



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	1 de 186

Políticas

COP

POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES

▪



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	2 de 186

1. Objetivo

Unificar el criterio del personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para estandarizar la atención de los pacientes que servicios de atención médica

2. Alcance

El presente documento aplica directamente al personal médico y paramédico que labora en el Instituto.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	3 de 186

Políticas

Un existe un proceso de atención uniforme y estandarizado que se aplica de manera uniforme a TODOS los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas que asegura la calidad de la atención de acuerdo a las mejores prácticas y a legislación vigente aplicable en la materia.

El proceso de atención se realiza por personal calificado siguiendo un modelo de abordaje multidisciplinario acorde a la complejidad de los casos atendidos en el Instituto que garantiza que los pacientes atendidos en el INER reciben la mejor atención posible en todas las áreas que prestan servicios de atención clínica. Para la mejor atención de los pacientes atendidos en el INER, se cuenta con Servicios Clínicos de Hospitalización los cuales se caracterizan por atender pacientes con problemas respiratorios específicos, así se cuenta con un Servicio especializado en la atención de Enfermedades Pulmonares Intersticiales y Enfermedades Sistémicas que afectan al pulmón; un Servicio especializado en Tuberculosis Pulmonar; Neumonías y enfermedades pleurales de origen infeccioso; un servicio especializado en Tumores del Sistema Respiratorio; un Servicio especializado en infecciones pulmonares en pacientes inmuno comprometidos; un servicio especializado en Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y enfermedades de las vías aéreas; así como Servicios de apoyo conformados por especialistas en diferentes disciplinas y que apoyan a los servicios clínicos como inter consultantes.

Proceso de Atención COP.2; COP.3; COP.3.1

Dentro del esquema de atención, los pacientes son asignados a los diferentes servicios clínicos de acuerdo al diagnóstico principal de ingreso, garantizando en todo momento el abordaje multidisciplinario que permita la recuperación de la salud del enfermo, o su



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	4 de 186

estabilización en el menor tiempo posible, con la utilización más eficiente de los recursos disponibles. El proceso de atención queda debidamente documentado en el expediente clínico del enfermo, a través del sistema de comunicación efectiva integrado por notas médicas, notas de enfermería, interconsultas, así como informes de resultados de exámenes de laboratorio y gabinete. A lo largo de este proceso, el paciente y/o su familia o responsable legal, son informados de los avances y resultados obtenidos, así como de los resultados de las evaluaciones y reevaluaciones a las que son sometidos los pacientes.

El proceso de atención se planea desde el ingreso del paciente y permite realizar ajustes acordes a la condición dinámica de los pacientes, a las necesidades propias de cada caso, así como a los resultados obtenidos del proceso de atención.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	5 de 186

POLITICA Y PROCEDIMIENTO ORDENES E INDICACIONES COP 4

Objetivo

Unificar el criterio del personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para estandarizar la atención de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y servicios de hospitalización.

Alcance

El presente documento aplica directamente al personal médico y paramédico.

Políticas

Existe un proceso para emitir órdenes e indicaciones, el cual se encuentra inmerso en los procedimientos de atención a pacientes en Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, además de los procesos de las áreas como Terapia Intensiva, Recuperación, Quirófano y hemodiálisis.

Se cuenta con formatos específicos institucionales que consignan las órdenes e indicaciones en la atención de un paciente. En el INER el expediente de un paciente se encuentra en medio físico de papel y en medio electrónico (Anexo 2 Expediente Electrónico) MCI.11, ambos cuentan con formatos específicos estandarizados que son utilizados por el personal de salud para documentar en forma coordinada la atención del pacientes.

Las indicaciones de tratamiento son emitidas por el Médico Tratante o responsable del paciente al menos una vez durante el día y hay notas de evolución de los médicos una vez por turno, cada que se requiera por cambios en las condiciones dinámicas de cada paciente o cada que se requiera por algún ajuste de tratamiento.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	6 de 186

En los pacientes con estancia de más de 7 días se hace una nota de revisión por parte del Médico Tratante para actualizar las indicaciones y/o ajustes.

Las ordenes o indicaciones son anotadas en el expediente clínico del paciente y las indicaciones hacia el personal de enfermería se registran en los formatos correspondientes siguiendo las políticas de implementación del Apartado de Manejo y Uso de Medicamentos (MMU) y se colocan en la carpeta metálica del paciente. Al menos una vez en cada turno.

Las Notas de los médicos se realizan en el expediente clínico conforme a las políticas de implementación del estándar de Acceso y Continuidad de la Atención (ACC) y se colocan en la carpeta metálica para lograr que estén accesibles al personal de enfermería, al personal de nutrición, al personal de psicología, entre otros.

Los Médicos interconsultantes acceden al expediente y plasman el resultado de la evaluación realizada, así como las indicaciones correspondientes conforme a las políticas de implementación del estándar ACC y MMU.

Cuando se presente alguna falla del expediente electrónico se documenta la atención del paciente en Word y se anexa al expediente de papel. Lo mismo ocurre con las solicitudes de laboratorio, las interconsultas a las especialidades, las recetas de medicamentos, entre otros.

La solicitud de exámenes de diagnóstico por imagen y los análisis de laboratorio clínico se justifican desde su solicitud, y se comentan los resultados de las mismas una vez analizados por el médico tratante, estos resultados se encuentran en copia de papel y en el expediente electrónico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	7 de 186

El médico tratante, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud (Trabajadoras sociales, nutrióloga y psicólogo), documentan en el expediente clínico del paciente o en los formatos correspondientes, todos los procedimientos y las intervenciones realizadas, lo cual sirve para armonizar el plan de tratamiento, la evaluación de la atención prestada así como los ajustes que requiera cada caso en particular..

Indicaciones que requieren una justificación para su indicación:

- Terapias de medicamentos oncológicos y terapia biológica solo acotados a especialidades como Oncología.
- Medicamentos fuera de catálogo del Instituto y con altos costos.
- Los resultados de los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico, en las notas de evolución.
- Los resultados de los estudios de laboratorio de análisis clínicos, se documentan en el expediente y se imprimen para entregarlos en físico.
- Los resultados de patología, se documentan en el expediente y pueden ser impresos para entregarlos en físico.
- Los resultados e interpretación de estudios de radiología e imagen se documenta en el expediente electrónico RIS/PAC y pueden ser impresos para entregarlos en físico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	8 de 186

Órdenes que requieren una documentación en una nota del expediente clínico para de la atención de un paciente son como a continuación se presentan:

TIPO DE ORDENES	QUIEN LAS EMITE	DONDE SE DOCUMENTAN
Prescripción de medicamentos	Médico tratante	Nota del expediente clínico, receta, indicaciones a enfermería
Prescripción y Administración de citotóxicos	Médico Oncólogo	Expediente clínico, Receta Médica
Prescripción y administración de hemocomponentes	Médico tratante	Expediente clínico y solicitud de hemocomponentes
Realización de estudios contrastados	Médico tratante	Expediente clínico, Solicitud de estudios
Internamiento de un paciente a Urgencias y/o a hospitalización	Médicos Urgencias	Expediente clínico, Solicitud de internamiento
Solicitudes de exámenes de apoyo de diagnóstico y tratamiento	Médicos, Odontólogos	Expediente clínico, solicitud de laboratorio, Radiología, Laboratorio clínico, Patología
Indicaciones de sujeción a pacientes que por sus condiciones lo requieran.	Médico de hospitalización	Expediente Clínico



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	9 de 186

Valoraciones iniciales y exhaustivas nutricias y variaciones en el menú patrón acordes a indicaciones del médico.	Nutrióloga	Evaluación inicial y evaluación exhaustiva en el formato físico
Protocolo de órdenes verbales y/ o telefónicas	Personal de enfermería, personal de laboratorio, personal de banco de Sangre, Personal Médico adscrito, jefes de servicio de área clínica, otros profesionales de la salud, personal de nutrición	Bitácoras en los servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, hoja de enfermería.
Terapia de Oxigeno y CIPAP.	Médico tratante	Registro en Notas del Expediente clínico

Todos los procedimientos de Diagnóstico y las intervenciones terapéuticas se documentan en el expediente clínico a través de los formatos de reporte de resultados y/o a través del sistema de comunicación efectiva durante las transiciones de tiempo siguiendo los lineamientos establecidos en las Políticas de implementación del apartado ACC (COP.5).

Todos los servicios clínicos de hospitalización del INER brindan de manera diaria y de acuerdo a la programación definida por el responsable de cada área, información a los pacientes y/o familiares o persona responsable, donde se actualiza el estado del paciente, los cambios registrados como resultado del proceso de atención, los resultados de las



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	10 de 186
Dirección Médica					

intervenciones y estudios realizados, así como cualquier otra información que se requiera con el fin de mantener debidamente informado al paciente y/o familiar o persona responsable (COP.6).

Nutrición

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas proporciona la nutrición adecuada para el bienestar y la recuperación de los pacientes e implementa medidas para determinar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados.

La nutrición adecuada representa un aspecto fundamental para la recuperación de los pacientes atendidos en el INER, donde todos los pacientes son sometidos a una evaluación nutricional apegados a las políticas de implementación del apartado de AOP, y tomando en cuenta los aspectos culturales, la edad y las preferencias alimenticias del enfermo.

1. A todos los pacientes que ingresan al Instituto se les realiza una evaluación nutricional desde el momento de la admisión del paciente, con lo que se facilita la detección de pacientes mal nutridos y/o con riesgo de comprometerse durante la hospitalización. La evaluación nutricional se realiza por personal calificado del área de nutrición clínica siguiendo los lineamientos establecidos en las Políticas de implementación del Apartado AOP.
2. La nutrióloga en las primeras 24 horas del internamiento del paciente aplica una evaluación de tamizaje (tanto a pediátricos como adultos) con la que se permite contar con un sistema de evaluación y vigilancia nutricional efectivo y de fácil aplicación, que identifique precozmente a los pacientes con riesgo nutricional y pueda predecir posteriores complicaciones de la patología de base.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	11 de 186

3. Una vez aplicada esta evaluación rápida se determina el mejor momento de iniciar el manejo nutricional y que vía de administración es la más adecuada para las necesidades de cada paciente.
4. El proceso de valoración nutricional implica las fases de Detección y Valoración. Dichas fases de detección y valoración nutricionales pueden variar de una circunstancia a otra. Su principal propósito es detectar riesgos nutricionales y aplicar técnicas de valoración específicas para determinar un plan de acción.
5. Todos los pacientes hospitalizados cuentan con la indicación de la dieta correspondiente en el expediente clínico.
6. No está permitido que los familiares o visitantes les suministren a los pacientes alimentos ajenos a la institución.
7. En apego a las Metas Internacionales de Seguridad del paciente MISP 1, todos los pacientes son identificados antes de proporcionarles su dieta con nombre completo y fecha de nacimiento.
8. El Nutriólogo y/o Dietista participará en la visita médica atendiendo y escuchando al médico en lo relacionado a la alimentación del paciente. Se pondrá énfasis en el perfil famaco-terapéutico de cada paciente, con la finalidad de tomar en cuenta posibles interacciones de los alimentos con los medicamentos prescritos al enfermo, Apartado MMU.
9. Los pacientes que así lo requieran y sus familiares, recibirán la capacitación referente a los alimentos contraindicados, así como la información referente a posibles interacciones entre medicamentos y alimentos tomando en cuenta las políticas de implementación de los apartados AOP (Necesidades de Educación) y MMU (Interacciones medicamentos- alimentos).
10. El Nutriólogo y/o Dietista será responsable del plan y manejo nutricional del paciente hospitalizado.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	12 de 186
Dirección Médica					

11. Las tarjetas de identificación de dieta deberán ser llenadas por el Nutriólogo y/o Dietista de acuerdo al tipo de alimento y variedad en su preparación.
12. El Nutriólogo y/o Dietista deberá llevar un control de la integración de información del paciente mediante un formato mensual donde se registraran estado nutricional
13. El Nutriólogo y/o Dietista deberá entregar puntualmente la relación y tarjetas para la preparación de las dietas especiales.
14. El Nutriólogo y/o Dietista orientará mediante el formato Plan Nutricional INER-ALIM-01 (04-200) sobre el tratamiento que el paciente podrá seguir posterior a su egreso.
15. Se prescribirá una dieta individualizada de acuerdo a su estado de salud, hábitos, preferencias alimentarias, y limitaciones del paciente.
16. En los casos que por sus condiciones médicas requieran evaluación nutricional de manera ambulatoria, el Nutriólogo y/o Dietista deberá dar un seguimiento al paciente que egresa a través el servicio de consulta externa.
17. En los casos de los pacientes con mayor riesgo nutricional y que requieran de una valoración y tratamiento especializado en base a una solicitud de interconsulta, acudirá el Médico Especialista en Nutrición dejando evidencia con el formato de Evaluación Nutricional Especializada en pacientes Adultos INER-ALIM-17(03-2012) y Pediátricos INER-ALIM-18(03-2012).
18. Las solicitudes vía telefónica por el Departamento de Enfermería se darán seguimiento mediante el formato de Solicitud de Dieta Extraordinaria INER-ALIM-21 (03-2012) para dar solución inmediata e identificar errores de dieta.
19. El programa de menús se elaborará de manera catorcenal. Dicho programa será elaborado por la Coordinación Administrativo del Departamento de Alimentación y Nutrición y será autorizado por el Jefe del Departamento de Alimentación y Nutrición.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	13 de 186

20. Una vez autorizado el jefe del departamento pasara la solicitud de compra para almacén de víveres.
21. Será autorizado únicamente el vale de salida de almacén de víveres por el coordinador del turno especial, el personal de soporte administrativo y/o Jefatura del Departamento, en caso de ser firmado por otro coordinador las irregularidades serán responsabilidad de éste y quien otorgue el producto a la persona que no esté registrada su firma de autorizada.
22. La calidad de insumos será supervisada por el técnico en nutrición y/o coordinador del turno del Departamento de Alimentación y Nutrición.
23. La preparación de alimentos deberá cumplir con las normas de higiene y calidad.
24. El coordinador del turno mediante el formato de Verificación de Cumplimiento de Uniforme INER-ALIM-04 (12-2010) verificará que el personal encargado de preparar los alimentos se presente limpio y con el uniforme autorizado y correspondiente al área;
25. La preparación de los alimentos deberá ser supervisado en tiempo y forma por el coordinador del turno. Posterior a la preparación de alimentos todas las áreas deberán entregarse limpias.
26. La producción de los alimentos deberá entregarse completa al coordinar del turno de acuerdo a las raciones que se requieren para el servicio de comedor y hospitalización.
27. La designación de la(s) persona(s) para la recepción de insumos del Almacén de Víveres será la que determine el Jefe del Departamento de Alimentación y Nutrición.
28. El rol de actividades del personal será establecido en base a las necesidades del servicio y autorizado por el Jefe del Departamento de Alimentación y Nutrición.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	14 de 186

29. Los insumos sobrantes deberán reportarse en el formato Control de Sobrantes y Desechos de Alimentos INER-ALIM-02 (12-2010) para ser aprovechados en otros servicios siempre y cuando estén en condiciones de calidad y mediante el formato Cédula de Evaluación para la determinación de utilizar o desechar un sobrante INER-ALIM-15 (03-2012) se justifica y revalora si el sobrante continua en condiciones organolépticas o es candidato para su desecho definitivo. Solo en casos extraordinarios se modificarán los menús del día correspondiente a la situación.
30. Con base a las normas de higiene se deberá requisitar el formato Control de Temperaturas INER-ALIM-20 (03-2012) el cual servirá como comprobante del control y registro de las temperaturas de los equipos de refrigeración del Departamento de Alimentación y Nutrición.
31. Se deberá llevar un registro y control de temperaturas de alimentos en crudo y cocido para su utilización óptima en base a las necesidades del servicio, la cual será registrada en el formato INER-ALIM-11 (12-2010).



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	15 de 186

MANEJO DEL DOLOR COP.8

Todos los pacientes que se atienden en el INER son evaluados en relación con presencia de dolor, en apego a los Políticas de implementación del apartado AOP. De igual forma, en aquellos pacientes en quienes el dolor representa un aspecto relevante de la sintomatología y es identificado como un factor importante a atender, se les apoya en el manejo del dolor de acuerdo a las políticas que se desarrollan en este apartado COP.8.

Objetivo

Contar con una Escala de Valoración del Dolor para los grupo de pacientes Pediátricos y Adultos, que incluyen a los grupos de pacientes oncológicos, obstétricos y de otras especialidades; establecer en el área de la salud las medidas eficaces de analgesia a través de la valoración y alivio para el dolor, en forma completa y sistemática en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoria para el personal de salud: Médicos, Enfermeras y de apoyo diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (INER).

Políticas

Todos los pacientes que presentan algún tipo de dolor son identificados desde la valoración inicial, a su ingreso al Instituto por el profesional de salud: enfermería, médicos especialistas y el algólogo como consultante; queda consignado de acuerdo al tipo de pacientes (niños,



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	16 de 186

embarazadas, adultos mayores, pacientes quirúrgicos y oncológicos, entre otros.) y de acuerdo al tratamiento. Las políticas son las siguientes:

PLANIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL DOLOR

La planificación de la atención del dolor se otorga independientemente de cada tipo de pacientes (niños y adultos) y sitio del dolor; el manejo del dolor y el tratamiento se evalúa de acuerdo a las políticas establecidas y apegadas a las Guías del Manejo del Dolor; y se lleva a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.

Los pacientes que padecen dolor, junto con la familia, requieren una atención que se centre en sus necesidades, creencias personales, culturales y religiosas. Puede que los pacientes padezcan dolor asociado a tratamientos o procedimientos quirúrgicos, o asociado con enfermedades crónicas o agudas.

El Instituto cuenta con un proceso para manejar el dolor, que:

1. Asegura a los pacientes que el dolor y los síntomas sean evaluados y manejados debidamente;
2. Garantiza que los pacientes que padecen dolor sean tratados con dignidad y respeto;
3. Evalúa diariamente a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar dolor, así como las revaloraciones necesarias de no remitir el dolor en el tiempo establecido
4. Planifica enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor; y
5. Educa a los pacientes, familiares y al personal acerca del manejo del dolor.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	17 de 186

Los pacientes hospitalizados al momento de su egreso: 1. Se citan en la consulta externa para conocer su estado y emitir sugerencias de manejo de dolor, si aplica, 2. También se realizan llamadas telefónicas a su domicilio.

Se ponderan los derechos del paciente a recibir alivio del dolor, como:

1. El derecho a ser atendido.
2. El derecho a una evaluación y a un tratamiento adecuado del dolor.
3. El derecho a que se registren periódicamente los resultados de la evaluación del dolor en la hoja de enfermería.
4. El derecho a ser atendido por profesionales de la salud con la debida formación y experiencia en la evaluación y el tratamiento del dolor.
5. El derecho a estrategias adecuadas y eficaces para el control del dolor.
6. El derecho a recibir educación sobre las alternativas existentes para un tratamiento eficaz del dolor en cada caso en particular.
7. El derecho a una planificación adecuada para el alivio del dolor después de recibir el alta de los cuidados inmediatos.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Todo paciente ingresado en el hospital tiene el derecho a un apropiado programa de asistencia para mitigar el dolor basado en las Guías Clínicas que corresponda. (Dolor agudo o crónico, Dolor neuropático, Dolor postquirúrgico, entre otros). Ver anexos. Características del dolor.

El dolor es clasificado para su evaluación sistemática como el quinto signo vital. El equipo de salud garantiza el alivio del dolor en forma oportuna y eficiente, a través de las escalas del dolor:



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	18 de 186

1. Escala Verbal Numérica.
2. Escala Visual Análoga
3. Escala de Campbell (Pacientes inconscientes)
4. Escala de Expresión Facial (Niños, adultos mayores)

A todos los paciente, que presentan dolor, el Médico responsable le explica la causa y la terapéutica implementada para su control tanto al paciente como al familiar responsable y en caso de que el síntoma sobrepase la capacidad de resolución, se interconsulta al profesional correspondiente (Clínica del Dolor y otros especialistas como neurólogos).

A todos los pacientes que serán sometidos a un procedimiento quirúrgico, se les explica el manejo terapéutico para reducir o evitar el dolor.

Los profesionales de salud que laboran en el INER, tienen capacidad para el manejo del dolor en una forma escalonada y segura, se basan en la clasificación de la JCAHO.

La comunicación con respecto al tratamiento del dolor está a cargo del médico tratante y personal de apoyo: Médicos Residentes y Enfermeras. Se instruye al paciente y/o familiar a través de la enfermera de que debe comunicar si remite o se agrava el dolor. PFE

Se cuenta con un programa continuo de capacitación en el manejo del dolor para todos los profesionales que laboran en la unidad (Médicos especialistas, enfermeras, asistentes, trabajadoras sociales, entre otros).

El primer paso en este proceso es detectar el dolor, medir su intensidad y sus características (localización, irradiación, inicio y duración, frecuencia, factores desencadenantes y de alivio, efecto del dolor en las actividades de la vida diaria, así como historia previa de dolor y tratamientos efectuados); detección y valoración de la respuesta al tratamiento; se establece



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	19 de 186

una reevaluación periódica del proceso y se determina si las medidas utilizadas son las adecuadas a cada paciente.

Documentar la valoración del dolor en la hoja de Enfermería de acuerdo a lo estipulado en las políticas de implementación del apartado AOP, formato de evaluación de pacientes por el área de enfermería.

Los aspectos claves que lleva a cabo el personal de salud son:

1. Identificación del síntoma, localización e irradiación
2. Tipo de dolor: somático, visceral, neuropático o mixto
3. Carácter del síntoma: agudo, episódico, crónico
4. Intensidad (escalas de evaluación del dolor)
5. Comienzo y evolución
6. Factores que lo modifican (lo alivian o agravan)
7. Actitud del enfermo
8. Actitud de la familia
9. Tratamiento previo

Recomendaciones para el personal de salud que realiza la evaluación y tratamiento del dolor:

- El paciente y su familia. Deben ser educados en la importancia de manifestar el dolor para establecer un tratamiento y deben ser informados de las medidas disponibles para tratarlo; - Además, deben alertar en caso de producirse una falta de alivio del dolor o cambios en sus características. Deben conocer también los efectos adversos de los fármacos que se utilizan;
- El dolor, signo de alerta. Es un signo de alerta de un daño real o potencial y una vez cumplida su misión, debe ser tratado adecuadamente para evitar una prolongación inútil; -Un dolor inesperado, intenso y asociado a alteraciones de signos vitales (taquicardia, sudoración, fiebre, hipotensión...) debe ser evaluado inmediatamente.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	20 de 186

El dolor subjetivo. El dolor es subjetivo, pero existen escalas que permiten medirlo y valorar la respuesta al tratamiento. Estas escalas deben formar parte de la trayectoria clínica de cada paciente como mínimo una vez al día en caso de no manifestar dolor. Y a intervalos fijos predeterminados en caso de presentarse (entre 4 y 8h). En los pacientes de recuperación los intervalos pueden ser menores, cada 15 min.

Escalas del dolor. Constituye la 5ª constante como pondera la JCAHO, y hacerlo visible permite actuar adecuadamente. Las escalas deben ser simples y fáciles de reproducir. Las recomendadas por la CATD son:

- EVA o Escala Visual Análoga:

0 _____ 10

Sin dolor dolor insoportable

- Escala Verbal Numérica (EVN):

El paciente ha de asignar una puntuación a su dolor, de 0 a 10 (0 = no dolor y 10 = máximo dolor imaginable).

0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10

No dolor Máximo dolor imaginab

- Escala categórica:

Se establecen 5 categorías, la más aceptada es: Dolor nulo, leve, moderado, intenso e insoportable.

- Escala de expresión facial (Wong):



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	21 de 186

Útil en niños. Se presentan unas caras dibujadas con diferentes expresiones, desde la alegría hasta el llanto.

A cada una se le asigna una puntuación. Ver anexos, escala de rostro de dolor

Es bastante frecuente el combinar distintos tipos de escalas, en especial las numéricas con las categóricas, para hacer que el equilibrio entre sensibilidad y facilidad de uso sea mayor.

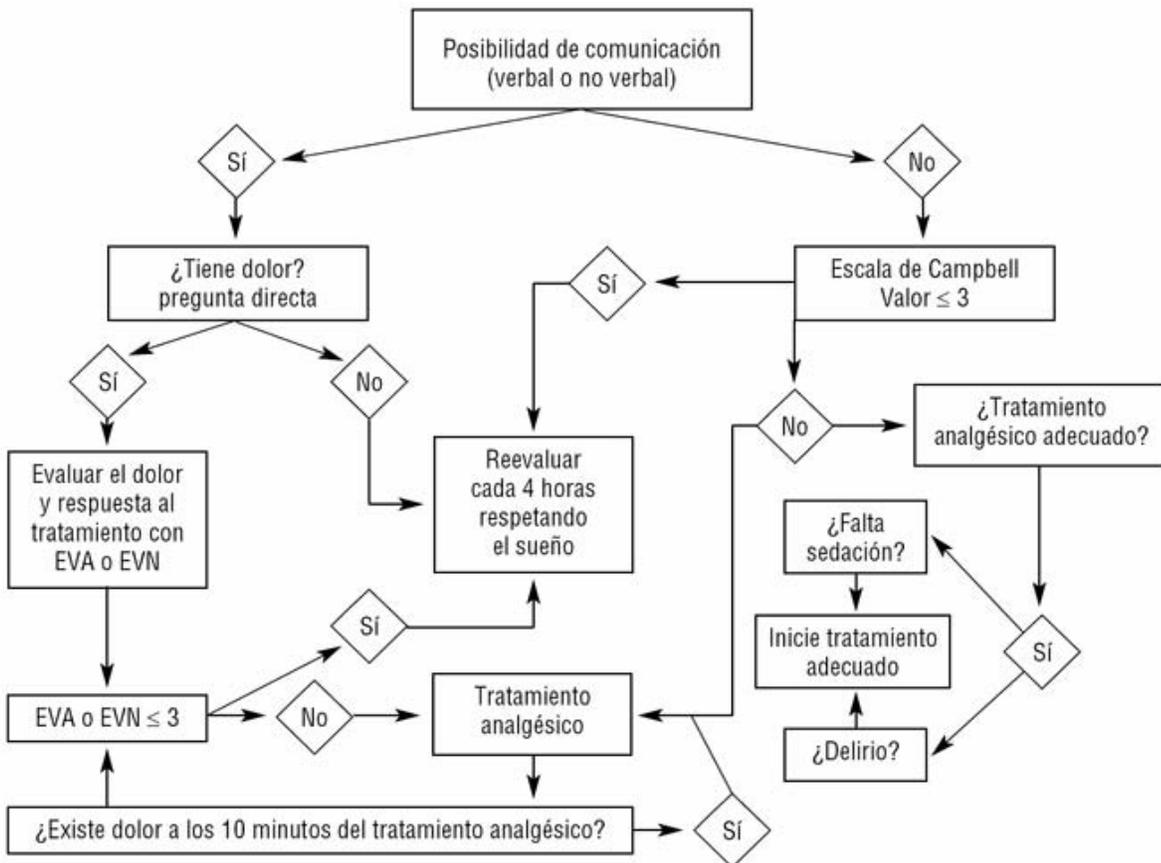
La EVA y la EVN tienen buena correlación, pero la categórica no es intercambiable con las otras.

Pacientes inconscientes

La evaluación del dolor en pacientes inconscientes, es una indicación de la más alta prioridad, por el tipo de pacientes que ingresan, con patologías de la tercera edad y que frecuentemente coloca a estos pacientes en un situación de incomunicación, a continuación se muestra el proceso de atención:

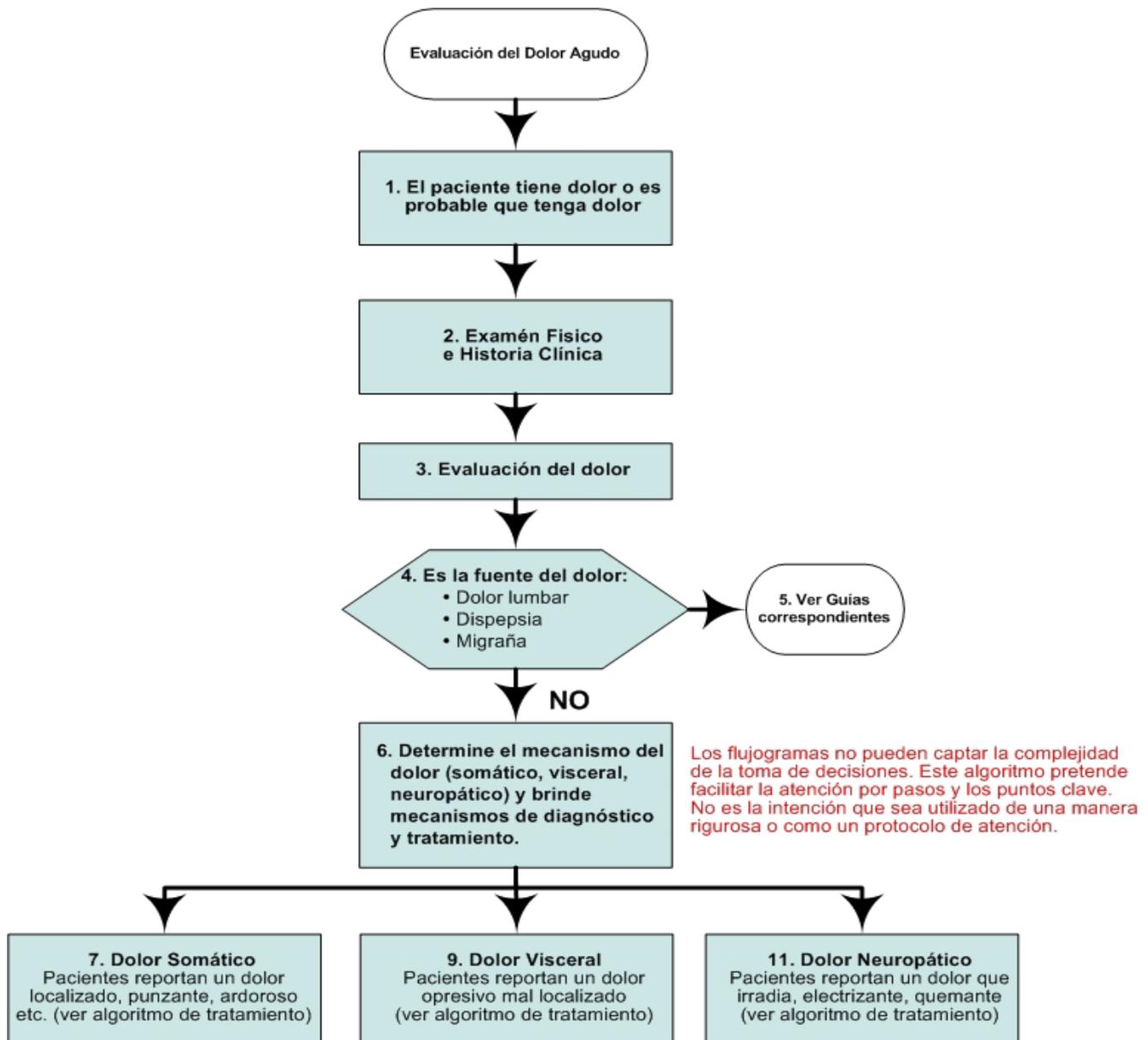


POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	22 de 186





POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	23 de 186



Los flujogramas no pueden captar la complejidad de la toma de decisiones. Este algoritmo pretende facilitar la atención por pasos y los puntos clave. No es la intención que sea utilizado de una manera rigurosa o como un protocolo de atención.

