ángulo recto y con el prepucio retraído. Tras introducir la tercera parte de solución requerida para inflar el globo, coloque el pene a 60° con respecto al cuerpo e introduzca hasta los mililitros restantes.
- Mujeres: separar los labios mayores y menores con la mano no dominante, e introduzca de 5 a 10 ml. Cuando salga orina, introduzca 2-3 ml más, pinzar el extremo de la sonda, conecte la jeringa a la luz del balón de la sonda, despince e infle el balón con 8–10 ml del contenido de la jeringa.
- Deslice suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una ligera resistencia.
- Conecte la sonda al sistema de recolección y sujételo al soporte en la cama del paciente, por debajo del nivel de la vejiga.
- Fije de acuerdo al sexo del paciente; mujeres: cara interna del muslo, hombres: cara antero-superior del muslo, evitando angulaciones.
- Membrete la sonda con los siguientes datos: fecha y hora de instalación, calibre de la sonda y nombre completo de la persona que la instaló.
- Asegúrese que el paciente esté lo más cómodo posible.
- Retire el material en los contenedores adecuados.
- Quite los guantes y realice higiene de manos.
- Deseche el material en los contenedores adecuados.

Mantenimiento:

- Verifique regularmente durante la permanencia de la sonda, que el sistema de drenaje mantenga circuito cerrado, que la bolsa contenedora se encuentre por debajo del nivel de la vejiga, sin tocar el suelo y que no se llene más de 75%.
- Realice diariamente higiene de genitales con agua y jabón mientras permanece instalado el catéter urinario.
 - Verifique que la línea de drenaje se encuentra libre de obstrucción.
 - Mantenga el sistema sin desconexiones en todo momento.
 - Retire el catéter urinario innecesario previa indicación médica.

4.4.4. Accesos vasculares

4.4.4.1 Catéter venoso periférico corto

4.4.4.2 Definición

Abordaje de una vena distal a través de la punción de la misma con fines diagnósticos, profilácticos o terapéuticos.

4.4.4.3 Objetivo

Clave: 2660-005-008



Establecer la técnica del acceso, mantenimiento y vigilancia para el suministro de líquidos, medicamentos, hemoderivados y otros así como el retiro del catéter venoso periférico corto.

4.4.4.4 Principio

El catéter venoso constituye un puente entre el medio exterior y el torrente sanguíneo; la sangre constituye el medio de transporte más eficaz de sustancias y moléculas del organismo, en tanto que alcanza todos y cada uno de los territorios de la anatomía y permite la rápida interrelación de los mismos.

4.4.4.5 Equipo y material

Mesa Pasteur, solución a infundir y equipo de infusión estériles, desechables, microgotero o normogotero; catéter para venoclisis de diferentes calibres (18, 20, 22 y 24 Fr), cubre bocas, guantes de látex desechables, gasas estériles de 7.5 X 5 cm. Antiséptico (opción a elegir: 1. Preparaciones combinadas de fábrica en envase individual estéril: gluconato de clorhexidina al 2% con alcohol isopropílico al 70% o yodopovidona al 10% con alcohol isopropílico al 70%. 2. Soluciones individuales a granel: alcohol isopropílico al 70% y yodopovidona al 2%); torniquete, apósito transparente estéril para vías periféricas, tripié, contenedores desechables de punzo-cortantes, bolsa de desechos.

4.4.4.6 Instrucciones de Operación

Instalación:

- Sanitice la mesa Pasteur.
- Efectúe higiene de manos.
- Prepare equipo y material.
- Coloque el cubrebocas.
- Conecte con técnica aséptica el equipo para venoclisis a la solución intravenosa, elimine el aire del equipo de venoclisis y coloque en el tripié.
- Etiquete el contenedor de la solución con el membrete que contenga los siguientes datos: nombre del paciente, número de unidad, fecha, nombre de la solución intravenosa, hora de inicio, hora de término, velocidad de infusión, nombre completo de quien la instaló.
- Identifique al paciente con apego a la Acción Esencial 4, Seguridad en los Procedimientos de la “Guía para la implementación de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1).
- Informe al paciente el procedimiento a realizar y solicite su colaboración.
- Efectúe fricción de manos con solución alcoholada.
- Identifique la mano dominante del paciente, de ser posible instale el acceso venoso en la mano no dominante.
- Evaluar que no haya antecedentes de fístula arteriovenosa, lesiones en la piel, mastectomía, hemiplejía e intervención quirúrgica en la extremidad.
- Seleccione el sitio anatómico de instalación de lo distal a lo proximal.

Clave: 2660-005-008



- Evite las zonas de pliegue.
- Valore el calibre el catéter para venoclisis que cumpla la función para la cual está destinado. Debe seleccionarse con la menor capacidad y longitud más corta, considerando el tipo de terapia prescrita y las características del paciente.
- Abra la envoltura del catéter.
- Abra el paquete de gasas de 7.5 x 5 cm.
- Coloque el torniquete en la parte superior al sitio seleccionado para puncionar.
- Cálcese un guante de látex desechable en la mano dominante.
- Tome una gasa y vierta alcohol isopropílico al 70%, realice asepsia del centro a la periferia en un radio de 5-7 cm, tratando de no contaminarla con la piel circundante, deséchela y permita que seque por sí sólo, realizar 2 tiempos, posteriormente, tome una gasa, vierta yodopovidona al 2%, realice asepsia, del centro a la periferia, tratando de no contaminar con la piel circundante, deséchela y permita que seque, en 2 tiempos.
- En recién nacidos el antiséptico de elección es el alcohol isopropílico al 70%, el uso de soluciones de gluconato de clorhexidina al 0.5% se someterá a valoración médica, así como las iodadas /iodoforas por su potencial efecto deteriorante de la función tiroidea, en caso de utilizarse se recomienda una vez que secó su completa remoción con solución salina al 0.9%.
- Efectúe el calzado del otro guante de látex desechable.
- Verifique el retorno venoso en la cámara del catéter.
- Retroceda una pequeña parte de la guía metálica y deslice el catéter.
- Coloque una gasa por debajo del pabellón del catéter.
- Retire el torniquete, haga presión en la parte superior de la vena que se canalizó mientras termina de extraer la guía metálica para evitar la salida de sangre.
- Conecte el equipo para venoclisis sin aguja, abra la llave de paso y cerciórese del adecuado flujo.
- Retire la gasa y deposítela en la bolsa de desechos.
- Aplique el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción y sin estirarlo, realice presión sobre el apósito transparente en toda su extensión, del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, evite dejar burbujas por debajo del apósito.
- Si cuenta con apósito transparente suajado con bordes reforzados utilice las cintas estériles para sujetar mejor el catéter antes de colocar el apósito sobre el mismo.
- Retire los guantes de ambas manos y deséchelos.
- Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente aproximadamente a cinco centímetros de la unión con el catéter, no la aplique sobre el apósito.
- Regule el goteo.
- Coloque una etiqueta con la fecha de instalación, calibre del catéter y nombre de la persona que lo instaló, sin obstruir la visibilidad del sitio de inserción.
- Fechar el set de infusión.
- Retire el material y equipo.
- Efectúe higiene de manos.

Clave: 2660-005-008



- Registre el procedimiento y la solución prescrita, en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).

Fuente: NOM-022-SSA3-2012 que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico corto, central y permanente; Secretaría de Salud, 2018.

