



GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801
Director: Lic. Roberto González Cantellano

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130
Tomo CXCVII A:202/3/001/02
Número de ejemplares impresos: 300

Toluca de Lerdo, Méx., lunes 24 de marzo de 2014
No. 54

SUMARIO:

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

“2014. Año de los Tratados de Teoloyucan”

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARÍA DE SALUD



ESTADO DE MÉXICO



GRANDE

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

Diciembre 2013.

© Derechos Reservados.
Primera edición, noviembre de 2011.
Segunda edición, diciembre de 2013.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.

Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmaster@sem@salud.goo.mx

La reproducción parcial o total de este documento podrá efectuarse mediante la autorización expreso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

“El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población”.

PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.	Edición: Segunda
	Fecha: Diciembre de 2013
	Código: 217B50002
	Página

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

APROBACIÓN

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS (Mapa de Procesos de Alto Nivel)

RELACIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

 1. Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México 217B50002/01

SIMBOLOGÍA

REGISTRO DE EDICIONES

DISTRIBUCIÓN

VALIDACIÓN

ACTUALIZACIÓN

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, en la Administración Pública del Estado de México, se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

El presente procedimiento administrativo documenta la acción organizada del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea para dar cumplimiento al servicio de transfusión de sangre y sus componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delimitan la gestión administrativa de este Centro.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número ISE/192/014 aprobó el presente "**Procedimiento: Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México.**", el cual contiene la información referente a objetivo general, identificación e interacción de procesos y procedimientos, así como la descripción del procedimiento.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
28 de Febrero de 2014	ISE/192/014

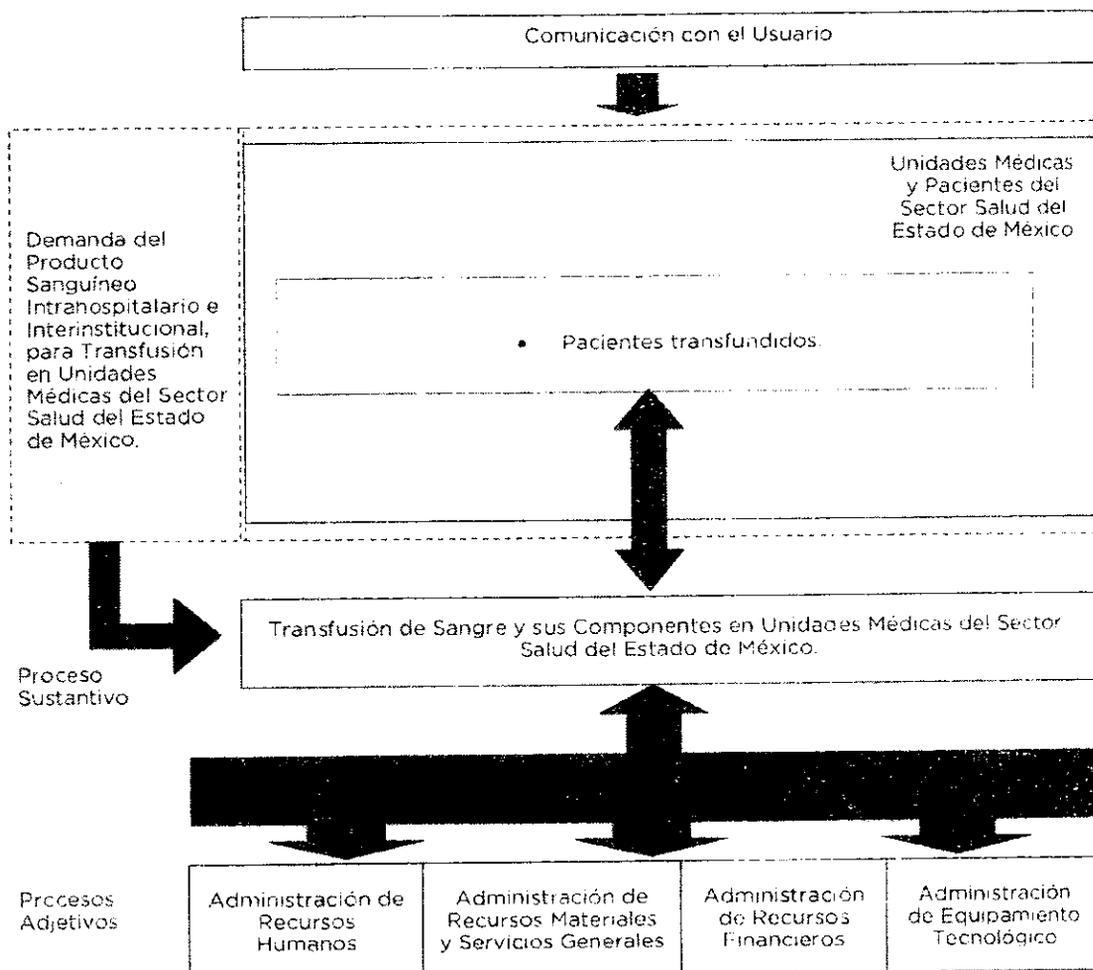
Lic. Manuel Marcué Díaz
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno del ISEM
 (Rúbrica).

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los trámites y servicios de transfusión sanguínea que proporciona el Instituto de Salud del Estado de México, mediante la formalización, actualización y estandarización de los métodos y procedimientos de trabajo, así como el establecimiento de políticas que regulen, orienten y delimiten las actividades de los servidores públicos que los ejecutan.

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



RELACIÓN DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTO
Proceso:

Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México: De la indicación terapéutica de componentes sanguíneos y pruebas de compatibilidad hasta la administración de la transfusión de sangre o hemocomponentes.

Procedimiento:

- Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO: Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México.

OBJETIVO:

Mejorar las condiciones de salud del paciente que se encuentre internado en las Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México y/o que requieran de sangre o alguno de sus componentes, mediante la transfusión correspondiente de la misma.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y personal que tengan a su cargo y responsabilidad el Servicio de Transfusión y del Banco de Sangre y/o Puesto de Sangrado en las Unidades Médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

REFERENCIAS:

- Ley General de Salud. Título Décimo Cuarto, Capítulo I, Artículo 313, Fracción III; Artículo 314, Fracción IV, XIII y XXVII; Artículo 315, Fracción IV; Artículo 316; Capítulo II, Artículo 321; Capítulo III, Artículo 341. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. Reformas y adiciones.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. Capítulo I, Artículos 5 y 6 Fracción XXIII; Capítulo III; Sección Primera, Artículos 17 y 18; Sección Segunda, Artículo 25, Fracciones I y V, Artículo 36, Incisos III y V, Artículo 37, 40, 54 y 55; Sección Tercera, Artículo 48, Fracciones I-IX; Sección Cuarta; Capítulo VI, Artículos 89 y 90, Fracción III, Artículo 92, Fracción III, Artículo 93, Fracciones I, II y IV, Artículos 94, 95, 99, 100, Fracción XI, Artículo 102, Inciso a). Diario Oficial de la Federación, 20 de febrero de 1985. Reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos". Diario Oficial de la Federación, 26 de octubre de 2012.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50002 Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Guía para el Uso Clínico de la Sangre. Secretaría de Salud, Asociación Mexicana de Medicina Transfusional A.C. y Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología A.C. Tercera Edición, enero de 2007.

RESPONSABILIDADES:

El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea es la unidad administrativa responsable de coordinar, vigilar y controlar el cumplimiento de la promoción, captación, análisis, preparación, conservación y suministro de sangre humana, sus componentes y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos en el sector salud de la entidad, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

El Médico Tratante del Servicio de Hospitalización deberá:

- Elaborar y enviar al responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica, el formato de Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos, de acuerdo al diagnóstico y terapéutica del paciente.
- Acudir al lugar donde se encuentra el paciente a tomar la muestra sanguínea, cuidar que la aguja este esterilizada y sellada, realizar la asepsia del brazo, iniciar punción, depositar la sangre en un primer tubo con anticoagulante EDTA y otra muestra en un segundo tubo seco.

- Enviar las muestras debidamente etiquetadas al Responsable del Banco de Sangre, junto con la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Llevar las muestras debidamente etiquetadas con el nombre del paciente y entregarlas en el Servicio de Transfusión, junto con la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos, solicitando las unidades de sangre de acuerdo a las especificaciones requeridas.
- Atender indicaciones del Servicio de Transfusión Sanguínea y registrar en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir.
- Asumir la responsabilidad del tratamiento terapéutico sugerido y esperar la entrega de las unidades de sangre solicitadas.
- Atender indicación del responsable del servicio de transfusión, cuando no exista el tipo de unidad sanguínea solicitada y registrar en el expediente clínico la alternativa de tratamiento a seguir.
- Recibir las unidades de sangre solicitadas, acudir con el paciente e iniciar la transfusión sanguínea, previa verificación de identidad y solicitar a la enfermera del servicio de hospitalización vigile la transfusión y al paciente.
- Valorar al paciente, prescribir medicamentos e iniciar tratamiento médico a fin de corregir las reacciones adversas.
- Suspender la transfusión y valorar la necesidad de nuevas transfusiones.
- Solicitar a la enfermera del servicio realice toma de muestras sanguíneas del receptor cuando el grado de reacción adversa sea III y IV.
- Determinar la continuidad del tratamiento cuando las muestras de sangre son compatibles.
- Realizar notas médicas en el expediente clínico del paciente y continuar su valoración hasta darlo de alta.

El Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica deberá:

- Revisar que la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos y muestras de sangre y estén requisitada conforme a la normatividad establecida en la materia.
- Indicar al médico tratante, de acuerdo al diagnóstico clínico del paciente, cuando la necesidad de sangre no se justifique y solicitarle registre en el expediente clínico la alternativa de tratamiento a seguir.
- Ingresar la solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos al expediente clínico del paciente.
- Dar destino final a las muestras, mediante los procedimientos normalizados de operación para el manejo de los residuos peligrosos, biológico infecciosos.
- Llevar a cabo el tratamiento alternativo propuesto por el Médico Tratante y vigilar al paciente hasta su mejoría.
- Informar verbalmente al médico tratante que el procedimiento terapéutico es bajo su responsabilidad, y enviar la Solicitud Intrahospitalaria de componentes sanguíneos y muestras de sangre al responsable del banco de sangre intramuros.
- Acudir con el paciente, valorarlo y requisitar el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales" en original y dos copias, turnar el original al Banco de Sangre, primera copia al servicio de transfusión y la segunda copia integrarla al expediente clínico.
- Recibir del responsable del Banco de Sangre nota médica en el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales", anexar al expediente clínico del paciente e informar al médico tratante.

El Responsable del Banco de Sangre Intramuros deberá:

- Recibir las muestras de sangre, junto con el formato "Solicitud Intrahospitalaria de componentes sanguíneos" y verificar existencias.
- Indicar al médico tratante del servicio de hospitalización el tiempo en que tendrá disponibles los componentes sanguíneos solicitados y realizar las pruebas de compatibilidad con las muestras de sangre.
- Realizar las pruebas de compatibilidad con las muestras de sangre, seleccionar y etiquetar la unidad sanguínea a transfundir con el formato "Pruebas Cruzadas Compatibles".
- Entregar las unidades sanguíneas al Responsable del Servicio de Transfusión o, en su caso, al médico tratante (cuando la unidad cuenta con Banco de Sangre) y solicitar firme de recibido en la solicitud Intrahospitalaria de componentes sanguíneos.

- Registrar toda salida de unidades de sangre en el "Libro de Ingresos y Egresos del Banco de Sangre" como control interno.
- Informar al responsable del servicio de transfusión sanguínea o médico tratante, cuando no se cuente con el tipo de unidad solicitada.
- Registrar en el expediente clínico el tratamiento clínico a seguir.
- Requerir vía telefónica con otro Banco de la Red Estatal de Bancos de Sangre externo las unidades solicitadas.
- Esperar la notificación de la obtención de unidades en otro banco de sangre.
- Resguardar la solicitud y la muestra en espera de los componentes sanguíneos solicitados, para realizar las pruebas de compatibilidad respectivos en caso necesario de acuerdo al hemocomponente.
- Elaborar y enviar al responsable del Banco de Sangre extramuros el formato Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes, en original y copia, debidamente requisitado, junto con el termo adecuado con anticoagulantes, papel aislante, termómetro y muestras de sangre dentro del mismo para pruebas de compatibilidad.
- Recibir y archivar acuse del formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes".
- Recibir original y copia del formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", el termo con las unidades de sangre solicitadas y etiquetadas, firmar y devolver acuse al Banco de Sangre Extramuros y cotejar los datos de las unidades de sangre con el formato recibido.
- Informar vía telefónica al responsable del Banco de Sangre Extramuros si las unidades de sangre no son correctas y devolver las unidades de sangre inmediatamente junto con el formato de "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional" para su corrección.
- Registrar la(s) unidad(es) de sangre en el "Libro Ingresos y Egresos de Sangre del Servicio de Transfusión", si las unidades de sangre son correctas, informar y entregarlas al médico tratante.
- Archivar el formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", para control interno.

El Responsable del Banco de Sangre Extramuros deberá:

- Verificar e informar la existencia de unidades de sangre del tipo que necesita el paciente y solicitar al Responsable del Banco de Sangre Intramuros el formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes", termo y muestras de sangre para pruebas de compatibilidad e indicar el número de donadores que deberá enviar para reponer la misma.
- Indicar el tiempo en que se puede recoger el resultado de las pruebas de compatibilidad y las unidades de sangre
- Efectuar las pruebas de compatibilidad y etiquetar la unidad de sangre y requisitar el formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional".
- Entrega al Responsable del Banco de Sangre Intramuros el termo con las unidades de sangre solicitadas, así como el formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional".
- Ingresar las unidades a existencias y entregar las del tipo solicitado adjunto con el formato.

El Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros deberá:

- Realizar las pruebas de compatibilidad y darles destino final a los tubos piloto.
- Elaborar nota médica de compatibilidad en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" y turnarlo al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.
- Elaborar nota médica en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" indicando que la prueba fue correcta y turnarlo al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.

La Enfermera del Servicio de Hospitalización deberá:

- Recibir del médico tratante la instrucción para atender al paciente transfundido y registrar las reacciones que presente en el formato "Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico" e integrarlo al expediente clínico.
- Suspender la transfusión sanguínea cuando el paciente presente reacciones transfusionales y dar aviso en forma verbal al responsable del servicio de transfusión, al médico tratante y/o al Banco de Sangre.

✓ Realizar toma de muestras sanguíneas en:

- ✓ Tubo lila con anticoagulante EDTA.
 - ✓ Tubo rojo en seco y
 - ✓ Reintegrar el sobrante de la unidad transfundida para su verificación de compatibilidad con el paciente, al banco de sangre o su unidad de servicio de transfusión.
- Elaborar formato "Reporte de reacciones transfusionales" y turnarlo al Banco de Sangre Intramuros o Extramuros según corresponda.

DEFINICIONES

ACD.- Solución anticoagulante con adenina, citrato y dextrosa.

Alternativa de Tratamiento.- Son las sustancias sustitutas de componentes sanguíneos.

Banco de sangre.- Es el establecimiento autorizado para obtener, recolectar, analizar, fraccionar, conservar, aplicar y proveer sangre humana; así como para analizar, conservar, aplicar y proveer componentes de la misma.

CETS.- Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.

Componente Sanguíneo.- Es la fracción celular o acelular del tejido hemático, separada de una unidad de sangre por centrifugación o recolectada por aféresis.

CPD.- Solución anticoagulante con citrato, fosfato y dextrosa.

CPDA.- Solución anticoagulante con citrato, fosfato, dextrosa y adenina.

Donante Familiar o de Reposición.- Persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos a favor de un paciente, en respuesta a una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.

Destino final.- La conservación permanente, inhumación o desintegración en condiciones sanitarias permitidas por la ley, de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyen los embriones y fetos.

EDTA.- Solución anticoagulante con *ácido etilen-diamino-tetra-acético*. Las sales de sodio y potasio en este ácido se comportan como poderosos anticoagulantes y son anticoagulantes de elección para el trabajo de rutina y Hematología.

Hemólisis.- Es la reacción de un anticuerpo activador del complemento, provocando la ruptura del eritrocito con liberación de hemoglobina al plasma.

Inmunología.- Ciencia que estudia los mecanismos fisiológicos del sistema inmunitario de la integridad biológica de los organismos.

Intramuros/extramuros.- Término empleado para diferenciar cuando un banco de sangre se encuentra dentro o fuera de una unidad hospitalaria.

Pruebas de Compatibilidad.- Estudios practicados *in vitro* empleando muestras de sangre del donante y del receptor, para comprobar la existencia de afinidad inmunológica recíproca entre las células de uno y el suero del otro, para efectos transfusionales.

Reactivos hemoclasificadores.- Productos registrados y autorizados que se utilizan para la tipificación de la sangre por medio de la identificación de antígenos de los eritrocitos.

Reacción o evento adverso.- Respuesta nociva e inesperada, de aparición inmediata o tardía o incidente, ocurrido en el donante o en el receptor, relacionada con la extracción o la transfusión de sangre o de sus componentes, que ocasiona síntomas, anomalías o condiciones temporales o permanentes de diverso grado de severidad.

Reacción o evento adverso grave.- Respuesta nociva e inesperada, ocurrido en el donante o en el receptor, relacionada con la extracción o la transfusión de sangre o de sus componentes y que resulte mortal, potencialmente mortal, que produzca invalidez o incapacidad o que dé lugar a hospitalización o enfermedad o, en su caso las prolongue.

Sangre.- El tejido hemático con todos sus componentes.

Sangre Fresca.- El tejido hemático de reciente extracción, que se ha mantenido en condiciones adecuadas de conservación y que mantiene todas las propiedades de sus diversos componentes.

Secretaría.- Secretaría de Salud Federal.

Servicio de Transfusión.- El establecimiento autorizado para el manejo, conservación y aplicación de sangre humana y sus componentes, obtenidos de un banco de sangre.

Servicio de Hospitalización.- Al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

Unidad.- Volumen de sangre o componente sanguíneo obtenido para uso terapéutico, de un solo donante, en una sesión de extracción, en una bolsa o recipiente que contenga una solución con propiedades anticoagulantes y conservadoras, adecuadas, suficiente, estériles y carente de pirógenos.

Volumen Sanguíneo.- Porción del cuerpo contenida en un espacio intravascular, constituida por el tejido hemático.

INSUMOS

- Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes.

RESULTADOS

- Pacientes transfundidos.
- Reposición de unidades sanguíneas al banco de sangre mediante donación familiar.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS

- Procedimientos inherentes al Servicio de Hospitalización.
- Procedimientos inherentes a la Donación por Reposición Familiar.