Tomado, adaptado y traducido de Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of acute pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Mar



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	24 de 186

Tratamiento del dolor

Según intensidad y tipo de dolor (nociceptivo, neuropático o mixto; agudo o crónico) se debe establecer un plan o estrategia terapéutica.

Valorar la respuesta previa a las diversas estrategias y a cada uno de los tratamientos realizados teniendo en cuenta los tiempos de actuación de cada acción:

1. 15-30 minutos en la vía parenteral,
2. 1 hora después de la vía oral de liberación inmediata o
3. 4 horas después de los fármacos orales de acción sostenida o de sistemas transdérmicos y
4. 30 minutos tras intervenciones analgésicas no farmacológicas.

El dolor crónico requiere en ocasiones un abordaje multidisciplinario que se aparta de los principios básicos. Tabla 1.1 Dolor crónico

El tratamiento debe iniciarse con analgésicos, eligiendo el más simple, a las dosis adecuadas y siendo la vía oral la de elección, aunque pueden considerarse otras vías en situaciones especiales.

La vía intravenosa es la de elección después de cirugía mayor. No se recomienda la vía intramuscular, es dolorosa y de absorción errática.

La vía transdérmica y la subcutánea son opciones cuando no es posible la vía oral, si optamos por la vía subcutánea debe colocarse una mariposa para evitar punciones innecesarias.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	25 de 186

Debe mantenerse el nivel estable de analgesia y considerar rescates en caso de dolor irruptivo o incidental, con fármacos de acción rápida como la morfina de liberación inmediata o el fentanilo transmucosa oral.

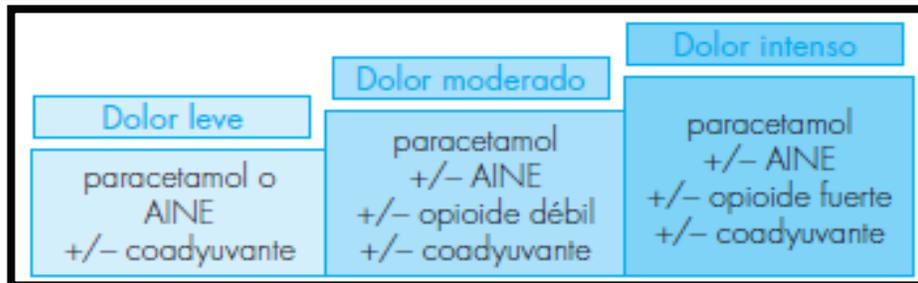
No se recomienda la utilización de meperidina o petidina subcutánea. No hay el fármaco en México.

Existen otras vías como la espinal, la peridural y/o bloqueos nerviosos reservados a casos especiales; y a través de las bombas de perfusión continua y la analgesia controlada por el paciente (PCA).

Tratamiento escalonado propuesto por la OMS, según intensidad de dolor.

1. En el primer escalón: se recomienda para un dolor leve los analgésicos no opioides (paracetamol o anti-inflamatorios no esteroideo (AINE)).
2. En el segundo escalón: para el dolor moderado se ha de asociar un opioide de acción débil (tramadol o codeína).
3. En el tercer escalón, de dolor intenso: asociar un opioide fuerte y retirar el débil.
4. En cada uno de estos escalones se pueden asociar coadyuvantes, fundamentalmente en casos de dolor neuropático.
5. Deben conocerse las situaciones individuales de cada paciente y el potencial de toxicidad de los diferentes analgésicos: edad, alergia, insuficiencia renal, enfermedad ulcerosa o hemorragia digestiva previa, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, trombocitopenia, etc. Para adaptarlos a cada situación.

POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	26 de 186



. En caso de falta de respuesta a los fármacos básicos interconsultar a Clínica del dolor y/o Anestesiología.Figura 1

FIGURA 1 •
Algoritmo de tratamiento propuesto por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo el cuarto escalón de procedimientos intervencionistas.



Modificada de: World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Political and Managerial Guidelines. Executive Summary, 2002.

Llevar a cabo la conciliación de medicamentos cada vez que se agregue un medicamento para mitigar dolor. .MMU

Evitar asociaciones que incrementen los efectos indeseables sin mejorar la eficacia analgésica.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	27 de 186

Recordar que los MEDICAMENTOS Anti inflamatorios No Esteroideos (AINES) tienen un efecto techo y que aumentando dosis o asociándolos solo se aumenta la incidencia de efectos indeseables.

En caso de iniciar tratamiento con opioides fuertes estos deben titularse incrementando las dosis en función de la farmacocinética y farmacodinamia de cada uno de ellos. La titulación permite obtener analgesia efectiva sin sobrepasar el nivel de analgesia con problemas o efectos indeseables.

Se recomienda comenzar con opioides de liberación inmediata incrementando las dosis cada 24h., para pasar después a presentaciones de liberación sostenida, excepto en la forma transdérmica en la que la titulación es más lenta (cada 3 días como mínimo). Ver anexos

Discriminar las diferencias entre adicción, tolerancia y dependencia para prevenir o evitar barreras que impidan un alivio correcto del dolor.

Anticiparse y prevenir efectos indeseables de los fármacos con el tratamiento profiláctico adecuado, como en el caso de los opioides con las náuseas, vómitos y estreñimiento; y en el caso de los AINES utilizar el menos gastrolesivo y considerar la protección gástrica cuando se considere necesaria.

Anticiparse y prevenir el dolor en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

1. Recordar en estos procedimientos el papel de los analgésicos, anestésicos locales, ansiolíticos y sedantes para la reducción de la ansiedad asociada.
2. En caso de utilizarse sedación el paciente debe estar correctamente monitorizado y contar con consentimiento informado



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	28 de 186

3. El paciente debe ser informado de las medidas disponibles para tratar su dolor y que debe alertar en caso de producirse una falta de alivio del dolor o cambios en sus características.
4. Debe conocer también los efectos adversos de los fármacos que se utilizan.

La documentación o trayectoria clínica debe reflejar claramente los fármacos y técnicas utilizados así como el alivio producido de forma clara, rápida y objetiva con distintas escalas o cuestionarios para poder ser valorada de forma eficaz por equipos multidisciplinarios.

Las modalidades no farmacológicas deben contemplarse ya que pueden aliviar el dolor significativamente y deben ser utilizadas para complementar, pero no para reemplazar las Intervenciones farmacológicas.

El uso de por razón necesaria (PRN) para manejo del dolor lo establece el Médico tratante, durante la evaluación y revaloración, indicando la aplicación de esta estrategia cuando el dolor sobrepase el rango de 7 a 10 de la escala EVA.

PACIENTES PEDIÁTRICOS

La definición hecha por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor-IASP se debe ampliar cuando se considera el dolor en los niños, para incluir indicadores de conducta y fisiológicos, porque muchos no pueden verbalizar su dolor. Ver anexos, Tabla 1 y 2

El aprendizaje acerca del dolor ocurre con la primera experiencia dolorosa. En la percepción del dolor del niño influyen factores biológicos, cognoscitivos, psicológicos y socioculturales.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	29 de 186

La evaluación del dolor en los niños se hace a través de técnicas de auto-informe, de observación en el comportamiento y de medidas fisiológicas. Finalmente, cuando se considere el manejo del dolor es necesario eliminar los mitos alrededor del uso de analgésicos opioides en los niños.

En la actualidad no existe una técnica uniforme, ampliamente aceptada y fácil de administrar para evaluar el dolor en los niños, sobre todo en los más pequeños. La evaluación del dolor debe estar de acuerdo con:

- (a) la etapa de desarrollo del niño;
- (b) la severidad y cronicidad de la enfermedad;
- (c) el procedimiento médico o quirúrgico; y
- (d) el ambiente.

EVALUACIÓN DEL DOLOR PEDIÁTRICO

La evaluación es la piedra angular del manejo del dolor. Cuando éste se evalúa con seguridad, hay un “punto de principio” bien definido para determinar la naturaleza, el grado de dolor y evaluar la efectividad de las intervenciones para aliviarlo.

Las técnicas de evaluación se pueden clasificar en auto-informes, observación de conducta o medidas fisiológicas y tiene capacidad para medir la experiencia dolorosa (por ejemplo intensidad, localización, patrón, contexto y significado) se conocen como multidimensionales y pueden resultar en un enfoque más seguro de las experiencias dolorosas del niño.

En el INER la Valoración del Dolor en los pacientes Pediátricos, se realizará con las siguientes escalas:

1. Escala EVA (Escala Visual Análoga) para Adolescentes o Escolares
2. Escala CRIES para Neonatos y Lactantes



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	30 de 186

3. Escala FLACC para pacientes con deterioro Neurológico
4. Escala COMFORT para pacientes con Intubación orotraqueal

Documentar la valoración del dolor en la hoja de Enfermería.

Evaluar la presencia de dolor, incluyendo la intensidad, características, frecuencia, localización, factores precipitantes y de alivio.

Considerar como signos de dolor los cambios en el comportamiento, apariencia, nivel de actividad y signos vitales.

Documentar por el médico pediatra la indicación de analgesia en el expediente clínico, en la nota de evolución. Así como, el empleo de algunos otros mecanismos para aliviar el dolor. Ver anexos, cuadro 1 y 2

El personal de enfermería estará atento a cualquier indicación de dolor en los niños, evaluará y se anotará las características del dolor.

Es responsabilidad de Enfermería hacer una revaloración posterior a la administración del analgésico.

Es responsabilidad del Pediatra Tratante y en caso de dolores refractarios a tratamiento escalonado solicitar la Interconsulta al Servicio de Clínica del dolor, a través de la Interconsulta Médica (datos del paciente, resumen del caso, motivo de la interconsulta, nombre y firma del Médico). La Clínica de dolor proporcionará Atención oportuna del Dolor.

PACIENTES OBSTÉTRICOS



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	31 de 186

Consideraciones. En el embarazo, el momento de mayor riesgo de teratogenicidad es durante la organogénesis, entre la semana 4 y la 10. Antes de este tiempo se observa el «efecto del todo o nada», es decir, hay muerte del embrión o el embarazo progresa sin ningún efecto para el feto. Posterior a la semana 10, los fármacos pueden afectar órganos fetales, disminuir la cantidad de líquido amniótico, generar retardo del crecimiento intrauterino, retrasar el parto o desencadenar síndromes o producir hipertensión pulmonar fetal.

EVALUACIÓN DEL DOLOR OBSTÉTRICO

El manejo del dolor en la paciente embarazada tiene gran relevancia para la seguridad del binomio Madre-hijo, puede ser dolor no obstétrico y obstétrico. Aunque el dolor de los ligamentos redondos es un malestar común durante el embarazo, el dolor abdominal (dolor no-obstétrico) puede indicar un problema obstétrico serio como parto prematuro, preeclampsia severa o desprendimiento de placenta, así como puede ser un problema médico que no está relacionado con el embarazo, como apendicitis (dolor-no obstétrico).

En el INER, el manejo del dolor en el embarazo, tipo no-obstétrico, se evalúa de acuerdo a las políticas establecidas para los adultos, puntos 3.1 al 3.5. Y el dolor obstétrico relacionado con la atención del trabajo de parto requiere del equipo de médicos gineco-obstetras, perinatólogo, neonatólogo y anestesiólogo.

MANEJO DEL DOLOR EN LA EMBARAZADA INTERNADA EN EL INER

Para evitar riesgos teratogénicos relacionados con terapias farmacológicas, tomar en cuenta la clasificación siguiente:

Clasificación para determinar el riesgo versus beneficio de los medicamentos durante el embarazo, según la Food and Drug Administration (FDA):



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	32 de 186

- Categoría A. Estudios adecuados en mujeres embarazadas no han mostrado riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo y no hay evidencia de riesgo en trimestres ulteriores.
- Categoría B. Estudios en animales no han mostrado efectos adversos sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados en mujeres embarazadas.
- Categoría C. Estudios en animales han mostrado un efecto adverso sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados en mujeres embarazadas. La droga puede ser útil en mujeres embarazadas a pesar de sus riesgos potenciales.
- Categoría D. Hay evidencia de riesgo para el feto humano, pero los beneficios potenciales del uso en mujeres embarazadas pueden ser aceptables a pesar de los riesgos potenciales.
- Categoría X. Estudios en animales o humanos muestran anomalías fetales, o las comunicaciones de reacciones adversas indican evidencia de riesgo fetal. Los riesgos involucrados sobrepasan claramente los beneficios potenciales.

CONDUCTA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DOLOR NO-OBSTÉTRICO

En cefalea. El manejo inicial debe enfocarse a terapias no farmacológicas, como ejercicios de relajación, acupuntura, biofeedback y terapia cognitiva conductual. Si no es exitosa dicha terapia, el fármaco de primera línea es el paracetamol. Considerar que:

- Los triptanos deben ser evitados en el tercer trimestre, por leve aumento en el riesgo de atonía uterina y hemorragia en el parto, teratogenicidad no demostrada.
- Las dosis bajas de derivados del ergot tienen un riesgo teratogénico alto, y dosis altas pueden generar contracciones uterinas y aborto. La cafeína puede ocasionar retardo del crecimiento intrauterino, muerte fetal y parto prematuro.
- Los betabloqueadores, no se ha demostrado que sean teratogénicos. Se ha reportado bajo peso fetal explicado por una modesta disminución del flujo placentario al bajar el gasto cardíaco materno. Cuando son usados en el parto, hay que tener precaución



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	33 de 186

con el recién nacido, ya que existe riesgo de producir bradicardia, hipotensión, hipoglucemia, hipotermia, dificultad respiratoria y apnea. De este grupo de fármacos, el propranolol, el metoprolol, el nadolol y el timolol son considerados categoría C, y el atenolol, categoría D.

- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son considerados tóxicos para el feto y no deben ser usados en el embarazo. Pueden ocasionar contracturas en las extremidades del feto, malformaciones craneofaciales, hipoplasia pulmonar, defectos renales, oligohidramnios, retardo del crecimiento intrauterino, ductos arterioso persistente, anuria, hipotensión neonatal y muerte.

En dolor musculoesquelético. Entre las causas más frecuentes se encuentran el dolor lumbar alto (10%), el dolor lumbar bajo (41%) y la sacroileítis (48%). En menor proporción, pero con mayor grado de discapacidad, se encuentra el dolor en la sínfisis púbica, así como, el dolor pélvico posterior relacionado con el embarazo por laxitud de las articulaciones sacroilíacas.

- Amerita ejercicios en agua, cinturones pélvicos, el cojín de Ozzlo, terapia física, acupuntura, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) y acetaminofén.

En dolor por compresión radicular, solicitar interconsulta a clínica del dolor, ortopedia y neurología.

- La compresión de raíces nerviosas y la presencia de cauda equina (1:10,000) pueden obligar a la realización de procedimientos neuroquirúrgicos o de intervencionismo en dolor, como discectomías percutáneas o inyecciones epidurales, con las consecuencias que ello pudiera suponer tanto para la madre como para el feto.
- En el dolor neuropático en el embarazo se encuentran el síndrome del túnel del carpo, la meralgia parestésica, la compresión de nervios intercostales bajos y el dolor en la cicatriz de una cesárea previa. Para su tratamiento se cuenta con el uso de férulas



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	34 de 186

que deben ser colocadas en las noches, fisioterapia, la infiltración local de anestésicos y esteroides de depósito y, en casos extremos, la descompresión quirúrgica.

CONDUCTA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DOLOR OBSTÉTRICO

El INER en caso de Código mater, y que la paciente refiera dolor obstétrico, no relacionado con trabajo de parto, solicita interconsulta al Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital

- La mayoría de los opioides, según la FDA, son categoría B o C, pero cuando son usados por tiempos prolongados durante el embarazo se convierten en categoría D.
- Lo que está claro con respecto a las drogas es que se debe usar la mínima dosis efectiva, y que la monoterapia es mejor que la politerapia. Ver anexos
- El riesgo fetal es mínimo con el uso de anestésicos locales y de esteroides de depósito, en inyección única y a dosis bajas, durante el segundo o tercer trimestre.

PACIENTES ADULTOS MAYORES

Los pacientes adultos mayores que presenten comorbilidades crónicas degenerativas deberán ser considerados en forma especial cuando se les instituya un manejo de dolor hospitalario.

Considerar el uso de AINES en los episodios de dolor agudo leve o moderado como primera opción terapéutica; el uso de opioides en los episodios de dolor agudo moderado o severo como primera opción terapéutica, si existe contraindicación para el uso de AINES.

También se utilizan los analgésicos adyuvantes como un complemento del tratamiento con AINES u opioides.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	35 de 186

Se brinda oxígeno suplementario por al menos 48-72 horas juntos a la terapia con opioides después de un procedimiento quirúrgico mayor o en el adulto mayor o pacientes de alto riesgo, debido a la hipoxemia intermitente postoperatoria.

Monitorizar al paciente.

Se deberá utilizar el grado de sedación como un marcador importante sobre el grado de depresión respiratoria inducida por los opioides. En caso de sedación, monitorizar y obtener el consentimiento informado.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Servicio de urgencias. Posteriormente una vez restablecido los signos vitales y asegurada su estabilidad hemodinámica, el médico adscrito del servicio de urgencias procede a realizar:

PACIENTES PEDIÁTRICOS, OBSTÉTRICOS Y ADULTO MAYOR	
Expediente clínico.	En el cual se encuentran los antecedentes, consultas y manejo médico correspondiente de los padecimientos médicos. Hoja de indicaciones. Exámenes de laboratorio y Gabinete. Plan Terapéutico.
Interconsulta	Toma de decisión de girar interconsulta de acuerdo a su patología o enfermedad.
Evaluaciones iniciales	Hoja de evaluación inicial y hojas de enfermería en el expediente clínico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	36 de 186

Consentimiento informado

Para el manejo del dolor no se requiere un consentimiento especial ya que estos manejos, ya han sido abarcados en el consentimiento de ingreso Hospitalario, con excepción de los pacientes a quienes se les deba colocar un bloqueo peridural posterior a su ingreso hospitalario para administrar analgésicos.

Para el cuarto escalón que consiste en manejo de dolor con intervencionismo, si se requiere un consentimiento de procedimiento intrevencionista que explique al paciente ampliamente los riesgos, los beneficios y las consecuencias de declinar el procedimiento.

CONTROL DEL PACIENTE

- Los pacientes con dolor son evaluados al menos una vez por turno por el personal de enfermería, si después del primer manejo hay persistencia de dolor se evaluará a los 30 minutos y así hasta que se mitigue el dolor y se compruebe la eficacia de la terapéutica implementada.
- Los Médicos tratantes establece los requisitos de control del paciente en sus notas clínicas y el personal de enfermería lleva a cabo la transcripción correspondiente.
- Una vez aplicada la medicación correspondiente a cada grupo de pacientes, la respuesta al dolor debe continuar en observación, pues una respuesta adecuada se deberá de observar en los primeros 15-30 minutos en la vía parenteral, 1 hora después de la vía oral de liberación inmediata ó 4 horas después de los fármacos orales de acción sostenida o de sistemas transdérmicos y 30 minutos tras intervenciones analgésicas no farmacológicas.
- El acuerdo terapéutico debe quedar expresamente reflejado en la historia clínica del paciente en la primera visita, pudiendo ser objeto de modificación en las sucesivas revisiones.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	37 de 186

- Actualmente los objetivos terapéuticos se orientan a recuperar o mejorar la función y la calidad de vida, más que a obtener resultados relacionados con la enfermedad que origina el dolor. Algunos autores señalan como objetivos terapéuticos en el manejo de dolor: mejorar la comprensión del paciente sobre su situación; mejorar el nivel de funcionamiento físico; disminuir la percepción del nivel de dolor y sufrimiento; aportar estrategias para afrontar la discapacidad y el estrés; promover la participación activa del paciente en su tratamiento; y reducir o modificar el uso que se hace de los servicios sanitarios.
- En el paciente con dolor crónico es necesario tener en cuenta factores relacionados con la percepción individual y la interpretación cognitiva. Además, se debe valorar la información que aporta la medicina basada en la evidencia que, en ocasiones, favorece el tratamiento conservador frente al intervencionismo, lo que puede defraudar las expectativas del paciente.
- En el manejo del dolor crónico, dolor como secuela, dolor refractario a tratamiento como neuralgias del trigémino los pacientes son derivados a clínica del dolor. Guías Clínicas que corresponda. (Dolor agudo o crónico, Dolor neuropático, Dolor postquirúrgico, entre otros).

COMPETENCIAS O APTITUDES ESPECIALES DE PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN:

El personal involucrado en la atención del dolor cuenta con la aptitud y preparación necesaria:

- Médicos Especialistas tratantes de cada paciente.
- Médico especialista de Clínica del Dolor como interconsultante

En la preparación de medicamentos y en la administración de los mismos



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	38 de 186
Dirección Médica					

- Enfermeras Generales
- Enfermeras especialistas.

Se utiliza el cuadro básico de analgésicos institucional.

Incluso en cada pabellón y/o servicio del INER hay dispuesto sulfato de morfina inyectable, que utilizan según sea el caso.

DISPONIBILIDAD Y EQUIPO ESPECIALIZADO:

Se cuenta con el siguiente equipo especializado para la atención de emergencia las 24 h. del día y los 365 días del año, equipo que es revisado por personal entrenado debidamente. En el manejo del dolor intrahospitalario se cuenta con lo siguiente:

RECURSOS	
FARMACOLOGICOS	ANALGESICOS AINES OPIACEOS DEBILES OPIACEOS FUERTES ANESTESICOS
EQUIPO	EQUIPO DE MONITORIZACION BÁSICO, (PULSOMETRÍA Y TENSION ARTERIAL NO INVASIVA). BOMBAS DE INFUSION ECÓGRAFO
MATERIAL DE CURACIÓN	MEDIOS FISICOS: COMPRESAS FRIAS COMPRESAS CALIENTES



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	39 de 186

ATENCIÓN DE PACIENTES EN ETAPA TERMINAL COP.9

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, brinda atención especializada y multidisciplinaria a pacientes con enfermedades del sistema respiratorio en etapa avanzada y terminal, preservando en todo momento la atención respetuosa y compasiva hacia el paciente y su familia, así como la comodidad y dignidad de los pacientes en fase terminal.

Objetivo

Establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos interdisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a los niños, niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores que padecen una enfermedad neoplásica o pulmonar crónica al momento del diagnóstico y en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna durante la evolución de su enfermedad, el proceso de muerte, el momento de la misma y después de la muerte, al promover conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoria para el personal de salud: Médicos, Enfermeras y de apoyo diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (INER) reponsables de brindar atención a pacientes en etapa terminal.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	40 de 186

Políticas

La atención al binomio enfermo/familia se lleva a cabo a través de la intervención conjunta y complementaria de todo el equipo interdisciplinario.

Las funciones generales del equipo interdisciplinario son las siguientes:

- Establecer delimitación de roles, funciones y tareas específicas.
- Poner en funcionamiento los valores compartidos: Cooperación, solidaridad, compasión, respeto, etc.
- Reconocer al otro como profesional y persona, así como sus sentimientos.
- Compartir un objetivo común.
- Realizar ejercicio participativo en la toma de decisiones.
- Asumir, como equipo, los aciertos y desaciertos.
- Cuidarse entre ellos (prevenir el Burnout).
- Dialogar, y comunicarse con los demás, para facilitar la tarea de los otros.
- Aplicar las habilidades aprendidas en ellos mismos.

Las funciones específicas de cada integrante se presentan a continuación:

Médico.

El papel del médico es realizar una evaluación diagnóstica, conocer que sabe la familia y el paciente de la enfermedad. Revisa expediente clínico para conocer antecedentes, estudios de laboratorio y gabinete, así como otras valoraciones para poder comunicar la información correctamente con la familia y el paciente. También debe identificar necesidades del paciente y su familia y establecer un plan terapéutico para el control de síntomas los cuales se proporciona simultáneamente al tratamiento curativo activo de la enfermedad, mediante la coordinación de la red asistencial de médicos tratantes (neumólogo, oncólogo en los casos



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	41 de 186

de neoplasias pulmonares), médicos interconsultantes, clínicas de dolor, equipo multidisciplinario de cuidados paliativos, equipos de atención en domicilio, equipos de telemedicina y unidades médicas de primer nivel de atención.

Es importante evaluar los síntomas del paciente debido a que pueden cambiar en frecuencia e intensidad en el transcurso del día. Existen múltiples escalas que sirven para dar seguimiento de la evolución de la enfermedad y respuesta terapéutica, unas de ellas son: la ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale), SAS (Symptom Assessment Scale, Memorial Symptom Assessment Scale, CMSAS (Condensed Memorial Symptom Assessment Scale), Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS), entre otros.

Otro aspecto que se debe evaluar es el grado de dependencia y capacidad funcional, apoyándose con instrumentos o escalas funcionales, con el objetivo de proporcionar el mayor grado de independencia posible, mantener en lo posible la autonomía y movilidad y promover la integración familiar y social. Las más utilizadas son Karnofsky y ECOG para pacientes con patología oncológica, otras escalas que valoran este aspecto son la Palliative Performance Scale, Palliative Prognostic Index y Palliative Prognostic Score.

Debe realizarse un programa individualizado en ocasiones multidisciplinario de acuerdo a las capacidades cognitivas que tengan que ser entrenadas. Así mismo se debe de favorecer la integración familiar a las actividades de las sesiones programadas.

El médico deberá averiguar si existen factores externos que propicien u obstaculicen la atención. Por eso es importante la evaluación integral para obtener la mayor información acerca de la situación del paciente.

El diagnóstico integral implica una valoración multidimensional y multidisciplinaria, sin embargo en muchas ocasiones el médico tiene que valorar tanto el aspecto psicosocial como espiritual. Una vez elaborado el diagnóstico debe elaborarse un plan de atención paliativa



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	42 de 186

centrada en control sintomático, alimentación, en conservar la capacidad física, estado cognitivo y seguimiento de caso.

Los síntomas que deben ser tratados son:

1. Dolor.
2. Síntomas digestivos.
 - a. Boca seca (xerostomía).
 - b. Candidiasis oro faríngea.
 - c. Anorexia-adelgazamiento.
 - d. Náuseas-vómitos.
 - e. Disfagia.
 - f. Estreñimiento.
 - g. Obstrucción intestinal.
3. Síntomas respiratorios.
 - a. Disnea.
 - b. Tos.
 - c. Dolor torácico
 - d. Hemoptisis
 - e. Ronquido
 - f. Disfonía
 - g. Hipo
4. Aspectos neuropsiquiátricos y psicológicos.
 - a. Ansiedad.
 - b. Depresión.
 - c. Insomnio.
 - d. Trastornos mentales orgánicos.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	43 de 186

Trabajador Social.

El trabajador social debe evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia. Debe elaborar un familiograma para identificar datos de la familia, como se encuentra conformada y las relaciones de funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. Así mismo, debe identificar redes de apoyo, orientar y asesorar al paciente y su familia, sobre los recursos disponibles en el entorno social e institucional y la gestión de los mismos, realización de trámites, entre otros.

El personal de trabajo social debe establecer comunicación con otros servicios para proporcionar información y orientación continua a pacientes y/o familiares. También debe trabajar en coordinación con el resto del equipo de salud que atiende al enfermo. Promover la aceptación del paciente y su familia a la nueva situación y planificar estrategias, para evitar el desgaste del cuidador primario.

Enfermera.

El personal de enfermería debe proporcionar todos los cuidados de enfermería que necesita un paciente al momento del diagnóstico y en fase terminal, consiguiendo la mejor calidad de vida posible para él y sus allegados. De la misma forma elaborará un plan de intervención de enfermería en cuidados paliativos individualizado para cada paciente, dependiendo de la situación y etapa de la vida en la que se encuentre.

También valorará la condición del paciente, el estado general, identificará sus necesidades según su estado de salud, estado cognitivo del paciente utilizando los criterios de terminalidad cuando sea el caso.

Identificará redes de apoyo (familiares, amigos y cuidadores primarios), entorno familiar, así como necesidades del cuidador primario e identificación de creencias religiosas.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	44 de 186

El personal deberá utilizar lenguaje apropiado sin tecnicismos para que la comunicación sea fluida, entendible y efectiva. Manejará el proceso del duelo e intervención en situación de crisis en caso necesario. Proporcionará soporte continuado.

A continuación se describe el papel de la enfermera en el control de los principales síntomas del paciente que requiere cuidados paliativos.

En los casos de pacientes con dolor, la enfermera debe valorar la intensidad del mismo haciendo uso de escalas específicas para los grupos de edad y las condiciones de los mismos, se encarga de la ministración y vigilancia de respuesta a analgésico prescritos, evaluación de dosis de rescate (indicados por el médico), respetar posturas antiálgicas de los paciente, movilización pasiva o activa, aplicar otras técnicas prescritas por el médico para aliviar el dolor (calor, frio, relajación o acupuntura y debe evitar ministración de placebos.

El personal de enfermería debe vigilar estado nauseoso y vómito relacionado con tratamientos u obstrucción intestinal. Debe ministrar antieméticos prescritos por el médico, evitar olores desagradables o proporcionar dieta fría o tibia. En caso de estreñimiento, ministrar laxantes y/o aplicar enemas, o inclusive realizar maniobras rectales prescritos por el médico. También debe vigilar si existe alguna alteración en la deglución o masticación, o si el paciente presenta efectos secundarios a medicamentos o tumoraciones que puedan alterar la ingesta de alimentos. La alimentación puede ser indicada por el médico a través de sonda nasogástrica, de gastrostomía o nasoyeyunal, por lo que el personal de enfermería deberá de realizar esta actividad o capacitar al cuidador, verificar permeabilidad de sondas, aseo bucal, tratamiento de lesiones peri bucales, o en mucosas orales.

La disnea es una manifestación frecuente en el paciente con enfermedad crónica pulmonar y neoplásica al momento del diagnóstico, durante la evolución de su enfermedad y en situación



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	45 de 186

terminal, que puede estar relacionada a tumores, tratamiento, agudización de la enfermedad o estado agónico. El personal de enfermería debe permanecer con el paciente y atender sus demandas, así como proporcionar oxigenoterapia, colocar al paciente en posición confortable, relajar al paciente indicando como debe respirar y transmitirle confianza.

Los pacientes en situación terminal tienen mayor riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad y humedad. Por lo que el personal de enfermería debe proporcionar cuidados de la piel, como la higiene, la hidratación, evitar zonas de humedad, utilizar telas de algodón, mantener ropa de cama libre de arrugas, utilizar colchón de presión alterna, movilización del paciente de acuerdo a tolerancia, mantener libre de presión salientes óseas, apoyándose de liberadores de presión y almohadas de micro esferas. Prevenir úlceras por presión y manejo de las mismas prescrito por el médico. Evitar desbridamiento de forma dolorosa. Utilizar apósitos antimicrobianos para evitar infección.

Es responsabilidad de cada uno de los integrantes del equipo, no solo del personal de enfermería, facilitar la asistencia de un sacerdote si lo solicita el paciente, ayudar al enfermo a expresar sus necesidades espirituales, mantener comunicación activa y sin prisas con el paciente, así como mantener comunicación con los familiares para solucionar pendientes del paciente. También deben trabajar con la familia, planificar la despedida, mantener comunicación con la familia, permitir que los seres queridos estén con el paciente y dar contención del familiar en el momento de crisis.

Psicólogo.

El papel del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos se base fundamentalmente en complementar y optimizar la consecución del bienestar para el enfermo y la familia favoreciendo la adaptación psicológica al proceso de la enfermedad y la muerte. El psicólogo debe reconocer a la persona, detectar y priorizar necesidades, físicas,



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	46 de 186

sociales, psicológicas, espirituales; reconoce miedos (a lo desconocido, al proceso de la enfermedad, al dolor físico, al deterioro, a la soledad, al abandono, al rechazo, a ser una carga, a las despedidas, separaciones), pérdidas (de salud, imagen corporal, autonomía, autoestima, del control sobre su vida, de rol, de amigos, de futuro, de proyectos, de ganas de vivir) que son percibidas por el paciente como una amenaza, para que pueda suprimirlas o reducirlas. Reforzar el sentido de pertenencia, sin olvidar su historia personal.