Mantenimiento:

- Efectúe higiene de manos.
- La limpieza del sitio de inserción en los catéteres periféricos se realizará solo en caso de que el apósito esté húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter.
- El catéter periférico corto debe ser removido de inmediato cuando se sospeche de contaminación, así como discontinuarse la terapia.
- Durante la permanencia del acceso vascular evaluar el sitio de inserción con la escala de valoración de flebitis (Tabla 4) e infiltración (Tabla 5) de la *Infusion Nursig Society* (INS) 2006

Tabla 4. Escala de valoración de flebitis de la INS.

GRADO	CRITERIOS CLÍNICOS
0	No signos de flebitis: sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable.
1	Posibles signos de flebitis: dolor sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción.
2	Inicio de flebitis: dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción. Retire el catéter.
3	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema. Formación de veta y cordón venoso palpable.
4	Dolor en sitio de inserción con eritema o edema. Formación de veta y cordón venoso palpable > 2.5 cm. Drenaje purulento.

Tabla 5. Escala de valoración de infiltración de soluciones intravenosas, (INS)*

GRADO	CRITERIOS CLÍNICOS
0	Ninguno
1	Piel: blanquecina, edema menor a 1 pulgada en cualquier dirección, fría al tacto, con o sin dolor.
2	Piel: blanquecina, edema 1-6 pulgadas en cualquier dirección, fría al tacto, con o sin dolor.
3	Piel: blanquecina, traslúcida edema mayor a 6 pulgadas en cualquier dirección, fría al tacto, leve a moderado dolor posible entumecimiento.
4	Piel: blanquecina, traslúcida; tensa, salida de líquido; decolorada, contusionada, inflamada; grueso edema mayor a 6 pulgadas en cualquier dirección, edema profundo del tejido fino; debilitación circulatoria; dolor de moderado a severo; infiltración de cualquier cantidad de producto sanguíneo irritante o vesicante.

Clave: 2660-005-008



Fuente: Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico central y permanente. Secretaría de Salud, 2018.

- Reemplace los equipos para venoclisis cada 72 horas mediante técnica aséptica.
- Reemplace los catéteres periféricos cortos cada 72 horas, excepto en pacientes pediátricos, geriátricos y con limitación de acceso venoso hasta finalizar su tratamiento.

Retiro:

- Prepare el equipo y material.
- Realice higiene de manos.
- Explique al paciente el procedimiento.
- Colóquese cubre bocas.
- Suspenda el paso de flujo de la infusión.
- Efectúe el calzado de guantes desechables.
- Retire el apósito transparente microporoso estirando suavemente la película sobre sí misma.

NOTA: no utilice alcohol para remover el apósito transparente.

- Extraiga el catéter con suavidad y deséchelo.
- Haga presión sobre el sitio de inserción con una torunda alcoholada de 3 a 5 minutos.
- Verifique hemostasia.
- Retírese los guantes.
- Retire el material.
- Realice higiene de manos.
- Deje cómodo al paciente.
- Anote en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5) las acciones realizadas, especificando el motivo y hora de retiro.

4.4.4.7 Acceso venoso central

4.4.4.7.1 Definición

Al abordaje de la vena cava a través de la punción de una vena proximal con fines diagnósticos o terapéuticos.

4.4.4.7.2 Objetivo

Establecer la técnica de acceso, mantenimiento y retiro del cateter venoso central.

Clave: 2660-005-008



4.4.4.7.3 Principio

Al contar con un acceso en una vena de grueso calibre conseguiremos hacer grandes aportes parenterales, mediciones hemodinámicas y cubrir situaciones de emergencia al poder infundir simultáneamente distintas perfusiones incompatibles a través de lúmenes separados.

4.4.4.7.4 Equipo y material

Carro de curaciones exclusivo para el procedimiento de instalación y antisepsia del catéter venoso central, ropa de cirugía estéril (4 campos, 1 bata), guantes quirúrgicos estériles, gorro, cubrebocas, lentes protectores, antisépticos (1. Combinados de fábrica en envase individual estéril: gluconato de clorhexidina al 2% con alcohol isopropílico al 70% o yodopovidona al 10% con alcohol isopropílico al 70%. 2. Soluciones individuales a granel: alcohol isopropílico al 70%, yodopovidona al 2%), anestésico local (lidocaína al 2% simple), 2 jeringas de 10 ml, mango y hoja de bisturí, agujas hipodérmicas No. 23 y 20, sutura para piel nylon 2/0 o 3/0, tijeras, pinzas Kelly rectas, porta agujas, catéter venoso central, solución fisiológica al 0.9% de 250 ml, gasas estériles, apósito transparente estéril.

4.4.4.7.5 Instrucciones de operación

Instalación:

- Identifique al paciente con apego a la Acción Esencial 4, Seguridad en los Procedimientos de la “Guía para la implementación de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1), corroborando cuenta con el consentimiento informado para el procedimiento a realizar.
- Traslade el material a la unidad del paciente.
- Coloque al paciente en decúbito dorsal, con la cabeza girada al lado opuesto de la colocación del catéter.
- Realice lavado de manos con agua y jabón.
- Colóquese gorro, cubrebocas, bata y guantes.
- Abra el material estéril.
- Asista al médico durante el procedimiento.
- Verifique que el operador haya preparado el sitio de inserción con la técnica correcta y las soluciones antisépticas de la siguiente manera: tome una gasa y vierta alcohol isopropílico al 70%, realice asepsia del centro a la periferia en un radio de 20 cm, tratando de no contaminarla con la piel circundante, deséchela y permita que seque por sí sólo, realizar 3 tiempos, posteriormente, tome una gasa, vierta yodopovidona, realice asepsia, del centro a la periferia, tratando de no contaminar con la piel circundante, deséchela y permita que seque, en 3 tiempos.
- Si cuenta con clorhexidina al 2% en combinación con alcohol isopropílico al 70% dar un solo tiempo y espere 30 segundos.
- Verifica que sea cubierto el 80% del cuerpo del paciente con ropa estéril.

Clave: 2660-005-008



- Recomiende al operador que el número máximo de intentos sean dos.
- Verifique que el catéter sea fijado con sutura sintética no absorbible monofilamento de polipropileno, con aguja 2/0 o 3/0.
- Corrobore que se haya colocado correctamente el apósito transparente semipermeable y membrete adecuado con los siguientes datos: fecha, hora de instalación y nombre del operador.
- Realice anotaciones en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).

Mantenimiento:

- Revisión diaria de las condiciones del catéter.
- Retirar líneas vasculares innecesarias.
- Desinfección de puertos de inyección con alcohol isopropílico al 70% previo a su manipulación.
- Realizar cambio de los puertos de conexión con técnica aséptica.
- Realizar cambio de línea de infusión cada 72 horas, en caso de componentes sanguíneos o Nutrición Parenteral (NPT) al término de la infusión.
- Realizar curación del sitio de inserción cada 7 días si el apósito se mantiene íntegro (sin sangre, secreción, humedad, ni datos de infección) con la siguiente técnica:
- Colóquese el cubrebocas desechable.
- Realice lavado de manos con agua y jabón.
- Prepare y lleve el material a la unidad del paciente en el carro de curación exclusivo para tal fin.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Coloque al paciente en posición de decúbito dorsal con la cabeza al lado opuesto al sitio de inserción.
- Retire la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
- Desprenda el apósito transparente jalándolo suavemente, no utilice alcohol para su remoción.
- Observe y revise el sitio de inserción.
- Realice fricción de manos con solución alcoholada.
- Abra el equipo de curación.
- Coloque el guante estéril en la mano dominante.
- Realice la limpieza con el alcohol isopropílico al 70% en dos tiempos:
 - Primer tiempo: vierta el alcohol en la gasa y limpie a partir del sitio de inserción hasta las suturas.
 - Segundo tiempo: abarque el sitio de inserción en forma de círculo hasta aproximadamente un área de 5 a 10 cm.
- Posteriormente si utiliza yodopovidona realice la limpieza en tres tiempos o un tiempo si es gluconato de clorhexidina; inicie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse.
- Deje actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente.