POLÍTICAS

- Sin excepción el Servicio de Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México, deberá tener a la vista el Aviso de Responsable, Licencia Sanitaria y el Libro de control de ingresos y egresos de sangre y componentes; que acredite al servicio de transfusión, otorgada por autoridad competente, en caso contrario se sujetarán a las sanciones correspondientes.
- Los Servicios de Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México, deberán contar con un "Acuerdo de colaboración" con el Banco de Sangre que proveerá los hemocomponentes, para establecer mecanismos y uniformar el procedimiento a través de las redes de sangre en la entidad.
- Los Servicios de Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México, para poder realizar las pruebas cruzadas de compatibilidad deberán contar con la infraestructura necesaria: personal capacitado y suficiente, con los insumos y reactivos hemoclasificadores, control de calidad de los reactivos y del equipo.
- Los bancos de sangre, los puestos de sangrado y servicios de transfusión deberán tener procedimientos normalizados de operación relativos al procesamiento, condiciones adecuadas de almacenamiento y temperatura de conservación de la sangre, componentes sanguíneos, reactivos y muestras, que incluyan las instrucciones a seguir en caso de falla de equipos, instrumentos, materiales, suministro eléctrico o cualquier otra eventualidad con su correspondiente registro de la eventualidad.
- El responsable del servicio de transfusión deberá supervisar que los compartimentos de los equipos para la conservación de unidades de sangre, componentes sanguíneos, mezclas de componentes sanguíneos, reactivos y muestras, se distribuyan, separen y se señale la ubicación de los mismos.
- Los servicios de transfusión deberán contar con equipos, reactivos y soluciones que garanticen su esterilidad.
- El responsable del servicio de transfusión deberá dar destino final a las unidades de sangre, componentes sanguíneos o mezcla de componentes cuando hubieran llegado a su límite de vigencia o cuando su sistema haya sido abierto en condiciones inciertas de esterilidad.
- El Responsable del Servicio de Transfusión y el médico tratante, serán corresponsables de las actividades en el seno del Comité Intrahospitalario de Medicina Transfusional de su Unidad Médica de adscripción, con el objeto de contribuir al código mater, emergencias hemorrágicas, por enfermedad o traumatismo y de las transfusiones durante el periodo a dictaminar.
- Las transfusiones únicamente podrán efectuarse previa tipificación del receptor y del proveedor de los grupos ABO y Rh (D) y con la realización de las pruebas de compatibilidad que señalen las normas técnicas que emita la Secretaría. Salvo los casos siguientes; cuando el banco de sangre o el servicio de transfusión la suministren a otro establecimiento que se responsabilizará de hacerlas o cuando el establecimiento reciba las unidades con los estudios de compatibilidad previamente realizados.
- El médico tratante será el responsable de la indicación de las transfusiones, mismas que podrán aplicarse y supervisarse por otros trabajadores de la salud, tales como médicos o personal de enfermería, capacitados en la aplicación y vigilancia de las transfusiones. El médico que indique una transfusión deberá registrar o supervisar que el personal que la aplique, registre en el expediente clínico del receptor las transfusiones que se hayan aplicado.
- El responsable del servicio de transfusión deberá verificar la identidad del receptor confrontando los datos de la solicitud conforme a la normatividad aplicable, antes de iniciar la transfusión sanguínea.
- La reposición de unidades sanguíneas transfundidas a algún paciente deberá realizarse por donación de reposición familiar.
- En caso de presentarse una reacción transfusional el médico tratante suspenderá dicho proceso y el responsable del servicio de transfusión notificará inmediatamente al Responsable del Banco de Sangre, mediante la elaboración del

Reporte de Reacciones Transfusionales, asimismo, tomará nuevamente una muestra y la enviará al Banco Sangre para los estudios necesarios.

- El Responsable del Servicio de Transfusión al momento de indicar la transfusión deberá asegurarse que los formatos correspondientes al proceso sean integrados al expediente clínico del paciente.
- El responsable del servicio de transfusión deberá conservar durante su almacenamiento las unidades de sangre total y concentrados de eritrocitos entre +2°C y +6°C, o bien, entre +2°C y +10°C, cuando vaya a transportarse.
- El responsable del servicio de transfusión deberá conservar los concentrados de plaquetas en un incubador cerrado con control de temperatura entre +20°C y +24°C en agitación continua.
- El responsable del servicio de transfusión deberá conservar los plasmas frescos congelados a partir de su extracción a una temperatura que oscile entre -18°C a -25°C, y tendrá una vigencia de tres meses y si se conserva a -26°C o inferior su vigencia será de 36 meses.
- El Responsable del Servicio de Transfusión deberá registrar el ingreso de las unidades de sangre recibidas del Banco de Sangre y/o de otro servicio de transfusión, así como el egreso de la misma al ser transfundida al paciente o bien habérsele dado destino final del hemocomponente; en el Libro de Ingresos y Egresos del Servicio de Transfusión y hacer un corte los días 25 de cada mes para emitir un reporte mensual de ingresos y egresos de la sangre y sus hemocomponentes al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.
- El servicio de transfusión y los servicios clínicos de los establecimientos para la atención médica que en sus instalaciones apliquen transfusiones, deberán contar con un libro para registro de las transfusiones aplicadas, que contendrá los datos de identificación tanto del establecimiento como del paciente.
- La enfermera en turno deberá notificar de manera inmediata cualquier reacción transfusional que presente el paciente al médico tratante y al servicio de transfusión.
- El Responsable del Servicio de Transfusión deberá solicitar los insumos y reactivos necesarios para analizar, conservar, aplicar y distribuir en caso necesario a la unidad médica que lo requiera.
- En caso de urgencia, para las transfusiones ante el desconocimiento del grupo ABO del paciente, se deberán transfundir concentrados de eritrocitos O, preferente de Rh negativo, siempre y cuando haya en existencia; los receptores del grupo ABO identificado podrán recibir unidades del grupo que corresponda; y las pruebas de compatibilidad deberán realizarse y completarse a la brevedad, aún cuando ya se hubiese iniciado la transfusión.
- El servicio de transfusión deberá contar con procedimientos normalizados de operación de seguridad accesibles al personal expuesto a riesgos biológicos, físicos, mecánicos y químicos que especifiquen las normas para manipulación, guarda y desechos de los materiales peligrosos.
- El responsable del servicio de transfusión deberá clasificar los agentes de riesgo, de higiene, vestuarios y protectores e instrucciones sobre la limpieza y desinfección del material de las áreas de trabajo.
- El responsable del servicio de transfusión deberá supervisar que los residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI) sean clasificados y separados para su destino final; mediante la colecta, embalaje, manipulación y transporte de los mismos de acuerdo a la NOM-087-ECOL-2005.
- El responsable del Banco de Sangre deberá realizar y supervisar, en todo proceso de transfusión sanguínea, las actividades siguientes: (Capítulo III, Sección Tercera de la Disposición de Sangre y sus Componentes, Artículo 48 Fracciones I-IX, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, D.O.F. 20-II-85)
 - I. Contabilizar la sangre y componentes que se obtengan de la misma;
 - II. Anotar las cantidades extraídas a cada donante de sangre humana y las fechas de extracciones, en el libro de control autorizado por la Secretaría;
 - III. Practicar a los donantes de sangre humana un examen médico y los análisis de laboratorio siguientes:
 - a) Grupo sanguíneo ABO en eritrocitos y suero;
 - b) Antígeno Rh^o (D);
 - c) Hemoglobina, hematocrito o ambas;
 - d) Prueba para la detección de sífilis;
 - e) Prueba para la detección de hepatitis transmisible por transfusión sanguínea;
 - f) Dosificación de proteínas en caso de plasmaferesis; y
 - g) Prueba para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de sus anticuerpos.

- IV. Comprobar que el disponente de sangre humana cumpla con las condiciones requeridas para que de él se obtenga sangre;
- V. Orientar a los disponentes de sangre humana respecto de la conveniencia de que las extracciones de sangre guardan un intervalo mínimo de 45 días;
- VI. Enviar informes periódicos de ingresos y egresos de sangre y de componentes de la misma, a la secretaria en los términos que fijen las normas técnicas correspondientes;
- VII. Dar aviso inmediato a la Secretaría cuando deje de ser responsable del establecimiento;
- VIII. Notificar en forma inmediata a la Secretaría la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana o de anticuerpos contra este; y
- IX. Denunciar ante la autoridad sanitaria cualquier acto de comercio de sangre.

Los médicos responsables de los bancos de plasma y de los servicios de transfusión deberán realizar y supervisar las actividades contenidas en las fracciones I, VI y VII arriba mencionadas.

DESARROLLO

PROCEDIMIENTO 01: Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México.