Evalúa y fortalece los recursos del paciente y de la familia, e implementa las estrategias específicas necesarias con el fin del manejo adecuado de sus emociones, pensamientos y conductas (manejo de la culpa y resentimientos), para reducir o suprimir la sensación de impotencia y aumentar la percepción de control sobre su realidad. Acompañar en el proceso del perdón y la reconciliación, reforzar el concepto de la esperanza y la trascendencia.

Nutriólogo.

La nutrición es una herramienta importante en los cuidados paliativos, ayudando a los pacientes con sus problemas físicos, psicológicos y sociales, y promoviendo el confort y la calidad de vida. Sin embargo, en el contexto de los cuidados paliativos, el apoyo nutricional rara vez alcanza la función de recuperación plena y no asegura el estado nutricional. El nutriólogo debe considerar las necesidades individuales del paciente, las preferencias y los hábitos alimenticios, que son esenciales tanto para controlar los síntomas y asegurar la satisfacción y la comodidad. La imposibilidad de aplicar convencionalmente la gestión establecida y el desarrollo de una nueva percepción del paciente a menudo plantea dilemas para los nutriólogos. La decisión de proporcionar atención y apoyo nutricional requiere la comprensión y el respeto de los deseos del paciente, así como una apreciación de sus expectativas y los beneficios y cargas de ese apoyo. El paciente, su familia y los profesionales de la salud deben abiertamente discutir y acordar las metas de la atención



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	47 de 186

nutricional y el apoyo en una etapa temprana, en lugar de esperar hasta que el paciente sea incapaz de discutir sus preferencias con la familia y los cuidadores.

En el paciente terminal reactivo, el apoyo nutricional debe continuar si el paciente lo desea y podría beneficiarse de ello indirectamente; los beneficios siempre deben superar los riesgos.

El nutriólogo puede desempeñar un papel esencial en la planificación de apoyo nutricional con el equipo de salud para el paciente aún sensible y, ayudar a la familia a tomar la mejor decisión médica y ética cuando el paciente no responde y la muerte se acerca.

El nutriólogo debe planear, calcular, dirigir y controlar acciones inherentes al proceso de la nutrición. Con base en las indicaciones médicas en coordinación con el paciente y/o familiar, proporciona plan de alimentación por escrito. Explica e informar al enfermo y la familia sobre:

1. Cambios en su alimentación, pérdida del apetito.
2. Presentación y cantidad (lo que le apetezca, bien presentado y en cantidades y platos pequeños).
3. Características: temperatura adecuada, poco olorosa, no picante, textura adecuada dependiendo estado (normal, triturado, líquido, pastoso) y sus gustos.
4. Alimentos frescos en fase muy avanzada.
5. Aparición de otros posibles síntomas (náuseas y vómitos).

Se consideran pacientes con enfermedades pulmonares susceptibles de requerir cuidados paliativos a los que padecen limitación funcional y/o inmovilizados complejos.

Las patologías pulmonares crónicas y neoplásicas en etapas avanzadas comprenden: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumopatías intersticiales, secuelas de tuberculosis pulmonar, asma, fibrosis quística, en pacientes con VIH y manifestaciones



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	48 de 186

pulmonares y cualquier neoplasia torácica con insuficiencia respiratoria, con limitación para desplazarse o personas que pasan el mayor tiempo en cama o que necesitan ayuda del cuidador primario.

La planeación de la atención se llevará a cabo considerando las diferencias entre la población:

a) Pediátrica, b) adultos y, c) adultos mayores.

El plan de atención del paciente en cuidados paliativos será por niveles de atención.

Respeto al punto anterior, se especificarán las características correspondientes a cada grupo poblacional:

Los niños son considerados un grupo especial con necesidades propias. En la población pediátrica, se consideran 4 grupos principales de enfermedades limitantes y amenazantes para la vida, esta clasificación ha sido adoptada por consenso internacional.

Grupo 1. Niños con enfermedad que amenaza la vida y en los que el tratamiento curativo es posible, pero puede fracasar y para los cuales el acceso a los cuidados paliativos puede ser necesario al mismo tiempo que las opciones terapéuticas curativas y/o si el tratamiento fracasa.

Grupo 2. Niños en situaciones en que la muerte prematura es inevitable, pero que pueden pasar largos periodos de tratamiento intensivo dirigido a prolongar la vida y tener la posibilidad de participar en actividades normales: Fibrosis quística, VIH, entre otros padecimientos.

Grupo 3. Niños con progresión de su enfermedad, sin opciones de tratamiento curativo en los cuales el control es exclusivamente paliativo y puede prolongarse incluso durante varios años: distrofias musculares que producen insuficiencia respiratoria.

Grupo 4. Niños en condiciones de discapacidad grave no progresiva, con complejas necesidades de salud que frecuentemente producen complicaciones y aumentan la



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	49 de 186

probabilidad de una muerte prematura: Parálisis cerebral infantil, discapacidades producidas por lesión medular o cerebral, entre otros padecimientos con manifestaciones pulmonares.

En la población adulta: se consideran cuatro grupos de enfermedades no transmisibles (ENT) y/o crónicas:

- 1.- Enfermedades cardiovasculares (los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares).
- 2.- Cáncer.
- 3.- Enfermedades respiratorias crónicas (la neumopatía obstructiva crónica o el asma).
- 4.- Enfermedades metabólicas (diabetes, insuficiencia renal crónica).

En la población de adultos mayores se consideran dos grandes grupos:

1.- Oncológicos: la incidencia del cáncer se incrementa con la edad (es la segunda causa de muerte en mayores de 65 años), si además unimos el retraso en la consulta, con lo que no se suele realizar un diagnóstico en fases tempranas, así como el empleo de menos métodos curativos, nos encontramos en mayor proporción de pacientes en situación de cuidados paliativos.

En esta población se presenta con mayor frecuencia una triada denominada complejo 3D: dolor, depresión y delirium.

2.-No oncológicos: Existen otras patologías, no oncológicas y con mayor prevalencia en ancianos, que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con la enfermedad.-enfermedades neurológicas degenerativas (demencia, enfermedad de Parkinson), enfermedad cerebrovascular, neumopatías crónicas, cardiopatías, hepatopatías, insuficiencia renal, crónica avanzada, inmovilismo irreversible.

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	50 de 186

Antes de establecer el plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá obtener el consentimiento informado del paciente y en el caso de menores e incapaces, del familiar, tutor o representante legal, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, así como tomar en cuenta el credo o religión y costumbres particulares del enfermo, información acerca de las personas que se ocupan u ocuparán de su cuidado, información socio-económica, características de la vivienda, roles familiares, dinámica y tipo de comunicación al interior de la familia y tras consideraciones de carácter personal que complementen la información necesaria para el diseño del plan de cuidados paliativos y por lo tanto, garantizar la mejor atención del paciente.

En el documento que contenga el consentimiento informado se deberá destacar y enfatizar el compromiso expreso del personal de salud de que no se causará mayor sufrimiento al paciente, lo cual le será debidamente explicado o en su caso, a su familiar, tutor o representante legal.

Todas las acciones de cuidados paliativos que realice el personal de salud, deberán estar relacionadas con el plan de cuidados paliativos, deberán ser registradas, incorporadas y, en su caso, documentadas por éste en el expediente clínico del enfermo.

El Médico tratante formula un plan de cuidado a nivel hospitalario, ambulatorio y/o domiciliario, en el que establece el conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas para el adecuado control de los síntomas físicos, emocionales, atención y cuidado del paciente con enfermedad amenazante y/o limitante para la vida, complementado por el equipo interdisciplinario de referencia y debe ser personalizado y adecuado en las necesidades del paciente y familia e incluye además de la terapéutica (farmacológica y no farmacológica), todas las esferas de atención física, psicológica, social y espiritual del binomio paciente-familia, tanto en el ámbito hospitalario, ambulatorio y domiciliario.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	51 de 186

Los cuidados paliativos para los niños inician desde el momento del diagnóstico, junto con el tratamiento curativo si éste existe. Se deben incluir todos los cuidados de confort hacia el paciente, valorar y realizar el tratamiento escalonado del dolor y otros síntomas molestos, incluir un contacto temprano con el niño y la familia, evitar la fragmentación de esta ya que la “extrema gravedad de éstos puede estar asociada a la separación de los padres”.

El plan de atención del paciente en cuidados paliativos será escalonado. Debe brindarse independientemente del pronóstico a corto plazo, realizarse mediante un equipo multidisciplinario, incluir al niño y la familia en la toma de decisiones, utilizar los recursos disponibles (redes de apoyo), ofrecerse en todos los escenarios de atención: hospitalario, ambulatorio y domiciliario y considerar el seguimiento en el duelo.

Corresponde al equipo de Cuidados paliativos capacitar a los cuidadores para que apliquen los cuidados básicos necesarios tanto en el hospital como en el domicilio.

Modelo de atención en el paciente pediátrico.

El modelo de atención de cuidados paliativos en el paciente pediátrico se caracteriza por niveles de intervención, que se mencionan a continuación:

Nivel de enfoque paliativo básico.-Todo profesional de la salud deberá velar por el mayor bienestar del menor, adecuado control de síntomas y respeto a su dignidad. Son casos con bajo nivel de complejidad asistencial y deben contar con apoyo comunitario, de visita domiciliaria, además de apoyo telefónico para asesoría ante una crisis.

Nivel paliativo intermedio: profesionales capacitados en control de síntomas habituales y equipos multidisciplinarios de referencia.

Unidades de soporte con línea telefónica y protocolos de asistencia a distancia que brindan apoyo a los equipos domiciliarios de su área de influencia. Posibilidad de visita domiciliaria en casos de difícil manejo.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	52 de 186

Nivel paliativo avanzado o experto: casos en los que la complejidad clínica, personal, familiar o social requieren la actuación de servicios específicos de cuidados paliativos pediátricos; unidades dedicadas a la formación de recursos humanos, docencia e investigación. Posibilidad de visita domiciliaria en casos de difícil manejo y con fines de docencia, capacitación y/o investigación.

Modelo de atención en adultos.

El Modelo de atención de Cuidados Paliativos Adultos plantea una atención, la cual se presenta a continuación.

Tercer nivel de atención en cuidados paliativos otorgada preferentemente con servicio interdisciplinario de medicina paliativa completo.

1. Atender las interconsultas formuladas por el personal de la propia Unidad de tercer nivel de atención.
2. Referir al segundo y primer nivel de atención a enfermos en situación terminal, que no requieran hospitalización y cuidados especializados.
3. Hospitalizar únicamente a pacientes en situación crítica para control de síntomas difíciles, urgencias, sedación paliativa o excesiva presión familiar
4. Llevar a cabo investigación clínica, docencia y asistencia.

Las indicaciones para realizar sedación paliativa son: existencia de un síntoma refractario, reducir el sufrimiento, reducir proporcionadamente el nivel de conciencia a la necesidad de alivio del sufrimiento y como requisito contar con un consentimiento informado.

La atención domiciliaria a la que se hace referencia en los tres niveles de atención y la cual se puede otorgar en todos los grupos de edad, está enfocada a un programa de atención que proporciona confort, fomenta la autonomía del paciente y su familia y fomenta el respeto a su dignidad, siempre con la planeación del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, sin



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	53 de 186

poner el riesgo la vida del paciente y bajo un modelo interdisciplinario, conservando siempre como objetivo la ganancia en términos de calidad de vida. Los criterios de inclusión al programa de atención domiciliaria al enfermo en situación terminal son: pacientes con criterios de enfermedad terminal bien definidos (pacientes terminales, pacientes con enfermedad pulmonar crónica y neoplásica, las cuales sólo se beneficiarán con tratamiento sintomático en su domicilio, personas con limitación para desplazarse, pacientes que pasan la mayor parte de su tiempo en cama y necesitan la ayuda de un cuidador primario-, limitación funcional y/o inmovilizados complejos, el paciente acepta estar en su domicilio, familia que desee y pueda cuidar a su paciente, contar con al menos con un cuidador primario, solicitud de la atención domiciliaria por el paciente o la familia, paciente referido por médico tratante, entorno social y familiar del paciente accesible a la capacidad de respuesta del equipo de cuidados paliativos y tener un domicilio estable. Dado que no existe un número suficiente de equipos interdisciplinarios para atender las necesidades de estos pacientes y su familia, se utilizan herramientas para llevar a cabo la programación de estos pacientes al modelo de atención domiciliaria como el Karnofsky, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y PaPS (Palliative Pronostic Score).

La atención ambulatoria será otorgada de forma directa, es decir los pacientes acuden a este servicio donde son atendidos por un médico capacitado para tratar los múltiples síntomas, pero también deberá ser visto por psicología, trabajo social, rehabilitación respiratoria o algún otro integrante del equipo interdisciplinario de acuerdo a la condición del paciente. Pero también puede ser tratado a través del cuidador primario capacitado si las condiciones del paciente-familia lo permiten. Los pacientes que pueden ser tratados en esta modalidad son aquellos con enfermedad terminal, que el paciente y familia quieran y puedan acudir, contar con cuidador primario y ser referido por un médico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	54 de 186

El Modelo de atención de Cuidados Paliativos para Adultos Mayores es igual que para el adulto, otorgado en los tres niveles de atención con las acciones especificadas anteriormente. Sin embargo en este grupo de edad es importante considerar las comorbilidades, la farmacocinética y los dilemas éticos. Todo esto requiere una evaluación detallada de la utilidad y futilidad terapéutica, por el equipo interdisciplinario. Las evaluaciones pueden variar dependiendo de la condición del paciente. Por ejemplo el dolor en pacientes con demencia es infravalorado y los instrumentos de auto-reporte son poco útiles, es por eso que en este grupo de pacientes se deben considerar cambios de conducta, funcionalidad, sueño, apetito, actividad física y movilidad, lenguaje facial y corporal no verbal. Por otra parte el manejo farmacológico del dolor requiere valorar la vía por los trastornos de deglución que presentan, así como dosis bajas e incrementos graduales por la alta frecuencia de eventos adversos en esta población.

En cuidados paliativos las urgencias son condiciones que si no se tratan afectan la calidad de vida del paciente, como la hemorragia masiva, compresión maligna de la médula espinal, crisis de sofocación, obstrucción de la vena cava superior, estado epiléptico, hipercalcemia, agitación terminal, crisis de claudicación familiar.

El plan de atención en el paciente agónico, deberá de enfocarse en el bienestar del paciente, potenciando el control sintomático, fomentar el respeto a la autonomía del paciente evaluando las capacidades del enfermo y familia, sus redes de apoyo y el compromiso con el cuidado. Atender las necesidades espirituales de cada persona. Suspender tratamientos no esenciales y limitar el sufrimiento. Evaluar alimentación e hidratación según las características clínicas del paciente. Retirar fármacos y tratamientos fútiles que no aporten mejoría sintomática, en ocasiones será necesario cambiar la vía de administración del fármaco. Valorar los requisitos que garantizan una atención domiciliaria adecuada (deseo del paciente de ser atendido en su domicilio, deseo y posibilidad del familiar de cuidarlo,



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	55 de 186

disponibilidad de más de un cuidador y síntomas que puedan ser controlados en casa, acceso a servicios de cuidados paliativos, estatus clínico, funcional y cognitivo del paciente, así como sus necesidades y preferencias, posibilidad de realizar trámites legales, sociales y funerarios por la familia).

Documentación necesaria

La documentación necesaria para que el equipo de Cuidados Paliativos se comunique de manera efectiva en los diferentes grupos de riesgo está ubicada en el expediente clínico el cual está conformado por el expediente electrónico y el expediente físico, en los que se lleva a cabo el registro de la atención en cuidados paliativos en donde se integra el plan de atención, así mismo, se pueden revisar los estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos recetados, notas de valoraciones de todo el equipo interdisciplinario, así como expediente clínico en papel en el que se puede encontrar escalas de valoración, integradas y aplicadas por el personal del grupo interdisciplinario.

Documento de voluntad anticipada: instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica. En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado físicamente para acudir ante el Notario Público, podrá suscribir el Formato ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en el documento que emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada en los términos de esta Ley.

Consentimiento Informado

El consentimiento informado de Cuidados Paliativos se elabora junto con el plan de la atención y se obtendrá para cada uno de los grupos de riesgo, que de acuerdo al



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	56 de 186

procedimiento institucional se efectuaran los que sean necesarios durante el tratamiento incluyendo el de Teleconsulta (ver procedimiento de consentimiento informado).

Monitorización

La monitorización del paciente puede ser a través del programa de atención domiciliaria, ambulatoria, a nivel hospitalario o a través de tele consulta por medio del uso de la tecnología (internet o teléfono). Esta última modalidad puede otorgarse cuando el paciente decide emigrar a su lugar de origen, cuando el cuidador primario necesita información urgente ante la presencia de un nuevo síntoma físico o emocional o para que el equipo interdisciplinario proporcione una atención continua al paciente y familia. Esta monitorización se lleva a cabo a través de la evaluación de los síntomas, por lo que se debe capacitar al paciente y/o familia para que lleven un registro de los síntomas, sobre todo exacerbaciones y dudas. Así mismo el equipo interdisciplinario debe valorar metas terapéuticas para determinar ajuste de manejo, así como necesidades y actitud del paciente. Tomando en cuenta que el objetivo final es poder resolver las necesidades del paciente.

El seguimiento del paciente puede ser apoyado de las herramientas de evaluación mencionadas anteriormente para cada grupo de pacientes y para síntomas específicos.

Competencias del Personal

Competencias del personal: el equipo interdisciplinario deberá de contar al menos con cursos teóricos presenciales o a distancia de cuidados paliativos de un mínimo de 24 horas tanto para pacientes pediátricos como pacientes adultos.

Corresponde al Equipo de Cuidados Paliativos, capacitar a los cuidadores para que apliquen los cuidados básicos (dirigidos a proporcionar al paciente el máximo confort posible en cada momento), cuidados preventivos (evitan problemas que se presentan con frecuencia como dermatológicos, emocionales, etc.) o cuidados sintomáticos (se realizan para disminuir o



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	57 de 186

paliar los estados patológicos que se presentan como úlceras, anorexia, disnea, etc.) necesarios tanto en el hospital como en el domicilio.

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO COP.10

Objetivo

Contar con un proceso para asegurar que la atención que se brinda a pacientes de alto riesgo definidos por el INER cumplan con las diferentes necesidades de atención de acuerdo a su estado de salud y a la naturaleza crítica de su padecimiento.

Alcance

El presente documento aplica directamente al personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Políticas

El Instituto lleva a cabo un análisis multidisciplinario para identificar a los grupos de pacientes de alto riesgo y definir un proceso con enfoque de sistema que permita una atención expedita y oportuna. Estos análisis se basan en el tipo de pacientes a quienes recibe, en los índices de morbilidad, la capacidad instalada y el nivel de atención que brinda de acuerdo a la misión del Instituto.

Para llevar a cabo el análisis multidisciplinario se convoca a los jefes de servicio, quienes realizan anualmente un análisis sobre los índices de morbilidad y los resultados de la atención del periodo próximo pasado.

Los resultados de estos análisis son compartidos en el COCASEP y es en el seno de dicho comité donde se adoptan a los pacientes de alto riesgo.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	58 de 186

Se cuenta con un listado resultante del análisis, el cual puede ser modificado, cuando se creciera en algún servicio, cuando se recibieran alguno otro tipo de pacientes, cuando hubiera alguna modificación y aumentarían los servicios que actualmente se otorgan, entre otros.

La definición del proceso de atención incluye al menos para cada grupo de pacientes de alto riesgo lo siguiente:

- a) Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
- b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
- c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde;
- d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
- e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
- f) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.

La definición de los incisos arriba mencionados incluye las actividades frente al paciente de personal Médico, Enfermería, otros profesionales de la salud, quienes en un proceso colaborativo llevan a cabo la atención del paciente y concentran en este proceso sus intervenciones.

Toda la atención del paciente se debe documentar en el expediente y en los formatos específicos establecidos por el apartado de AOP y MCI. El expediente clínico es el instrumento que contiene toda la información clínica de la atención.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	59 de 186

El equipamiento con el cual se debe de contar es aquel indispensable para la atención de dichos pacientes.

La monitorización del paciente son aquellas constantes vitales o aspectos de protocolo de atención específico para cuidar al paciente en cuestión.

Las competencias del Personal están relacionadas con el saber y con el hacer del personal.

Los insumos y el equipamiento relata específicamente el apoyo de tecnología y equipo biomédico necesario en cada caso de pacientes de alto riesgo.

Los pacientes considerados de alto riesgo en el Instituto son:

1. Pacientes en situación de urgencias
2. Pacientes en Reanimación Cardiopulmonar
3. Pacientes en quienes se transfunde sangre o hemocomponentes
4. Pacientes comatosos
5. Pacientes con enfermedades infectocontagiosas
6. Pacientes inmunosuprimido
7. Pacientes que requieren sujeción
8. Pacientes en quienes se administra quimioterapia
9. Pacientes en soporte vital
10. Pacientes pediátricos.
11. Pacientes terminales
12. Mujeres embarazadas
13. Pacientes con dolor



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	60 de 186

Procesos de Atención que consideran particularidades entre poblaciones pediátricas, embarazadas y adultos

1. Pacientes que están teniendo una urgencia
2. Pacientes en quienes se aplica sangre o hemocomponentes
3. Pacientes en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada
4. Pacientes en soporte vital
5. Pacientes comatosos
6. Pacientes con Dolor
7. Pacientes sometidos a sedación
8. Urgencias Obstétrica



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	61 de 186

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO COP.10

En Instituto nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, ha definido un proceso de atención de pacientes en situación de Urgencias, para lo cual dispone de un Departamento de Áreas Críticas conformado por tres servicios: Urgencias Respiratorias, Terapia Intensiva y terapia Respiratoria.

ATENCIÓN PACIENTE EN SITUACION DE URGENCIA COP.10.1

Objetivo

Asegurar una atención inmediata y ordenada de todos los pacientes que presentan una Urgencia, para sistematizar una atención médica según la prioridad y los recursos físicos y humanos disponibles. Asignar el área de tratamiento adecuada así como disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoria para el personal Médico, Enfermeras y Servicios de apoyo diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Políticas

Los pacientes en situación de urgencia pueden presentarse en cualquier área del Instituto, por lo anterior se ha establecido un grupo de atención para acudir a presentar la atención de primer contacto que esté integrado por personal médico y paramédico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	62 de 186

Los pacientes que están cursando con una situación de urgencia tiene prioridad en la atención, en virtud de lo anterior cuando se vocee un código azul, acudirán al área personal médico, enfermería, camilleros y personal administrativos para coordinar la continuidad de la atención.

El Instituto ha establecido los criterios para considerar a un paciente en situación de urgencia y los ha diferenciado de acuerdo a las poblaciones, pediátricos, Mujeres embarazadas y adultos.

Una emergencia se puede presentar en cualquier lugar del establecimiento, así como a la llegada del paciente pro sus propios medios, por solicitud de ambulancia o por auxilio de terceros.

Se cuenta con el personal de perfil adecuado y la capacitación requerida para evaluar el tipo de gravedad y decidir hacia donde encausar el paciente dentro de este servicio referir para dar continuidad de la atención.

Los pacientes que ingresan al área de Urgencias pueden estar viviendo un caso de urgencias, para ello en el servicio se cuenta con el personal, las habilidades y competencias; y el equipamiento para ser atendidas.

Los pacientes que acuden por su propio pue solicitando el servicio del área de Urgencias, el Personal de Recepción le realizará una evaluación y para priorizar su atención en Urgencias, denominado SHORT, que ante cualquier señal de alarma, deberán notificar al Médico de Guardia o a Enfermería para que lo valoren:

- S: Sale caminandi



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	63 de 186

- H: Habla sin dificultad
- O: Obedece órdenes sencillas.
- R: Respira
- T. Taponamiento de Heridas.

Todos los pacientes valorados en la consulta de Urgencias serán registrados en el sistema de administración hospitalaria, tomando sus datos por nombre, fecha de nacimiento, y anotando hora de llegada (hoja de Triage, Anexo 1)

Los pacientes que solicitan atención médica al Servicio de Urgencias, serán sometidos a una valoración de prioridad de la atención (Triage). De acuerdo con el resultado de este Tamizaje se decidirá si el paciente debe pasar inmediatamente al área de Hospitalización de Urgencias, o bien, ser valorado en consultorio de Urgencias.

Es responsabilidad del Médico de Urgencias realizar el Triage en el filtro de urgencias.

Todo padecimiento o evento de pacientes recibidos en el servicios de Urgencias, haya sido calificado o no como urgencia deberá ser documentado debidamente en protocolos de ingreso y atención médica de paciente y además formatos autorizados por las áreas respectivas.

Paciente en estado crítico pasa directo a las áreas correspondientes que puede ser sala de choque o cubículo de observación previa valoración del Médico de Guardia.

El personal de enfermería asignada a filtro, deberá iniciar la hoja de valoración con signos vitales.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	64 de 186

El médico tratante deberá solicitar los estudios necesarios de laboratorio y gabinete a efecto de establecer el diagnóstico y tratamiento necesario.

La estancia de los pacientes en el área de observación no podrá exceder a las ocho horas, dada la demanda del servicio de urgencias.

En caso de que el Paciente requiera necesidades especiales de Atención (discapacidad, idioma diferente, etc.) aplicar el procedimiento de identificación de Necesidades Espaciales y Reducción de Barreras en la Atención para facilitar su ingreso. (AOP).

En casos de sospecha de abuso, maltrato, muerte antes de su llegada al Instituto o de cualquier otra irregularidad el médico de urgencias llena el "formato de Aviso al Ministerio Público" y se da aviso a Trabajo Social para hacer llegar dicho formulario a Ministerio Público (Véase procedimiento de notificación al Ministerio Público). (Anexo 2)

El Médico de urgencias da continuidad al "Formato de Seguimiento del Ministerio Público" en los pacientes con problemas médico-legales.

Durante la atención de Pacientes en el servicio de Urgencias la identificación de pacientes se llevará a cabo mediante el nombre de paciente y fecha de nacimiento, en procesos de extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos, administración de medicamentos, sangre o hemoderivados, etc. tal como lo establece en los manuales de políticas de identificación de pacientes.

Las órdenes verbales deberán realizarse conforme al protocolo: escribir, leer y confirmar, además de realizarlo el personal autorizado, como se establece en el manual de políticas de Órdenes Verbales.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	65 de 186

El expediente clínico de pacientes atendidos en el Servicios de Urgencias deberá estar integrado de forma completa y ordenada conforme a lo definido en el manejo y llenado del expediente clínico por el Comité de Expediente Clínico.

El médico deberá llenar formatos de ingreso (Consulta otorgada, hoja de admisión, consentimiento para internamiento de ingreso hospitalario, necropsia hospitalaria, procedimiento en hospitalización) su el paciente requiere ser ingresado al Servicio de Urgencia para observación y tratamiento

El médico encargado de turno del paciente del área de urgencias deberán informar al personal responsable sobre el estado de salud del paciente.

Valorar al paciente de acuerdo a su estado de salud, verificando signos vitales, estado general, sangrado, dolor, posibles complicaciones con la finalidad de decidir si es necesario continuar con el tratamiento siguiendo con el procedimiento que corresponda:

- Congreso a Pacientes a Hospitalización
 - Ingreso del paciente a Unidad de Terapia Intensiva
 - Ingreso de Paciente a Quirófano
 - Alta del Servicio de Urgencias
 - Referencia/Contra referencia de pacientes
- Todo egreso de pacientes del Servicio de Urgencia deberá ser mediante autorización médica y se le educara sobre el seguimiento de su atención y en signos de alarma.

Planificación para la atención



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	66 de 186

La atención de los pacientes en situación de urgencia rompe con todos actos médicos programados, por los anteriores tanto el personal médico como el personal de apoyo darán prioridad en la atención a dichos pacientes.

El personal de apoyo como camilleros suspenderá la atención de los pacientes programados y acudirá al llamado del Código Azul.

Los servicios de Laboratorio de Analisis Clínicos y Banco de Sangre siempre cuentan con un área para la atención de urgencias.

Los Servicios de Radiología e Imagen darán prioridad a los pacientes en situación de Urgencia, deteniendo los estudios programados hasta que se finalice la atención de estos pacientes.

Aéreas de Consulta Externa y/o Hospitalización

Pacientes con enfermedades crónicas que presenten algún padecimiento antes mencionado o bien que agudicen su condición de base, tales como:

- Urgencias cardiovascular o respiratoria
- Urgencia neurológica incluyendo crisis convulsivas
- Infecciones en inmunocomprometidos que cursen con inestabilidad hemodinámica e inmunicencia de choque séptico
- Intoxicaciones por fármacos que recibe por su enfermedad de base.
- Dolor torácico agudo
- Dolor en pacientes crónico-terminales.
- Hemoptisis



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	67 de 186

Area de Hospitalización

Criterios se Ingreso

Todo paciente con insuficiencia de algún órgano o síntoma que requiera un sistema de vigilancia básico.

Primordialmente los siguientes padecimientos.

- Urgencias respiratorias: Neumonía con dificultad respiratoria moderada y severa, crisis asmática, bronquilitis, laringotraqueitis con dificultad respiratoria.
- Urgencias oncológicas: Lisis tumoral, anemia severa, inmunosupresión.
- Area de Urgencias
- Los pacientes son tamizados y priorizada su atención de acuerdo al TRIAGE habitual el cual determina por niveles de atención los pacientes.
- La recepcionista utiliza nombre, fecha de nacimiento, sexo, fecha y hora de la atención para realizar el Triage.

Pacientes Pediátricos

Los pacientes con una urgencia se pueden presentar en cualquier parte del Instituto, por tanto este documento tiene por objetivo dictar los criterios para atender a cualquier paciente pediátrico que presente condiciones de inestabilidad fisiológica, en forma rápida, con intervención oportuna y precisa, la cual será otorgada por personal capacitado para trabajar en equipo utilizando todos los recursos disponibles del Instituto y que sea sensible a las necesidades del individuo.

Las principales urgencias pueden ser:

Ahogamiento por atragantamiento/cuerpo extraño en la vía aérea

Fiebre



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	68 de 186

Crisis convulsivas

Todo paciente con inestabilidad fisiológica severa de cualquier órgano o sistema que ponga en riesgo la vida del paciente y que requiera un tipo de vigilancia intensiva.

Enfermedades Respiratorias Altas (Sinusitis, abscesos amigdalinos) y bajas (Neumonías y bronconeumonías) que causen insuficiencia respiratoria.

Quirúrgias

El paciente ingresa al área de Urgencias, y de ahí se puede enviar a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, traslado e ingreso al área de hospitalización de pediatría del Instituto.