Clave: 2660-005-008



- Cubra el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión y retire el exceso del antiséptico que la rodea con otra gasa con alcohol en caso de haber utilizado yodopovidona.
- Espere que seque y coloque el apósito transparente estéril cubriendo el sitio de inserción, sin estirarlo.
- El sitio de inserción debe quedar en el centro de la ventana transparente del apósito.
- Presione sobre el apósito transparente en toda su extensión del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, evite dejar burbujas por debajo del apósito.
- Sólo en caso de sangrado utilice una gasa estéril y apósito transparente para cubrir el sitio de inserción.
- Realice la curación en estos casos cada 48 horas como máximo.
- Mantenga la conexión del sistema de infusión en todo momento.
- Retire líneas vasculares innecesarias indicado por el médico tratante.
- Fije cada uno de los lúmenes (en su extremo distal) de forma independiente para reducir peso y tensión al apósito transparente y mantener por más tiempo su curación.
- Coloque un membrete con fecha y nombre de quien instaló, así como fecha y nombre de quien realizó la curación.
- Realice anotaciones en el formato de "Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería", clave 2660-009-144 (Anexo 5).

NOTA: NOM 022-SSA3-2012 Referencia 6.11.2: la limpieza del sitio de inserción del CVC se realizará cada 7 días si se usa apósito transparente, cuando se utilice gasas y material adhesivo la limpieza se realizará cada 48 horas. En ambos casos el cambio se deberá hacer inmediatamente cuando el apósito esté húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter, en caso de usar gasa estéril por debajo del apósito transparente obliga el cambio cada 48 horas.

Retiro:

- Colóquese el cubrebocas desechable.
- Realice lavado de manos con agua y jabón.
- Prepare y lleve el material a la unidad del paciente.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Cierre las infusiones.
- Coloque al paciente en posición decúbito dorsal con la cabeza dirigida hacia el lado opuesto al sitio de inserción.
- Retire el apósito suavemente, sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
- Realice curación del sitio de inserción con la técnica ya mencionada.
- Retire las suturas que sujetan el catéter.
- Extraiga suavemente el catéter en un ángulo de 90° de la piel mientras el paciente realiza una inspiración.
- Si el catéter ofrece resistencia al momento de intentar sacarlo, NO insista ni jale, informe inmediatamente al médico tratante.
- Evite que la punta del catéter toque superficies no estériles al momento de salir.

Clave: 2660-005-008



- Realice presión con una gasa estéril en el sitio de inserción.
- Si tiene indicación de tomar cultivo de la punta del catéter corte 5 cm de la punta con la tijera estéril y coloque tubo de ensayo estéril (sólo 5 cm, no más).
- Cubra el sitio de inserción con un apósito transparente estéril coloque gasa estéril y manténgalo por 24 a 48 horas.
- Deje cómodo al paciente.
- Verifique que no haya sangrado importante en el sitio.
- Realice anotaciones en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería” clave 2660-009-144 (Anexo 5) especifique el motivo y hora de retiro.

4.5 Terapia transfusional

4.5.1 Definición

Procedimiento terapéutico que consiste en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano.

4.5.2 Objetivo

Permitir la restauración del volumen, la restauración de la capacidad de transporte de oxígeno y la restauración de la función hemostática.

4.5.3 Principios

La transfusión de productos sanguíneos debe ser considerada en todo paciente que presenta pérdida aguda mayor del 25% de la volemia, con signos de descompensación hemodinámica.

La transfusión de hematíes aumenta la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos, debido a la hemoglobina que contiene en su interior.

4.5.4 Equipo y material

Producto sanguíneo prescrito, equipo para transfusión con filtro, sin aguja, catéter para venoclisis de diferentes calibres (14, 16, 18, y 20 Fr), torniquete de látex, jeringa de 10cc, tubo de ensayo para recolección de sangre sin anticoagulante y con anticoagulante, agujas, torundas con alcohol desnaturalizado, tela adhesiva, guantes de látex desechables, cubrebocas, mesa Pasteur, recipiente hermético para traslado de producto sanguíneos, tripié.

4.5.5 Instrucciones de operación

Antes de iniciar la terapia transfusional:

Clave: 2660-005-008



- Reciba el producto sanguíneo en termo limpio con paquetes refrigerantes integrado para transporte y conservación, elaborado de material plástico de alta densidad.
- Confirme la compatibilidad sanguínea con el formato “Control de Pruebas Cruzadas” clave 2430-021-023.
- Realice la identificación de los siguientes datos: tipo sanguíneo, factor Rhesus (factor Rh) y pruebas cruzadas negativas a Hepatitis B, Hepatitis C, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedades venéreas (VDRL) y fecha de caducidad.
- Verifique en forma detallada la calidad del componente sanguíneo, que la unidad permanezca sellada, sin fugas y que tenga los rótulos de calidad correspondiente y características generales físicas (libre de grumos, coágulos y color adecuado).
- Verifique en el formato de “Notas Médicas” la prescripción de la terapia transfusional y la forma en que tendrá que realizarse.
- Realice higiene de manos.
- Prepare el equipo y material y llévelo a la unidad del paciente.
- Minimice daños por movimientos violentos o por el contacto directo con refrigerantes al trasladar el producto sanguíneo.
- No caliente los productos sanguíneos por medios no idóneos, como ponerlos sobre superficies calientes o bajo el chorro de agua caliente.

Prepare el producto sanguíneo:

- Paquete globular: no agitar, puede administrarse frío.
- El plasma se descongela en agua sin sumergir los puertos, colóquelo dentro de una bolsa plástica sellada.
- Concentrados plaquetarios, homogenice el producto sanguíneo mediante movimientos suaves hasta el momento de la infusión.
- Realice higiene de manos.
- Colóquese cubre bocas.

Conozca el historial transfusional del paciente que se va a transfundir:

- Haga una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento sanguíneo correcto previo inicio a la administración con estricto apego a la Acción Esencial 4 Seguridad en los Procedimientos de la “Guía para la implementación de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, clave 2660-006-018 (Anexo 1).
- Registre antes de la terapia transfusional los signos vitales, hora de inicio, volumen, tipo de componente, número de folio, nombre y matrícula del responsable de llevar a cabo la terapia transfusional en el formato “Registro del Proceso de Transfusión”, clave 2430-021-026 y en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).

Clave: 2660-005-008



- Utilice medidas de asepsia y antisepsia durante la inserción del equipo para transfusión, con filtro, sin aguja a los puertos del producto sanguíneo, llene la capsula al 25% y proceda a eliminar el aire del resto del equipo.
- Utilice un acceso venoso periférico grueso para la administración del producto sanguíneo.
- Conecte bajo medidas de asepsia y antisepsia la parte terminal del equipo con filtro al catéter periférico y fije correctamente.
- Coloque membrete para la identificación de soluciones parenterales del Procedimiento para el “Sistema de Medicación en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-023. Con los siguientes datos: nombre del paciente, fecha de nacimiento, fecha y hora de preparación, prescripción del producto sanguíneo y total a infundir, hora de inicio y término, total de horas de infusión, mililitros por hora a infundir y nombre de quien prepara el producto sanguíneo.
- Oriente al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional como son:
 - Ansiedad.
 - Escalofríos.
 - Hipertermia.
 - Hipotensión.
 - Cefalea.
 - Prurito.
 - Náusea.
 - Vómito.
 - Taquicardia.
 - Sensación de calor.
 - Disnea.
 - Mareo.
 - Dolor lumbar y torácico.