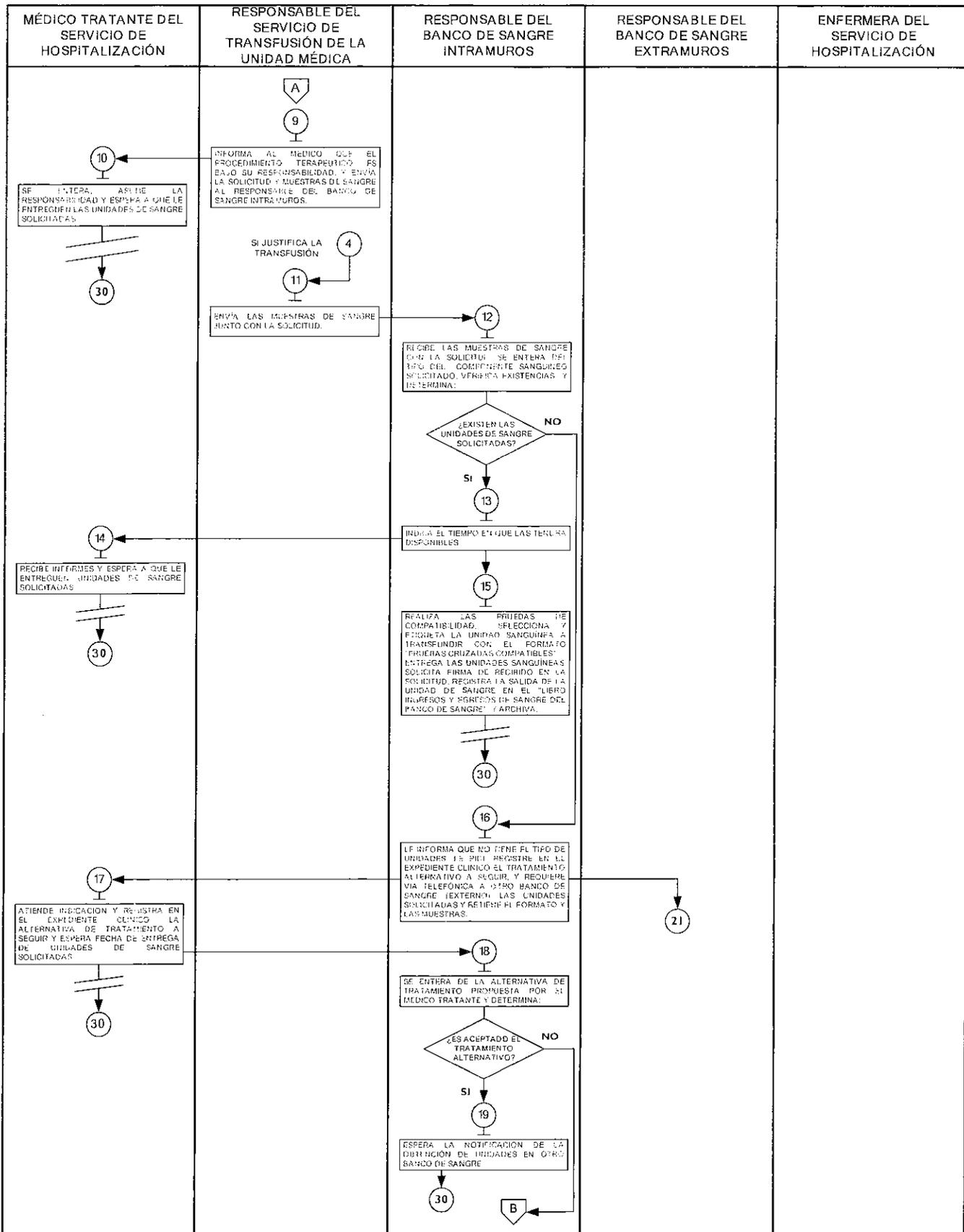
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Viene de los procedimientos inherentes a los diferentes Servicios de la Unidad Médica.		
1	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Elabora para el responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica o Responsable del Banco de Sangre Intramuros la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", de acuerdo al diagnóstico y terapéutica del paciente, acude a tomar la muestra sanguínea al paciente, le señala que la aguja es estéril y sellada, realiza la asepsia del brazo, inicia punción, deposita la sangre en un primer tubo con anticoagulante EDTA y otra muestra en un segundo tubo seco, determina: ¿Hay Banco de Sangre en la unidad médica?
2	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Sí hay Banco de Sangre. Envía las muestras debidamente etiquetadas al Responsable del Banco de Sangre Intramuros, junto con la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos". Se conecta con la operación No. 12.
3	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	No hay Banco de Sangre. Lleva la muestra debidamente etiquetada con el nombre del paciente y la entrega al Responsable del Servicio de Transfusión junto con la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos" solicitando las unidades de sangre de acuerdo a las especificaciones requeridas.
4	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	Recibe muestra de sangre y "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", revisa que esté requisitada conforme a la normatividad y determina: ¿El diagnóstico justifica la transfusión?
5	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	No justifica la transfusión. Le indica al Médico Tratante que de acuerdo al diagnóstico clínico del paciente la necesidad de sangre no se justifica, y le solicita registre en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir. Retiene formato y muestras.
6	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Atiende indicación y registra en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir.

- | | | |
|----|--|---|
| 7 | Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica. | Se entera de la alternativa de tratamiento propuesta por el Médico Tratante y determina:
¿La alternativa de tratamiento es aceptada? |
| 8 | Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica. | Es aceptada.
Ingresa la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos" al expediente clínico del paciente, da destino final a las muestras, mediante los procedimientos normalizados de operación para el manejo de los residuos peligrosos, biológico infecciosos (RPBI) lleva a cabo el tratamiento alternativo propuesto por el Médico Tratante y vigila al paciente hasta su mejoría.
Se conecta con los procedimientos inherentes al Servicio de Hospitalización. |
| 9 | Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica. | No es aceptada.
Informa verbalmente al Médico Tratante que el procedimiento terapéutico es bajo su responsabilidad, y envía la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos" y muestras de sangre al Responsable del Banco de Sangre Intramuros.
Se conecta con la operación No. 12. |
| 10 | Médico Tratante del Servicio de Hospitalización. | Se entera, asume la responsabilidad y espera a que le entreguen las unidades de sangre solicitadas.
Continúa en la operación no. 30. |
| 11 | Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica. | Si se justifica la transfusión.
Envía las muestras de sangre junto con la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", al responsable del Banco de Sangre Intramuros. |
| 12 | Responsable del Banco de Sangre Intramuros. | Recibe las muestras de sangre junto con el formato "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", se entera del tipo del componente sanguíneo solicitado, verifica existencias y determina:
¿Existen las unidades de sangre solicitadas? |
| 13 | Responsable del Banco de Sangre Intramuros. | Si hay en existencia.
Indica al médico tratante del servicio de hospitalización el tiempo en que las tendrá disponibles. |
| 14 | Médico Tratante del Servicio de Hospitalización. | Recibe informes y espera a que le entreguen unidades de sangre solicitadas.
Continúa en la operación No. 30. |
| 15 | Responsable del Banco de Sangre Intramuros. | Realiza las pruebas de compatibilidad con las muestras de sangre, selecciona y etiqueta la unidad sanguínea a transfundir con el formato "Pruebas Cruzadas Compatibles".
En la hora indicada entrega las unidades sanguíneas al Responsable del Servicio de Transfusión o, en su caso, al médico tratante (cuando la unidad cuenta con Banco de Sangre), solicita firme de recibido en la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", registra la salida de la unidad de sangre en el "Libro Ingresos y Egresos de Sangre del Banco de Sangre" y archiva.
Se conecta a la operación No. 30. |
| 16 | Responsable del Banco de Sangre Intramuros. | No hay en existencia.
Le informa al responsable del servicio de transfusión sanguínea o médico tratante, que no tiene el tipo de unidades, le pide registre en el Expediente Clínico el tratamiento alternativo a seguir, requiere vía telefónica a otro banco de sangre (externo) las unidades solicitadas y retiene el formato y las muestras.
Continúa en operación No. 21. |
| 17 | Médico Tratante del Servicio de Hospitalización. | Atiende indicación y registra en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir y espera fecha de entrega de unidades de sangre solicitadas.
Continúa con la operación No. 30. |
| 18 | Responsable del Banco de Sangre Intramuros. | Se entera de la alternativa de tratamiento propuesta por el Médico Tratante y determina:
¿Es aceptado el tratamiento? |