Pacientes Obstétricas

Pacientes con urgencias respiratorias que tengan compromiso obstétrico o del puerperio

Entidades Patológicas que pueden generar emergencia obstétrica derivada de complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio:

- a) En cualquier momento del embarazo o el puerperio
 - En enfermedad Tromboembólica venosa o Trombosis pulmonar.
 - Embarazo y cardiopatía clase funcional de NYHA (por sus siglas en inglés New York Hearth Association). III,IV
- b) Primera mitad del embarazo
 - Aborto séptico
 - Embarazo ectópico
- c) Segunda mitad del embarazo con o sin trabajo de parto
 - Preeclampsia severa complicada con:
 - Hemorragia cerebral
 - Síndrome de Hellp



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	69 de 186

- Hematoma o Ruptura hepática
- Coagulación intravascular diseminada
- Insuficiencia renal aguda
- d) Complicaciones posteriores al evento obstétrico o quirúrgico
 - Choque séptico
 - Hemorragia Obstétrica
 - Ruptura uterina
 - Atonía uterina
 - Hemorragia intra abdominal posquirúrgica de cesárea o histerectomía
 - Sepsis puerperal, variedades clínicas de la deciduomiometritis o pelviperitonitis
 - Invasión uterina que requiere reducción quirúrgica
 - Embolia de líquido amniótico
- e) Otra patología médica y obstétrica aguda o crónica que comprometa la vida de la madre o del producto de la concepción y que requiere recibir atención de emergencia.

PACIENTES ADULTOS MAYORES

Las urgencias en el aciano tienen unas características especiales. Por un lado el diagnóstico es más difícil porque:

1. Las enfermedades agudas tienen frecuentemente una presentación atípica.
2. La falta de colaboración del enfermo, derivada del deterioro cognitivo que a menudo presenta o impide un interrogatorio adecuado, y
3. Suelen existir una o varias enfermedades crónicas con múltiples tratamientos que pueden enmascarar las manifestaciones de la enfermedad aguda, cuyos síntomas o signos se pueden atribuir a la enfermedad crónica
4. Por falta de información del familiar directo
5. Falta de cuidador primario



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	70 de 186

Por otro lado el tratamiento es más complicado, ya que la medicación administrada puede interaccionar con alguno de los medicamentos que toma o descompensar una enfermedad crónica. De esta forma son más frecuentes las complicaciones, favorecidas, además por la fácil pérdida de equilibrio en el que coexisten varias enfermedades crónicas.

Por último, la frecuente situación de enfermo terminal en que se encuentra el anciano hace que se presenten problemas éticos al tomar decisiones que a menudo deben ser discutidas con los familiares o responsables legales para hacer una justa utilización de los recursos sanitarios.

I. Enfermedades Cardiacas:

- Angina de pecho
- Cardiopatía isquémica

II. Enfermedades Metabólicas:

- Estado Hiperosmolar del diabético
- Ceto Acidosis Diabética

III. Enfermedades Respiratorias:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Tabaquismo Intenso)
- Estatus Asmático (Asma)
- Bronconeumonías y Neumonías
- Intoxicaciones por Humos y Solventes.

Documentación Necesaria

Posteriormente una vez restablecido los signos vitales y asegurada su estabilidad, el médico adscrito del servicio de urgencias procede a realizar:



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	71 de 186

PACIENTES PEDIATRICOS, OBSTETRICOS Y ADULTO MAYOR	
Expediente Clínico Físico	Nota del expediente clínico Nota de enfermería Nota de ingreso de Urgencias Hoja de Indicaciones a enfermería Exámenes de Laboratorio de análisis clínicos y exámenes de Gabinete Plan de tratamiento
Interconsulta	Toma de decisión de girar interconsulta de acuerdo a su patología o enfermedad

No aplica en pacientes con una urgencia calificada absoluta, el consentimiento informado. Para el resto de los diagnósticos si se va a realizar un procedimiento se llenará el consentimiento específico.

Requisitos de Control del Paciente

1. El paciente en situación de urgencia en cualquier parte del Instituto, tiene prioridad en la atención y existe un protocolo de atención.
2. El paciente que está teniendo una urgencia es identificado por el personal del área y se establece el código de atención, el cual consiste en:
 - a. Dar aviso a Trabajo Social, quien a su vez voceará código azul en el área del evento.
 - b. En forma simultánea iniciar el acompañamiento del paciente, si el personal está capacitado iniciar con el RCP básico para legos, en espera de la ayuda especializada.
3. Una vez iniciada la atención especializada se califica y prioriza la atención
4. Todos los pacientes en la atención de urgencia recibirán las siguientes evaluaciones:
 - Exploración física



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	72 de 186

- Interrogatorio
- Identificación de barreras
- Valoración del dolor
- Valoración de riesgo de caída
- Valoración de estudios de diagnóstico y tratamiento si se requiere

Todos los pacientes con situación de urgencias tiene siempre un médico responsable que establece el Plan de atención y la continuidad de la misma se lleva a cabo en cada turno por los médicos especialistas y el personal de enfermería a cargo.

Si se identifica la necesidad de que participe otras disciplinas en la atención del paciente se solicita mediante una interconsulta.

Una vez iniciada la atención en el servicio correspondiente o en área hospitalaria se decidirá su transferencia a alguna área de cuidados específicos (Terapia Intensiva, Quirófano y Hospitalización).

Se lleva a cabo una valoración inicial en las primeras 24 hrs en las áreas de hospitalización y revaloraciones necesarias de los parámetros identificados como fuera de control por el médico general si es en el servicio de urgencias o por el médico especialista tratante si se encuentra en el área de hospitalización donde se haya presentado la emergencia como también participa el personal de apoyo médico, enfermeras, asistente, residentes, médicos, etc. Y serán realizadas estas valoraciones por las especialidades necesarias priorizando la atención de las mismas.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	73 de 186

Una vez estabilizado el paciente se consigna en el expediente clínico el plan de tratamiento, resultados de servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, resultados de la atención, consentimiento, entre otros.

Los pacientes quedan a cargo de un médico responsable de la atención por turno los 365 días del año

Competencias o Aptitudes Especiales de Personal Involucrado en el Proceso de Atención

El Personal involucrado en la atención de estas urgencias cuenta con la aptitud y preparación necesaria:

1. Personal Médico Especialista entrenado y certificados
2. Médicos especialistas y Sub especialistas en el área de urgencias y en hospitalización
3. Enfermeras Generales o con Cursos Post técnicos
4. Legos del personal con RCP Básico

Disponibilidad y Equipo Especializado

Se cuenta con el siguiente equipo especializado para la atención de emergencia las 24 hrs del día los 365 días del año, equipo que es revisado por personal entrenado diariamente.

- Carro de paro cardio respiratorio
- Monitor/Desfibrilador
- Medicamentos del Carro Rojo para atender una Urgencia
- Bomba de infusión
- Estuche de diagnóstico
- Laringoscopio



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	74 de 186

- Estetoscopio
- Baumanómetro
- Cánulas endotraqueales
- Ambu
- Oxígeno/gases medicinales



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	75 de 186

ATENCIÓN PACIENTE A QUIENES SE DA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR COP.10.2

PACIENTES A QUIENES SE LES DA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Objetivo

La Reanimación Cardiopulmonar son una serie de maniobras destinadas a mantener con respiración y pulso artificial a una persona.

Alcance

Las presentes políticas son de observancia general y obligatoria para el personal Médico y Paramédico y de los Servicios de apoyo diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Políticas

El procedimiento se aplicará en todo paciente que estando dentro de las instalaciones del Instituto, entre en Paro cardio respiratorio. No se requerirá Consentimiento Informado del familiar o acompañante, debido a la emergencia médica del caso; así como tampoco de trámite administrativo alguno.

Existirá una clave (CODIGO AZUL) que se activará, con la finalidad de que el Personal capacitado para el Procedimiento, acuda de inmediato y portando el equipo necesario para el caso, a la habitación, o Servicio donde se encuentra el Paciente.

Se cuenta con un Médico y un Personal de Enfermería titulado, capacitado en RCP avanzado/adulto, para cada turno, que da presencia las 24 horas del día, los 365 días de año.

Debe identificarse al Paciente con Alto Riesgo de Paro cardio respiratorio, desde la Evaluación Inicial o durante la Evolución del Tratamiento. Una vez identificado, se registrará en el Expediente Clínico, como "Paciente de Alto Riesgo de Paro cardio respiratorio".

Participación e Información del Paciente y su Familia

El Médico Tratante a cargo del paciente, deberá informar suficiente y claramente a los familiares en la comprensión de la situación y aclarar dudas sobre las medidas de prevención y del Procedimiento de Reanimación, inmediatamente después de sucedido el evento.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	76 de 186

El personal del Instituto respetará las normas y creencias religiosas y culturales del paciente y sus familiares, así como todo requisito del tipo legal.

Emisión y Respuesta de Alerta “Código Azul”

El personal del Instituto que detecte el estado de inconsciencia del Paciente, dará aviso al Médico o Personal de Enfermería más próximo, para que éste Personalñ después de comprobar la ausencia de signos vitales, proceda a llamar, para activar el voceo y el Procedimiento de atención al paciente.

La Recepcionista voceará de inmediato el llamado de CODIGO AZUL, indicando el lugar.

El personal Médico, personal de Enfermería y Camillero del Servicio; además del Personal Encargado de Enfermería del área; acudirán de inmediato al llamado, llevando consigo el equipo médico necesario para la atención del evento.

El personal de enfermería del servicio se encargarán de llevar el carro de paro más cercano a la habitación o Servicio donde se requiera, asegurándose que se lleva también el monitor/desfibrilador.

Las maniobras iniciales de reanimación las deberá abordar el personal que detecte el estado de inconsciencia del Paciente (Médico o Personal de Enfermería).

Encargado de Enfermería encargada del Servicio donde se encuentra el paciente, deberá llenar el registro de todo el evento y entregarlo a la Jefatura de Enfermería, para tener posteriormente una evaluación del suceso y realizar mejoras en caso necesario.

El personal de Camillería estará apoyando al personal involucrado directamente con el CODIGO AZUL, hasta que ya no se necesiten más sus servicios.

El personal que participa en el evento cuenta con Capacitación en RCP comprobable cada dos años.

ESQUEMA



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	77 de 186

Planificación de la Atención:

Pediátricos

Los eslabones de la cadena de supervivencia pediátrica son:

1. Prevención
2. Implementación rápida y adecuada del soporte vital básico
3. Acceso rápido al sistema de emergencias médicas en el Instituto.
4. El inicio rápido y adecuado de las técnicas del soporte vital avanzado.

Todo paciente que no presente respiración y/o presente respiración agónicas, de inmediato deberá palpase el pulso durante 10 segundos, el sitio de palpación será axilar y/o femoral en el lactante (menor de 1 año de edad) y carotídeo en mayores de 1 año de edad. Si el paciente no presenta pulso se deberá de iniciar en forma inmediata compresiones torácicas, solicitando en forma inmediata ayuda y carro de par-cardiorespiratorio con monitos desfibrilador o desfibrilador automático externo.

El líder designado de lunes a viernes será el médico adscrito; durante las guardias y días festivos será el Jefe del Guardia.

El líder designado de el servicio de urgencias, será el Médico Adscrito encargado del área de urgencias (o el Médico de mayor jerarquía).

Las funciones del personal de enfermería como parte del equipo de reanimación es llevar a cabo la administración de medicamentos y accesos vasculares, apoyar la vía aérea y llevar el registro.

El acceso vascular intraóseo debe utilizarse en paro cardio-respiratorio de pacientes que no cuentas con acceso venos.

Al final de la RCP el líder redactará una nota en el expediente de los eventos ocurridos.

El familiar ó tutor del paciente debe ser informado.

Solo el líder podrá dar por terminado el procedimiento.

Descripción del Proceso

- a) Todo paciente que se encuentre en respiración agónica, sin respiración y/ó cianosis generalizada, debe ser valorado de acuerdo al C-A-B-. C: Circulación/pulso: se inicia a palpar pulso durante 10 segundos, en menores de un año debe ser pulso braquial ó femoral.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	78 de 186

Escolares ó adolescentes, pulso carotídeo. De no tener pulso se activa el CODIGO AZUL, se solicita carro de PCR con monitos desfibrilador ó DAE, la persona que detecta al paciente sin pulso debe iniciar en forma inmediata compresiones torácicas. A-B: Corresponde a la permeabilidad de la vía aérea.

- b) La relación de compresiones y respiraciones son a cualquier edad con un solo rescatador 30x2x5; 30 compresiones por 2 respiraciones por 5 ciclos, respetando un tiempo de 2 minutos. Cuando se encuentran 2 rescatadores en pacientes lactantes o pediátricos la relación de compresiones será de 15x2x10, 15 compresiones, por 2 respiraciones por 10 ciclos, respetando un tiempo de 2 minutos. Cuando se trata de pacientes adolescentes y se encuentran 2 rescatadores la relación es igual que si se encontrará un rescatador: 30x2x5.
- c) Si el paciente tiene asegurada la vía aérea previa al PCR (tubo endotráqueal), las compresiones se realizarán 100 por minuto con 8-10 respiraciones simultáneas de 1-1.5 segundos de duración.
- d) Cada 2 minutos debe rotarse el rescatador de compresiones a la vía aérea y viceversa.
- e) En el momento que se cuente con monitor desfibrilador ó DAE debe ser interrumpida la RCP para valorar el ritmo, sin perder no más de 10-15 segundos en esta valoración. Sea ó no desfibrilable el ritmo posterior a está acción se reinicia RCP, valorando el ritmo a partir de la primera vez cada 2 minutos, lo mismo que el pulso, a excepción de que se trate de una FV.
- f) Si el ritmo es desfibrilable debe seguirse el algoritmo de manejo de acuerdo a ritmo desfibrilable descrito en la FIGURA 2.
- g) Si el ritmo no es desfibrilable y ni cuenta con pulso debe seguirse el algoritmo de manejo descrito para PCR en la FIURA 3.
- h) Cualquier acción que se realice durante la RCP (intubación, auscultación, palpación de pulso, etc), no deben ser interrumpidas las compresiones por mas de 10-15 segundos.
- i) Durante la RCP se debe buscar las causas del PCR con el ejercicio de las Hs y las Ts de acuerdo a diagrama de flujo para PCR pediátrico.
- j) Adrenalina debe ser administrada con un intervalo de tiempo a partir de la primera dosis de cada 3-5 minutos.
- k) La suspensión de la RCP la indicará el líder ya sea por recuperación del pulso ó declaración de la muerte del paciente



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	79 de 186

FIGURA 1 ALGORITMO RCP BASICA PEDIATRICA

ALGORITMO DE SVB PEDIATRICO

PARO CARDIACO PEDIATRICO

Pediátricos

La reanimación con éxito de una embarazada y la supervivencia del feto requieren un RCP puntual y excelente, con algunas modificaciones en las técnicas de soporte vital cardiovascular y avanzado. Hacia la semana vigésima de la gestación, el útero grávido puede comprimir la vena cava inferior y la aorta, obstruyendo el retorno venoso y flujo arterial.

Los reanimadores pueden aliviar esta compresión colocando a la paciente de lado o empujando el útero lateralmente. La desfibrilación y las dosis de fármacos utilizados para la reanimación de una embarazada son los mismos que los utilizados para los adultos en la parada cardíaca.

Los reanimadores deben considerar la necesidad de cesárea perimórtem tan pronto como la embarazada desarrolle una parada cardíaca, dado que deberían estar preparados para proceder con la histerectomía si la reanimación no tiene éxito en el curso de pocos minutos.

Aunque el embarazo y el parto suelen ser seguros para la madre y para el recién nacido, en los períodos prenatales, intraparto y posparto pueden presentarse complicaciones maternas graves, incluyendo la parada cardíaca. Es responsabilidad del Ginecólogo estar alerta ante las especiales circunstancias de reanimación de una embarazada para ayudar a los médicos especialistas en medicina de emergencias y de cuidados intensivos. El proceso de decisión



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	80 de 186

de realizar una cesárea perimortem y su ejecución son, claramente, responsabilidad del Ginecólogo.

Causas principales de parocardiaco durante el embarazo:

- Tromboembolia venosa
- Hipertensión inducida por el Embarazo
- Sepsis
- Embolia de Líquido Amniótico
- Hemorragia
- o Abruption Placentae
- o Placenta previa
- o Antonía Uterina
- o Coagulación Intravascular diseminada
- Traumatismo
- Causas Iatrogénicas
- o Errores Medicamentosos o Alergias
- o Complicaciones Anestésicas
- o Hipermagnesemia
- o Cardiopatía de Base
- o Congénita
- o Adquirida

Cambios Fisiológicos en el Embarazo Avanzado que Afectan a la Reanimación Cardiopulmonar:

- Respiratorios
- Incremento de la Ventilación
- o Incremento de la Demanda de Oxígeno
- o Reducción de la distensibilidad torácica
- o Reducción de la Capacidad de Reserva Funcional

- Cardiovasculares
- Esfinter Gastroesofágico Incompetente
- o Incremento de la Presión Intragástrica
- o Aumento del Riesgo de Regurgitación

Dificultades específicas en las pacientes embarazadas:

- Vía Aérea
- La paciente requiere ser inclinada lateralmente para:
- Extracción de la dentadura o de cuerpos extraños
- Inserción de Vía Aérea



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	81 de 186

Respiración:

- Mayores requerimientos de oxígeno
- Reducción de la distensibilidad de la Pared Torácica
- Mayor dificultad para apreciar la elevación y el descenso de la pared torácica
- Más riesgo de Regurgitación y de aspiración.

Circulación:

- La compresión torácica externa es difícil debido a que:
- Las costillas están elevadas
- El diafragma está elevado
- La paciente es obesa
- Las mamas están hipertrofiadas
- La posición supina ocasiona una compresión de la vena cava inferior por el útero grávido.

RCP en una embarazada

En el caso de una mujer visiblemente embarazada, conviene elevar el costado o la nalga derecha para mejorar el retorno de la sangre venosa, liberando la vena cava inferior del paso del feto y permitiendo que la sangre llegue al corazón. Es decir, debe estar de costado. Esto puede hacerse poniendo ropa doblada debajo de la nalga derecha. Es importante tener presente que todos los esfuerzos que se realicen para salvar la vida de la personal que se encuentra en paro cardio respiratorio denotan una gran calidad humana, vale la pena que todo ciudadano común aprenda maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Solo se realiza esta técnica en embarazadas de más de 30 semanas de gestación (Ver guía de Reanimación cardiopulmonar avanzada del adulto)

En cuanto al control del paciente será la Trabajadora Social quien se encargue de realizar el registro o cambio del servicio correspondiente en el expediente electrónico y del reporte del estado de salud del mismo. (Cambio de Servicio si correspondiera o defunción).

Pacientes Adultos Mayores



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	82 de 186



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	83 de 186

ATENCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE TRANSFUNDE SANGRE Y/O HEMOCOMPONENTES COP.10.3

Objetivo

Establecer los lineamientos para que la indicación, el uso y la administración de sangre y hemocomponentes sea uniforme, segura y de acuerdo a los conocimientos actuales en el Instituto de Enfermedades Respiratorias tanto en situaciones ordinarias como de urgencia.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoria para el personal Médico, Enfermeras, y Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Políticas

PLANIFICACION PARA LA ATENCION

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se tienen mecanismos para contar con existencia de hemocomponentes las 24 hrs., del día, los 365 días del año, mediante procedimientos para la atención de donadores, recolección, fraccionamiento, estudio, control de calidad, conservación de sangre y sus componentes; así como para la solicitud por parte del área médica de hemocomponentes, su envío para la transfusión y el seguimiento de la misma.

Los donadores se reciben de lunes a viernes de 07:00 a 08:30 hrs durante todo el año, con apoyo de trabajo social para convocarlos y de comunicación social para su recepción; así como del servicio del comedor que les brinda su refrigerio.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	84 de 186

Las necesidades de los pacientes del Instituto se atienden continuamente los 365 días del año las 24hrs., del día. Se atienden solicitudes ordinarias y de urgencia

Se tiene una siempre una existencia diaria basal, sobre todo de los grupos sanguíneos más frecuentes o “alternos” como son el O y A positivo en el caso del concentrado eritrocitario y AB positivo en el caso de plasma fresco congelado.

Los hemocomponentes que se tienen en el banco de sangre del INER son concentrados eritrocitarios, plasma fresco congelado, aféresis plaquetarias y en ocasiones, concentrados plaquetarios. Ya no producimos crioprecipitados y ya no se usa la sangre total para transfusión.

En caso de no contar con un grupo específico de sangre, se solicita apoyo a otros bancos de sangre mediante intercambios interinstitucionales o se transfunde una segunda opción compatible de lo permitido por las reglas de la inmunohematología en caso de que sea posible.

La solicitud de transfusión, se genera en el área clínica por el médico responsable del paciente quien le informa al paciente y/o familiares de la necesidad de transfundir, les explica cuál es el hemocomponente que requiere el paciente, la cantidad, el beneficio y los riesgos, proporciona el consentimiento informado al paciente para su firma y resuelve todas las dudas del paciente y/o familiar. En el caso de los pacientes pediátricos, personas sin uso pleno de sus facultades mentales o inconscientes, se identificará a los responsables del paciente (padres, tutor o familiar directo), como parte primordial de la atención del mismo. Se Llena la solicitud de transfusión y el consentimiento informado correctamente con toda la información requerida.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	85 de 186

La transfusión de hemocomponentes se lleva a cabo en los servicios clínicos en pacientes hospitalizados o en los pacientes externos en el área de quimioterapia ambulatoria.

Una vez lleno el consentimiento informado de la transfusión sanguínea, el médico realiza la solicitud de transfusión para el banco de sangre a través del sistema electrónico del expediente clínico o con el formato impreso proporcionando toda la información que se solicita. Posteriormente procede a tomar una muestra de sangre del paciente en un tubo seco de tapa roja, rotulándola al pie de cama.

Requisitos para generar una solicitud de transfusión:

1. Toda solicitud debe generarse en original y copia en el sistema del expediente clínico y debe ser llevada al banco de sangre por el médico con una muestra de sangre del paciente de manera directa al banco de sangre o a través del sistema neumático, si se cuenta con este medio, siempre asegurándose de su recepción en el servicio de banco a través de una llamada telefónica. En el caso de los pacientes ambulatorios, se le da la solicitud al paciente que acudirá a banco de sangre para programar la toma de muestra y tener disponible lo solicitado en la fecha señalada por su médico.
2. La solicitud debe estar totalmente llena con la información solicitada, además del nombre completo del médico que solicita, con firma y cédula profesional (información legible).
3. Debe justificarse la transfusión con el motivo específico, independientemente del diagnóstico de base del paciente.
4. En la solicitud se debe señalar si la transfusión es urgente, código mater, ordinaria o para cirugía programada ya que dependiendo de la necesidad manifestada se procesará la solicitud, dando prioridad a las urgencias extremas y al código mater.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	86 de 186

5. La solicitud de cirugía programada se recibe con 24 hrs de anticipación para tener listos los hemocomponentes solicitados al momento de la cirugía, ya que se debe considerar que algunos pacientes tienen grupos poco frecuentes, y puede ser necesario busca en otros bancos de sangre. Siempre asegurarse de la existencia de las unidades llamando al servicio.
6. En relación al código mater, éste se maneja como urgencia en el servicio de banco de sangre, es decir, se le da prioridad.
7. Por normatividad toda solicitud que tenga información ilegible, incompleta o discordante con la misma solicitud o con la muestra, no será aceptada en banco de sangre por seguridad.

Muestras de sangre del paciente para prueba cruzada.

En el caso de los pacientes hospitalizados las muestras deben ser tomadas de preferencia de vena periférica del paciente para disminuir el riesgo de contaminación de la misma con medicamentos o soluciones o provocar hemólisis. Se debe depositar en un tubo de tapa roja sin anticoagulante. No requiere homogeneizarse.

Se debe rotular el tubo a pie de cama con nombre del paciente tal y como se tiene en la solicitud, incluso corroborándolo con el paciente, con el familiar, marbete de la cama o expediente: nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, número de expediente, ubicación: pabellón y cama y fecha de la toma. las muestras que no estén rotuladas, que tengan hemólisis, lipemia, que se transporten en jeringa, coaguladas o en otro tubo diferente al mencionado, con más de 2 hrs de haberse tomado o que tengan información incongruente con la solicitud, no serán procesadas y se desecharán.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	87 de 186

Es importante considerar que para la toma de muestra, la jeringa puede favorecer hemólisis; la sangre arterial no es recomendable, tampoco la sangre proveniente de catéteres ya que puede contaminarse con los medicamentos, con la nutrición parenteral o con heparina y esto interfiere con los resultados en las pruebas de compatibilidad y por consecuencia en la seguridad en la transfusión.

El banco de sangre una vez que recibe la solicitud de transfusión, según prioridad señalada por el médico solicitante, inicia su atención analizando las características de la muestra, la centrifuga para obtener los eritrocitos y el suero para realizar las pruebas cruzadas y el grupo ABO y RH del paciente y selecciona las unidades a cruzar dependiendo del grupo obtenido.

La prueba cruzada estandar dura aproximadamente 40 minutos y en caso de que sea un paciente previamente transfundido se debe hacer rastreo de anticuerpos irregulares, que lleva una hora más. En este punto, dependiendo de la urgencia de la situación, la cual se debe transmitir al banco de sangre, se tienen las opciones, no ideales pero si alternas para atenderlas.

En caso de extrema urgencia que no se pueda esperar ni la primera fase de las pruebas cruzadas, se pueden enviar los hemocomponentes por isogrupo-ver protocolo de hemorragia masiva- o con pruebas cruzadas incompletas, pero siempre el médico debe solicitarlo y firmar de consentimiento, ya que una prueba cruzada no realizada implica riesgo para el paciente.

En el caso de los pacientes RH negativos, se les realiz fenotipo del mismo, para disminuir la posibilidad de sensibilización sobre todo en mujeres (y niñas) en edad reproductiva.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	88 de 186

Una vez que se corrobora que no se tiene reacción in vitro, es decir que las unidades cruzadas son compatibles, se reservan a ese paciente.

Debido a que la sangre que se solicita debe ser usada, se debe considerar que la vigencia de la prueba cruzada es de 48 a 72 hrs; al finalizar ese tiempo y si no fue utilizada la unidad, se pondrá nuevamente “en circulación” a disposición de otros pacientes con nuevas solicitudes. Es importante solicitar únicamente las unidades que se van a usar. Al momento de entregar los hemocomponentes, se entregan cotejando los datos del paciente y donador con el personal médico o de enfermería. Se les entrega una nota de envío de componente sanguíneo con la especificación del tipo de hemocomponente, el registro del donador y el grupo sanguíneo del paciente y del donador. Al reverso de este formato se expone información relacionada a la reacción transfusional y como identificarla. Una vez que los hemocomponentes salen del banco de sangre, deben transfundirse de inmediato o mantenerse en las condiciones adecuadas –mencionado en la nota de envío- hasta su uso; en caso contrario, deben regresarse al Banco de sangre para su resguardo. Evitar el mal uso y desperdicio de los hemocomponentes ya que una vez entregados son responsabilidad en su uso, resguardo y vigilancia de quien indica, recibe y administra.

PACIENTES HOSPITALIZADOS

- Tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios la transfusión o administración de los hemocomponentes está a cargo principalmente del personal de enfermería, sin embargo, debe haber una indicación médica de la misma, es decir, qué, cómo, cuánto. Siempre debe ser vigilado el acto transfusional por el personal médico que está a cargo del paciente para atender cualquier problema de la transfusión.
- El personal de enfermería o médico acude a banco de sangre por los hemocomponentes solicitados, allí al recibir, checan que toda la información coincida;



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	89 de 186

tipo de hemocomponente, aspecto del mismo, fecha de caducidad, grupo sanguíneo ABO y Rh, que se haya cruzado para el paciente correcto. Junto con el hemocomponente, se les da un filtro de 170-210 micras para realizar la transfusión.

- Una vez recibida la unidad del banco de sangre, se debe llevar a donde se encuentre el paciente –lo ideal en contenedores específicos-. Se debe identificar correctamente al receptor de la transfusión, con nombre completo, número de expediente, la indicación médica, la nota de envío del banco de sangre. El hemocomponente correcto al paciente correcto.
- Se deben tomar signos vitales al paciente para determinar que esté estable: frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura. Con técnica estéril, usando equipo de bioseguridad, se conecta el hemocomponente al filtro y se debe iniciar la administración del mismo de manera lenta en los primeros 10 a 15 minutos, de no haber reacciones adversas, transfundir en el tiempo señalado por el médico.
- Se debe transfundir por una vía única, de preferencia por vena periférica con un catéter de 18 G en el caso del paciente adulto, (en el caso pediátrico el de mayor calibre que se tenga o pueda colocar), idealmente, sin que se mezcle el hemocomponente con otra sustancia que no sea solución salina al 0.9%. sin embargo, el personal médico que tiene a cargo al paciente debe decidir la vía, considerando que en los catéteres centrales o periféricos debe escogerse el lumen de mayor calibre para transfundir y considerando que debe reservarse el catéter exclusivamente para la transfusión por el tiempo que requiera la misma.
- Existen casos en los que no es posible suspender medicamentos como aminas por ejemplo, en esos casos, transfundir por una vía diferente a la utilizada y vigilar con mayor detalle la transfusión, ya que una reacción adversa puede pasar desapercibida o imputarse al fármaco o a otros factores. Todo debe ser consultado con su médico tratante.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	90 de 186

- Deben tomarse signos vitales durante y al final de la transfusión y registrarlos. No deben “calentarse” o “atemperarse” los concentrados eritrocitarios, se debe iniciar la transfusión a la temperatura que se encuentran. En caso de neonatos que requieran transfusiones masivas o en caso de existencia de crioaglutininas en el paciente, puede “atemperarse” el concentrado eritrocitario pero el médico debe solicitarlo. Para ello se usan equipos con temperatura controlada, no deben usarse estufas, microondas o agua tibia. El “atemperamiento” se hace en banco de sangre.
- Las plaquetas se transfunden inmediatamente, ya que de lo contrario, deben mantenerse a temperatura de 21 a 24 grados C., y en agitación constante.
- El plasma fresco congelado debe descongelarse antes de transfundirlo, lo cual puede hacerse protegido en una bolsa de plástico limpia en agua a 27 grados C. los crioprecipitados usualmente ya van descongelados y reconstituidos en solución salina por lo que deben transfundirse inmediatamente en bolo, incluyendo el crioprecipitado o “nata” que se observa al final.
- Todos los hemocomponentes deben transfundirse a través de los equipos de transfusión proporcionados en banco de sangre. El objetivo del filtro es detener microagregados o microcoágulos por ello es importante usarlo. Es conveniente no llenar la cámara de goteo a más de la mitad para un adecuado funcionamiento del mismo y purgar posteriormente el equipo. Cada filtro servirá para dos hemocomponentes del mismo tipo en transfusiones menores de 4 hrs o para un hemocomponente con un tiempo no mayor de 4 hrs. de transfusión. La velocidad de infusión se menciona en tablas posteriormente.
- Una vez finalizada la transfusión, debe retirarse la bolsa del hemocomponente y desecharla en bolsa roja. Debe quedar registrado el evento transfusional en la hoja de enfermería y en el expediente clínico. Los datos exigidos por las normas del expediente clínico y de la disposición de sangre humana, son: lugar y hora de transfusión, nombre completo del paciente, edad, género, número de expediente,



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	91 de 186

ubicación, tipo de hemocomponente, número de registro de la unidad, grupo sanguíneo ABO y Rh; signos vitales registrados y si hubo o no reacción transfusional y el manejo de la misma y finalmente nombre y firma de quien indicó y supervisó la transfusión.

PACIENTES EXTERNOS O CON TRANSFUSIONES PROGRAMADAS.

- El médico realizará la solicitud de transfusión en consulta externa a través del internet o utilizando una solicitud impresa de pacientes externos y el consentimiento informado a la transfusión. El consentimiento lo firmará el paciente y se dejará en el expediente y la solicitud se la dará al paciente para que acuda al banco de sangre para programar la toma de muestra y realizar las pruebas cruzadas dependiendo de la fecha que refiera el médico en la que va a transfundir al paciente, y tener todo listo.
- El paciente externo se transfunde en el servicio de quimioterapia ambulatoria, por lo que el día de la transfusión, la enfermera de dicho servicio acude por los hemocomponentes a transfundir.