Durante la etapa transfusional:

- Regule el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observe la presencia de alguna manifestación clínica de reacción y posteriormente graduar el goteo acorde a la prescripción médica y realice el cálculo.
- Vigile el sitio de inserción para saber si hay signos de infiltración o flebitis.
- Registre durante la terapia transfusional las constantes vitales (pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y tensión arterial) en el formato “Registros en el Proceso de Transfusión”, clave 2430-021-026.
- Vigile la aparición de signos clínicos de reacción transfusional.
- No mezcle el producto sanguíneo con ningún fármaco.

Clave: 2660-005-008



Posterior a la terapia transfusional:

- Registre al término de la terapia transfusional las constantes vitales (pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y tensión arterial) en el formato “Registros en el Proceso de Transfusión”, clave 2430-021-026.
- Desconecte con los principios de asepsia y antisepsia la parte terminal del equipo con filtro del catéter para venoclisis, manteniendo la vía venosa con solución prescrita en las indicaciones médicas.
- Deseche la bolsa del producto sanguíneo con el equipo para transfusión en la bolsa de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI).
- Registre con letra clara y legible la hora de término y volumen transfundido en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).
- Vigile al paciente por dos horas más, al término de la transfusión.
- Evite la transfusión de más de una unidad de sangre o producto sanguíneo en forma continua a menos que sea por prescripción médica.

Intervenciones de Enfermería ante reacciones adversas relacionadas con la terapia transfusional:

- Suspenda de forma inmediata la transfusión.
- Notifique al Médico No Familiar que prescribió la transfusión.
- Ministre medicamentos de acuerdo a la prescripción médica.
- Registre las constantes vitales (pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y tensión arterial) y el motivo de la suspensión del producto sanguíneo en el formato “Registros en el Proceso de Transfusión”, clave 2430-021-026.
- Tome muestras sanguíneas en tubo de ensaye para recolección de sangre con anticoagulante y sin anticoagulante.
- Envíe la bolsa del producto sanguíneo con el remanente y las muestras sanguíneas al banco de sangre con resumen médico emitido por el Médico No Familiar responsable del paciente.
- Deje constancia de la transfusión y reacciones en el formato de “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, clave 2660-009-144 (Anexo 5).
- Elabore el llenado del formato “Notificación de Evento Centinela, Adverso y Cuasifalla” Sistema VENCER II y de seguimiento de la evolución del paciente durante las siguientes 72 horas.
- Registre en línea el evento en la página <http://intranet:55554/uma/default.aspx>
- De seguimiento a las acciones correctivas emprendidas y corrobore su efectividad.

4.6 Reanimación cardiopulmonar

4.6.1 Definición

Clave: 2660-005-008



El Paro Cardiorrespiratorio (PCR) es la pérdida de los signos vitales como son la ausencia de pulso y ventilaciones espontáneas.

4.6.2 Objetivos

Proporcionar atención de calidad al paciente, con rapidez, eficiencia, humanismo y decisión, cuando presente cuadros críticos de algún padecimiento o lesión orgánica.

Coadyuvar a la conservación integral del paciente, proporcionándole atención oportuna, continua y libre de riesgos.

4.6.3 Principios

La sangre transporta sustancias del exterior al interior de las células y viceversa, y por ello el volumen y la presión de sangre circulante deben conservarse dentro de ciertos límites para satisfacer las necesidades variables de los órganos.

Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.

Todas las células del organismo necesitan un pH ambiental constante.

4.6.4 Equipo y material

Monitor/desfibrilador con paletas para desfibrilación y cardioversión convertibles (tamaño pediátrico y adulto) con cable toma corriente, tanque de oxígeno con manómetro, válvula reguladora y borboteador, tabla para compresiones cardíacas externas de tamaño acorde al tipo de pacientes atendidos en el servicio (adulto, pediátrico), cable para paciente con al menos 3 puntas para ECG con electrodos desechables, cable para electrodos de marcapaso para uso adulto y pediátrico, sensor para saturación de oxígeno, reanimadores pulmonares (bolsas para reanimación), carro de reanimación: medicamentos, equipo para intubación endotraqueal con mango y juego de hojas de distintos tamaños rectas y curvas para laringoscopia, pinza de Magill, baterías de repuesto, material de consumo, mascarillas y soluciones parenterales.

4.6.5 Instrucciones de operación

Reanimación cardiopulmonar (RCP) en el adulto

Valoración del estado de alerta:

Clave: 2660-005-008



- Tome al paciente de ambos hombros, móvilo gentilmente y pregunte: ¿se encuentra usted bien?, si no responde repita estas maniobras nuevamente para obtener respuesta. Si no hay respuesta, hay pérdida del estado de alerta, active el sistema médico de urgencias.

Activación del servicio médico de urgencias:

- Solicite ayuda al personal médico y de enfermería, pida el equipo de paro (carro de reanimación con desfibrilador). Si se encuentra solo, busque el carro de reanimación y regrese con el paciente.
- Identifique el paro cardiorrespiratorio.
- Valore la presencia de pulso.
- Localice la tráquea a nivel del cuello utilizando dos dedos.
- Deslice ambos dedos hacia el surco entre la tráquea y los músculos laterales del cuello, comprima sutilmente para sentir el pulso de la arteria carótida.
- Verifique la presencia de pulso durante 5 a 10 segundos.
- Diagnostique paro cardíaco si no hay pulso; en este caso, inicie con compresiones torácicas.
- Valore el paro respiratorio.
- Observe y escuche la presencia de signos de paro respiratorio como son la ausencia de ruidos respiratorios y expansión de la caja torácica.

Protocolo CABD primario:

C. Circulación (Compresiones torácicas):

- Sitúese a un lado del paciente.
- Coloque al paciente en decúbito dorsal en una superficie dura o coloque la tabla rígida.
- Ponga el talón de su mano sobre el centro del tórax del paciente, en la mitad inferior del esternón.
- Coloque el talón de la otra mano encima de la primera.
- Ponga los brazos firmes y extendidos sin flexionar los codos, los brazos deben estar en ángulo recto sobre el eje principal del tórax.

Comprima fuerte y rápido con una profundidad de al menos 5 cm con cada compresión, deje expandir totalmente el tórax entre una y otra compresión y evite interrupciones.

- Realice 30 compresiones a una velocidad de 100 a 120 por minuto.
- Realice secuencias de 5 ciclos de 30 compresiones por dos ventilaciones.

Clave: 2660-005-008



- Realice compresiones continuas a razón de 100 a 120 por minuto en forma asincrónica con las ventilaciones (una ventilación cada 6 a 8 segundos), si el paciente está intubado.

A. Vía Aérea Permeable:

- Permeabilice la vía aérea mediante la extensión del cuello con la triple maniobra de la vía aérea de la siguiente forma: incline la cabeza de la víctima hacia atrás, coloque una mano sobre la frente mientras con la otra mano da apertura ala boca y levanta la mandíbula.
- Evite la extensión del cuello en caso de traumatismo craneoencefálico o raquimedular. En esta situación realice levantamiento o subluxación mandibular.

B. Ventilación:

- Proporcione dos ventilaciones con la válvula-bolsa-mascarilla, a una fracción inspirada de oxígeno del 100%, con la siguiente técnica:
 - Coloque la mascarilla sobre el rostro del paciente, sellando boca y nariz.
 - Mantenga la extensión del cuello mientras administra las ventilaciones.
 - Administre 2 ventilaciones efectivas (verifique la expansión del tórax) de un 1 segundo cada una.