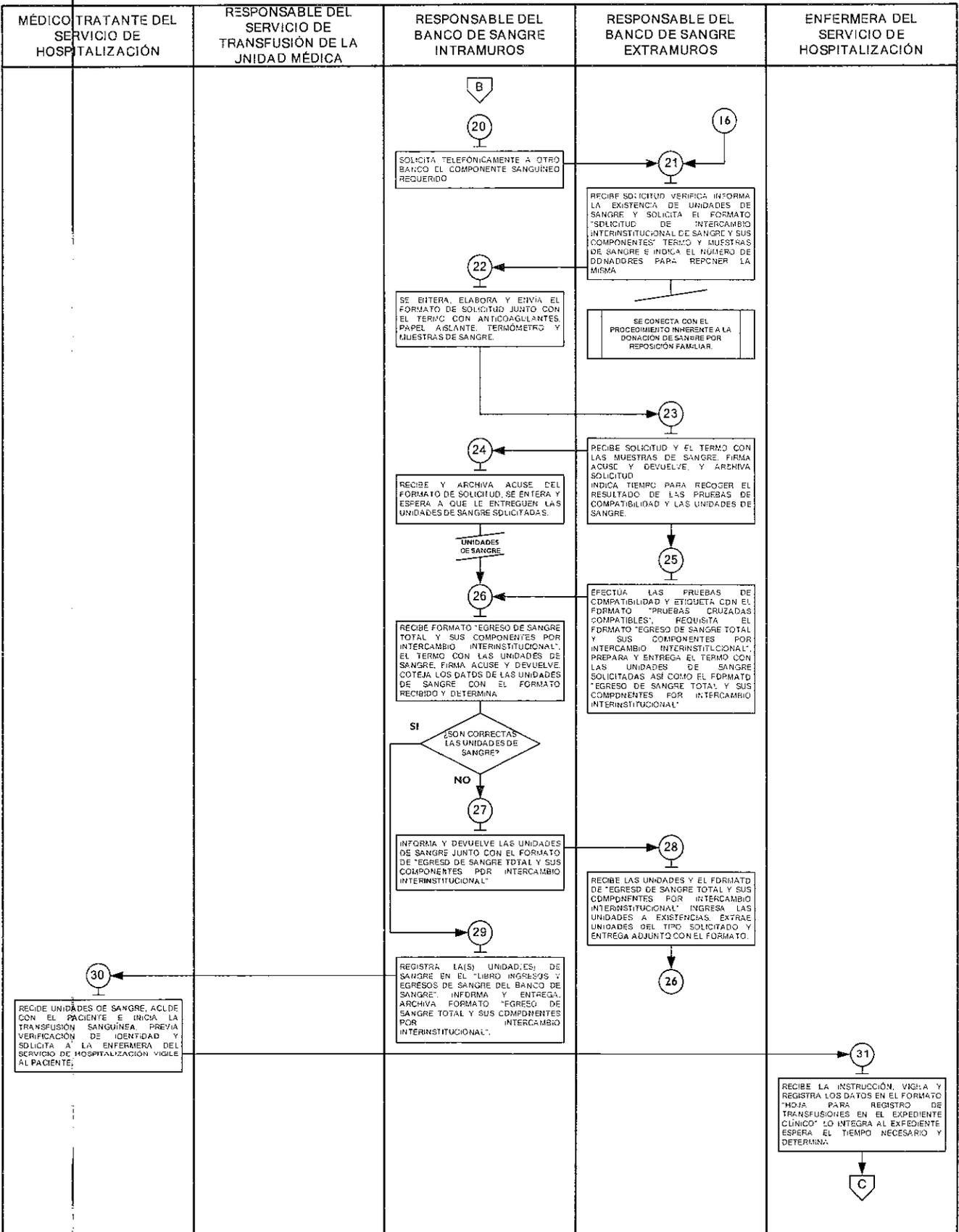
19	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Si es aceptado.</p> <p>Espera la notificación de la obtención de unidades en otro banco de sangre.</p> <p>Se conecta con la operación No. 30.</p>
20	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>No es aceptado.</p> <p>Solicita telefónicamente a otro Banco de la Red Estatal de Bancos de Sangre el componente sanguíneo requerido.</p>
21	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Recibe solicitud vía telefónica, verifica, informa la existencia de unidades de sangre del tipo que necesita el paciente y solicita al Responsable del Banco de Sangre Intramuros el formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes" debidamente requisitado, termo y muestras de sangre para pruebas de compatibilidad e indica el número de donadores que deberá enviar al banco de Sangre para reponer la misma.</p> <p>Se conecta con el Procedimiento inherente a la Donación de Sangre por Reposición Familiar.</p>
22	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Se entera de la existencia de unidades de sangre, elabora y envía al Responsable del Banco de Sangre extramuros el formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes", en original y copia, debidamente requisitado, junto con el termo adecuado con anticoagulantes, papel aislante, termómetro y muestras de sangre dentro del mismo para pruebas de compatibilidad.</p>
23	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Recibe original y copia del formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes" y el termo con las muestras de sangre, firma acuse en la copia del formato y devuelve, archiva original para control interno.</p> <p>Indica verbalmente al Responsable del Banco de Sangre Intramuros, en cuanto tiempo puede recoger el resultado de las pruebas de compatibilidad y las unidades de sangre.</p>
24	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Recibe y archiva acuse del formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes", se entera y espera a que le entreguen las unidades de sangre solicitadas.</p>
25	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Efectúa las pruebas de compatibilidad y etiqueta la unidad de sangre con el formato "Pruebas Cruzadas Compatibles", y requisita el formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional" en original y copia, prepara y entrega al Responsable del Banco de Sangre Intramuros el termo con las unidades de sangre solicitadas, así como el original y copia del formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional".</p>
26	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>En la hora indicada, recibe original y copia del formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", el termo con las unidades de sangre solicitadas y etiquetadas, firma acuse de recibo en la copia del formato y devuelve a Banco de Sangre Extramuros, coteja los datos de las unidades de sangre con el formato recibido y determina:</p> <p>¿Son correctas las unidades de sangre?</p>
27	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>No son correctas.</p> <p>Informa vía telefónica al Responsable del Banco de Sangre Extramuros y devuelve las unidades de sangre inmediatamente junto con el formato de "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", para su cambio.</p>
28	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Recibe las unidades y el formato de "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional" ingresa las unidades a existencias, extrae unidades del tipo solicitado y entrega adjunto con el formato.</p> <p>Se conecta con la operación No. 26.</p>
29	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Si son Correctas.</p> <p>Registra la(s) unidad(es) de sangre en el "Libro Ingresos y Egresos de Sangre del Banco de</p>

		Sangre", informa y entrega al médico tratante. Archiva formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional".
30	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Recibe unidades de sangre, acude con el paciente e inicia en coordinación con la enfermera del servicio de hospitalización la transfusión sanguínea, previa verificación de identidad y solicita vigile al paciente.
31	Enfermera del Servicio de Hospitalización.	Recibe la instrucción, vigila y registra los datos en el formato "Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico" y lo integra al expediente clínico del paciente. Espera el tiempo necesario y determina: ¿El paciente presenta reacciones transfusionales?
32	Enfermera del servicio de Hospitalización.	Si presenta reacciones transfusionales. Suspende la transfusión sanguínea y avisa en forma verbal al responsable del servicio de transfusión, al médico tratante y/o al Banco de Sangre.
33	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	Se entera y acude con el paciente, lo valora y requisita el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales", en original y dos copias. Turna el original al Banco de Sangre Intramuros, primera copia al servicio médico que realizó la transfusión y la segunda copia para el expediente clínico.
34	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Se entera, valora al paciente, revisa expediente clínico y determina: ¿Cuál es el grado de reacción adversa?
35	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	El grado de la Reacción adversa es I o II. Prescribe medicamento y empieza tratamiento médico, a fin de corregir la o las reacciones. Suspende la transfusión y valora la necesidad de nuevas transfusiones, según la terapéutica que vaya presentando el paciente y reinicia el procedimiento de transfusión en la operación 1.
36	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	El grado de la Reacción adversa es III o IV. Solicita a la enfermera realice toma de nuevas muestras sanguíneas.
37	Enfermera del Servicio de Hospitalización.	Se entera, realiza toma de muestra sanguínea en: <ul style="list-style-type: none"> ● Tubo lila con anticoagulante EDTA. ● Tubo rojo seco y ● Reintegra el sobrante de la unidad transfundida para su verificación de compatibilidad con el paciente, al banco de sangre o al servicio de transfusión. Asimismo, elabora formato "Reporte de Reacciones Transfusionales" y lo turna al Banco de Sangre Intramuros o Extramuros correspondiente.
38	Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros.	Recibe original del "Reporte de Reacciones Transfusionales", tubos muestra y sobrante de la unidad transfundida. Realiza nuevamente las pruebas de compatibilidad, les da destino final a los tubos piloto y determina: ¿Fue compatible la unidad de sangre?
39	Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros.	No fue compatible. Elabora nota médica en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" y lo turna al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.
40	Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros.	Si fue compatible. Elabora nota médica en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" indicando que la prueba fue correcta y lo turna al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.

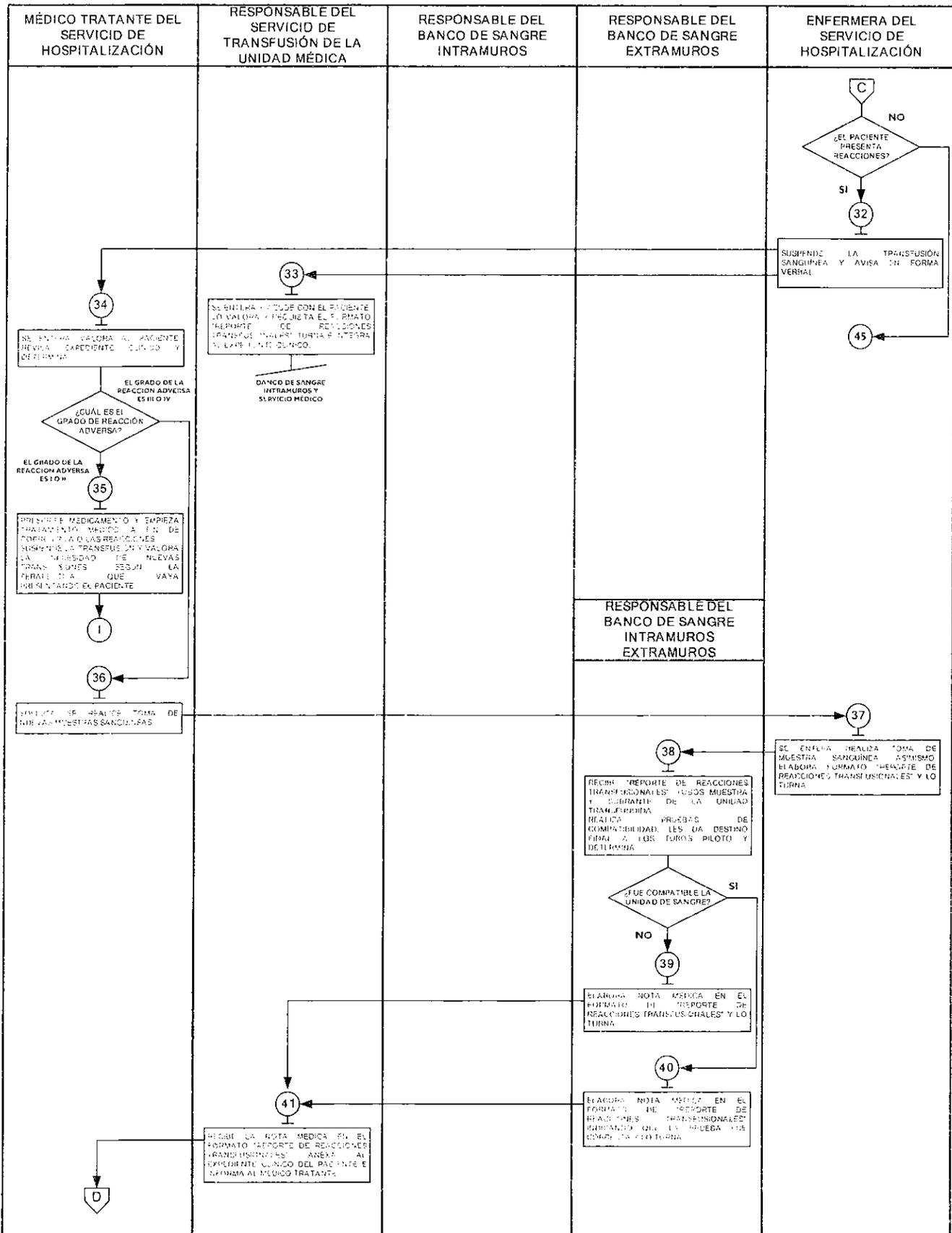
PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