PACIENTES EN PROGRAMACION QUIRURGICA

- Usualmente son pacientes hospitalizados, por lo que se procederá como lo mencionado para pacientes hospitalizados. Sin embargo, si en algún momento, el médico enviara como externo a un paciente programado a cirugía, se manejaría como externo. Ya hospitalizado el paciente y si requiere transfusión, las enfermeras del pabellón acudirán por los hemocomponentes. Es importante mencionar que tanto para el paciente hospitalizado o externo programados a cirugía, el médico puede acudir previamente por el grupo sanguíneo del paciente para integrarlo a su expediente.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	92 de 186

- En caso de que el paciente sea enviado a autodonación se le darán instrucciones para que acuda al banco de sangre de acuerdo al procedimiento, con una nota de autorización de su médico tratante, de que puede donar. Dependiendo de lo que necesite el médico, se le darán instrucciones al paciente para su donación. De preferencia dos semanas antes de la cirugía.

Situaciones que requieren planeación especial:

1. Transfusión de plaquetas obtenidas por aféresis
 - a. Debido a que la viabilidad de las plaquetas una vez obtenidas es de 5 días máximo, el médico debe indicar claramente en la solicitud la fecha y la hora a la que se requiere este hemocomponente.
 - b. El donador se recibirá para valoración entre las 7:00 hrs y las 08:30 hrs de lunes a viernes, se valoraran venas, se determinará grupo sanguíneo y cantidad de plaquetas en biometría hemática y se toma un tubo de tapa roja para la serología. De ser apto con todos estos requisitos, se programará su donación dependiendo de la fecha solicitada por su médico, usualmente se cosecha un día antes de la transfusión.
2. Fraccionamiento de unidades de hemocomponentes, usualmente para uso pediátrico.
 - a. El médico debe indicar en la solicitud que se fraccione(n) el (los) hemocomponente (s), la cantidad que requerirá de cada uno y el momento en que se solicitarán para transfusión; así mismo, indicará claramente en el expediente clínico la manera de transfundirlos.
 - b. El fraccionamiento se realiza en banco de sangre mediante un conector estéril, de manera sencilla, sin embargo, siempre se debe asegurar que se va a usar la



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	93 de 186
Dirección Médica					

unidad, ya que de no hacerlo, esa unidad ya no se podrá utilizar por ser de un volumen menor y específico.

3. Disposición de sangre y componentes sanguíneos para uso autólogo.

- a. Por normatividad, la disposición de sangre para uso autólogo se puede realizar mediante los procedimientos siguientes: depósito previo y procedimientos de reposición inmediata como hemodilución aguda preoperatoria y recuperación sanguínea transoperatoria, postoperatoria o ambas.
- b. La primera puede realizarse en el banco de sangre del INER, la segunda no se practica.
- c. La indicación para la ejecución de un procedimiento de disposición de sangre para uso autólogo será responsabilidad del médico tratante. Será necesario obtener la carta de consentimiento informado del paciente.
- d. El médico tratante debe proporcionar al banco de sangre: el diagnóstico y tipo de intervención que se planea efectuar, el número de unidades requeridas, fecha de intervención.
- e. Este procedimiento no se puede realizar en niños menores de 10kg, padecimientos crónicos con compromiso hematopoyético, enfermedad cardiaca inestable; EVC en los últimos seis meses o antes, con carta de autorización de su médico tratante, neuropatías, epilepsia, toxemia gravídica, infecciones bacterianas agudas, positividad para VHB, VHC, VIH, trypanosoma cruzi, HTLV-I o II, hemoglobina menor de 10g/dL, principalmente.
- f. La sangre obtenida para uso autólogo, no se podrá usar de manera alogénica, por lo que si no se transfunde se debe desechar.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	94 de 186

4. Los procedimientos de reposición inmediata: Hemodilución aguda preoperatoria y recuperación sanguínea transoperatoria, posoperatoria o ambas (no se realizan en el INER).
- Se llevan a cabo en los quirófanos, no en banco de sangre. En los lugares donde se cuente con personal de salud capacitado en la materia y con el equipo, material e insumos necesarios para el efecto. Pueden ser practicados por médicos capacitados en la materia, quienes deberán funcionar en coordinación con el banco de sangreo o el servicio de transfusión hospitalaria.
 - El personal médico capacitado de banco de sangre podrá participar, supervisar o asesorar estos actos de disposición y en su caso el destino final de las unidades de sangre y componentes sanguíneos.

El médico que realice procedimientos de transfusión autóloga para reposición inmediata será responsable del desarrollo y coordinación de la disposición de sangre y componentes sanguíneos.

Los candidatos a hemodilución aguda preoperatoria se someterán a una valoración cuidadosa, interdisciplinaria.

La recuperación sanguínea transoperatoria se podrá aplicar en cirugías en las que se anticipen hemorragias del 20% o mayores del volumen sanguíneo total, mediante máquinas rescatadores de células o variantes mecánicas de las mismas.

Pacientes que no aceptan transfusión por diversos motivos. Estos pacientes deben ser abordados de manera multidisciplinaria para mejorar condiciones generales de ser posible antes de la cirugía y en el caso de que sea de urgencia el procedimiento quirúrgico debe



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	95 de 186

informarse al paciente la naturaleza de la situación, con los riesgos posibles. Deben buscarse alternativas para los pacientes tanto de manera programada como de urgencia, incluyendo los procedimientos quirúrgicos cuidadosos con mínimas pérdidas sanguíneas.

Siempre se debe dejar por escrito cualquier conclusión, con las firmas correspondientes del paciente, médico tratante y testigos..

INDICACION Y USO DE HEMOCOMPONENTES

1. CONCENTRADO ERITROCITARIO

El concentrado eritrocitario (CE) es obtenido al remover el contenido del plasma de la sangre total y contiene fundamentalmente eritrocitos.

La principal función de los eritrocitos es favorecer el intercambio de oxígeno con los tejidos.

Características:

- Bolsa que contiene aproximadamente 250 ml de volumen.
- Hematocrito del 65% al 75%.
- Vigencia de 42 días, la cual dependerá del anticoagulante usado.
- Temperatura de almacenamiento de 2-6°C.
- Usualmente leucorreducido.

Indicaciones:

La indicación de transfusión la decide el médico tratante dependiendo de las condiciones clínicas del paciente y del riesgo-beneficio que implica la misma. Sin embargo, las guías establecidas tratan de orientar el beneficio que puede proporcionar dicho evento al paciente.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	96 de 186

No se debe guiar el proceso de transfusión, únicamente por la cifra de hemoglobina o hematocrito, debe guiarse por las condiciones clínicas del paciente. Tampoco existe una meta de hemoglobina o hematocrito a lograr con la transfusión, se trata de lograr un beneficio clínico. Tampoco debe usarse como medida de resucitación (ver protocolo de hemorragia masiva).

A continuación, se enumeran algunas de las recomendaciones a observar para transfusión de concentrado eritrocitario:

- a. pacientes con anemia crónica y manifestaciones de hipoxemia sin respuesta a otras alternativas de manejo. En estos casos, puede manejarse un umbral de hemoglobina de 6gramos/dL.
- b. pacientes con anemia aguda sintomática y evidencia de hipoxia tisular. En pacientes críticos se puede manejar un umbral para transfusión de 7g/dL.
- c. pacientes con comorbilidades cardiorrespiratorias o isquémica miocárdica el umbral para transfundirlo es de 8 a 10 g/dL., de hemoglobina.
- d. Pérdida aguda mayor al 10% de volumen sanguíneo total por cualquier causa.

Dosis:

En pacientes estables un concentrado eritrocitario puede aumentar el hematocrito en un 3-4% o 1g/dL, de hemoglobina.

La dosis va a depender de la situación clínica del paciente y el objetivo de la transfusión.

En niños, la dosis es de 10 a 15ml/kg de peso y el volumen a transfundir no debe exceder el 10% del volumen sanguíneo total del paciente en 24 hrs.

Aplicación:



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	97 de 186

Deberá ser transfundido con filtro estandar de 170 a 210micras a una velocidad de infusión de 2-3 ml/min., aunque la misma puede variar según las patologías de base del paciente y su estado clínico, nunca excediendo 4hrs.

Contraindicaciones:

Anemias carenciales por deficiencia de hierro, ácido fólico o vitamina b 12 o anemia susceptible de corrección por otros recursos terapéuticos.

Riesgos:

Sensibilización por antígenos eritrocitarios, leucocitos, plaquetas y proteínas plasmáticas, contagio de infecciones virales como hepatitis B y C, sífilis, VIH, dengue, sika, chicungunya, etc; sobrecarga circulatoria, bacteremia por contaminación, enfermedad de injerto contra huésped, inmunomodulación, púrpura postransfusional, síndrome de insuficiencia respiratoria asociado a transfusión (TACO).



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	98 de 186

Tabla 1.-Especificaciones de los concentrados eritrocitarios.

Componente	Características	Conservación	Transfusión
Concentrado Eritrocitario (CE)	<p>Es el producto del fraccionamiento de la Sangre Total y al cual se le ha removido casi todo el plasma. Contiene eritrocitos principalmente. Usualmente es leucorreducido, es decir, se le ha removido hasta un logaritmo de leucocitos con los métodos convencionales de fraccionamiento en cualquier banco de sangre.</p>	<p>2 a 6° C con vida media de 42 días. Volumen de 250 ml. Fuera del rango de temperatura la vida media es de 3-4 hrs. Por lo que si no se va a usar inmediatamente, no sacarlo de banco de sangre o mantenerlo a temperatura de 2 a 6° C o, si ya se extrajo del banco, regresarlo para su conservación, ya que entre más tiempo pase fuera de rango de temperatura, más disminuye su viabilidad.</p> <p>Siempre, mencionar a la persona encargada de banco el tiempo que ha pasado la unidad fuera de condiciones adecuadas para que se decida que se va a hacer con la unidad.</p>	<p>10-15 ml/kg o 2-3 ml/m² sc en niños. En adulto eleva la hemoglobina 1.4 g. No "calentar" o "atemperar" a menos que existan crioaglutininas o en recién nacidos con transfusiones masivas. Infundir a 15ml/min., o 2-3 ml/min., calculada para 3-4 hrs, en caso de que dure más tiempo, debe suspenderse la transfusión y desecharse ante el riesgo de crecimiento bacteriano en la unidad.</p> <p>Requiere pruebas de compatibilidad mayor y menor.</p> <p>Se transfunde con un equipo con filtro estándar de 170 – 210 micras.</p>



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	99 de 186

Disposiciones para la transfusión de concentrados eritrocitarios.

- a. Del mismo grupo sanguíneo ABO y Rh.
- b. En el recién nacido, la sangre a transfundir debe ser del mismo grupo ABO y RH de la madre.
- c. En caso de que no se tenga mismo grupo ABO, se transfundirá el que sea compatible en la prueba cruzada mayor en el orden siguiente:

Receptor	1ª opción	2ª opción	3ª opción	Cuarta opción.
O	O			
A	A	O		
B	B	O		

Concentrados eritrocitarios sometidos a procedimientos especiales.

Concentrado eritrocitario lavado.

Son unidades a las que se ha removido el plasma (con sus proteínas) y otras células sanguíneas mediante lavados sucesivos con solución salina al 0.9% o soluciones de lavado específicas.

Vigencia: 24hrs si se realizó conexión estéril y 4 hrs si se realiza en campana de flujo laminar o sistema abierto. Deben seguirse las mismas medidas para su transfusión que en el caso del concentrado eritrocitario. Tiene las mismas características y riesgos que el CE. Sus indicaciones se ven en la tabla 2.

Concentrado eritrocitario leuco-depletado.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	100 de 186

Es aquel al que se le ha removido hasta 3 o más logaritmos de leucocitos, lo cual se logra con filtros de tercera generación. Se realiza prefraccionamiento o postfraccionamiento de la sangre total o al pie de la cama del paciente al momento de transfundir.

Tiene las mismas características y riesgos que el CE convencional. Las indicaciones para su uso incluyen la prevención de la aloinmunización contra el sistema mayor de histocompatibilidad, en pacientes candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos, prevención de reacciones febriles recurrentes no hemolíticas asociadas a transfusión y prevención de infección por citomegalovirus, en pacientes de riesgo como son los inmunosuprimidos, receptores de órganos sólidos, embarazadas MCV negativo; recién nacidos con peso menor de 1200g. Consultar la tabla 2.

Concentrado eritrocitario radiado.

Son unidades de concentrados eritrocitarios que se han irradiado con rayos gamma con una dosis mínima de 2500cGy y dosis máxima de 5000cGy, en los primeros 14 días de obtenido con 14 días de vigencia.

El objetivo de la irradiación es disminuir la capacidad mitótica de los linfocitos para evitar la enfermedad injerto contra huésped asociada a transfusión en receptores de riesgo.

En el caso de que se vayan a usar en transfusión intrauterina o exanguineotransfusión en neonatos, deberá transfundirse en las primeras 48hrs., de irradiación.

Indicaciones absolutas:

Pacientes que se sometan a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénico o autólogo, pacientes que requieran transfusión intrauterina, neonatos sometidos a exanguineotransfusión, que presenten inmunodeficiencia celular congénita, con enfermedad de Hodgkin, receptores de componentes sanguíneos HLA compatibles y recién nacidos con peso corporal menor de 1200 g.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	101 de 186

Tabla 2.-Concentrados eritrocitarios sometidos a procedimientos especiales y sus indicaciones.

Componente	características	conservación	indicaciones	transfusión
CE lavado	Remoción del plasma (Antígenos plasmáticos) por lavados con solución salina, con apertura del sistema.	4-6°C. Tiene vida media de 24 hrs por riesgo de contaminación bacteriana.	Cuando existen antecedentes de *Reacciones alérgicas. *Deficiencia de IgA, *Transfusión intrauterina.	Se debe transfundir en las 24 hrs de haberse obtenido en caso de sistema estéril o en 4 hrs en sistema abierto.
CE leucorreducido	Remoción de la mayoría de los leucocitos hasta obtener una cifra de 1×10^6 o 5×10^8 por unidad.	4-6°C.	Pacientes en trasplante de médula ósea. Prevención de infección por CMV. Transfusiones intrauterinas RN < 1200g	Debe transfundirse con filtro de leucorreducción para disminuir aún más la cifra de leucocitos.
CE radiado.	Se expone el concentrado a rayos gamma, 2500cGy en los primeros 14 días de haberse obtenido para disminuir la capa mitótica leucocitaria.	4-6°C. Vida media de 14 días.	Prevención de enfermedad de injerto contra huésped en pacientes transplantados, así como la infección por CMV. Transfusión intrauterina. RN < 1200g	



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	102 de 186

2. PLAQUETAS

Las plaquetas pueden obtenerse a partir de la sangre total, que son los concentrados plaquetarios o mediante aféresis.

Concentrado plaquetario.

Obtenido por fraccionamiento de la sangre total, el volumen promedio es de 45 a 60 ml; con una concentración mínima de 5.5×10^{10} de plaquetas.

Concentrado plaquetario obtenido por aféresis o aféresis plaquetaria. Se obtiene de un solo donador mediante la utilización de máquinas separadoras de células. La concentración de plaquetas va de 3.0 a 6.0×10^{11} , que equivale entre 6 y 12 concentrados plaquetarios convencionales. Tiene la característica de que es leucorreducida y un volumen de 150 a 300 ml.

Vigencia: 5 días dependiendo del anticoagulante, y en agitación continua y a una temperatura entre 20 a 24°C. ver tabla 3.

Indicación y dosis.

- Hemorragia secundaria a trombocitopenia.
- Disfunción plaquetaria hereditaria.
- Pacientes en quimioterapia y con trombocitopenia grave secundaria y hemorragia o con plaquetas menores de 10,000.
- Trombocitopenias por consumo y hemorragia.
- Paciente en circulación extracorpórea.

Dosis:



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	103 de 186

Se calcula una unidad de concentrado plaquetario por cada 10 kg de peso en 24 hrs o 6 U por metro cuadrado de superficie corporal en el adulto o una aféresis cada 24hrs. Consultar tabla 3 y 4.

Contraindicación y riesgo:

- f. Trombocitopenia inducida por heparina.
- g. Purpura trombocitopénica trombótica.
- h. Síndrome urémico hemolítico
- i. Hemorragias secundarias a trastornos de la coagulación.
- j. Pacientes con PTI sin sangrado grave.
- k. Sensibilización y reacción por plaquetas, leucocitos y plasma.
- l. Transmisión de virus de la hepatitis B, hepatitis C, VIH.
- m. Sífilis, brucella, citomegalovirus.
- n. Transmisión de parásitos.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	104 de 186

Tabla 3.- características de los concentrados plaquetarios y aféresis plaquetaria.

Componente	Características	Conservación	Transfusión
Concentrados plaquetarios (CP)	Se obtienen por fraccionamiento de la sangre total en las primeras 6 hrs., de obtenido. Contienen 5.5×10^{10} plaq. en 40-60 ml.	20-24°C. , en agitación continua. Vida media de 5 días. Fuera del rango de temperatura mencionada y de agitación, disminuye su viabilidad por lo que si no va a usarse inmediatamente, no debe sacarse de banco de sangre; de haberlo hecho y que no se vaya a transfundir regresarlas a la brevedad posible. Siempre, mencionar a la persona encargada de banco el tiempo que ha pasado la unidad fuera de condiciones adecuadas para que se decida que se va a hacer con la unidad. Una vez abierto el sistema la vigencia es de 6 hrs.	Mismo gpo ABO y Rh. Se calculan a 1 Concentrado Plaquetario por 10 kg de peso en adulto o 1 concentrado por 5 kg en niños o 10ml/kg. Proviene de diferentes donadores con riesgo de sensibilización. Transfundir con filtro estándar.
Aféresis plaquetaria.	Se obtiene con máquina separadora de células. Es el equivalente a 6-8 CP. En 200 ml, aprox.		Es preferible a los concentrados plaquetarios ya que provienen de un solo donador, lo cual disminuye el riesgo de sensibilización a antígenos provenientes de múltiples donadores, además de que en menor volumen se concentra mayor cifra plaquetaria. Se deben transfundir c/24hrs en 20 a 30 minutos o en el menor tiempo posible.

Tabla 4.-Recomendación de cifra de plaquetas según procedimiento.

Procedimiento	Cifra plaquetaria ideal en el paciente.
Neurocirugías o cirugías oftálmicas	$> 100 \times 10^9/L$
Inserción o remoción de catéter epidural	$> 80 \times 10^9/L$
Punción lumbar. Colocación de catéter venoso central	$> 50 \times 10^9/L$
Parto vaginal	$> 50 \times 10^9/L$
Trombocitopenia , fiebre y coagulopatía	$> 20 \times 10^9/L$
Alteración funcional de plaquetas por antiagregantes plaquetarios o uremia y necesidad de procedimientos invasivos	Transfundir sin importar la cifra plaquetaria
Transfusión masiva	$> 50 \times 10^9/L$



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	105 de 186
Dirección Médica					

Recordar:

- o. conservarse en un rango de temperatura entre + 20 a +24°C en agitación suave y continua.
- p. de no mantenerse en las condiciones anteriores, debe transfundirse en 24hrs.
- q. debe transfundirse en un tiempo máximo de 30 minutos o tan rápido como la vía lo permita.

3. PLASMA FRESCO CONGELADO

Es el componente líquido de la sangre total que se obtiene al separar los elementos formes en las primeras 6 hrs de obtenida.

Tiene un volumen aproximado de 150 ml y de hasta 750 ml en caso de haberse obtenido por aféresis.

Contiene niveles normales de factores de coagulación estables, albúmina e inmunoglobulinas. Contiene más de 70UI de factor VIIIc/100mL., y cantidades similares de los demás factores lábiles de la coagulación.

Su función es aportar factores de la coagulación y de la fibrinólisis necesarios para la corrección de coagulopatías.

Existen dos variedades: plasma fresco congelado, el descrito anteriormente y el plasma desprovisto de crioprecipitado, que es el que carece de FVIII, FvW, FXIII, fibrinógeno y fibronectina.

Sus indicaciones son limitadas y sus efectos adversos pueden ser múltiples.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	106 de 186

La frecuencia de administración será regida principalmente por la vida media del factor de coagulación a reponer, tomando en cuenta que el factor VII es el de menor vida media (6 hrs), y factor VIII hasta 12 hrs.

Debe ser usado para reemplazar la deficiencia de factores de la coagulación en donde no se tenga el concentrado del factor específico que se desee reemplazar. Ver tabla 5.

Tabla 5.- características del plasma fresco congelado.

Componente	características	conservación	indicaciones	transfusión
Plasma fresco congelado (PFC)	Obtenido por fraccionamiento de la ST en las primeras 6 hrs. Contiene el 70% de los factores de coagulación.	-25°C. Vida media de 36 meses congelado. 6hrs una vez descongelado (no se debe recongelar). 150 ml.	Para manejo de hemorragias en trastornos de la hemostasia secundaria. PTT, púrpura fulminans, CID, hemofilias; cirugías cardíacas con bomba extracorporea, transfusiones masivas de más de 1 volumen circulante en 24 hrs. NO INDICADO como expansor de volumen, como aporte de albúmina, en pacientes sin hemorragia y con tiempos prolongados; sepsis sin sangrado.	Índice de coagulación= T _{Pp} /T _{Pt} >1.5 se usa el PFC. No es confiable el % de actividad de los tiempos de coagulación. Se transfunden al paciente 2 hrs previas al evento quirúrgico. 10-20 ml/kg logra aumento del 25 al 50% de actividad de los factores y continuar con 50% de la dosis inicial. Se hace prueba menor.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	107 de 186

Opciones de preferencia para transfundir plasma fresco congelado.

Gpo. receptor	1a	2a	3a	4 ^a
O	O	A	B	AB
A	A	AB	-	-
B	B	AB	-	-
AB	AB	-	-	-

Situaciones en las que su uso NO ESTÁ indicado:

Todas aquellas que puedan resolverse con terapéuticas alternativas o coadyuvantes, en hipovolemia como expansor de volumen. Como apoyo nutricional, para corregir hipoalbuminemia. En angrías terapéuticas por policitemias o como aporte de inmunoglobulinas, etc.

Recordar:

- Debe descongelarse a temperatura entre +30 y +37 °C.
- Transfundirse inmediatamente a su descongelamiento, en caso contrario, conservarlo entre +2 a +6°C no más de 6hrs.
- Debe transfundirse en un tiempo máximo de 2 hrs, dependiendo de las condiciones del paciente, de requerir más tiempo, debe dársele destino final y usar otro.
- No debe transfundirse con medicamentos o soluciones que no sean solución salina al 0.9%.
- Transfundirse con filtro de 170-210 micras.
- No se debe re congelar para uso transfusional

4. CRIOPRECIPITADO

Presentación:



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	108 de 186

Fracción proteica del plasma, obtenida del fresco congelado a temperatura de -70°C que se mantiene precipitado al descongelarse en condiciones controladas contiene un volumen aproximado entre 5 y 25ml y un mínimo de 80 UI de factor VIII; de 150 a 250 mg de fibrinógeno, de 20 a 30% de factor XIII y de 40 a 70% de factor de Von Willebrand (FvW) además de fibronectina.

Vigencia: Igual a la del Plasma Fresco Congelado.

Indicación y Dosis:

- Tratamiento de la Hemofilia A, únicamente en casos extremos, ya que existe factor VIII liofilizado o recombinante.
- Enfermedad de VW tipo 1, 2 y 3 en ausencia de desmopresina (DDAVP)
- Hipofibrinogemia menor de 100 mg/dl con hemorragia activa o fibrinógeno en un paciente con hemorragia o fibrinógeno menor de 200 mg/dl en un paciente pos-operado con hemorragia activa.
- Disfrinogenemia
- Deficiencia de FXIII
- Uremia y Hemorragia
- En forma tópica con tapón de fibrina

Dosis:

- La dosis y la frecuencia de administración, dependerá del factor a reponer según criterio médico, tomando en cuenta que una unidad de crioprecipitado tiene 100UI de FVIII, y que 10U de críos incrementan el fibrinógeno entre 80 y 100mg/dl., en general para un niño puede estandarizarse 1U por 10kg de peso y para el adulto 10U en total. Ver tabla 6.
- Hemorragias sin repercusión vascular o neurológica, de 10 a 20 UI Kg de peso



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	109 de 186

- Hemartrosis 30 a 50 UI Kg de peso
- Hematuria 20 a 50 UI por Kg de peso
- Traumas de 40 a 50 UI por Kg de peso
- Hemorragia retrofaringea y de lengua de 40 a 50 UI por Kg de peso

Contraindicación y riesgo:

- Hemorragias secundarias a otras coagulopatías.
- Reacciones alérgicas, particularmente urticaria.
- Transmisión de enfermedades infecciones como la hepatitis B, hepatitis C, VIH, Sífilis, Chagas
- Hipervolemias en dosis masiva

Tabla 6.- características del crioprecipitado.

Componente	características	conservación	indicaciones	transfusión
Crioprecipitado. (GAH)	Obtenido a -70°C a partir del plasma fresco; contiene en 5-25 ml: FVIII 80U/U Fibrinógeno: 150-250mg/U FvW: 40-70%/U	-40-20°C. Debe reconstituirse con solución salina.	Hipofibrinogenemia. CID, sangrados en paciente urémico que no responde a desmopresina.	Niños 1U/kg. 10U en adultos. 10 ml/min.

Es necesario especificar que cada unidad de crioprecipitado es obtenida de un donador, por lo que un pool de 10U proviene de 10 unidades con lo que se incrementa de manera importante el riesgo de reacciones adversas, sobre todo pensando en riesgo de infección.

El uso de crioprecipitado va a la baja por la existencia de factores de coagulación específicos, producidos a nivel industrial.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	110 de 186

TRANSFUSION EN PEDIATRIA

Transfusión de concentrado eritrocitario en pacientes menores de cuatro meses de edad.

1. Cuando tenga hematocrito menor de 20% con cuenta baja de reticulocitos y signos de hipoxia.
2. Con hematocrito menor de 30% en un niño con saturación de oxígeno menor de 35% en campana cefálica, cánula nasal o presión mecánica asistida y/o intermitente; apnea o bradicardia (más de 6 episodios en 6hrs o dos episodios en 24hrs, que requieran mascara o bolsa de respiración y que estén recibiendo dosis terapéuticas de metilxantinas). Que tengan taquicardia o taquipnea significativa (FC >180/min, FR > 80/min por 24 hrs) o pobre ganancia ponderal (incremento menor de 10g por día observado despues de cuatro días a pesar de recibir un mínimo de 100kcal/kg7día).
3. hematocrito menor de 35% en niños con presión mecánica asistida y/o intermitente.
4. hematocrito menor de 45% en niños con oxigenación con membrana extracorpórea, cardiopatías congénitas cianógenas.
5. Neonatos menores de 24 hrs de vida extrauterina con hematocrito menor de 40% y hemoglobina menor de 13g/dL.
6. pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor para mantener valores de hematocrito superior a 30% o valores de hemoglobina mayores de 10g/dL.
7. perdida aguda mayor de 10% del volumen sanguíneo total (VST) por flebotomía para estudios de laboratorio o cualquier otra causa de sangrado con una pérdida acumulativa en una semana o menos.

Transfusión de concentrado eritrocitaro en pacientes mayores de 4 meses.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	111 de 186
Dirección Médica					

Las recomendaciones a esta edad son similares a los de los adultos y la indicación de la transfusión deberá tomarse con base en los signos y síntomas de anemia más que en las cifras de laboratorio.

Para ver dosis y modo de administración, consultar la tabla 1.

Transfusión de plaquetas en neonatos.

Profilaxis en neonatos.

- Recién nacidos prematuros estables, con cuenta plaquetaria menor de 30,000/dL.
- Recién nacidos a término, estables, con cuenta plaquetaria menor de 20,000/dL.
- Prematuros enfermos con cuenta plaquetaria menor de 50,000/ \square l.
- Recién nacidos a término enfermos con cuenta plaquetaria menor de 30,000/dL.
- En cualquier nacido previo a procedimientos invasivos o cirugía menor con cuenta de plaquetas menor de 50,000/ \square l y cirugía mayor con cuenta plaquetaria menor de 100,000/dL.
- Los hijos de madres con pti deben recibir tratamiento con inmunoglobulina G IV o esteroides que la transfusión de plaquetas es de poca utilidad, en caso de que se encuentren con trombocitopenia.

Terapéutico.

- Neonatos con sangrado clínicamente significativo.
- Cuenta de plaquetas menor de 50,000/dL.
- Condiciones clínicas que aumenten el riesgo de hemorragia (CID) con cuenta plaquetaria menor de 100,000/dL.
- En caso de exanguineotransfusión si la cuenta de plaquetas es menor de 50,000/dL.
- Ver dosis y modo de infusión en tabla 3.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	112 de 186

Las indicaciones para plasma fresco congelado y los crioprecipitados no difiere de la de los adultos.

PROTOCOLO DE HEMORRAGIA MASIVA

La elevada morbimortalidad de la hemorragia masiva hace necesaria realización de un protocolo que guíe su manejo en cada centro hospitalario.

Habitualmente la hemorragia masiva, se asocia al paciente politraumatizado que precisa atención urgente, aunque también tenemos otras causas, como las hemorragias digestivas u obstétricas o en intervenciones quirúrgicas mayores.

La definición de hemorragia masiva es la pérdida de un volumen sanguíneo en menos de 24 hrs., del 50% de un volumen sanguíneo en menos de 3 hrs o 150 ml/min, sin embargo, esto es difícil de cuantificar en la práctica y en la situación de urgencia por lo que de manera arbitraria se puede definir la hemorragia masiva como aquella que favorece una frecuencia cardiaca más de 110 latidos por minuto y una presión sistólica menor de 90mmHg.

La transfusión masiva es la transfusión equivalente a una volemia o más en un periodo de 24hrs (el 7% del peso ideal en adultos y el 8-9% en niños) o la transfusión del 50% del volumen sanguíneo en 3 hrs.

Lo fundamental ante una hemorragia masiva, es controlar la hemorragia, minimizar el tiempo entre la lesión y el control del sangrado, identificar el origen de la hemorragia, monitorización del choque hemorrágico y coagulopatía y el control quirúrgico de la hemorragia.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	113 de 186

Apoyo transfusional en la hemorragia masiva.

El manejo del paciente con hemorragia masiva tiene tres elementos: valoración y resucitación seguida de los principios de apoyo vital avanzado; control local del sangrado (con técnicas quirúrgicas, radiológicas o endoscópicas); y manejo hemostático, incluyendo transfusión de hemocomponentes.

Es necesario recordar que siempre que se tenga una hemorragia masiva, el contacto con banco de sangre es indispensable para favorecer un adecuado apoyo transfusional al paciente y adecuada utilización de los hemocomponentes, así como evitar desperdicio.

- 1.- Es indispensable, contar con una muestra inicial del paciente bien identificada, no se aceptaran, aun en el contexto de extrema urgencia, una muestra no identificada.
- 2.- En caso de extrema urgencia, sin tiempo para realizar la prueba cruzada, el médico responsable, puede solicitar unidades sin pruebas de compatibilidad o pruebas de compatibilidad incompletas. Lo primero, en términos prácticos es enviar concentrados eritrocitarios de grupo O, o de plasma de grupo A, independientemente del grupo sanguíneo del paciente y lo segundo, es conociendo el grupo sanguíneo del paciente, es enviar hemocomponentes del grupo sanguíneo del paciente con la prueba cruzada en su fase inicial, en fase de salina.