NOTA: si el paciente está intubado, administre una ventilación cada 6 a 8 segundos.

D. Desfibrilación (solo para personal capacitado en reanimación avanzada):

- Encienda el desfibrilador.
- Coloque ambas palas del desfibrilador sobre el tórax descubierto del paciente. La pala que dice esternón colóquela debajo de la clavícula en la línea paraesternal derecha y la pala que corresponde al ápex colóquela en la línea medio clavicular debajo del pezón izquierdo, en caso de ser mujer, a un costado de la glándula mamaria izquierda.
- Analice el ritmo electrocardiográfico.
- Identifique si el ritmo es desfibrilable (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso) o no desfibrilable (asistolia o actividad eléctrica sin pulso).
- Desfibrile en caso de ritmo desfibrilable de acuerdo a la siguiente secuencia:
 - Solicite aplicar gel a ambas palas del desfibrilador.
 - Seleccione la dosis de descarga (360 Joules con desfibrilador monofásico o 200 Joules con desfibrilador bifásico; se debe otorgar la dosis máxima de descarga del desfibrilador).

Clave: 2660-005-008



- Oprima el botón de “carga” en el desfibrilador (se activará una alerta sonora al estar lista la carga).
- Pida suspender las compresiones torácicas.
- Coloque ambas palas del desfibrilador sobre el tórax descubierto del paciente (en los sitios anatómicos previamente comentados).
- Indique en voz alta a todos los presentes alejarse del paciente en tres tiempos por ejemplo: “fuera yo, fuera vía aérea, fuera todos”.
- Realice comprobación visual de que nadie está en contacto con el paciente antes de administrar la descarga.
- Oprima el botón de descarga.
- Otorgue solo una descarga de desfibrilación, esta se podrá realizar cada dos minutos si el paciente persiste sin pulso y ritmo desfibrilable.
- Indique continuar con las compresiones torácicas inmediatamente después de la descarga.
- Coloque las palas nuevamente en el desfibrilador.

NOTA 1: en caso de identificar un ritmo no desfibrilable (asistolia o actividad eléctrica sin pulso) no realice desfibrilación y continúe con las compresiones torácicas.

NOTA 2: el carro de reanimación con el desfibrilador, se debe colocar a un lado del paciente, junto al reanimador que va a manejarlo. Esta posición permite: acceder mejor a los mandos del desfibrilador, a la colocación de las palas o parches y que un segundo reanimador realice la RCP desde el lado contrario sin interferir en el funcionamiento del desfibrilador.

Protocolo de CABD secundario:

El CABD secundario debe iniciar posterior a la “D” primaria (descarga eléctrica inicial de un ritmo desfibrilable o posterior a identificar un ritmo no desfibrilable). Las acciones del CABD secundario, deben ejecutarse de forma simultánea por el equipo de reanimación, estas se describen a continuación en orden de prioridad:

C. Circulación:

- Continúe con ciclos de 30 compresiones torácicas a una velocidad de 100 a 120 y 2 ventilaciones durante cinco ciclos.
- Canalice dos vías venosas periféricas o vía intraósea.
- Tome muestras sanguíneas.
- Administre 1 mg de adrenalina aforado en 10 ml de solución fisiológica al 0.9% por la vía periférica o intraósea, posterior a la administración de medicamento aplique 20 ml de solución cloruro de sodio al 0.9% y eleve la extremidad durante 20 segundos.
- Administre Amiodarona en la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular refractaria, esta última es considerada cuando se han dado más de dos desfibrilaciones y no existe respuesta (Tabla 6).

Tabla 6. Esquema de administración de Amiodarona en el paro cardiorrespiratorio

Clave: 2660-005-008



Número de bolos	Dosis	Dilución	Tiempo pasar ^a	Vía
Primer bolo	300 mg	30 a 50 ml	5 a 10 minutos	Intravenosa
Segundo bolo	150 mg			
Tercer bolo	150 mg			

NOTA 1: si después del primer bolo, persiste con fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, está indicado el segundo y tercer bolo IV.

NOTA 2: la adrenalina debe administrarse cada 3 a 5 minutos mientras persista sin pulso. La fibrilación ventricular y taquicardia ventricular refractarias se diagnostican cuando no revierten después del tercer evento de desfibrilación.

- Monitoree el ritmo electrocardiográfico en forma continua (coloque los electrodos del desfibrilador en el tórax del paciente).
- Verifique el pulso carotídeo cada dos minutos durante 5 a 10 segundos.
- Suspenda las compresiones torácicas si el paciente recupera el pulso.

AB. Vía Aérea Permeable y Ventilación

- Mantenga la vía aérea permeable durante las ventilaciones mediante la extensión del cuello.
- Aspire las secreciones, sangre o vómito, con una sonda la cavidad oral y faringe, (en caso necesario).
- Administre 2 ventilaciones efectivas (verificar la expansión del tórax) de un 1 segundo cada una, con la bolsa válvula mascarilla, conectada a una fuente de oxígeno a 10 a 15 litros por minuto, para otorgar FiO₂ al 100%.
- Otorgue una ventilación cada 6 a 8 minutos en forma asincrónica con las compresiones torácicas, si el paciente esta intubado.
- Valore el uso de un dispositivo definitivo de la vía aérea como la intubación orotraqueal y corroborar la correcta colocación.

NOTA: la colocación de un dispositivo definitivo de la vía aérea como la cánula orotraqueal no es prioritario durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin embargo, si la ventilación es inadecuada debe considerarse. Durante la colocación de una cánula orotraqueal no deben suspenderse las compresiones torácicas.

D. Diagnóstico diferencial:

- Establezca las causas irreversibles de paro cardiorrespiratorio con la mnemotecnica de las 5 H's (Hipovolemia, Hipoxemia, Hidrogenión (acidosis), Hipo-hiperpotasemia, Hipotermia) y las 5 T's (neumotórax a Tensión, Taponamiento cardiaco, Tóxicos, Trombosis y Tromboembolia pulmonar).
- Dé tratamiento adicional a la causa del paro cardiorrespiratorio.

Clave: 2660-005-008



Cuidados post-paro cardiorrespiratorio:

- Administre cuidados post-paro cardiorrespiratorio si el paciente recupera la circulación espontánea, es decir, si recupera el pulso.
- Establezca una vía aérea definitiva si no fue establecida durante las maniobras de RCP.
- Realice 1 ventilación cada 5 a 6 segundos (10 a 12 ventilaciones por minuto).
- Ajuste el valor de FiO_2 hasta el nivel mínimo necesario para mantener un valor de $\text{SaO}_2 \geq 94\%$.
- Mantenga la PaCO_2 en 35 a 40 mmHg.
- Realice monitoreo hemodinámico.
- Realice electrocardiograma.
- Solicite los estudios de laboratorio pertinentes de acuerdo a la valoración post-paro del paciente.
- Verifique la permeabilidad de las vías periféricas o, instale una vía venosa central.
- Trate la hipotensión.

Valore la administración de aminas (solo para personal capacitado en reanimación avanzada):

- Adrenalina: infusión IV de 0.1 a 0.5 mcg/kg por minuto (en adultos de 70kg de 7 a 35 mcg por minuto) titulada hasta alcanzar una PAS mínima > 90 mmHg o una presión arterial media de > 65 mmHg.
- Dopamina: infusión IV de 5 a 10 mcg/kg por minuto titulada hasta alcanzar una PAS mínima de > 90 mmHg o una presión arterial media > 65 mmHg.
- Norepinefrina: infusión IV de 0.1 a 0.5 mcg/kg por minuto (en adultos de 70kg 7 a 35 mcg por minuto) titulada hasta alcanzar una PAS mínima > 90 mmHg o una presión arterial media de > 65 mmHg.