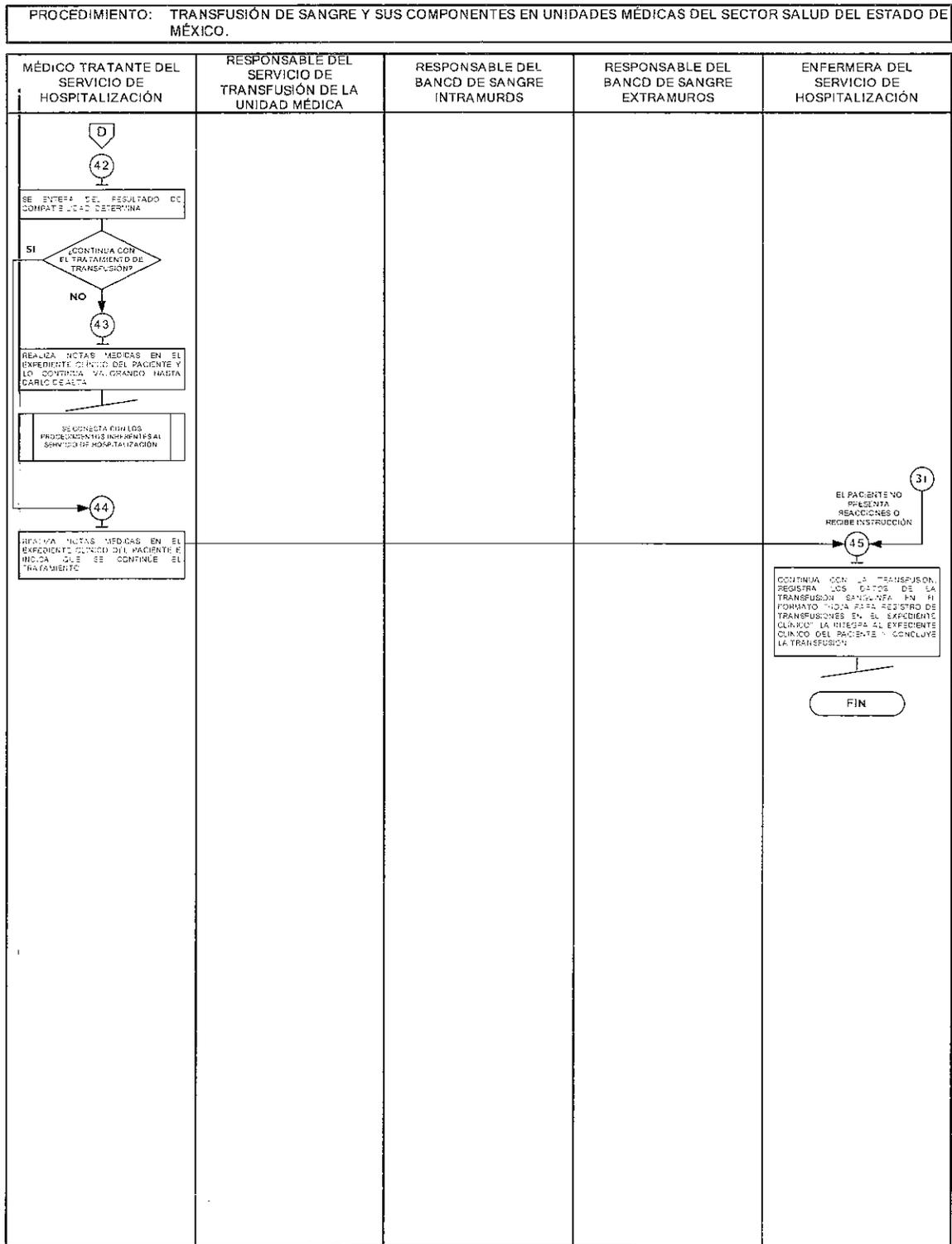


PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.



PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.





MEDICIÓN

Indicador para medir la capacidad de respuesta en la Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México.

$$\frac{\text{Número mensual de transfusiones efectuadas}}{\text{Número mensual de solicitudes de transfusión recibidas}} \times 100 = \% \text{ de solicitudes de transfusión atendidas}$$

REGISTRO DE EVIDENCIAS

Los ingresos y egresos de Unidades de Sangre al Servicio de Transfusión de la Unidad Médica quedan registrados en el "Libro de Ingresos y Egresos de Sangre del Servicio de Transfusión".

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Productos Sanguíneos.
- Pruebas Cruzadas Compatibles.
- Egresos de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional.
- Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico.
- Reporte y Seguimiento de Reacciones Transfusionales.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos

1/UNIDAD MÉDICA:		2/FECHA DE SOLICITUD:	3/HORA DE SOLICITUD:
4/DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:		5/TELÉFONO:	

Datos de identificación del paciente

6/NOMBRE:	7/EDAD:	8/GENERO:	9/NO. EXPEDIENTE:	10/NO. DE CAMA:	11/SERVICIO SOLICITANTE:
12/DIAGNÓSTICO:		13/MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:		GRUPO SANGUÍNEO	
14/ABO		15/RH (D)		16/SE IGNORA <input type="checkbox"/>	
17/HEMOGLOBINA: mg/dl	18/HEMATOCITO:	19/PLAQUETAS: %	20/TP: x10 ³ /l ³	21/TTP: Segundos	
22/TRANSFUSIONES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		23/REACCIONES POST-TRANSFUSIONALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		24/FECHA DE LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN:	
25/EMBARAZOS PREVIOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		26/PRODUCTOS CON ENFERMEDAD HEMOLÍTICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		27/FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZARÁ LA TRANSFUSIÓN:	

Sangre y Componentes Solicitados

28/CE	PFC	PLAQUETAS	CRIOGAL	OTROS
CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD
29/AFERESIS DE:		30/MEZCLA DE:		
31/TIPO DE TRANSFUSIÓN:	ALOGENICA <input type="checkbox"/>	AUTOLOGA <input type="checkbox"/>	DIFUSIVA <input type="checkbox"/>	DESIGNADA <input type="checkbox"/>
32/TIPO DE SOLICITUD:	ORDINARIA <input type="checkbox"/>	PUEDE ESPERAR 60 MIN <input type="checkbox"/>		URGENTE <input type="checkbox"/>
	Únicamente por urgencia transfusional acreditada por el médico tratante, en caso de incompatibilidad se dará aviso inmediato para evitar o suspender la transfusión.			Indicar el motivo de la urgencia.

33/Nombre, y firma del médico solicitante o quien indica la transfusión:	34/Teléfono:
35/Nombre y firma de quien recibirá la solicitud:	36/Fecha:
	37/Hora:

NOTA: Original: Servicio de transfusión Primera copia: Servicio hospitalario Segunda copia: Paraiente clínico

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos
(217B20000-022-13)

OBJETIVO:

Contar con un documento oficial que es utilizado para solicitar componentes sanguíneos al banco de sangre o al servicio de transfusión del hospital en el cual está internado el paciente, con el fin de que se realicen las pruebas de compatibilidad correspondientes para su uso terapéutico.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original y copia. El original se entrega al banco de sangre o servicio de transfusión, la copia se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica solicitante.
2	FECHA DE SOLICITUD:	Registrar el día, mes y año en que se solicitan los productos sanguíneos.
3	HORA DE SOLICITUD:	Registrar la hora en que se solicitan los productos sanguíneos al banco de sangre o servicio de transfusión.
4	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	Anotar la calle, número, colonia y código postal de la unidad médica solicitante.
5	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico de la unidad médica solicitante.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

6	NOMBRE:	Anotar el nombre completo y los apellidos del paciente.
7	EDAD:	Anotar los años cumplidos del paciente.
8	GÉNERO:	Anotar en el recuadro masculino si es hombre o femenino si es mujer.
9	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente para su identificación.
10	No. DE CAMA:	Anotar el número de cama asignada al paciente.
11	SERVICIO SOLICITANTE:	Anotar el nombre del servicio en el que se encuentra hospitalizado el paciente.
12	DIAGNÓSTICO:	Describir él o los diagnósticos que el paciente tenga.
13	MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:	Describir la justificación del producto sanguíneo solicitado para transfundir.