Esto debe estar solicitado y autorizado por el médico tratante (firmado), ya que puede tener, riesgos importantes en el paciente.

Concentrado eritrocitario.

Los eritrocitos son necesarios para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno y mejorar la hemostasia a través de su efecto reolítico, favoreciendo un flujo axial y por tanto,



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	114 de 186

marginando las plaquetas y el plasma. La concentración óptima de hemoglobina no está bien definida en el manejo de la hemorragia.

Y así, aunque la transfusión de concentrados eritrocitarios puede ser vital, también conlleva riesgos potenciales tales como un aumento en la morbilidad y mortalidad debido a falla orgánica y transfusión (TRALI), por lo que la exposición a eritrocitos debe ser la menor posible.

La guía europea en el manejo de hemorragia masiva por traumatismo propone lograr un nivel de hemoglobina de 7 a 9 g/dL. Los pacientes con morbilidad cardiorespiratoria pueden requerir un nivel de 8 a 9 g/dL.. finalmente, algunos metaanálisis indican que en los pacientes hospitalizados una política transfusional restrictiva puede favorecer una disminución en las complicaciones infecciosas hospitalarias.

No se deben considerar ni la hemoglobina o el hematocrito como indicadores confiables de pérdida sanguínea.

Una vez controlada la hemorragia, no hay indicación de restaurar la hemoglobina a niveles fisiológicos.

Pueden usarse concentrados eritrocitarios de grupo O, en tanto se tienen las unidades del mismo grupo sanguíneo del paciente.

También pueden utilizarse otras medidas para complementar la transfusión como rescate celular, sobre todo en hemorragias asociadas a reparación abierta de aneurisma aórtico, trauma esplénico y hepático; fracturas de pelvis y menores, y trauma abdominal y torácico y hemorragia en cesáreas.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	115 de 186

Se recomienda seguimiento con pruebas de coagulación completas (cuenta plaquetaria, TP, TTPa y fibrinógeno), de manera regular para guiar el uso adecuado de los hemocomponentes.

Plasma fresco congelado.

Es el hemocomponente de elección para manejar la coagulopatía asociada a hemorragia, pero existe poca evidencia de calidad que informe el reemplazo óptimo de los factores de coagulación en hemorragia masiva.

De manera empírica pero retrospectiva, se aceptaba que se transfundiera el plasma a razón de 1:1 con concentrados eritrocitario. Recientemente en estudios randomizados en pacientes con trauma con hemorragia masiva no hubo diferencia en la sobrevivencia total en la transfusión temprana de plasma, plaquetas y concentrado eritrocitario a una razón de 1:1:1 comparado con 1:1:2.

Se recomienda que el PFC sea administrado en el momento inicial del proceso de resucitación en al menos una razón 1:2 con concentrado eritrocitario, aunque en hemorragia traumática, se recomienda a una razón de 1:1, y posterior a la administración del primer plasma, los resultados de laboratorio (tiempos de coagulación) deben guiar la continuación del apoyo transfusional, ya que el plasma se asocia a riesgos importantes como sobrecarga circulatoria, reacciones alérgicas y daño pulmonar asociado a la transfusión (TRALI).

Si no hubiera resultados de laboratorio disponibles, y la hemorragia continuara debe mantenerse el ritmo de transfusión a la misma razón 1:2.

El uso de plasma no debe atrasar el suplemento de fibrinógeno, si éste es requerido.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	116 de 186

Crioprecipitados.

Es común que en la hemorragia masiva, el paciente curse con hipofibrinogenemia, y se reporta que el fibrinógeno es el primer factor en caer a niveles críticos; los niveles menores de 1g/l son comunes posterior a la transfusión del equivalente a 1 o 1.5 volúmenes sanguíneos. Aunque no se tiene un parámetro específico para administrar fibrinógeno, se recomienda de manera pragmática que si los niveles caen a menos de 1.5 g/l, el fibrinógeno debe ser repuesto mediante crioprecipitados. 10U de críos pueden aumentar el nivel del factor 1g/l. La continuación en la reposición, dependerá de los niveles del paciente.

Plaquetas. La trombocitopenia se considera un evento tardío en la hemorragia masiva, típicamente vista posterior a una pérdida de al menos 1.5 volúmenes sanguíneos.

Se recomienda administrar plaquetas cuando la cuenta caiga a menos de 50,000; sin embargo, se recomienda solicitarlas cuando la cuenta caiga a menos de 100,000 sobre todo porque no siempre se tienen disponibles, únicamente en el marco de hemorragia masiva.

Otros agentes.

No se recomienda el uso de complejo protrombínico a menos que sea parte de un estudio clínico.

Se recomienda considerar la posibilidad de uso de agentes antifibrinolíticos como acido epsilon aminocaproico o ácido tranexámico.

No se recomienda el uso de factor VII recombinante a menos que sea parte de un estudio clínico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	117 de 186
Dirección Médica					

Debe considerarse la tromboprogilaxis en un paciente con hemorragia masiva y debe iniciarse tan pronto como sea posible al controlarse la hemorragia.

REACCIONES TRANSFUSIONALES:

Son los eventos adversos asociados a la transfusión y pueden ser inmediatos o tardíos.

Se debe tener como premisa que en cualquier evento transfusional pueden presentarse reacciones transfusionales, por ello, siempre que se tenga un paciente transfundiendo, debe vigilarse, para que, dependiendo del contexto del paciente en particular, puedan detectarse estas situaciones. Ver tabla 7.

A pesar de que la transfusión sanguínea en la actualidad, se considera un procedimiento relativamente seguro, inocuo y eficaz en la práctica médica diaria, ésta conlleva reacciones adversas desde leves hasta graves que pueden favorecer la muerte o secuela. Sobre todo debido a que ahora los riesgos están relacionados a una actuación insuficiente, deficiente o negligente a la cabecera del enfermo.

El personal de salud debe ser capaz de reconocer y manejar las diferentes reacciones y emplear los medios disponibles para eliminar o minimizar el riesgo al paciente.

Para evitar o disminuir el riesgo de una reacción transfusional, las acciones obvias a realizar son: no transfundir o transfundir lo estrictamente necesario.

Se refiere que el riesgo para infección de VIH en una transfusión es de 1:205,000 unidades; el de VHC, 1:935,000 U, y para VHB 1:1,2933,000 U.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	118 de 186

El riesgo de mortalidad es de 0.0027:1000 transfusiones y el de morbilidad 0.0399:1000 transfusiones, lo cual aumenta cuando un paciente es transfundido de manera reiterada y masivamente.

Los riesgos en una transfusión se asocian hasta en un 81% a errores en la administración (indicación, hemocomponente o paciente equivocados) y, en un 23% a incompatibilidad a grupo ABO, por ello es importante observar las buenas prácticas al indicar, solicitar y transfundir.

Clasificación de las reacciones transfusionales

Immunológicos: 1.- Inmediatos: hemólisis, reacción febril no hemolítica, alérgicos, daño pulmonar agudo asociado a transfusión.

2.- Tardíos: aloinmunización, hemólisis, enfermedad de injerto contra huésped, púrpura postransfusional, inmunomodulación.

No inmunes: 1.- Inmediatas: contaminación bacteriana, sobrecarga circulatoria, hemólisis no inmune, embolia aérea, hipotermia, desequilibrio hidroelectrolítico.

2.-Tardías: hemosiderosis, transmisión de infecciones virales, por priones, bacterianas y parasitarias.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	119 de 186

Tabla 7.- reacciones transfusionales, características y manejo.

RAT	Datos clínicos	Etiología	Características	Sugerencias de manejo
INMUNOLOGICAS INMEDIATAS				
Hemolisis intra o extravascular	Ansiedad, dolor retroesternal, lumbar o en el sitio de punción, fiebre, escalofrío, náusea, vómito, choque.	Incompatibilidad por ABO u otros sistemas. Mediada por IgM e IgG, fijadores de complemento. FNT-a, IL6, 8 y 1.	<i>f:</i> 1:6,000 – 1:30,000 unidades. Mortalidad, 1:5000 a 100,000. 6% son fatales. 41% son causadas por ABO	Suspender la transfusión. Mantener diuresis a 100ml/hr. Furosemide. Dopamina.
Febril no hemolítica	Fiebre durante o después de la transfusión, escalofrío, cefalea, vómito. Sin datos de choque.	Anticuerpos-antileucocito, proteínas plasmáticas, producción endógena de Interleucinas o transferencia pasiva.	<i>f:</i> 0.5-1% por componente transfundido. <i>CE:</i> 0.5- 10% <i>CP:</i> 1-38%.	-Paracetamol.
Urticaria	Prurito, enrojecimiento, rash y placas eritematosas.	Mediada por Anticuerpos IgE contra proteínas plasmáticas. Choque de alergen exógeno y un Ac IgE o IgG de los mastocitos o basófilos con liberación de sustancias inflamatorias. Más grave en deficiencia de IgA.	Incidencia: 1-3% de las transfusiones con PFC. Choque anafilático: 1:20,000 o 1:47,000.	-antihistamínicos IV. Esteroides o adrenalina según la gravedad de la reacción.
Daño pulmonar agudo asociado a transfusión (TRALI).	Insuficiencia respiratoria: hipoxia, edema pulmonar agudo, hipotensión, taquicardia. 6 hrs posteriores a la	Transferencia pasiva de anticuerpos anti HLA o contra leucocitos del receptor. Aumento de la permeabilidad capilar, activación	<i>f:</i> 1:5000 o 1:250,000.	Apoyo ventilatorio en unidad de terapia intensiva.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	120 de 186

	transfusión.	del complemento y émbolos de polimorfonucleares.		
INMUNOLOGICAS	TARDIAS			
Enfermedad de injerto contra huésped.	Fiebre, rash y descamación cutánea, diarrea acuosa, ictericia.	Injerto y proliferación en el hospedero de linfocitos del componente sanguíneo. Mediada por células NK.	Incidencia: 1:17,700 1:39,000.	Transfundir unidades irradiadas.
Púrpura trombocitopénica transfusional	Petequias , Hemorragia de mucosas.	Acs contra antígenos plaquetarios con destrucción plaquetaria.	Incidencia: 1:200,000. >f en mujeres. HPA-1 diferente.	Plaquetas HLA compatibles.
Inmunomodulación.	Desregulación de la inmunidad, inmunotolerancia antigénica.	Infusión de leucocitos y sus productos: (IL-4, IL-10, TGF-1)	Crecimientos tumorales, procesos autoinmunes o infecciones.	transfundir en caso necesario únicamente.
NO INMUNOLOGICAS	INMEDIATAS			
Contaminación bacteriana	Fiebre, escalofrío, náusea, vómito, dolor abdominal, hipotensión, choque.	Bacterias gram positivas (<i>Staphylococcus</i> o <i>Streptococcus</i>) o gram negativas como <i>Yersinia</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Escherichia</i> o <i>Pseudomona</i> .	Incidencia: 1:400 a 1: 2000. >f en plaquetas.	En caso de sospecha, iniciar antibióticos, soporte sistémico.
Sobrecarga circulatoria (TACO)	Disnea, tos, edema agudo pulmonar, datos de falla cardiaca.	Hipervolemia en pacientes con anemia crónica. En pacientes con falla cardiaca.	Pacientes de la tercera edad son los de mayor riesgo o con balance de líquidos positivo.Incidencia:	Diuréticos, calcular la infusión.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	121 de 186

			1-8%.	
NO INMUNOLOGICAS	TARDIAS			
Transmisión de agentes infecciosos.				Transfundir en caso necesario.
Hemosiderosis.				Agentes quelantes de hierro

PROTOCOLO DE REACCION TRANSFUSIONAL

Ante la presencia de cualquier reacción transfusional, se sugiere al personal médico proceder de la siguiente manera:

1. Identificar la reacción y determinar si la transfusión es la causa.
2. graduar la reacción transfusional, es decir si es algo leve: prurito, ronchas, fiebre; si son manifestaciones moderadas como broncoespasmo, o si es grave, dolor lumbar, broncoespasmo grave, en tanto, se gradua, debe detenerse la transfusión. Se deben revisar todos los datos, es decir, si es el componente requerido, el grupo sanguíneo ABO y Rh, si corresponde al paciente (en hoja de envío).
3. una vez graduada y revisados los datos anteriores, se debe decidir, por el médico tratante, si continua o no la transfusión y cómo, es decir, si es leve, y considerando el contexto clínico del paciente (pueden ya existir antecedentes de reacciones alérgicas a transfusiones, por ejemplo) puede premedicarse al paciente y reiniciar la transfusión (tomando en cuenta que la transfusión es algo indispensable en beneficio del paciente), o, si por el contrario, es grave, debe suspenderse definitivamente la misma.
4. en caso de que a pesar de que se reinició la transfusión, no hubo mayor problema, y una vez finalizada la misma, debe dejarse asentado en la nota transfusional lo ocurrido y el manejo. También debe informarse a banco de sangre.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	122 de 186

5. en caso de que la reacción transfusional se haya suspendido de manera definitiva, se debe dar manejo al paciente según la reacción presentada –ver cuadro previo- y debe informarse al banco de sangre, llevando el hemocomponente o el resto del mismo, la nota transfusional y 3 muestras dos en tubo de tapa roja y uno en tapa lila.
6. en banco de sangre lo que realizaremos es nuevamente determinar grupos sanguíneos de la unidad y del paciente, determinar si la unidad estaba destinada al receptor correspondiente, los resultados de la prueba cruzada, rastreo de anticuerpos irregulares, coombs directo, verificar toda la información generada y se envía a cultivo a microbiología el resto del hemocomponente para determinar el grado de imputabilidad y la posible causa de la reacción, ya que puede ser algo “simple” como se observa en la tabla como una reacción a proteínas del plasma como a incompatibilidad a grupo sanguíneo ABO y Rh o incluso contaminación bacteriana, con el fin de hacer las recomendaciones pertinentes.
7. dejar asentada la reacción transfusional y el manejo de la misma.
8. recordar que el paciente ya tiene consentimiento informado a la transfusión sanguínea e información proporcionada de los riesgos y beneficios de la misma.

DOCUMENTACION NECESARIA

Solicitud de Transfusión

- Se envía al banco de sangre de parte del servicio que lo requiere.

Solicitud de intercambio interinstitucional de unidades de sangre

- Se envía del banco de sangre del hospital al banco de sangre de otra unidad médica.

Solicitud de recolección de unidades de sangre para hemodilución preoperatoria

- Se envía al banco de sangre de parte del servicio que lo requiere.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	123 de 186
Dirección Médica					

Reporte de reacción transfusional

- Se envía al banco de sangre en caso de que el paciente presente una reacción adversa a la transfusión

Registro de actos transfusionales

- Hoja no depurable del expediente clínico físico, que llena el médico tratante.

Expediente clínico

- En el cual se encuentran los antecedentes, consultas y manejo médico correspondiente de los padecimientos.

Expediente clínico físico

- En el cual se encuentran los antecedentes transfusionales del paciente (en el registro de actos transfusionales).

CONSENTIMIENTO ESPECIAL

Transfusión de hemocomponentes Consentimiento Informado

Autodonación por depósito previo Consentimiento Informado

Hemodilución preoperatoria Consentimiento Informado

Exsanguinotransfusión Consentimiento Informado



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	124 de 186
Dirección Médica					

REQUISITOS DE CONTROL DEL PACIENTE

- Grupo sanguíneo AB0 y Rh, Pruebas cruzadas.
- Signos vitales antes de la transfusión, durante y posterior a la misma.

COMPETENCIAS O APTITUDES ESPECIALES DE PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE ATENCION:

- Personal médico especialista.
- Médico Especialista en Hematología con conocimientos Medicina Transfusional
- Médicos Especialistas con conocimientos de Medicina Transfusional
- Enfermeras con conocimientos de Medicina Transfusional
- Químicos y técnicos con conocimientos de Medicina Transfusional

DISPONIBILIDAD Y EQUIPO ESPECIALIZADO:

BANCO DE SANGRE

- Equipos para conservación de hemocomponentes y reactivos: refrigerador, congelador, agitador de plaquetas.
- Equipo para recolección de plaquetas por aféresis
- Equipo para fraccionamiento de unidades de sangre
- Sellador térmico de tubos de bolsas de sangre
- Centrifuga refrigerada para bolsas de sangre
- Balanza granataria
- Balanza mezcladora para bolsas de sangre
- Bolsas para recolección de sangre y kits para aféresis.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	125 de 186

- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Materiales para toma de muestras sanguíneas: agujas, tubo lila y tubo rojo, torundas, torniquetes, aplicadores de clorhexidina, alcohol, gasas. Reactivos y equipos para realizar las pruebas de laboratorio: sueros hemoclasificadores, antisueros de coombs mono y poliespecíficos; lectinas, H y anti A1; albúmina bovina, control-Rh, rosa de bengala, reactivos para HBSag, anti core, anti VHC, anti-chagas, anti-sífilis y anti VIH.
- Reactivos y equipos para realizar las pruebas de laboratorio

Hospitalización.

Indicaciones médicas

Equipo para toma de signos vitales.

Equipo de protección personal-bioseguridad- como cubrebocas y guantes.

Catéteres de acuerdo al tipo de paciente: neonatos no. 24G y 26G; pediátricos 22G, 24G o 26G y adultos 18G.

Equipo de transfusión sanguínea.

Carro de paro.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	126 de 186

ATENCIÓN A PACIENTES COMATOSOS COP.10.4

Objetivo

Priorizar los cuidados del Paciente, dirigido a mantener la respiración, ventilación y riego cerebral. Supliendo acciones del autocuidado hasta recuperación de reflejos básicos, conciencia y orientación.

Alcance

El presente documento aplica directamente al personal médico, enfermería, camilleros, de la Terapia Intensiva.

Políticas

PLANIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN

PEDIÁTRICOS

Se deberá interrogar a los familiares y/o testigos que acompañen al paciente para la obtención de información sobre la posible causa del estado de inconsciencia.

Todo paciente en estado de inconsciencia deberá ser considerado como Paciente de alto riesgo y vulnerable.

Todo Paciente comatoso o en soporte vital deberá recibir atención conforme lo dicta el presente procedimiento.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	127 de 186

Todo paciente en estado de coma que requiera de procedimientos invasivos como ventilación mecánica, infusiones de sedación y analgesia profunda deberá ser hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva.

Los cuidados integrales deberán ser otorgados por el equipo de salud la Unidad de Cuidados Intensivos desde el momento de ingreso, durante su estancia y en los momentos que se requieran soporte vital y cuidados específicos para pacientes en estado de coma.

Los cuidados integrales incluyen:

- Termorregulación
- Soporte Nutricional
- Soporte vital en caso de ser necesario
- Cuidados específicos del paciente en estado de coma (en caso de ser necesario)
- Prevención de complicaciones secundarias a la intervención médica.
- Contención y restablecimiento de daño neurológico (Calidad de vida).

Se llevará una evaluación del dolor en niños de 1 año a 3 años de edad inconscientes mediante la escala de FLACCS.

Los lineamientos descritos en este documento son parte fundamental de las mejoras que ofrece el Departamento de Terapia intensiva pediátrica a todos y cada uno de los pacientes hospitalizados.

En las notas de evolución y hoja de enfermería pediátrica deberán registrarse los procedimientos realizados organizadamente como: hora, tiempo, cuidados enfermeros, medicación y complicaciones. Así como nombre y firma de los responsables de la atención.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	128 de 186

PACIENTES ADULTO

ASEGURAR LAS FUNCIONES VITALES

En el paciente en coma es básico el mantener aseguradas las tres prioridades de todo paciente: A (vía aérea), B (respiración) y C (circulación). Si no tenemos bien oxigenado al paciente y no le mantenemos en una situación hemodinámica adecuada su cerebro va a sufrir un daño añadido muy importante.

Soporte nutrimental inmediato, con al menos el 70% de sus requerimientos a las 48 horas del inicio del cuadro.

El manejo de la vía aérea.

Es fundamental que la vía aérea esté despejada, por lo que será necesario: retirar la dentadura postiza si la hubiere, colocar una cánula orofaríngea o nasofaríngea y aspirar las secreciones; y posteriormente iniciar el manejo avanzado de la vía aérea con intubación orotraqueal en caso de que se encuentre en coma previo al manejo avanzado de la misma. En los casos de estado comatoso secundario a medicamentos, cuyo ejemplo es el más común en el paciente críticamente enfermo, el cuidado de la vía aérea será el referido a los pacientes con manejo de ventilación mecánica.

Ventilación

Es muy importante comprobar que el paciente este ventilando adecuadamente y que se encuentra bien oxigenado. Normalmente los pacientes en coma profundo no inducido por medicamentos requieren intubación y ventilación mecánica y se debe intentar mantener una PO₂ superior a 80-100 mmHg y una PCO₂ inferior a 40 mmHg, y con frecuencia se requiere hiperventilación y mantener la PCO₂ más baja para el manejo de la hipertensión intracraneal, ya que el aumento de la PCO₂ produce vasodilatación.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	129 de 186

En los pacientes isn afección neurológica primaria no se requiere hiperventilación y la ventilación mecánica debe ser titulada de acuerdo a las metas de su padecimiento respiratorio primario.

Circulación

Por supuesto hay que descartar que el paciente en coma no esté en parada cardiorrespiratoria (asegurarse de que tiene pulso y ventila), y por otro lado, es muy importante para su cerebro el mantener un flujo cerebral adecuado, para lo cual es imprescindible: mantener una tensión arterial adecuada (suele ser muy dañina la hipotensión para estos pacientes); mantener una buena frecuencia cardiaca, especialmente tratar bradiarritmias y observar la presencia de arritmias ventriculares; mantener un buen nivel de hematocrito y de hemoglobina en la sangre, para transportar suficiente oxígeno a los tejidos. Para ello puede ser necesario el administrar líquidos, fármacos vasoactivos y transfundir al paciente.

Diagnóstico:

El paciente en estado comatoso, después de asegurar su vida, deberá ser llevado a Tomografía exial computada contrastada de cráneo, una vez asegurado que no existe riesgo de herniación, se deberá realizar punción lumbar con citológico, citoquímico y cultivos además de las tinciones adecuadas de acuerdo a a solicitud de infectología y neurología.

En caso de que el citológico y citoquímico deb la indicación deberá iniciarse antibioticoterapia de acuerdo a lo más apropiado.

Deberá , bajo consnetimiento informado de los familiares, determinarse prueba rápida para VIH.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	130 de 186

PACIENTES OBSTETRICAS

A las pacientes obstétricas que se encuentren en estado comatoso se les aplicarán cuidados específicos de paciente comatoso y vigilancia al estado vital al producto.

El manejo de la vía aérea.

Ventilación

Circulación

Signos vitales al producto

Signos vitales a la madre

Soporte nutricional como indicado previamente.

CUIDADOS GENERALES Una vez aseguradas las funciones vitales, la vía aérea despejada, la ventilación adecuada y la oxigenación, y una vez instaurado el manejo inicial del coma, se deben realizar otros cuidados generales en este tipo de pacientes como son:

1. Mantener una temperatura adecuada. La hipertermia produce un aumento en las necesidades metabólicas del cerebro, y este fenómeno puede ser muy perjudicial para un cerebro dañado previamente. Se emplearán medidas físicas y fármacos para bajar la temperatura. Asimismo, a veces, se observa hipotermia que requiere calentamiento pasivo.
2. Se debe realizar prevención y tratamiento de la hipertensión intracraneal en el paciente neurológico primario: Como hemos comentado anteriormente una de las causas de coma son los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Sin embargo, este instituto no atiende este tipo de casos, en caso de presentarse en urgencias se le deberá buscar una referencia a un centro especializado.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	131 de 186

Otra causa es la presencia de masa que ocupa espacio (hematomas, edemas, infección como toxoplasma entre otras).

 me tá sta

Al ser la cavidad craneal un espacio rígido (limitada por los huesos del cráneo) cualquier expansión de algunos de sus componentes (parénquima cerebral, vasos sanguíneos o líquido cefalorraquídeo), produciría un aumento de presión.

Este aumento de la Presión Intracraneal puede llevar al paciente a un deterioro de sus funciones vitales y a la muerte, por ello, es importante llevar a cabo medidas para estabilizar la presión intracraneal y evitar que llegue a valores altos:

El cuerpo debe estar bien alineado en su eje cráneo-caudal. Otras posturas son de tensiones, contracturas y dolor produciendo aumento de la PIC. Una cabeza girada o ladeada producirá aumento de la PIC al dificultar el retorno yugulares. La cabecera de la cama debes estar levantada unos 30 grados aproximadamente para favorecer el drenaje venoso y reducir el edema cerebral. Más de 30 grados dificulta el riego arterial cerebral. Para mantener la cabeza alineada y elevada, retire si es preciso la almohada.

 product

 venoso

Muchas veces nos podemos ayudar de cojines o toallas que nos permitan mantener la postura correcta y la inmovilización adecuada.

El movimiento brusco también puede elevar la PIC. Debemos mantener la paciente pero nunca con sujeciones porque la lucha contra ellas provocaría también el aumento de la PIC. Para mover al paciente mantendremos el eje cráneo-caudal y la cabeza alineada

 inmovili



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	132 de 186

Si se administra oxígeno se debe utilizar dispositivos flexibles que no compriman lo mínimo y que no provoquen ansiedad al paciente

 o a pried

Antes de aspirar secreciones habremos de hiperoxigenar al paciente, sedación, y en cualquier caso realizar las aspiraciones de forma breve. Mantenga el entorno lo más silencioso y tranquilo posible. Limite las haya necesidad de hablar del paciente hágalo fuera de la habitación. Recuerde que el paciente puede estar inmóvil e inconsciente pero el oído es el último sentido que se pierde. Es bueno hablar con el paciente pero de forma adecuada.

 habitua

 convers

Evite en la medida de lo posible los procedimientos dolorosos. Haga que equipos, cables, entre otras. no produzcan tensión en el paciente. Los contactos realícelos de manera suave y pausada.

 tubuladu

Los estados febriles requieren un mayor consumo de oxígeno, por lo tanto es controlarla y administrar oxígeno complementario. El calor puede perjudicar al paciente, así que manténgalo aireado y destapado si le provoca confort.

 importa

Tratamiento de las crisis convulsivas si se presentan, que en general se tratarán con benzodiazepinas y/o fenitoína de manera inicial, posteriormente se solicitará interconsulta al neurólogo del hospital para determinar si es necesario solicitar estudios de extensión.

Control metabólico de la glucemia, los iones y el equilibrio ácido-básico.

Posición: Si no está intubado y hay riesgo de aspiración se la colocará en decúbito lateral o semiprono para prevenir dicha aspiración.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	133 de 186

Prevención de la flebitis y las escaras (para lo que realizaremos cambios de posición frecuentes), uso de apósitos de protección en sacro, talones y puntos de presión identificados, y cuando sea posible movilización con grúas.

Prevenir que no tenga el cuello flexionado, ni la cinta que sujeta el tubo traqueal comprimiendo al cuello, para que no se impida el retorno venoso cerebral por la yugular y no aumente la presión intracraneal.

Cuidados generales del tubo endotraqueal y de la ventilación mecánica

Para el aporte de líquidos y equilibrio hídrico el paciente portará diferentes vías intravenosas como son las vías venosas centrales o periféricas, así como cateterización vesical y nasogástrica. Aportaremos los cuidados necesarios a todos estos tipos de dispositivos.

Cuidados oculares, en el caso de que el paciente mantenga los ojos abiertos y sin parpadeo, realizar lavados oculares y protección con gotas de lágrima artificial, o bien dejar el ojo tapado con tiras adhesivas.

Cuidados para que no se agrieten los labios, aplicando vaselina tópica.

Prevención de la aparición de una trombosis venosa profunda en las piernas, movilizándolo con frecuencia dichas piernas, o administrando heparina profiláctica.

Prevención de las malas posiciones (equinos y manos en garra) y las atrofiaciones musculares realizando fisioterapia motora.

Observar la presencia de tolerancia gástrica, la presencia de íleo, y ver si hay fecalomas.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	134 de 186

Cuidados de catéter de presión intracraneal: En caso de que un paciente requiera este tipo de monitorización se solicitará el traslado a un centro hospitalario con neurocirugía.

Higiene corporal habitual.

DOCUMENTACION NECESARIA

1. Historia clínica
2. Nota de ingreso
3. Evaluación inicial multidisciplinaria en las primeras 24 horas de ingreso.
4. Una vez estabilizado el paciente se procederá a realizar la nota médica en el expediente clínico electrónico según leyes y reglamentaciones, por el médico tratante de urgencias o especialidad si correspondiera.
5. Notas por turno por el médico tratante
6. Indicaciones de enfermería así como las indicaciones escritas para el personal de enfermería,
7. Las solicitudes que correspondan de los servicios de apoyo (laboratorio y radiología),
8. Interconsultas.

CONSENTIMIENTO ESPECIAL

No se requiere de un consentimiento especial para la atención de pacientes comatosos, a excepción de que se encuentren en agitación psicomotriz o presenten convulsiones y a juicio del médico se requiera de la sujeción.

Los consentimientos habituales que pueden requerirse a juicio del médico tratante son: Para colocación de catéteres subclavios, consentimiento para hemotransfusión, para intubación, para intervención quirúrgica etc. En caso de emergencia y no contar con familiares



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	135 de 186

disponibles se dejara constancia de los procedimientos realizados en la nota médica del expediente clínico.

REQUISITOS DE CONTROL DEL PACIENTE

En la valoración de un paciente inconsciente, es fundamental para llegar a la causa y a la gravedad del proceso, realizar una buena historia clínica (antecedentes de enfermedades neurológicas, convulsiones, drogas ingeridas, traumas, hipertensión, diabetes, etc.) y una buena exploración clínica general (aliento con olor a alcohol, traumatismos, patología cardíaca, tensión arterial, frecuencia cardíaca, etc.) que nos puedan llevar a la causa del coma del paciente.

Los requisitos de control del paciente comatoso son:

1. Signos vitales
2. Termorregulación
3. Soporte Nutricional
4. Soporte vital en caso de ser necesario
5. Cuidados específicos del paciente en estado de coma (en caso de ser necesario)
Prevención de complicaciones secundarias a la intervención médica.
6. Contención y restablecimiento de daño neurológico (Calidad de vida).
7. Se llevará una evaluación del dolor en niños de 3 meses a a 3 años de edad
8. inconscientes mediante la escala de FLACCS.
9. Se llevara el control de dolor en Terapia Intensiva mediante escalas apropiadas para paciente comatoso.
10. Cuidados antiescaras de enfermería



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	136 de 186

COMPETENCIAS O APTITUDES ESPECIALES DE PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE ATENCION:

- Médicos Especialistas Tratantes: Internistas y/o intensivistas,
- Cirujanos de Torax
- Neumopediatras
- Enfermeras generales tituladas,
- Enfermeras especialistas intensivitas con competencias en reanimación.
- Enfermeras pediatras con competencias en reanimación

DISPONIBILIDAD Y EQUIPO ESPECIALIZADO:

- Carro rojo con monitor desfibrilador
- Ventilador de presión y/o volumétricos
- Monitor de signos vitales
- Bombas de infusión
- Gasómetro
- Tomógrafo.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	137 de 186

ATENCIÓN A PACIENTES en soporte vital cop.10.5

Objetivo

Establecer los lineamientos para que la atención que se brinde a los pacientes tratados en la unidad de cuidados intensivos sea uniforme y de acuerdo a los conocimientos actuales buscando un mejor pronóstico de vida.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoria para los médicos especialistas de la unidad de terapia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Políticas

Los eslabones en la cadena de supervivencia dentro de manejo del soporte vital avanzado son:

1. Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de respuesta de emergencias.
2. Reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz con énfasis en compresiones torácicas efectivas.
3. Desfibrilación rápida.
4. Soporte vital avanzado efectivo.
5. Cuidados integrados posparo cardíaco.