4.6.2.1 Reanimación cardiopulmonar pediátrica

Para fines de RCP básica el paciente pediátrico se divide en tres grupos:

1. Recién nacido a 12 meses.
2. 13 meses hasta 8 años.
3. Mayor a 8 años.

Existen diferencias en la técnica para otorgar las compresiones torácicas así como el sitio anatómico para verificar el pulso de acuerdo a cada grupo de edad.

En el primer grupo de edad (recién nacido a 12 meses), las compresiones torácicas se realizan con 2 dedos en el tercio medio del esternón. Cuando la RCP es otorgada por un rescatador se utilizan el dedo medio y anular, mientras que si son dos rescatadores se aplican las compresiones con ambos pulgares con la técnica del abrazo. El pulso se verifica

Clave: 2660-005-008



a nivel braquial o femoral. En los niños de 2 a 8 años las compresiones se ejecutan con una mano en el tercio medio del esternón, mientras que el pulso se verifica a nivel carotídeo.

En mayores de 8 años la RCP se ejecuta igual que en el adulto.

Valore el estado de alerta:

- Tome al paciente de ambos hombros, movílcelo gentilmente y háblele, si no responde a estas maniobras movílcelo nuevamente para obtener respuesta. Si no hay respuesta hay pérdida del estado de alerta.
- Identifique el paro cardiorrespiratorio.
- Valore de la presencia de pulso.
- Evalúe el pulso braquial o femoral en el recién nacido hasta 1 año: cara interna del tercio proximal del brazo o muslo.
- Evalúe el pulso carotídeo a nivel del cuello utilizando los dedos índice y medio en niños mayores a 1 año.
- Verifique la presencia de pulso durante 5 a 10 segundos.
- Verifique paro cardíaco si no hay pulso; en este caso, iniciar con compresiones torácicas.

NOTA: en el grupo de edad recién nacido a 12 meses, se establece paro cardiorrespiratorio si la frecuencia del pulso es igual o menor a 60 por minuto.

Valore el paro respiratorio:

- Busque la presencia de signos de paro respiratorio como ausencia de ruidos respiratorios y expansión de la caja torácica.

Protocolo de CABD primario:

C. Circulación:

Tabla 7. Compresiones torácicas en pacientes de recién nacido a 12 meses

Técnica con un rescatador	Técnica con dos rescatadores
1. Coloque al paciente en decúbito dorsal en una superficie dura o coloque la tabla rígida.	1. Coloque al paciente en decúbito dorsal en una superficie dura o coloque la tabla rígida.
2. Localice el tercio medio del esternón.	2. Localice el tercio medio del esternón.
3. Coloque dos dedos en el tercio medio del esternón (dedo índice y medio, o medio y anular).	3. Realice la compresión torácica con la técnica del abrazo (colocar ambos pulgares en el tercio medio del esternón y los 4 dedos restantes en la zona dorsal).

Clave: 2660-005-008



4. Comprima fuerte y rápido con una profundidad de al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax con cada compresión, deje expandir totalmente el tórax entre una y otra compresión y evite interrupciones.

5. Realice 30 compresiones a una velocidad de 100 a 120 por minuto.

6. Realice secuencias de 5 ciclos de 30 compresiones por dos ventilaciones.

4. Comprima fuerte y rápido con una profundidad de al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax con cada compresión, deje expandir totalmente el tórax entre una y otra compresión y evite interrupciones.

5. Realice compresiones a una velocidad de 100 a 120 por minuto.

6. Realice secuencias de 10 ciclos de 15 compresiones por dos ventilaciones.

NOTA: las compresiones torácicas efectivas reúnen las siguientes características: velocidad de 100 a 120 por minuto, profundidad de un tercio del diámetro anteroposterior del tórax e intercambiar reanimador cada dos minutos para garantizar la eficacia.

Compresiones torácicas en pacientes de 13 meses a 8 años:

- Coloque al paciente en decúbito dorsal en una superficie dura o coloque la tabla rígida.
- Localice el tercio medio del esternón.
- Coloque una mano en el tercio medio del esternón.
- Comprima fuerte y rápido con una profundidad de al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax con cada compresión, deje expandir totalmente el tórax entre una y otra compresión y evite interrupciones.
- Realice compresiones a una velocidad de 100 a 120 por minuto.
- Realice secuencias de 5 ciclos de 30 compresiones por dos ventilaciones.

A. Vía Aérea Permeable:

- Permeabilice la vía aérea mediante la extensión del cuello con la triple maniobra de la vía aérea de la siguiente forma:
 - Inclíne la cabeza de la víctima hacia atrás al colocar una mano sobre la frente mientras la otra mano da apertura a la boca y levanta la mandíbula.
 - Evite la extensión del cuello en caso de sospechar traumatismo craneoencefálico o raquímedular. En esta situación realizar levantamiento o subluxación mandibular.

NOTA: en el recién nacido hasta 12 meses la extensión del cuello debe lograr la posición de "olfateo". Evitar hiperextensión del cuello debido a que genera oclusión anatómica de la vía aérea.

B. Ventilación:

- Dé dos ventilaciones con la válvula-bolsa-mascarilla, a una fracción inspirada de oxígeno del 100%, con la siguiente técnica:

Clave: 2660-005-008



- Coloque la mascarilla sobre el rostro de la víctima, sellando boca y nariz.
- Mantenga la extensión del cuello mientras administra las ventilaciones.
- Administre 2 ventilaciones efectivas (verifique la expansión del tórax) de un 1 segundo cada una.

NOTA 1: el volumen a administrar durante cada ventilación debe ser el suficiente para expandir la caja torácica, evitando el exceso de presión (no mayor a 20 cm H₂O).

NOTA 2: si el paciente está intubado, administrar ventilaciones a una frecuencia de 12 a 20 por minuto.

D. Desfibrilación:

- Encienda el desfibrilador.
- Coloque ambas palas pediátricas del desfibrilador sobre el tórax descubierto del paciente. La pala que dice esternón se coloca debajo de la clavícula en la línea paraesternal derecha y la pala que dice ápex se coloca en la línea medio clavicular debajo del pezón izquierdo.
- Analice el ritmo electrocardiográfico.
- Identifique si el ritmo es desfibrilable (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso) o no desfibrilable (asistolia o actividad eléctrica sin pulso).

En caso de ritmo desfibrilable, realizando la siguiente secuencia:

- Solicite aplicar gel a ambas palas del desfibrilador. Seleccione la dosis de descarga (2 Joules por Kg de peso para la primera descarga y 4 Joules en las descargas subsiguientes).
- Oprima el botón de “carga” en el desfibrilador (se activará una alerta sonora al estar lista la carga).
- Pida suspender las compresiones torácicas.
- Coloque ambas palas del desfibrilador sobre el tórax descubierto del paciente (en los sitios anatómicos previamente comentados).
- Indique en voz alta a todos los presentes alejarse del paciente en tres tiempos (por ejemplo: “fuera yo, fuera vía aérea, fuera todos”).
- Realice comprobación visual de que nadie está en contacto con el paciente antes de administrar la descarga.
- Oprima el botón de descarga.
- Otorgue solo una descarga de desfibrilación, esta se podrá realizar cada dos minutos si persiste sin pulso y ritmo desfibrilable.
- Indique continuar con las compresiones torácicas inmediatamente después de la descarga.
- Coloque las palas nuevamente en el desfibrilador.

Clave: 2660-005-008



NOTA: los ritmos electrocardiográficos más comunes del paro cardíaco en pediatría son la asistolia o actividad eléctrica sin pulso. Estos ritmos no requieren de desfibrilación.