GRUPO SANGUÍNEO

14	ABO	Anotar el grupo de sangre del sistema ABO del paciente.
15	Rh° (D)	Anotar el tipo de sangre del sistema Rh del paciente (positivo o negativo).
16	SE IGNORA	Marcar el recuadro con una X en caso de que se desconozca el tipo de sangre del paciente.
17	HEMOGLOBINA: mg/dl:	Registrar los gramos de hemoglobina que el paciente tiene.
18	HEMATOCRITO %:	Anotar el porcentaje de glóbulos rojos que tiene el paciente en sangre circulante.
19	PLAQUETAS: X10 ³ /M ³	Anotar la cuenta plaquetaria que presenta el paciente en sangre circulante.
20	TP %actividad	Anotar el tiempo de protrombina.
21	TTP.....segundos	Anotar el tiempo parcial de tromboplastina.
22	TRANSFUSIONES PREVIAS:	Marcar con una "X" una opción: SI o NO , con base en los antecedentes transfusionales del paciente.
23	REACCIONES POS-TRANSFUSIONALES:	Marque con una "X" el recuadro que corresponda.
24	FECHA DE LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN:	Anotar el día, mes y año en que el paciente recibió la última transfusión.

25	EMBARAZOS PREVIOS:	Marque con una "X" si ha tenido o no embarazos y cuantos han sido.
26	PRODUCTOS CON ENFERMEDAD HEMOLÍTICA:	Marque con una "X" si ha tenido hijos con alguna enfermedad hemolítica.
27	FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZARÁ LA TRANSFUSION:	Registrar el día, mes, año y la hora en que se pretende realizar la transfusión.
SANGRE Y COMPONENTES SOLICITADOS		
28	CE/PFC/PLAQUETAS/ CRIO/GAH/OTROS	Anotar la cantidad del producto o productos solicitados.
29	AFERESIS DE:	Anotar el producto obtenido por aféresis requerido.
30	MEZCLA DE:	Anotar la mezcla de productos requeridos.
31	TIPO DE TRANSFUSIÓN:	Anotar en el recuadro que corresponda el tipo de transfusión que se va a efectuar.
32	TIPO DE SOLICITUD:	Anotar con una "X" el recuadro que le corresponda al tipo de solicitud, de acuerdo a la urgencia transfusional.
33	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE O QUIÉN INDIQUE LA TRANSFUSIÓN:	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del médico que solicita o indica los productos sanguíneos.
34	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del médico solicitante o profesional médico que indicó la transfusión.
35	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBIÓ LA SOLICITUD:	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma de la persona que recibió la solicitud de sangre.
36	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se recibe la solicitud en el banco de sangre o servicio de transfusión.
37	HORA:	Anotar la hora en que se recibe la solicitud en el banco de sangre o servicio de transfusión.

REVERSO

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD		
38	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre oficial de la unidad médica solicitante.
39	NOMBRE DEL RECEPTOR:	Anotar el nombre(s) y apellidos del paciente al que le solicitan los productos sanguíneos.
40	GRUPO SANGUÍNEO:	Anotar el tipo de sangre del sistema ABO y Rh del paciente.
41	FECHA Y HORA DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS:	Registrar el día, mes, año y la hora en que se realizaron las pruebas de compatibilidad.
42	No. UNIDAD	Anotar el número exclusivo de la unidad asignado al producto sanguíneo.
43	NOMBRE DEL DONADOR	Anotar el nombre completo y apellidos del donador del hemocomponente.
44	COMPONENTE GPO/Rh:	Anotar el hemocomponente con su correspondiente grupo y Rh de la unidad a cruzar.
45	GRUPO DIRECTO ABO/Rh	Registrar el resultado obtenido al utilizar sueros hemoclasificadores en tubo, anotando el grupo sanguíneo.
46	GRUPO INVERSO	Registrar los resultados obtenidos al utilizar glóbulos rojos conocidos en tubo, anotando el grupo sanguíneo resultante.
47	PRUEBA CRUZADA EN TÉCNICA DE TUBO	Registrar el resultado (compatible o incompatible) en cada una de las fases (salina, albúmina o coombs). De las pruebas cruzadas en tubo.
48	TÉCNICA EN COLUMNA DE GEL	Marcar con una "X" si las pruebas cruzadas se realizaron con la técnica en columnas de gel.

49	RESULTADO COMPATIBLE/ INCOMPATIBLE	Anotar el resultado de la prueba cruzada con la técnica en columna de gel (compatible/ incompatible)
50	FECHA Y HORA DE RECIBIDO	Registrar el día, mes, año y hora en que se reciben los productos sanguíneos solicitados.
51	QUIEN RECIBE COMPONENTES	Anotar el nombre completo de la persona que recibe los productos sanguíneos.
52	QUIEN ENTREGA COMPONENTES	Anotar el nombre completo de la persona que entrega los productos sanguíneos, así como la fecha y la hora.
53	OBSERVACIONES:	Describir cualquier eventualidad presentada en la solicitud en relación a la urgencia transfusional.
54	NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO O QUÍMICO QUE REALIZA LAS PRUEBAS CRUZADAS	Anotar el nombre, los apellidos y firma de la persona que realizó las pruebas cruzadas.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Productos Sanguíneos

1/UNIDAD MÉDICA		2/DIRECCIÓN	
3/TELÉFONO		4/FECHA	5/HORA
6/C. DOCTOR (A):			
7/RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE Y/O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE:			
8/TIPO DE SOLICITUD: ORDINARIA <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> INMEDIATA <input type="checkbox"/>			
9/MOTIVO DE LA URGENCIA:			
10/SOLICITO A UD. SE NOS PROPORCIONE		11/UNIDAD (ES) DE	12/DE GRUPO
13/Y RH			
14/CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS:			
15/PARA SER TRANSFUNDIDO(S) AL PACIENTE			
16/EDAD:	17/SEXO	18/HTO:	19/HB:
20/PLAQUETAS:	21/TP:	22/TPT:	
23/TIPO DE TRANSFUSIÓN:		ALDGENICA <input type="checkbox"/>	AUTOLOGA <input type="checkbox"/>
OTRA			
24/No CAMA	25/No EXPEDIENTE	26/DEL SERVICIO DE	
27/DIAGNOSTICO:		28/MOTIVO DE TRANSFUSIÓN:	
29/PRESCRITA POR EL DOCTOR		TELÉFONO	
30/PARA APLICARSE EL DÍA		DE	DE
A LAS		HRS	
ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES:			
31/TRANSFUSIONES PREVIAS		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
32/FECHA	33/DONDE		
34/REACCIONES TRANSFUSIONALES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	35/TIPO
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:			
36/FUR	37/GESTA	38/PARA	39/CE.SAREA
40/ABORTOS			
41/FUP	42/FUC	43/FUA:	44/INDUCIDO
45/ESPONTANEO			
46/ISOINMUNIZACION M/F	47/APLICACION GLOBULINA ANTI-D	48/POLITRANSFUNDIDO	
49/NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:			
50/DOMICILIO		TELÉFONO	
51/NO DE RESPONSABILIDAD		52/DEL BANCO DE SANGRE - SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	
53/SEILLO DE LA FAMILIA (SENY)		RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE - SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	
		54/NOMBRE Y FIRMA	

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Productos Sanguíneos
(217B20000-230-13)

OBJETIVO:

Contar con un documento oficial utilizado por los médicos responsables de los servicios de los establecimientos no lucrativos del sector salud, con el fin de intercambiar productos sanguíneos con los bancos de sangre y servicios de transfusión de los sectores público y social.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original y copia para su registro y control. El original se entrega al banco de sangre o servicio de transfusión la copia se la queda el establecimiento solicitante del producto sanguíneo.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo de la Unidad Médica que realiza la solicitud.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la solicitud.
3	DIRECCIÓN:	Anotar la calle, número, colonia, código postal de la unidad médica solicitante.
4	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico de la unidad médica solicitante.
5	HORA:	Anotar la hora en que se realiza la solicitud de intercambio.
6	C. DOCTOR(A)	Anotar el nombre(s), apellido paterno y apellido materno del médico responsable del banco de sangre o servicio de transfusión a quien se dirige la solicitud.
7	RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN:	Anotar el nombre completo de la unidad hospitalaria en donde se encuentra el banco de sangre para servicio de transfusión a quien se le realiza la solicitud.
8	TIPO DE SOLICITUD:	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda si es ordinaria, urgente o inmediata la solicitud del producto sanguíneo.
9	MOTIVO DE LA URGENCIA:	Indicar la situación que justifique la terapia transfusional de urgencia.
10	SOLICITO A UD. SE NOS PROPORCIONE	Anotar la cantidad (con número) de productos sanguíneos que se solicitan.
11	UNIDAD(ES) DE	Anotar el tipo de producto sanguíneo solicitado (CE, PFC, CP, CRIO, ST, AFÉRESIS O MEZCLAS).
12	DE GRUPO	Anotar el grupo sanguíneo del producto solicitado, con base en el sistema ABO.
13	Y Rh	Anotar el tipo con base en el sistema Rh. (positivo/negativo).
14	CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS:	Anotar si se requiere de algún procedimiento en especial (lavado, irradiado, desleucocitado, leucodepletado, etc.).
15	PARA SER TRANSFUNDIDO(S) AL PACIENTE	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente que será transfundido con los productos solicitados.
16	EDAD:	Anotar los años cumplidos del paciente.
17	SEXO:	Anotar el género del paciente (femenino o masculino).
18	HTO:	Anotar el porcentaje de glóbulos rojos circulantes en el paciente.
19	HB:	Anotar los grados/decilitro de hemoglobina contenida en los glóbulos rojos.
20	PLAQUETAS:	Anotar la cuenta plaquetaria por milímetro cúbico.
21	T.P:	Anotar el tiempo de protrombina con base en el testigo para calcular el índice de coagulación.
22	T.P.T:	Anotar el tiempo parcial de tromboplastina con base en el testigo para calcular el índice de coagulación.