PLANIFICACION PARA LA ATENCION:

SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTO

El soporte vital básico (SVB) es la aplicación



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	138 de 186

n de medidas para suplir o mantener las funciones vitales mediante técnicas simples.

Los conocimientos de medidas de SVB incluye el reconocimiento inmediato y activación del sistema de respuesta de emergencias, resaltando la importancia de la aplicación muy precoz de medidas de SVB y desfibrilación para optimizar los resultados.

Identificación de paro cardiorespiratorio.

1. En caso de presentarse pérdida de conocimiento súbito o alteración de ritmo cardiaco (asistolia, taquicardia o bradicardia) verificar estado del paciente.
2. Aproximarse al paciente y sacudir suavemente por los hombros mientras preguntamos con voz enérgica: ¿Se encuentra bien?
3. Si responde, averiguamos qué le pasa y solicitamos ayuda si es necesario. Si no responde:
4. Si no responde, aviso inmediato gritando “código azul” al resto del personal de salud para movilización del carro rojo con desfibrilador lo antes posible.
5. Coloque al paciente en posición de decúbito supino, Inspeccione ausencia de respiración o respiración agónica (jadeo/bloqueo) y verifique presencia o ausencia de pulso en el paciente por menos de 10 segundos, por medio de palpación del pulso carotídeo ipsilateral. Se anima a realizar simultáneamente la maniobra con el propósito de reducir tiempo.

Secuencia de soporte vital básico.

1. Con presencia de pulso, iniciamos soporte de ventilación manual con bolsa-mascarilla o bien bolsa-tubo endotraqueal en caso de pacientes intubados.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	139 de 186

- En caso de ausencia de pulso iniciar compresiones torácicas efectivas. Así como priorización de maniobras según C-A-B (por sus siglas en inglés circulation, air way, breathing; circulación, vía aérea y ventilación).

Compresiones torácicas

La efectividad de las compresiones torácicas, se resalta la calidad de las compresiones y minimizando las interrupciones, esto se logra colocando la superficie palmar en la mitad inferior del esternón, comprima a un ritmo de entre 100 y 120 por minuto.

En caso de pacientes sin dispositivo avanzado de vía aérea, realice ciclos de 30 compresiones por 2 ventilaciones manuales bolsa mascarilla (30x2), por 5 ciclos; en caso de pacientes con dispositivo avanzado de vía aérea realizar compresiones continuas por 2 minutos al mismo ritmo la frecuencia de ventilación sea de 1 por cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto). Cada compresión debe ser totalmente perpendicular al esternón y con una profundidad de al menos 5 cm y evitando una profundidad excesiva mayor a 6 cm, permitiendo que éste se eleve totalmente entre una compresión y otra.

La retroalimentación de las compresiones es una estrategia general para mejorar la calidad de la RCP. En caso de monitorización de la línea arterial se recomienda una presión arterial diastólica mayor a 25-30 mmHg con las compresiones.

Es obligado relevar al personal que realiza las compresiones torácicas, para mantener la calidad de las mismas cada 2 minutos. puesto que pasado este tiempo la efectividad del masaje disminuye notablemente por cansancio del reanimador.

Ventilaciones



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	140 de 186

Comprobamos la ventilación: Una vez iniciada las compresiones verifique la adecuada entrada de aire por medio de la ventilación manual bolsa-mascarilla o bolsa-tubo endotraqueal, así como la expansión torácica.

De observar una ventilación deficiente, reposicione correctamente la vía aérea, realice subluxación mandibular y adecuado sellado de mascarilla.

De persistir una ventilación deficiente, coloque una cánula orofaríngea, asegure la adecuada medida de la cánula seleccionando la cánula con una longitud correspondiente a la distancia vertical entre los incisivos del paciente y el ángulo de la mandíbula. Inserte la cánula con técnica adecuada.

En caso de una ventilación deficiente que no responde a maniobras se alienta a una intubación orotraqueal, sin o minimizando al máximo la interrupción de las compresiones torácicas.

Ciclo de reanimación

Continúe con la secuencia 30x2, cinco ciclos en caso de pacientes no intubados, y en pacientes intubados, compresiones por 2 minutos por dos ventilaciones.

El personal más calificado que asuma el mando.

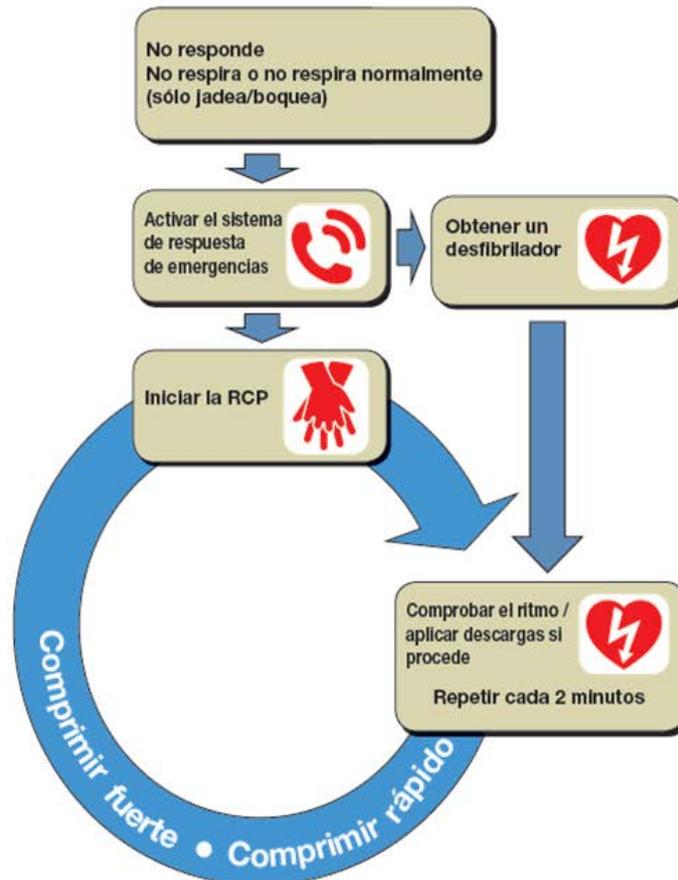
Al término de cada ciclo verifique pulso de ser necesario.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	141 de 186



Algoritmo SVB de la AHA (American Heart Association)





POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	142 de 186

Desfibrilación Precoz.

El uso del desfibrilador debe hacerse tan pronto como esté disponible. La probabilidad de obtener pulso tras desfibrilación pasados 9 minutos del inicio de la parada cardiaca es del 10% aproximadamente. Motivo por el cual se debe buscar una vez activado el código azul de verificar el ritmo cardiaco a través de la monitorización por electrodos del ritmo cardiaco o bien colocando las palas del desfibrilador en posición correcta.

Existen ritmos desfibrilables y ritmos no desfibrilables, ambos con diferente sobrevida motivo por el cual se realiza énfasis en su reconocimiento.

El principio de acción del desfibrilador es descargar una corriente de energía que provocará la repolarización de las células miocárdicas que tendrán una oportunidad así de retomar un ritmo sinusal.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se cuenta con desfibriladores Bifásicos, los cuales suministran la corriente en un sentido positivo para que luego ésta revierta en el sentido contrario. Por lo tanto, se requiere menores dosis de energía para ser eficaces. En estos la corriente de descarga será de entre 150-200 J.

Existen tres posiciones aceptadas sin evidencia de mayor tasa de supervivencia relacionada.

- Posición Anterior: Se coloca un electrodo bajo la clavícula derecha (2^o- 3^o espacio intercostal paraesternal derecho) y otro sobre el ápex cardiaco
- Posición Anteroposterior: Un electrodo colocado en 2^o – 3^o espacio intercostal derecho en situación posterior y el otro sobre el ápex (ideal en caso de que existan DAI o marcapasos).
- Posición Ápex-Posterior: Ambos sobre el ápex en posición anteroposterior.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	143 de 186

De requerir una descarga, se realiza la aplicación de la misma a una corriente de 150 a 200 J. El desfibrilador al alcanzar la carga del desfibrilador, realiza un sonido confirmatorio a la corriente solicitada, verifique visualmente que ningún reanimador está haciendo contacto físico con el paciente y verbalice “descarga en 1, 2, 3, descarga” y realice la misma.

Es importante reanudar las compresiones torácicas tras la desfibrilación pues aunque se restableciera el ritmo sinusal éste se considera ineficaz en los primeros minutos, reafirmando que se debe interrumpir el menor tiempo posible las compresiones torácicas.

Al finalizar un ciclo de 30x2 por 5 ciclos, se volverá a analizar el ritmo por si fuera susceptible de una nueva descarga y así cíclicamente.

En caso de no presentar un ritmo desfibrilable, se debe reanudar de inmediato cinco ciclos de 30x2.

Retorno espontáneo de la circulación.

Al finalizar cinco ciclos de 30x2 o bien 2 minutos de RCP en pacientes intubados. Verifique el ritmo cardiaco y de ser necesario el pulso.

Si presenta retorno del pulso se define el retorno espontáneo de la circulación (ROSC, por sus siglas en ingles), de contar con dispositivo de línea arterial se puede verificar dicho retorno de las pulsaciones en el monitor.

Dicho evento da pie a iniciar los cuidados post-reanimación.

Cuidados Post-Reanimación

Dispensados por los servicios médicos una vez el paciente ha salido de la parada.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	144 de 186

SOPORTE VITAL BÁSICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Planificación de todos los aspectos

El paro cardio-respiratorio (RCP) es un evento raro en Pediatría de Atención Primaria; sin embargo, en caso de que ocurra la inmediata actuación de los familiares, testigos y profesiones sanitarios es esencial para que el niño sobreviva sin deterioro de su función neurológica y sin menoscabo de su calidad de vida a corto y largo plazo. Conceptos de RCP básica (o soporte vital básico).

En contraste con los adultos, un paro cardíaco en lactantes y niños no suelen deberse a una causa cardíaca primaria. Más a menudo es el resultado terminal de una insuficiencia respiratoria progresiva o de unshock, también llamada paro por asfixia. La asfixia se inicia con un período variable de hipoxemia sistémica, hipercapnia y acidosis, progresa a bradicardia e hipotensión, y culmina con un paro cardíaco. Otro mecanismo de paro cardíaco, fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular sin pulso (TV), es el ritmo cardíaco inicial en aproximadamente el 5% y el 15% de la población pediátrica hospitalizada y de los paros cardiacos que ocurren fuera del hospital; se ha informado que hasta un 27% de la población pediátrica hospitalizada hace paros en algún momento durante la reanimación. La incidencia de paro cardíaco por FV /TVSP aumenta con la edad.

La eficacia de PALS depende de la alta calidad de la RCP, lo que requiere una tasa de compresión adecuada (al menos 100compresiones por minuto), una profundidad de compresión adecuada(al menos un tercio del diámetro AP torácico o aproximadamente 1pulgadas [4 cm] en infantes y aproximadamente 2 pulgadas [5 cm]en niños), permitiendo completar el retroceso del pecho después de cada compresión, reduciendo al mínimo las interrupciones de las compresiones, y evitando la excesiva ventilación. Las razones para no realizar la RCP de alta calidad son la falta de atención por parte del rescatador a los detalles,



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	145 de 186

rescatador fatigado, y/o frecuentes interrupciones para asegurar la vía aérea, comprobar el ritmo cardíaco, y mover al paciente.

Signos y síntomas del paciente

En el hospital muchos pacientes, especialmente si están en la Unidad intermedia pediátrica, se supervisan y algunos tienen una vía aérea avanzada y está recibiendo ventilación mecánica. Si el paciente tiene un catéter arterial permanente, utilice la forma ondulada de este como retroalimentación para evaluar la posición de la mano y la profundidad de las compresiones torácicas. Un pequeño ajuste de posición de la mano o la profundidad de la compresión puede mejorar significativamente la amplitud de la onda arterial, lo que refleja una mejor compresión de pecho inducida por el volumen sistólico. La onda arterial también puede ser útil en la identificación de retorno de la circulación espontánea (ROSC). Si la presión de CO₂ del paciente (PETCO₂) está siendo monitoreada, puede ser utilizado para evaluar la calidad de las compresiones en el pecho; también puede proporcionar una indicación de ROSC (véase más adelante). Insuficiencia respiratoria. La insuficiencia respiratoria se caracteriza por una ventilación inadecuada, oxigenación insuficiente, o ambas cosas. Prever Insuficiencia respiratoria si alguno de los siguientes signos está presente:

- Un aumento de la frecuencia respiratoria, especialmente con signos de peligro (por ejemplo, el aumento de esfuerzo respiratorio incluyendo retracciones nasales, la respiración oscilante, o gruñidos)
- Una tasa insuficiente de esfuerzo respiratorio, o cambios torácicos (por ejemplo, ruidos respiratorios disminuidos o jadeo), especialmente si el estado mental está deprimido
- Cianosis con respiración anormal a pesar de oxígeno suplementario Choque. El choque resulta de un flujo inadecuado de sangre y del suministro de oxígeno para satisfacer las demandas metabólicas del tejido. El tipo más común de shock en los niños es hipovolémico, incluyendo el shock por hemorragia. Los tipos de choque



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	146 de 186

distributivo, cardiogénico y obstructivo ocurren con menos frecuencia. El Choque progresa con un continuo de gravedad, desde un estado de compensación a uno de descompensación. Los mecanismos compensatorios incluyen taquicardia y aumento de la resistencia vascular sistémica(vasoconstricción) en un esfuerzo por mantener el gasto cardíaco y la presión de perfusión respectivamente. La descompensación se produce cuando los mecanismos de compensación fallan y resultan en un shock hipotensor .Los signos típicos de shock compensado incluyen

- Taquicardia
- Extremidades distales frías y pálidas
- Llenado capilar prolongado (> 2 segundos) (a pesar de la temperatura ambiente caliente)
- Pulsos periféricos débiles en comparación con pulsos centrales
- Presión arterial sistólica normal Como los mecanismos de compensación fallan, signos de perfusión inadecuada de órganos se desarrollan. Además de lo anterior, estasseñales incluyen:
 - Depresión del estado mental
 - Disminución del gasto urinario
 - Acidosis metabólica
 - Taquipnea
 - Pulsos centrales débiles
- El deterioro en la coloración (por ejemplo, manchas, véase más adelante). Un choque descompensado se caracteriza por signos y síntomas compatibles con la perfusión inadecuada de oxígeno a los tejidos(palidez, cianosis periférica, taquipnea, manchas de la piel, disminución del gasto urinario, acidosis metabólica, depresión del estado mental), pulsos periféricos débiles o ausentes, pulsos centrales débiles, e hipotensión.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	147 de 186

Aprender a integrar los signos de shock, porque un solo signo no confirma el diagnóstico.

Parámetros de control del paciente

- Vía aérea :Si el bebé o el niño está intubado, ventilar a un ritmo de alrededor de 1 respiración cada 6 a 8 segundos (de 8 a 10 veces por minuto) sin interrumpir las compresiones torácicas (Clase I, NDE C)
- Oximetría: En la víctima con un ritmo de perfusión, pero con esfuerzo respiratorio inadecuado o ausente, dar una respiración cada 3 a 5 segundos (de 12 a 20 respiraciones por minuto), utilizando la tasa más alta para los niños pequeños (Clase I, NDE C). Una forma de lograr que la tasa con una bolsa de ventilación es usar la nemotecnia "apretón de liberación de liberación" a un ritmo de habla normal.
- Succión: Las vías respiratorias nasofaríngeas pueden ser utilizadas en niños que tienen reflejo nauseoso. Preste especial atención a diámetro y longitud. Una vía aérea nasofaríngea que es demasiado corta no podrá mantener abiertas las vías respiratorias, mientras que una que es demasiado larga puede obstruir. Un diámetro pequeño de las vías respiratorias nasofaríngeas puede ser fácilmente obstruidas por secreciones. Por lo tanto, puede requerir succión frecuente. Vía aérea con mascarilla laríngea (LMA).
- Llenado capilar prolongado (> 2 segundos) (a pesar de la temperatura ambiente caliente).
- Pulsos periféricos:

Competencias o habilidades del personal:



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	148 de 186

El RCP avanzado debe ser proporcionado por Personal de Salud con entrenamiento específico, puede ser médico, enfermera o personal paramédico certificado, conocido como PALSEI Soporte Vital Avanzado Pediátrico.

Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique

En la atención de pacientes que están cursando con un paro Cardio Respiratorio no se requiere documentación alguna, ya que así se establece en el propio protocolo del Soporte vital básico. Sin embargo una vez concluida la atención de urgencias se deberá consignar en el expediente clínico del paciente los registros de la atención prestada.

Las consideraciones de consentimiento especial si correspondiera

En la atención del paciente con un Paro Cardio respiratorio no se requiere un consentimiento informado, toda vez que es una atención de urgencia en la que se pone en riesgo la vida, y que debe actuarse con oportunidad.

Los requisitos de monitorización del paciente

Describir el ABC de los parámetros de control del paciente, que estudios de laboratorio se requieren y en qué momento se toman las muestras, cada cuando se deben de llevar a cabo los controles y por quien y que acciones se tomarán una vez estabilizado.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	149 de 186

COMPETENCIAS O APTITUDES ESPECIALES DE PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE ATENCION:

- Todo el personal que labora en el hospital que se encuentre entrenado o capacitado para la reanimación cardiopulmonar inicial básica
- Médicos Especialistas que laboren en el hospital, con habilidades para la reanimación cardiopulmonar avanzada
- Enfermeras Generales y especialistas con entrenamiento en básico y/o avanzado

DISPONIBILIDAD Y EQUIPO ESPECIALIZADO:

- Carro rojo
- Bolsa para reanimación autoexpandible c/reservorio y mascarilla para adulto;
- Cánulas de orofaríngeas (diferentes medidas);
- Desfibrilador con monitor, cable para monitoreo de electrocardiograma con 3 puntas y electrodos autoadheribles;
- Mascarilla reservorio para suministrar oxígeno;
- Conexión de oxígeno o tanque de oxígeno tamaño "E", con manómetro, válvula reguladora y soporte;
- Focos para laringoscopia (dos por cada mango);
- Guía de cobre;
- Hojas de laringoscopia curvas en tamaños 3, 4 y 5;
- Hojas de laringoscopia rectas en tamaños 3, 4 y 5;
- Mango de laringoscopia adulto;
- Esfigmomanómetro;
- Estetoscopio;
- Monitor de signos vitales: con ECG de dos canales, presión arterial no invasiva y oximetría de pulso.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	150 de 186

ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS COP.10.6

Objetivo

Este procedimiento es de aplicación a todo el personal del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, involucrado en la atención de pacientes durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de infección por virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia humana.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoriedad para el personal Médico, Enfermeras y Servicios de apoyo diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

.Políticas

PLANIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN:

Pacientes hospitalizados

- El médico realizará la indicación de mantener a estos pacientes en aislamientos cuando se requiera un internamiento, sea por complicaciones de la propia enfermedad como por otros padecimientos.
- Se establecerán las precauciones de aislamiento estándar descritos en el sistema de Gestión de riesgos y cuidados enfermeros.
- Se establecerá también el aislamiento protector para el paciente.

Pacientes externos



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	151 de 186

- El médico llevara a cabo los procesos de atención por la Consulta Externa utilizando las berreras de protección habituales: higiene de manos y guantes durante la exploración física.

Pacientes en programación quirúrgica

- Todo paciente portador de VIH, se deberá atender quirúrgicamente bajo lineamientos universales de protección a su vulnerabilidad, así como de protección al personal y los demás pacientes, para ello se programará a cirugía en un día especial y de bajo movimiento del quirófano para dar cabida a los procedimientos de protección y desinfección adecuados.

(Anexo 1)

Pacientes en Urgencias

- Los pacientes que acudan al servicio de urgencias serán atendidos con las precauciones estándar para proteger su integridad, con respeto a su condición, con barreras de protección estándar y equipo de protección personal para los trabajadores de salud.

Situaciones que requieren planeación especial:

Atención odontológica

- Desinfectar escupideras y superficies con bactericidas.
- Cubrir las superficies con plástico o aluminio (pre y postlimpieza)
- Desinfectar batas, mandiles o desechables.
- Usar tapaboca, anteojos o máscara.
- Usar guantes, teniendo en cuenta lavar las manos con agua y jabón antes y después de la atención.
- Esterilizar o desinfectar el instrumental crítico (esterilizar), semicrítico (esterilizar o desinfectar) o no crítico (desinfectar).



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	152 de 186

- Todo el instrumental deber ser neutralizado en una solución de hipoclorito de sodio al 5.25% (1/4 de taza de hipoclorito de sodio/galón de agua), previo al lavado.

El protocolo de riesgo biológico incluye, igualmente, el esquema de vacunación previo a la atención de cualquier paciente contra VHB, influenza, sarampión, rubeola, tétano y tuberculosis (TBC).

La implementación de las precauciones universales obligatoria y consistentemente.

En los casos de exposición nosocomial se debe de notificar al comité de infecciones, se deber lavar la zona e iniciar tratamiento antirretroviral antes de las seis horas posteriores según sea indicada por el comité de infecciones.

Pacientes Pediátricos

En niños mayores de 18 meses el diagnóstico las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos VIH-1 (ELISA) y su confirmación por WESTERN BLOT se utilizarán para el diagnóstico.

Para el tratamiento en menores de 12 meses se establece de acuerdo a la guía iniciar el tratamiento retroviral, sin importar el estadio clínico, el % de linfocitos TCD 4+ ni de la CV. En niños mayores de 1 año se iniciará el tratamiento antirretroviral (ARV), encuéntrese asintomático o con sintomatología moderada.

Los fármacos de la ARV utilizados son: inhibidores de transcriptasa reversa no análogos de nucleósidos o nucleóticos (ITRAN), inhibidores de transcriptasa reversa no análogos de nucleósidos (ITRNN). Inhibidores de proteasa (IP), inhibidores de intergrasa (II) e inhibidores de fusión (IF); el tratamiento de estos pacientes incluye al menos tres fármacos de por lo menos dos clases de ARV.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	153 de 186

Paciente embarazada

El único fármaco aprobado para el uso durante el embarazo es la zidovudina (AZT). Este se dá a la madre por vía oral durante todo el embarazo, por vía intravenosa en el momento del parto y en gotitas al recién nacido durante sus seis primeras semanas de vida. El estudio más importante realizado hasta ahora con este medicamento administrado de las tres formas consiguió disminuir la transmisión de un 25% a un 8% sin afectar negativamente al desarrollo de los niños.

Con las mujeres embarazadas que ya están tomando una terapia contra el VIH hay que decidir si seguir o suspender el tratamiento durante el primer trimestre. Suspender la terapia en esta fase para permitir un normal desarrollo de los órganos del bebé, puede causar empeoramiento de la madre, con aumento de la carga viral, lo que puede llevar a un mayor riesgo de contagio. Mantenerla podría aumentar las probabilidades de que se produzcan malformaciones fetales.

Por lo general, la mayoría de los expertos coinciden en que si la situación de la madre es estable conviene mantener el tratamiento durante todo el embarazo. Cuando la madre no quiere por miedo a los efectos que pueda tener en el feto, se pueden hacer una ´vacaciones terapéuticas´ durante el primer trimestre. En caso de retirar el tratamiento se aconseja suspender todos los medicamentos a la vez, y cuando se reintroduzcan comenzar con todos al mismo tiempo.

En algunas ocasiones la retirada del tratamiento en el primer trimestre se plantea por otros motivos: las náuseas matutinas. Algunas mujeres embarazadas vomitan con frecuencia por las mañanas y no toleran bien la medicación o no están seguras de si el cumplimiento está siendo adecuado por los vómitos. En esos casos es mejor una suspensión completa del



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	154 de 186

tratamiento que tomarlo en forma incorrecta, lo que podría aumentar el riesgo de que el virus se haga resistente y de contagio al niño.

Documentación necesaria

Interconsulta	<ul style="list-style-type: none"> • Se envía del personal de sala de urgencias a el pabellón que considere necesario o a Terapia Intensiva
Solicitud de estudios complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Radiografía • Tomografía computarizada • Resonancia Magnética Nuclear
Expediente clínico electrónico	En el cual se encuentran los antecedentes, consultas y manejo médico correspondiente de los padecimientos médicos.
Expediente clínico físico	Antecedentes sobre el estado físico previo

Consentimientos

Ingreso a la de Hospitalización	Consentimiento Informado
Ingreso a la Terapia Intensiva	Consentimiento Informado
Realización de Cirugía	Consentimiento Informado para la cirugía a realizar
Procedimientos Invasivos	Consentimiento Informado
Consentimiento de toma retroviral en mujeres embarazadas	Consentimiento Informado especial

Requisitos de control del paciente

- Obtención de historia clínica de otras personas y revaloración posterior del paciente.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	155 de 186

- Valorar el compromiso respiratorio de la necesidad de 3 protección de vía aérea.
- Valorar el estado circulatorio a fin de tratar hipovolemias, arritmias graves o parada cardiaca.
- Valoración neurológica inicial por medio de la escala de Glasgow y la exploración ocular.
- Cada cuando una vez por turno dos veces por turno o antes si fuera necesario.
- Participación de la Epidemióloga y la enfermera Sanitarista, durante su estancia hospitalaria.

Competencias o aptitudes especiales de personal involucrado en el proceso de atención:

- Médicos Especialistas y Terapia Intensiva.
- Médicos Especialistas en cirugía, pediatría o ginecología según las poblaciones Especiales.
- Enfermeras Generales y especialistas de Urgencias.
- Enfermeras Generales y especialistas en Hospitalización.
- Epidemióloga
- Enfermera sanitarista

Disponibilidad y equipo especializado

- Unidad de hospitalización aislada
- Conexión para oxígeno;
- Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno, temperatura y nebulización;
- Esfigmomanómetro de uso exclusivo
- Estetoscopio de uso exclusivo



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	156 de 186

- Estuche de diagnóstico completo;
- Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología:
- Termómetro con portatermómetro de uso exclusivo



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	157 de 186

ATENCIÓN A PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS COP.10.7

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, cuenta con la infraestructura física y humana para dar atención a pacientes con afecciones del sistema respiratorio asociados a estados de inmunosupresión, como puede ocurrir en pacientes que reciben quimioterapia, terapia inmunológica como tratamiento de enfermedades neoplásicas, o infecciones que provocan debilitamiento del sistema inmunológico.

Objetivo

El principal objetivo es lograr una atención multidisciplinaria en forma eficiente para el paciente inmunosuprimido, que cumpla con los parámetros de beneficio y que no ponga en mayor riesgo la vida de este tipo de pacientes.

Alcance, Ámbito de Aplicación y responsabilidades

La presente política son de observancia general y obligatoria para el personal Médico, Enfermeras, y Servicios de apoyo diagnóstico del INER.

El equipo médico de las áreas de hospitalización que atienden a pacientes con algún tipo de inmunosupresión serán los responsables del cuidado del paciente desde su ingreso cuidando en todo momento, las siguientes consideraciones:

- Al ingresar a su guardia asegurarse el conocimiento de los a pacientes con alguna condición especial como lo es la inmunosupresión, mediante una entrega de guardia efectiva.
- Dar informes a los Familiares sobre el estado del Paciente, así como de la necesidad de algún procedimiento u /otraslado a la UTI, en ausencia del Médico Tratante.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	158 de 186

- Educar al paciente y su familia sobre la evolución esperada, los cuidados del enfermo, las consideraciones especiales, el uso de los medicamentos, los signos de alarma de su enfermedad.

Es responsabilidad de Enfermería de Piso:

- Asistir al Paciente, junto con el Médico durante su estancia hospitalaria cuidando de no exponer al mismo a riesgos.
- Encargada de llevar los cuidados enfermeros y llenar los registros correspondientes en la evaluación inicial y su hoja de enfermería.
- Una vez que se resolvió el problema, el Personal de Enfermería es la encargada de educar al paciente y su familia con respecto a los cuidados de su enfermedad.

Es responsabilidad del resto del Personal de salud (Camilleros, Nutriologa, Personal de intendencia y otros profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención: - Observar y cumplir con las disposiciones establecidas de asilamiento y manejo por el médico tratante.

Inmunosupresión: Supresión o disminución de las reacciones inmunitarias. Puede ser debida a la administración terapéutica de fármacos inmunosupresores, empleados en el tratamiento de enfermedades auto inmunes, o en receptores de órganos trasplantados para evitar rechazo de órgano. También puede ser secundaria a procesos patológicos como inmunodeficiencias primarias o adquiridas, tumores o malnutrición.

Neutropenia Es una condición que ocurre cuando el conteo de neutrófilos debajo de 1000 células por dL. Los neutrófilos son glóbulos blancos que combaten infecciones y que cuando se encuentran en niveles abajo de lo normal los pacientes son más susceptibles a las infecciones.

500 a 1000: aumenta de manera importante la predisposición a las enfermedades infecciosas



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	159 de 186

Menos de 500 células/uL: se altera el control de la flora microbiana endógena (por ejemplo: cavidad bucal e intestino y puede suceder diseminación)

Menos de 200 células/uL: en esta situación no se puede montar un adecuado proceso inflamatorio produciendo un estado grave de salud y con mayor probabilidad de morir.

Políticas

Planificación de la Atención

La inmunosupresión y la neutropenia tienen diversas causas entre ellas:

1. Pueden ser de causa hereditaria o adquirida. Entre ellas las causas más frecuentes están relacionadas a la utilización de tratamientos citotóxicos e inmunosupresores para tumores malignos.
2. Enfermedades hematológicas: anemia aplásica, leucemias, mielomas, linfomas, síndromes mielodisplásicos, etc.
3. Infiltración tumoral, metástasis.
4. Déficit nutricional.
5. Padecimientos Congénitos.
6. Infecciones.
7. Infección por VIH.

Epidemiología

Principales microorganismos causantes de infección en pacientes neutropénicos:

- Gram positivas: (60-70%) estafilococcus coagulasa negativo, staphilococcus aureus, estreptococos grupo viridans, enterococcus, estreptococcus.
- Gram negativas: E. Coli, Klebsiella p., Pseudomonas.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	160 de 186

- Virus: sincitial respiratorio, citomegalovirus, virus de la varicela, virus del herpes simple, entre otros.
- Hongos: Cándida, Aspergillus y otro tipo de hongos.

Principales infecciones

- Las infecciones en el paciente neutropénico son originadas en el 80% de los casos por microorganismos de flora endógena
- Tracto respiratorio.
- Tracto gastrointestinal.
- Piel y mucosas.
- Infecciones relacionadas a terapia intravascular.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	161 de 186

Infecciones que pueden ocurrir a pacientes inmunosuprimidos

Alteracion inmune	Bacterias	Hongos	Virus	Protozoos
Disrupción anatómica				
Cavidad oral	Estreptococos, Anaerobios	Candida	VHS	
Esófago	Estafilococos, Streptococos Anaerobio	Candida	VHS CMV	
TGI distal	Estreptococos grupo D Enterococos, Pseudomonas Anaerobios	Candida		Strongyloides estercolaris
Piel	Staphilococcus, Streptococcus sp, Corinebacterias, Bacillus P.aeruginosa, Micobacterias	Candida Aspergillus		
Tracto urinario	Streptococcus grupo D Enterobacterias, Pseudomonas	Candida		
Esplenectomía	Neumococo, Haemophilus influenzae, Salmonella			Babesia
Neutropenia	Staphilococcus sp, Streptococcus sp, Enterobacterias, Pseudomonas aeruginosa, Anaerobios.	Candida Aspergillus		
Alteración de la inmunidad	Legionella, Nocardia	Candida	CMV, VHS	P.carinii, TXP



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	162 de 186

celular (linfocitos T)	Salmonella, Listeria Micobacterias	Criptococo Histoplasma	VVZ, VEB Adenovirus	Criptosporidium Strongyloides
Alteración de la inmunidad humoral (linfocitos B, Ig)	Neumococo, Haemophilus influenzae, Neisseria sp, Staphiloccus aureus, Enterobacterias		Enterovirus	Giardia lamblia P. jiroveci.
Alt complemento C3, C5 C5-C9	Neumococo, Staphiloccus aureus, Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis			

VHS: virus herpes simple; CMV: citomegalovirus; VVZ: virus varicela zoster;
VEB: virus Ebstein Barr; TXP: toxoplasma.