Protocolo de CABD secundario:

El CABD secundario debe iniciar posterior a la “D” primaria (descarga eléctrica inicial de un ritmo desfibrilable o posterior a identificar un ritmo no desfibrilable). Las acciones del CABD secundario, deben ejecutarse de forma simultánea por el equipo de reanimación, estas se describen a continuación en orden de prioridad.

C. Circulación:

- Continúe con ciclos de 30 compresiones torácicas a una velocidad de 100 a 120 y 2 ventilaciones durante cinco ciclos (un rescatador).
- Continúe con ciclos de 15 compresiones torácicas a una velocidad de 100 a 120 y 2 ventilaciones durante 10 ciclos (dos rescatadores).
- Canalice dos vías venosas periféricas o vía intraósea.
- Tome muestras sanguíneas.
- Administre Adrenalina a dosis de 10 mcg por kg en una dilución 1 en 10 (1 mg de Adrenalina aforada en 10 ml de solución fisiológica al 0.9%) por la vía periférica o intraósea.
- Administre Amiodarona en la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular refractaria.
- Monitoree el ritmo electrocardiográfico en forma continua (colocar los electrodos del desfibrilador en el tórax del paciente).
- Verifique el pulso carotídeo cada dos minutos durante 5 a 10 segundos.
- Suspenda las compresiones torácicas si el paciente recupera el pulso.

NOTA 1: la adrenalina debe administrarse cada 3 a 5 minutos mientras persista sin pulso.

NOTA 2: la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular refractarias se diagnostican cuando no revierten después del tercer evento de desfibrilación.

NOTA 3: la Amiodarona en el paro cardiorrespiratorio en el paciente pediátrico se administra a dosis de 5 mg por kg en bolo rápido, hasta tres bolos, con una dosis total acumulativa de 15 mg por kg.

AB. Vía Aérea Permeable y Ventilación:

- Mantenga la vía aérea permeable durante las ventilaciones con la extensión del cuello.
- Aspire la cavidad oral y faringe si hay presencia de secreciones, sangre o vómito.
- Administre 2 ventilaciones efectivas (verifique la expansión del tórax) de un segundo cada una, con la bolsa válvula mascarilla, conectada a una fuente de oxígeno a 10 a 15 litros por minuto, para otorgar FiO₂ al 100%.

Clave: 2660-005-008



- Otorgue una ventilación cada 3 a 5 minutos (12 a 20 por minuto) en forma asincrónica con las compresiones torácicas, en caso de que el paciente ya este intubado.
- Valore el uso de un dispositivo definitivo de la vía aérea como la intubación orotraqueal y corroborar la correcta colocación.

NOTA: la colocación de un dispositivo definitivo de la vía aérea como la cánula orotraqueal no es prioritario durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin embargo, si la ventilación es inadecuada debe considerarse.

- Continúe las compresiones torácicas en caso de colocar una cánula orotraqueal.

D. Diagnóstico diferencial:

- Establezca las causas de paro cardiorrespiratorio con la mnemotecnica de las 5 H's (Hipovolemia, Hipoxemia, Hidrogenión (acidosis), Hipo o hiperpotasemia, Hipotermia) y las 5 T's (neumotórax a Tensión, Taponamiento cardiaco, Tóxicos, Trombosis y Tromboembolia pulmonar).
- Dé tratamiento específico a la causa del paro cardiorrespiratorio.

Consideraciones para mejorar la calidad en la RCP y del equipo:

- Mantenga íntegro y en orden el equipo de reanimación (carro de reanimación).
- Realice la entrega-recepción documentada del carro de paro por turno.
- Verifique la caducidad de medicamentos, la funcionalidad del monitor desfibrilador y la esterilidad del material consumible y del equipo de laringoscopia.
- Mantenga el carro de paro y desfibrilador en un lugar accesible, libre de obstáculos.
- Mantenga en todos los turnos, el desfibrilador conectado a la corriente eléctrica.
- Conozca el tipo de desfibrilador con el que se cuenta en el servicio: monofásico o bifásico, ya que de ello dependerá el voltaje a emplearse en la RCP.
- Realice periódicamente descargas seguras de prueba al desfibrilador.

Consideraciones sobre el equipo de salud:

- Entrene periódicamente en habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.
- Considere los aspectos éticos, legales y culturales asociados a la hora de proporcionar cuidados a individuos que requieren reanimación.
- Rote las actividades de RCP entre todos los miembros del equipo, para el desarrollo de habilidades.
- Establezca sistemas de evaluación y mejora continua del proceso de reanimación cardiopulmonar y cuidados en el paciente en estado crítico.

NOTA 1: se recomienda que el líder en cada evento, sea la persona mayor capacitada en RCP.

Clave: 2660-005-008



NOTA 2: el equipo de salud, deberá certificarse por lo menos, cada 2 años en RCP básica y avanzada.

4.7 Planificación del alta

4.7.1 Definición

Recomendaciones para el paciente en forma verbal o escrita, que sean comprendidas, a partir del ingreso a hospitalización y se refuerzan durante el alta hospitalaria.

Las indicaciones deben ser claras y comprensibles, se debe verificar siempre la forma como el mensaje ha sido entendido por el paciente y su familiar o cuidador.

4.7.2 Objetivo

Reforzar y ampliar los cuidados que debe tener el paciente durante la convalecencia; proporcionados por él mismo (autocuidado) o por su familia o cuidados (asistencia).

4.7.3. Aspectos a incluir en el plan de alta

Cada uno de los aspectos resalta la necesidad de individualizarlos, tomando en cuenta las características y necesidades del paciente, de tal manera que se proporcione un cuidado individualizado integral.

Comunicación efectiva: el equipo de salud debe acudir al paciente cuando presente molestias o cuando se requiera, para evitar complicaciones, y con su familia para solicitar colaboración; ésta es una red de apoyo fundamental para la aplicación del plan de alta.

Urgente, es importante realizar las siguientes acciones:

Informar acerca de los signos de alerta que indican un deterioro de salud del paciente o de una recaída.

Datos que el paciente debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo si se presentan; de este punto depende de la calidad de vida de la persona; incluir información sobre sitio, fecha y hora del próximo control para llevar un adecuado seguimiento; en este caso es la consultoría médica y de enfermería.

Información:

- Oriente al paciente sobre las intervenciones a realizar o para favorecer su autonomía.
- Aclare las dudas que tenga la persona respecto a los cuidados.
- Investigue si requiere alguna otra información sobre su estado clínico.

Clave: 2660-005-008



- Identifique oportunamente necesidades o vacíos en el conocimiento de la enfermedad que tiene el paciente y el familiar.
- Verifique si conoce sus derechos relacionados con la salud, cómo y dónde ejercerlos.

Dieta: este aspecto incluye la información relativa a:

Dietas especiales, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación y otros temas relacionados, de acuerdo con los datos que se hayan obtenido al valorar el patrón nutricional y metabólico.

Tomar en cuenta los gustos y la capacidad económica de la persona de sugerir alimentos que estén a su alcance y para facilitar la adopción de cambios que redunden en un mejor nivel de salud.

Ambiente: para hacer las recomendaciones acerca de este punto, es necesario haber indagado previamente sobre el ambiente doméstico, laboral y social en el que se desenvuelve la persona para incidir en su salud y capacitar a su familia para proporcionar educación e información correspondientes.

Entre otros aspectos se sugiere manejo de:

- Basura,
- Higiene del hogar,
- Posesión de animales domésticos y plantas.
- Riesgos que puedan ocasionar caídas,
- Ubicación de la habitación respecto a otras áreas a donde deben desplazarse (baño por ejemplo), en especial si la persona tiene alguna limitación para la movilización o deterioro visual; o en relación con la protección laboral.
- Considere aspectos ambientales relevantes para el paciente de acuerdo a su estado de salud, sobre todo alertarlo sobre los factores de riesgo y los factores protectores.

Recreación y uso el tiempo libre: tener en cuenta los datos recolectados durante la valoración, para sugerir a la persona cómo implementar su tiempo libre, de acuerdo con ello proporcionar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad.

Medicamentos y tratamientos farmacológicos: orientar sobre cómo continuar la medicación en casa, aceptando el horario más adecuado para la persona, teniendo en cuenta las características farmacológicas de los medicamentos. Informe al paciente o cuidador primario que las reacciones secundarias de los medicamentos pueden interferir con alguna de las actividades cotidianas.

Espiritualidad: parte de la totalidad humana que “agrupa ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito, y tiene el poder de dar forma y significado al ser, saber, y hacer que se puede

Clave: 2660-005-008



reconocer como un impulso unificador, un sistema de guía interno básico para el bienestar humano, que motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias”.

La enfermedad, con frecuencia, constituye una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia e impulsan a la persona para ir más allá, para trascender. Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo a las características particulares del paciente, orientándolo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ayudar al respecto.

Es importante involucrar a la familia, si el paciente lo acepta o si se trata de personas con discapacidad y las que tienen incapacidad mental.

Registre la elaboración del plan de alta en los formatos del ámbito de su competencia.

Clave: 2660-005-008



ANEXO 8

Imagen muestra de la solicitud de exámenes de laboratorio 4-105-2001 y solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL MÉDICA		SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO	
	FECHA DE SOLICITUD	PACIENTE EXTERNO	CAMA NÚMERO
HACER EXÁMENES EL DÍA	SERVICIO SOLICITANTE		
DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN			
EXÁMENES SOLICITADOS			
NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE ENTREGA	
CÉDULA DE AFILIACIÓN:		NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN INFORMA	
NOMBRE DEL MÉDICO:		320 901 2593 01 01	
No. DE MATRÍCULA:			
FIRMA			



MF-4-30-2/2000



ORDINARIA ☐ URGENTE ☐

FECHA DE LA SOLICITUD			PRESENTARSE A RX				
HORA	DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO
PROXIMA CONSULTA				SE BUSCA AL PACIENTE EN			
HORA	DIA	MES	AÑO	CAMA No.	SALA DE ESPERA		

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO	
NOMBRE DEL PACIENTE		NOMBRE DEL PACIENTE	
PATERNO	MATRNO	NOMBRE (S)	
CURP			
UNIDAD DE ADSCRIPCION			
No. DE CONSULTORIO		TURNOS	
NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DEL MEDICO			

A LLENAR POR EL MEDICO SOLICITANTE - NO SE ACEPTARA SI NO ESTA COMPLETA Y LEGIBLE	
SEÑALE CON X EL ESTUDIO SOLICITADO	ANOTAR DATOS CLINICOS Y Dx PRESUNCIONAL Y LA REGION ANATOMICA INTERESADA
CRANEO	
SENOS PARANASALES	
ABDOMEN SIMPLE	
ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO	
COLECISTOGRAFIA	
COLON POR ENEMA	
TORAX P.A.	
UROGRAFIA EXCRETORA	
COLUMNA VERTEBRAL	
HUESOS	
OTROS EXAMENES	



ANEXO 9

Imagen muestra del formato interconsulta a especialidad 4-30-8/83



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

ORDINARIO ☐

URGENTE ☐

4-30-8/83
NÚMERO DE AFILIACIÓN - NOMBRE

CURP

INTERCONSULTA

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE:

UNIDAD CONSULTADA	DELEGACIÓN
HGR251	16
UNIDAD Y SERVICIO QUE SOLICITA	DELEGACIÓN
MFYR	16

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO:

FECHA EN QUE SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO EN EL IMSS
TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
FECHA EN QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA:

FACTORES DE RIESGO

HEREDITARIOS

1. DIABETES MELLITUS
2. HIPERTENSION ARTERIAL
3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O EVC
4. CÁNCER
5. ALERGIA
6. OTROS

PERSONALES PATOLÓGICOS

1. DIABETES MELLITUS
2. HIPERTENSION ARTERIAL
3. TUBERCULOSIS
4. OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA
5. ALÉRGICOS
6. INGESTIÓN CRÓNICA DE MEDICAMENTOS
7. OTROS

8. EDAD AÑOS
9. SEXO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
10. OCUPACIÓN CON AMBIENTE ADVERSO
11. ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO
12. HACINAMIENTO
13. SANEAMIENTO BÁSICO DEFICIENTE
14. HÁBITOS ALIMENTARIOS
BAJO PESO ☐ SOBREPESO ☐
15. PRÁCTICA REGULAR DE EJERCICIO
16. ESTADO TENSIONAL PROLONGADO
17. TABAQUISMO
18. ALCOHOLISMO
19. EMBARAZO ACTUAL
20. AUTOMEDICACIÓN
21. PRÓXIMA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

ESTADO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS:

INTERPRETACIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO UTILIZADO:

MOTIVO DEL ENVÍO

1. SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO
2. COMPLICACIÓN
3. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

4. RIESGO DE SECUELA
5. COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA
6. TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

INCAPACIDAD	FOLIO	EG	AT	EP	MÉDICO RESPONSABLE (FIRMA Y MATRÍCULA)
INICIO	DÍAS AMPARADOS				
Día Mes Año					



ANEXO 10

**Criterios de ingreso y egreso del programa de atención domiciliaria del enfermo crónico (ADEC)
2660-018-003**



Criterios de ingreso y egreso del programa ADEC

La Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) constituye un servicio planificado, concertado con el usuario, por lo que el personal médico de las áreas hospitalarias, seleccionarán al paciente que reúne los siguientes criterios de ingreso y darán de alta del programa de acuerdo a los criterios de egreso.

La inclusión de pacientes al programa estará sujeta a la capacidad resolutive del Equipo de ADEC.

Criterios de ingreso:

- Patología susceptible de atención domiciliaria.
- Contar con cuidador primario.
- Distancia de la unidad médica al domicilio del paciente no mayor a 15 km o,
- Tiempo de traslado de la unidad médica al domicilio del paciente mayor a 30 minutos.
- Contar con plan de tratamiento domiciliario elaborado por el Médico No Familiar tratante en el área de Hospitalización.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes con secuelas estables como neurológicas, pulmonares, cardiovasculares.
- Control y dotación de oxígeno domiciliario.
- Insuficiencia renal crónica con terapia de sustitución renal.

Criterios de Egreso:

- Conclusión del plan de tratamiento domiciliario.
- Reingreso hospitalario.
- Falta de apego al plan de tratamiento.
- Pérdida de vigencia de derechos.

Patologías susceptibles a incluir:

- Reemplazo de rodilla.
- Reemplazo de cadera.
- Neumopatía que requiere manejo de higiene bronquial.
- Cuidados iniciales de gastrostomía/ traqueotomía /colostomía / ileostomía.
- Cuidados iniciales de talla supra púbica.

Clave: 2660-018-003



- Síndromes geriátricos/síndrome de fragilidad e inmovilidad del anciano/ desnutrición / postración.

Casos especiales:

- La inclusión de casos especiales o no considerados dentro de estos criterios deberá ser sesionada por el Cuerpo de Gobierno para determinar el ingreso del paciente al Programa ADEC.

Clave: 2660-018-003