Medidas preventivas

Neutrófilos: En pacientes con niveles entre 1000 y 500 células-mcL.

- La UVEH decide si el paciente es manejado en habitación aislada, o en habitación estándar.
- En caso de ser manejado en habitación estándar, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - Lavado de manos antes y después de realizar cualquier procedimiento al paciente.
 - Uso de cubrebocas antes de entrar a la habitación.
 - No compartir con pacientes que tengan algún proceso infeccioso.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	163 de 186

- Las personas que entren a la habitación no deberán tener ningún proceso infeccioso.
- Detectar oportunamente y dar aviso de cualquier signo o síntoma de infección en el paciente.
- Verificar continuamente el incremento o descenso de neutrófilos.
- En los pacientes que presentan niveles de neutrófilos debajo de 500 células-mcL (neutropenia grave) se deben considerar las siguientes recomendaciones:
- Todos estos pacientes serán manejados con aislamiento protector, notificando al personal y acompañantes las indicaciones para ingresar a la habitación.
- Solo una enfermera entrará a la habitación a atender al paciente.
- Las personas que entren a la habitación no deberán tener ningún proceso infeccioso, incluyendo familiares.
- Preparación de la habitación (limpieza exhaustiva).
- Llevar a cabo todas las medidas de aislamiento protector.
- Lavado de manos antes de entrar a la habitación.
- Uso de antiséptico en habitación (jabón antiséptico).
- Uso cubrebocas antes de ingresar a la habitación, uso de bata desechable estéril para personas que ingresen a la habitación (Médicos, Supervisión, Enfermera, Acompañantes, Técnicos, etc.), al salir de la habitación deberán colocar las batas de manera que se proteja el lado que tiene contacto con el paciente, uso de guantes en caso de tener contacto directo con el paciente.
- Baño diario, mantener la piel limpia y seca.
- Aseo bucal posterior a la ingesta de cada alimento con un cepillo de cerdas suaves.
- Valorar el uso de antiséptico oral.
- El manejo de líneas intravasculares deberá realizarse con técnica estrictamente estéril.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	164 de 186

- Dieta con las especificaciones de paciente neutropénico: (No alimentos crudos, No alimentos de consistencia dura).
- No introducir a la habitación flores, regalos, alimentos traídos de fuera de la institución que puedan considerarse posibles transmisores de infecciones.
- Para la limpieza diaria de la habitación se deberá dar prioridad a esta y será supervisada por la enfermera responsable del paciente.
- El material de limpieza no será compartido con otros pacientes y se utilizarán medidas de desinfección que garanticen un ambiente con la menor probabilidad de contener microorganismos infecciosos.
- En caso de que el paciente tenga que salir de la habitación deberá portar una mascarilla quirúrgica de alta eficiencia.
- Detectar oportunamente y dar aviso de cualquier signo o síntoma de infección en el paciente.
- Verificar continuamente el incremento o descenso de neutrófilos.

Tratamiento

El diagnóstico de las infecciones en los pacientes inmunodeprimidos presenta dificultades adicionales debido a múltiples circunstancias tales como el amplio espectro de gérmenes que pueden estar implicados (siendo muchos de ellos poco frecuentes), el estado general de los pacientes y la presencia de otras complicaciones que pueden dificultar la realización de pruebas complementarias diagnósticas invasivas (p.ej. trombopenia), así como la posible ausencia de signos inflamatorios orientativos. Además, las pruebas diagnósticas no suelen ser lo suficientemente rápidas, sensibles y específicas, por lo que en la práctica habitual es fundamental la instauración de tratamiento empírico precoz, especialmente en casos de neutropenia, ya que una demora en el inicio del tratamiento en estos pacientes podría suponer el desarrollo de infecciones rápidamente fatales.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	165 de 186

En pacientes esplenectomizados o con otras inmunodeficiencias de tipo humoral es también habitual iniciar una antibioterapia empírica precoz con el fin de cubrir infecciones producidas por gérmenes encapsulados y prevenir el desarrollo de sepsis fulminante. La necesidad de tratamientos empíricos precoces en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular es más rara, salvo en casos de sospecha de infección por *Listeria* o *Pneumocystis jiroveci*. En general, en este tipo de pacientes el tratamiento específico de las infecciones víricas suele instaurarse una vez confirmado el diagnóstico, salvo en casos de elevado índice de sospecha.

En la mayoría de los episodios de fiebre asociada a neutropenia no se logra identificar el agente causal, sin embargo, se cree que la flora endógena del paciente es la causa en un porcentaje muy elevado de casos. El tratamiento empírico inicial debe tener un espectro muy amplio por la posible participación de bacterias grampositivas y negativas, de forma que la combinación más adecuada y más ampliamente aceptada en la mayoría de los centros consta de un beta -lactámico de espectro amplio con actividad antipseudomona (p.ej. ceftacídima, mezlicilina o piperacilina) con un aminoglucósido (p.ej. gentamicina o amikacina). La adición de vancomicina o teicoplanina para cubrir los estafilococos está indicada en pacientes con catéteres venosos permanentes si se sospecha infección asociada. La monoterapia con carbapenems o cefalosporinas de tercera o cuarta generación constituye otra posibilidad terapéutica inicial. La antibioticoterapia empírica debe mantenerse, al menos, hasta que se normalice el recuento leucocitario.

El tratamiento antifúngico durante la neutropenia, sobre todo cuando es severa y de larga duración, suele administrarse de forma empírica, siguiendo al tratamiento antibacteriano cuando este no es eficaz una vez transcurridos 4-7 días, o cuando aparece un segundo pico febril no atribuible a sobreinfección bacteriana, siendo la anfotericina B intravenosa el tratamiento empírico de elección en estos casos. Se han desarrollado formulaciones lipídicas de anfotericina B que permiten el empleo de dosis mayores sin los efectos tóxicos



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	166 de 186

del preparado convencional, aunque con un mayor coste, por lo que solo estarían indicadas inicialmente en infecciones fúngicas resistentes a anfotericina B desoxicolato, aparición de nefrotoxicidad y cuando haya riesgo elevado de toxicidad por la administración concomitante de otros fármacos. El tratamiento antifúngico empírico puede suspenderse una vez que se recupera la neutropenia, siempre que no se objetive ningún foco de infección micótica.

En pacientes con alteraciones de la inmunidad humoral y fiebre elevada, debe sospecharse infección por bacterias encapsuladas (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* o *N. meningitidis*), por lo que se recomienda iniciar tratamiento antibiótico empírico que incluya penicilina, mientras se obtienen resultados microbiológicos específicos, con el fin de evitar el desarrollo de sepsis fulminante en caso de asplenia. Si se sospecha neumonía o infección por neumococos penicilino-resistentes o *Haemophilus influenzae* ampicilino-resistentes se recomienda añadir una cefalosporina de tercera generación y un aminoglucosido. Durante los periodos de neutropenia suelen llevarse a cabo diferentes medidas preventivas dirigidas fundamentalmente a reducir el riesgo de infecciones bacterianas y fúngicas así como evitar la necesidad de iniciar tratamiento empírico. En primer lugar debe intentarse reducir en lo posible la adquisición y colonización por microorganismos provenientes de diferentes fuentes ambientales (alimentos, agua, aire, personal sanitario...); esto se consigue mediante el empleo de diversos medios de aislamiento protector, un procesamiento adecuado de los alimentos y la adopción de medidas higiénicas en el cuidado de los pacientes. Por otra parte, debido a que la mayoría de las infecciones tiene su origen a partir de la propia flora del paciente, es necesario adoptar medidas para suprimir o modular la flora endógena y limitar la adquisición de nuevos organismos durante los periodos de hospitalización. Esto se realiza mediante la administración de quimioprofilaxis antibacteriana y antifúngica; en este sentido, el método más empleado en la actualidad se basa en el empleo de antibióticos no absorbibles (trimetoprim/sulfametoxazol y quinolonas), que suprimen selectivamente la flora aerobia intestinal, preservando la resistencia a la colonización del tracto digestivo por



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	167 de 186

patógenos adquiridos por vía exógena, aunque su uso se recomienda solo en casos de neutropenia profunda y prolongada. Además existen otras medidas profilácticas dirigidas a mejorar las defensas por inmunización activa o pasiva (vacunas, inmunoglobulinas...) o acelerar la recuperación de los neutrófilos mediante el empleo de factores de crecimiento (G-CSF, GM-CSF), acortando la duración y profundidad de la neutropenia.

En las alteraciones de la inmunidad humoral la medida profiláctica frente a infecciones más importante es la administración de la vacuna neumocócica polivalente a los pacientes que van a ser sometidos a esplenectomía. La indicación de inmunoglobulinas intravenosas como profilaxis de infecciones bacterianas en pacientes con Leucemia linfocítica crónica o mieloides no está claramente establecida, aunque disminuye la frecuencia de episodios infecciosos, sin eliminar el riesgo en los pacientes con inmunodepresión grave.

En cuanto a los pacientes con alteraciones de la inmunidad mediada por células, está claramente demostrada la eficacia de la profilaxis frente a tuberculosis, VHS, VVZ, CMV y P. jiroveci. El tratamiento completo contra tuberculosis debe valorarse en todo aquellos los pacientes con una prueba de Mantoux positiva o con alteraciones en la radiografía de tórax que sugieran infección activa por tuberculosis. Los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea deben recibir tratamiento profiláctico de infección por VVZ (Aciclovir o valaciclovir), CMV (ganciclovir o valganciclovir), P. jiroveci (trimetoprim/sulfametoxazol) en y durante diferentes periodos de tiempo en función del momento de mayor riesgo tras el trasplante.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	168 de 186
Dirección Médica					

Documentacion necesaria

Expediente clínico electrónico	En el cual se encuentran los antecedentes, consultas y manejo medico correspondiente de los padecimientos médicos. Al menos una nota de evolución por turno.
Expediente clínico físico.	Antecedentes sobre el estado fisico previo.
Solicitud de estudios complementarios	Solicitud de Estudios de laboratorio de análisis clínicos.
Hoja de enfermeria	Seguimiento a cuidados enfermeros
Evaluacion inicial, evaluaciones personalizadas y las especializadas adicionales	Integracion de expediente clinico completo
Solicitud de Interconsultas	Participación de las diferentes especialidades para el manejo multidisciplinario.

Competencias o aptitudes especiales del personal

Medico especialista	Consulta Externa Hospitalización
Enfermera especialista	Urgencias Hospitalización
Enfermera pediátrica	Hospitalizacion pediátría



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	169 de 186

Enfermera Intensivista	Terapia Intensiva
------------------------	-------------------

Consentimiento

Los pacientes inmunosuprimidos son informados de cualquier procedimiento invasivo del mismo modo que el resto de los pacientes.

Requisitos de Monitorización del paciente

- Se le proporcionará aislamiento protector durante su hospitalización
- Se restringirán las visitas con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de infecciones.
- Se monitorizará los signos vitales dependiendo de la gravedad del paciente.
- Se monitorizará la oxigenación del paciente para regular la administración de oxígeno suplementaria en caso que sea necesario.
- Se monitorizará la evolución radiográfica de las complicaciones pulmonares de estos pacientes.
- Se monitorizará la administración de soluciones intravenosas llevando un control de balance de líquidos en los casos que así lo requieran.
- Se extremarán los cuidados de la alimentación y monitorización de la nutrición del paciente por parte del personal de nutrición clínica.
- Se solicitará la intervención de un equipo multidisciplinario (neurología, nefrología, cardiología, infectología, cirugía, otorrinolaringología, oftalmología etc) sean propios de la institución o interconsultantes de otras instituciones en los casos específicos que lo ameriten.
- Se solicitará la valoración y traslado del paciente crítico que requiera atención en unidad de cuidados intensivos.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	170 de 186

- Competencia o aptitudes especiales del Personal.
- Medico Internista y neumólogo.
 - Enfermera especialista
 - Medico pediatra para poblaciones pediátricas
 - Enfermera Pediatra para poblaciones pediaticas

Participación e Información del Paciente y su Familia.

El paciente y/o su familiar responsable recibirán información y aclaración de dudas al menos una vez por turno.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	171 de 186

ATENCIÓN A PACIENTES QUE REQUIEREN SUJECCIÓN COP.10

Objetivo

Estandarizar el proceso de sujeción o restricción del movimiento, que permita al personal de salud garantizar una atención de calidad, segura y cómoda para los pacientes que están bajo su cuidado, así como para facilitar la exploración física, ejecutar procedimientos o traslados.

Alcance

La presente política es de observancia general y obligatoria para el personal Médico, Enfermeras, y Servicios de apoyo diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Políticas

PLANIFICACION PARA LA ATENCION:

PACIENTES ADULTOS.

Los criterios que se han establecidos en el INER para colocar a un paciente la sujeción son:

1. Pacientes con movimientos involuntarios que puedan provocar caídas, lesiones agregadas o lesiones a terceros.
2. Pacientes en agitación psicomotriz.
3. Pacientes en ventilación mecánica invasiva que se disminuya la sedación y se desconoce el estado psicomotriz que presentará al recuperar conciencia.
4. Pacientes con alteración de la conciencia que intenten retirarse dispositivos de apoyo médico, como por ejemplo, canalización venosa, mascarillas de oxígeno, tubo endotraqueal, etc. Por lo tanto con riesgo de interrupción del proceso terapéutico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	172 de 186

5. Pacientes que puedan dañar el equipo hospitalario o las instalaciones.
6. Una vez realizada la sujeción se debé valorar constantemente la respuesta del paciente para definir el momento en el que ya no requiera la sujeción.
7. Se deberán de documentar todos los hechos o acciones relacionados con la prevención de caídas, en el Plan de Cuidados de Enfermería.

El tipo de sujeción va en relación a la intensidad de la agitación y movimientos del paciente.

En la revaloración se verificará nuevamente y se seguirán las medidas necesarias destinadas a reducir la probabilidad de caídas en los pacientes con mayor riesgo.

Tipos de sujeción

- Sujecion Competa: Implica la inmovilización del tronco y las cuatro extremidades, primero coloque la venda abdominaly después las extremidades en sentido diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.
- Sujecion Parcial: Limita la inmovilización al tronco y dos extremidades, fije primero la venda abdominal y después las dos extremidades en diagonal: miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo o miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho.

Para inmovilizar los miembros inferiores: extienda las piernas ligeramente abiertas y sujételas por los tobillos con las correas de sujeción.

Para los brazos: Extiendalos a lo largo del cuerpo, sepárelos ligeramente de este y sujete por las muñecas.

Afiance el tronco firmemente a la cama con la venda ancha.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	173 de 186

Seguimiento Médico

Una vez contenido el paciente, el médico valorará la utilización de otras medidas, si se mantiene la agitación, agregando plan farmacológico, si no hubiese sido posible la contención simplemente con la sujeción.

Todo paciente agitado y/o violento o confuso que haya sido sujetado, es atendido, en una primera observación, por el personal médico que se encuentre a cargo de él. Dicha observación esta dirigida a conocer la situación clínica del paciente y determinar el origen de dicho comportamiento. Puede ser preciso solicitar pruebas complementarias y exploraciones para poder esclarecer dicha situación clínica, con la participación de otras especialidades.

El enfermo es valorado por el médico a petición de enfermería, cuando se producen cambios en la situación clínica del paciente, y en general siempre que surjan incidencias.

Observación y cuidados de enfermería

Para disminuir el riesgo de lesiones en pacientes con sujeción mecánica el personal responsable del paciente esta formado y entrenado en el uso correcto de los mecanismos de sujeción.

Nuestros cuidados están orientados a prevenir los posibles efectos en el paciente que a continuación detallamos:

- Derivados de la inmovilidad: dolor, estreñimiento, impactación fecal, incontinencia, úlceras por presión, contracturas, trombos, pérdida de fuerza, pérdida de tono muscular, inestabilidad en la deambulacion e impotencia funcional, neumonía hipoestática.
- Derivados de la contención abdominal: dificultad respiratoria, compresión venosa, compresión nerviosa y asfixia.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	174 de 186

- Derivados de la contención de extremidades: alteración de la integridad de la piel, interrupción de la circulación sanguínea así como del tratamiento intravenoso, edemas, hematomas, trastornos neurológicos.
- Otros: broncoaspiración, efectos psicológicos negativos y compromiso de órganos.

La sujeción del paciente no es una razón para el abandono, sino que más bien se debe incrementar la atención por parte de los profesionales responsables.

Procedimiento de sujeción

- Verificar la prescripción del médico.
- Informar al paciente de ser posible, y familia de las medidas terapéuticas, dándole el consentimiento informado para su firma.
- La orden de sujeción inicial dura solo 24 horas. Será el médico quien reevalúe al paciente y emita una nueva orden si precisa continuar con la sujeción. La indicación estará por escrito en la hoja de enfermería. La enfermera en turno también es responsable de la valoración del paciente dado que tiene un contacto más estrecho con el paciente, así como de avisar al médico si la situación sufre alguna modificación.
- Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente. Alejando del alcance del paciente cualquier objeto peligroso.
- Se asegura que exista personal suficiente para llevar a cabo la sujeción y que cada trabajador sabe su función para realizarla. Así como revisar que se cuentan con los recursos materiales y que están en buen estado para realizar el procedimiento.
- Preparar la cama, coloque previamente la sujeción de la cintura, asegurando que la cama tenga el freno puesto.
- Mantener la comunicación verbal con el enfermo y explicar en términos comprensibles al paciente, el procedimiento, su propósito y duración.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	175 de 186

- No forzar las articulaciones más allá de sus límites fisiológicos.
- Mantener la alineación corporal, se coloca al paciente en posición decúbito supino y con el cabecero incorporado a 30° para evitar bronco aspiraciones, las extremidades se colocaran en posición anatómica para evitar problemas funcionales.
- Siempre que la situación del paciente nos lo permita, se facilita periodos de movilidad con ejercicios activos y/o pasivos de los miembros al menos cada 2-4 horas.
- Se comprueba que las sujeciones están bien aseguradas y que no hagan daño, así como su correcta colocación, localización y grado de compresión; comprobando que los sistemas de inmovilización no están demasiado apretados para evitar lesiones al paciente, ni demasiado holgados que permitan al paciente quitárselos. Para ello es útil, mientras se coloca, introducir un dedo entre la sujeción y el miembro del enfermo, y dejarla con esa amplitud. Cambiar las sujeciones húmedas o manchadas por higiene y para evitar laceraciones de la piel.
- Se revisa que el paciente tiene libertad de movimiento pero que no puede producirse lesiones.
- Realizar cambios posturales para evitar la aparición de Ulceras por presión, protegiendo las zonas de riesgo.
- Control la temperatura de la habitación y disponer de una buena ventilación que facilite la regulación térmica.
- Atender las necesidades básicas del paciente: hidratación, alimentación, eliminación, higiene corporal, cuidados de la piel...según valoración individualizada del paciente, implicando en la medida de lo posible al paciente en su auto cuidado, siempre bajo la supervisión del personal responsable.
- Si es posible se implicará a la familia en su plan de cuidados, con objeto de minimizar y/o retirar las restricciones físicas.
- El uso de la sujecion mecánica puede potenciar la confusión y desorientación del paciente, así pues siempre que el estado mental y el nivel de conciencia de este nos



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	176 de 186

lo permita, hablaremos con él reorientándole y proporcionándole una estimulación sensorial adecuada. Valorar el nivel de conciencia y el grado de agitación y/o confusión, así como la respuesta al tratamiento farmacológico.

- Vigilar las zonas de sujeción:
 - Valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular; pulsos periféricos y temperatura.
 - Coloracion, entumecimiento, movilidad de los miembros y las posibles lesiones por fricción.
- Valorar la aparición de síntomas de tromboembolismo pulmonar (TEP) y/o trombosis venosa profunda.
- Ayudar al paciente en las necesidades de alimentación, hidratación, eliminación y aseo.
- Inicie medidas de prevención de úlceras por presión.
- Determine, aproximadamente cada 20 o 30 minutos el estado del paciente, observando:
 - Estado general del paciente.
 - Permeabilidad de la vía aérea y expansión pulmonar en enfermos en decúbito prono.
 - Ingesta, eliminación y estado de hidratación.
 - Actitud del paciente ante la sujeción.
 - Las extremidades en sujeción, estimando la necesidad de rotación de la sujeción.
- Recuerde que las indicaciones de sujeción del movimiento son para un periodo máximo de 24 horas. Puede prorrogarse a un plazo que no debería ser superior a 48 horas y revisado siempre cada 8 horas por su médico.
- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo la contención mecánica, y proceder a su retirada cuando esté indicado por el médico en la historia clínica.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	177 de 186

- El personal de enfermería hará constar las acciones realizadas en las notas de enfermería, y anotará las incidencias.

Retirada de la sujeción terapéutica:

- La supresión del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta del medico y enfermera.
- La retirada será de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol.
- Observe, tras su retirada, el estado del paciente y su comportamiento.
- Evalúe con el paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida.
- Registrar la fecha y hora de la retirada y las incidencias de la misma.

PEDIÁTRICOS

Los criterios para realizar una sujeción en paciente pediátricos son:

1. Todos los pacientes pediátricos que se encuentren en las áreas de hospitalización y que tengan alteración del estado de conciencia,
2. Pacientes pediátricos que requieran ser trasladados,
3. Pacientes en quienes se llevará a cabo algún procedimiento,
4. Pacientes que se encuentren con apoyo ventilatorio y
5. Pacientes que presenten un alto riesgo de caídas,
6. Pacientes pediátricos en quienes se realizara un procedimiento invasivo

Se le explicará al familiar el procedimiento de sujeción de una forma sencilla y clara.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	178 de 186

El personal de enfermería debe informar a los padres de la finalidad de la sujeción, como se quita y como se vuelve a colocar, así como los signos que indiquen complicaciones. Se debe quitar la sujeción en cuanto sea posible.

Las ataduras deben fijarse al marco de la cuna para impedir la tracción o lesión del niño cuando la barra de la cuna se levanta y desciende.

Las sujeciones deben controlarse cada 15 a 30 minutos para determinar si están logrando su propósito.

Antes de volver a aplicar las sujeciones, debe cambiarse la posición del niño para mejorar el funcionamiento fisiológico.

PACIENTES OBSTETRICAS

1. Los criterios para establecer la sujeción en pacientes obstétricas son:
2. Crisis Convulsivas en pacientes portadoras de eclampsia.
3. Pacientes con antecedentes de epilepsia que presentan crisis convulsivas.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	179 de 186

DOCUMENTACION NECESARIA

Expediente clínico electrónico	<ul style="list-style-type: none"> Nota de evolución médico en el Expediente Electronico.
Expediente clínico físico.	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de Enfermería del expediente clinico. Registrar la razón de la contención, la duración y la respuesta del paciente mientras esté sujeto. Registrar eventos adversos debidos a la sujeción: laceraciones, equimosis, dificultad para administrar perfusión endovenosa, recibir líquidos o alimentos, aspiración pulmonar, tromboflebitis u otros.

CONSENTIMIENTO ESPECIAL

Procedimiento de Sujeción Consentimiento informado

Se deberá notificar previamente a los Familiares la necesidad de sujetar al Paciente, explicando ampliamente la razón de dicho procedimiento.

Se registra en el formato de enfermería la realización del procedimiento, haciendo énfasis en el motivo de la sujeción y el nombre del Familiar a quien se notificó del procedimiento.

Se firma una carta de consentimiento informado alusivo a la sujeción, en donde se explican para las condiciones del paciente los riesgos, beneficios y las consecuencias en caso de no ser aceptado el procedimiento de sujeción.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	180 de 186

REQUISITOS DE CONTROL DEL PACIENTE

La primera valoración del enfermo se realiza durante la primera hora de la sujeción. El tiempo máximo que se establece para cada valoración se corresponde con los tiempos máximos establecidos para ratificar las sucesivas indicaciones de sujeción, es decir:

- 1ª valoración: antes la 1ª hora.

El personal de enfermería extrema el control y asegura una vigilancia continuada al paciente según el grado de necesidad y el grado de contención (vigilancia intensa -<20min-, moderada -<1 hora o leve -<2 horas-;). La observación se realiza con intervalos predefinidos variables según la evolución del cuadro clínico: cada 15-30 minutos durante la primera hora y siempre que lo necesite el paciente dependiendo de su estado, después un mínimo de cada 2 horas

COMPETENCIAS O APTITUDES ESPECIALES DE PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE ATENCION:

- Médicos
- Enfermeras
- Camilleros

DISPONIBILIDAD Y EQUIPO ESPECIALIZADO:

Huata, vendas



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	181 de 186

ATENCIÓN A PACIENTES EN QUIENES SE ADMINISTRA QUIMIOTERAPIA COP10.10

Objetivo

Priorizar los cuidados del Paciente, dirigido a mantener la respiración, ventilación y riego cerebral. Supliendo acciones del autocuidado hasta recuperación de reflejos básicos, conciencia y orientación.

Alcance

La presente política son de observancia general y obligatoria para el personal Médico, Enfermeras, y Servicios de apoyo diagnóstico del INER

Coordinar las actividades de revisión del presente documento, para elaborar los cambios necesarios.

Políticas

PLANIFICACION PARA LA ATENCION:

El INER ha determinado que los pacientes sometidos a quimioterapia son pacientes de alto riesgo, por lo que su atención debe ser estandarizada, oportuna y expedita para mejorar el índice de bienestar del paciente y su familia.

Se determina durante la valoración por consulta externa o en hospitalización la detección del paciente oncológico por médico oncólogo quirúrgico o clínico, Reumatólogo, Hematólogo y/o estos especialistas mediante la valoración inicial deja constancia en el expediente clínico donde determinan tratamiento a seguir conforme al tipo de cáncer que presente y



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	182 de 186

apegado al estadio del mismo realizando consentimiento informado si solicita se interne el paciente.

Es el indicado para solicitar estudios de apoyo laboratorio y radiológicos (Rx. Tac, RM, etc.).

Es el indicado para explicar ampliamente al paciente sobre el tipo de cáncer que tiene y las expectativas del tratamiento. De considerar internamiento por el servicio de urgencias solicitara a la trabajadora social el ingreso administrativo. Y proporciona instrucciones a la enfermera y medico de urgencias de su internamiento, realizando la documentación necesaria e interconsultas si el caso aplica. Si su internamiento es por consulta externa enviara la notificación.

(Nota medica, indicaciones, laboratorio, radiología, consentimiento informado etc.) Con la asistente de consultorio a la trabajadora social de admisión hospitalaria y esta a su vez comenzara comunicación con la enfermera oncóloga o enfermera general para solicitar cama para el paciente en el servicio correspondiente (oncología o hematología).

- Realizar estudios lab. Rx. Bhc. Diferencial, nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos pruebas de función hepática, tele de tórax, urianalisis, gasometría, realizar hemocultivo y cultivos de sitios específicos de acuerdo a la exploración, cultivo de catéter.

Consideraciones especiales en caso de presentar el paciente complicaciones durante la terapéutica de quimioterapia:

- Suspender la quimioterapia.
- Aislar al paciente con medidas protectoras
- Aplicar antibióticos de amplio espectro y antimicóticos como lo marca el procedimiento de quimioterapia en el paciente oncológico.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	183 de 186

- Realizar estudios de laboratorio y de imagen como marca el procedimiento de quimioterapia.

Documentación Necesaria:

1. Consentimientos Informados para la aplicación de quimioterapia
2. Historia Clínica
3. Evaluación inicial.
4. Evaluación personalizada
5. Evaluaciones especializadas adicionales
6. Indicaciones Médicas.
7. Hoja de medicamentos(conciliación)
8. Hoja de Enfermería.
9. Recetas médicas
10. Solicitud de estudios de apoyo diagnóstico
11. Nota medica en el expediente clínico.
12. Interconsultas.

Consentimiento informado Especial: El que aplique, ejemplo; (colocación de catéter subclavio, colocación de permacath, hemotransfusión etc.).

Requisitos de control del paciente:

Desde su ingreso sea por vía urgencias o consulta externa se determina internamiento por especialista oncólogo clínico o quirúrgico, hematólogo o internista y una vez hospitalizado para el inicio de quimioterapia o por complicaciones de la misma, se realizan las revaloraciones por médico tratante y médico especialista de apoyo (internista o cirujano). Las



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código: INER-POL-COP		
COP			Versión:	Ref:	Página:
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	0	COP	184 de 186
Dirección Médica					

veces que sea necesarias. Si el tratamiento es ambulatorio es la enfermera oncóloga la que administra el tratamiento y supervisa este, así como proporciona la orientación sobre las posibles complicaciones que pueda presentar para acudir inmediato a urgencias de acuerdo a la gravedad de la complicación o a consulta externa con su médico tratante.

Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de la atención son:

Médicos Especialistas oncólogos clínico o quirúrgico, trabajadora social, enfermera especialista oncóloga, enfermera general.

Disponibilidad y uso de equipo especializado:

- Material y Equipo:
- Equipo de Protección personal:
- Bata, guantes, cubre boca, googles.
- Tarjetas de aislamiento.
- Soluciones
- Medicamentos.
- Jeringas.
- Bombas de Infusión
- Metricet
- Soluciones antisépticas y material de curación.

PEDIATRICOS

Los pacientes pediátricos con enfermedades oncológicas no son atendidos en el Instituto

PACIENTES OBSTETRICAS



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES			Código:		
COP			INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	185 de 186

Las pacientes obtetricas que son diagnosticadas durante elembarzaao con un proceso oncológico no son atendidas en el Instituto

Terapia con medicamentos radioactivos

Equipo de última generación y especialistas para el tratamiento de enfermedades a base de radiofármacos.

Se lleva a cabo como parte de algunos procedimientos terapéuticos para: hipertiroidismo, cáncer de tiroides y paliación del dolor óseo metastásico.

La terapia para cáncer de tiroides se realiza de dos formas. La primera de ellas, es para pacientes con antecedente de cáncer en esta zona. Deberán estar internados en un cuarto especial del hospital, aislados y se les dará de alta cuando los niveles de radiactividad sean los legalmente permitidos. La segunda, es para tratar alguna enfermedad de tipo funcional de la tiroides y dependiendo de la dosis, el procedimiento se hará en forma ambulatoria. Para ambos casos, la administración del radiofármaco es por vía oral.

En el caso de metástasis óseas, la administración de radiofármacos es por medio de un catéter en una vena periférica, es sólo para el dolor y se realiza de forma ambulatoria en la Unidad de Medicina Nuclear.

El paciente debe asistir con los estudios de imagen anteriores, receta médica en donde se solicita el estudio, vestimenta cómoda, llenar y firmar el formato de consentimiento.

Los beneficios de someter al paciente a estudios de Medicina nuclear, se traducen en obtener un diagnóstico más preciso, estableciendo la localización, tamaño, naturaleza y el estadio de la enfermedad en cualquier parte del cuerpo; así como logrando una mejor planeación de tratamiento y exactitud de resultados.



POLITICA Y PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES COP			Código: INER-POL-COP		
Emisor	Inicio de Implantación	F. Modificación	Versión:	Ref:	Página:
Dirección Médica			0	COP	186 de 186