23	TIPO DE TRANSFUSIÓN	Anotar el tipo de transfusión con la que se tratará al paciente (allogénica autóloga u otra).
24	No. CAMA:	Anotar el número de la cama en la cual se encuentra hospitalizado el paciente.
25	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
26	DEL SERVICIO DE	Anotar el nombre completo del servicio en el cual se encuentra hospitalizado el paciente.
27	DIAGNÓSTICO:	Anotar los diagnósticos del paciente.
28	MOTIVO DE TRANSFUSIÓN	Anotar el motivo o la justificación por la cual el médico tratante solicita la transfusión de productos sanguíneos al paciente.
29	PRESCRITA POR EL DOCTOR	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno, firma del médico que indica la transfusión; así como su número telefónico.
30	PARA APLICARSE EL DÍA	Anotar el día, mes, año y hora en que está programada la transfusión de productos sanguíneos al paciente, en caso de ser posible.

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES:

31	TRANSFUSIONES PREVIAS	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda, si el paciente ha tenido o no antecedente de transfusiones previas.
32	FECHA	Anotar el día, mes y año en el que el paciente recibió su última transfusión. NOTA: En caso de que la respuesta al punto anterior sea NO se trazará un guión en este apartado.
33	DONDE	Anotar el nombre de la unidad hospitalaria en la que el paciente recibió su última transfusión. NOTA: En caso de que la respuesta al punto 31 sea NO, se trazará un guión en este punto.
34	REACCIONES TRANSFUSIONALES	Marcar con una "X" sólo una opción: SI o NO, con base en los antecedentes transfusionales del paciente.
35	TIPO	Anotar el tipo de reacción(es) transfusionales que haya presentado el paciente. NOTA: En caso de que la respuesta al punto anterior sea No, se trazará un guión en este apartado.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

36	FUR	Anotar el día, mes y año de la última regla de la paciente.
37	GESTA	Anotar el número de embarazos que ha tenido la paciente en toda su vida, incluyendo abortos y óbitos.
38	PARA	Anotar el número de partos que ha tenido la paciente en toda su vida.
39	CESÁREA	Anotar el número de cesáreas que ha tenido la paciente en toda su vida.
40	ABORTOS	Anotar el número de abortos que ha tenido la paciente en toda su vida.
41	FUP:	Anotar el día, mes y año del último parto de la paciente.
42	FUC:	Anotar el día, mes y año de la última cesárea de la paciente.
43	FUA:	Anotar el día, mes y año del último aborto de la paciente.
44	INDUCIDO:	Escribir SI o NO considerando el motivo del último aborto de la paciente.
45	ESPONTÁNEO:	Escribir SI o NO considerando el motivo del último aborto de la paciente.
46	ISOINMUNIZACIÓN M/F	Escribir SI o NO según los antecedentes de isoinmunización materno fetal de la paciente.
47	APLICACIÓN GLOBULINA ANTI-D	Escribir Si o No según los antecedentes de haberse aplicado o no la globulina anti-D

48	POLITRANSFUNDIDO	Escribir SI o NO si cuentas con antecedentes de haber recibido múltiples transfusiones con anterioridad.
49	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:	Anotar el nombre de la unidad hospitalaria o razón social del establecimiento que solicita los productos sanguíneos.
50	DOMICILIO:	Anotar la calle, número exterior, número interior, colonia, código postal, localidad, municipio y entidad en el cual se encuentra ubicado el establecimiento que solicita los productos sanguíneos.
51	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del domicilio descrito en el punto 41.
52	No. DE RESPONSIVA	Anotar el número de registro del aviso de responsable médico autorizado del banco de sangre o servicio de transfusión que solicita los productos sanguíneos.
53	LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de licencia sanitaria otorgada por el CNTS o por COFEPRIS al banco de sangre o servicio de transfusión que solicita los productos sanguíneos.
54	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	Colocar el sello del establecimiento que realiza la solicitud de productos sanguíneos.
55	RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE/ SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del médico responsable autorizado del banco de sangre o servicio de transfusión que solicita los productos sanguíneos.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Pruebas Cruzadas Compatibles

1/UNIDAD MÉDICA:

2/ NOMBRE DEL DISPONENTE:

3/NUMERO DE UNIDAD

4/NOMBRE DEL RECEPTOR:

5/No. DE UNIDAD:

6/GRUPO SANGÜINEO:

Rh

7/FECHA:

8/HORA

9/PRDDUCTO:

217B2000G-235-13

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Pruebas Cruzadas Compatibles

(217B20000-235-13)

OBJETIVO:

Contar con una etiqueta visible en los productos sanguíneos solicitados para transfundir a un paciente con el fin de notificar al médico tratante las características de la unidad que se le envía.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original en el área de fraccionamiento y se coloca en la unidad de sangre obtenida.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica a la cual se envía el producto sanguíneo.
2	NOMBRE DEL DISPONENTE:	Anotar el nombre completo del donador del tejido sanguíneo, iniciando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
3	NUMERO DE UNIDAD:	Anotar el número consecutivo asignado a la unidad sanguínea.

4	NOMBRE DEL RECEPTOR:	Anotar el nombre completo del paciente que recibirá por transfusión el producto sanguíneo, iniciando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
5	No. DE UNIDAD	Anotar el número de registro de la unidad correspondiente.
6	GRUPO SANGUÍNEO Y Rh	Anotar el tipo de sangre de acuerdo al sistema ABO y Rh.
7	FECHA:	Anotar el día, mes y año en el que se envía el producto sanguíneo.
8	HORA:	Anotar la hora en la que se envía el producto sanguíneo.
9	PRODUCTO:	Anotar el producto sanguíneo contenido en la unidad enviada.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional

10/CLINICA MÉDICA		DIRECCIÓN:	
3/NO. LICENCIA SANITARIA		4/RESPONSABLE	
5/NO. EGRESO	6/FECHA DE EMISIÓN	7/HORA DE EGRESO	
8/NOMBRE DEL PACIENTE		9/EDAD	10/SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>

11/COMPONENTE	12/VOLUMEN	13/UNIDAD	14/GRUPO	15/Rh	16/FECHA DE EXTRACCIÓN	17/FECHA DE CADUCIDAD
15/NOMBRE DEL DONADOR						
16/NOMBRE DEL DONADOR						
18/NOMBRE DEL DONADOR						
19/NOMBRE DEL DONADOR						
18/NOMBRE DEL DONADOR						
18/NOMBRE DEL DONADOR						
19/TOTAL						

UNIDADES PARA USO EXCLUSIVO DEL SECTOR
COMPONENTES SANGUÍNEOS CDNF DRME A LA NDRMA: AgSHB, VH, VHC, VDRL/ RPR, E, CHAGAS, BRUSSELLA Y PLASMODIUM.
PROHIBIDA SU COMERCIALIZACIÓN

18/CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

17/SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

22/OBSERVACIONES:

ENTREGA

RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional
(217B20000-232-13)

OBJETIVO:

Contar con un documento de registro y control para entregar productos sanguíneos a quien los solicite, con el fin de notificar al solicitante las características de las unidades otorgadas.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original y copia. El original se entrega a la oficina, o institución que lo solicito, la copia se queda bajo resguardo del banco de sangre.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, a la que pertenece el banco de sangre que proporciona los productos sanguíneos.
2	DIRECCIÓN:	Anotar la calle, número exterior, número interior, colonia, localidad y/o municipio y entidad en la que se encuentra ubicado el banco de sangre que proporciona los productos sanguíneos.
3	No. LICENCIA SANITARIA:	Anotar el número de la licencia sanitaria que autoriza al establecimiento a funcionar como banco de sangre.
4	RESPONSABLE:	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del médico responsable del banco de sangre.
5	No. EGRESO:	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que de ellos se realice.
6	FECHA DE EGRESO:	Anotar el día, mes y año en que se entregan los productos sanguíneos solicitados.
7	HORA DE EGRESO:	Anotar la hora en que se entregan los productos sanguíneos solicitados.
8	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente a quien se le realizan las pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea. NOTA: En caso de que la solicitud no sea dirigida para un paciente en específico, trazar un guión en este rubro.
9	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
10	GÉNERO:	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda de acuerdo al sexo del paciente.
11	COMPONENTE:	Anotar ST, CE, PFC, CP o CRIO según corresponda.
12	VOLUMEN:	Registrar los mililitros contenidos en la unidad de producto sanguíneo correspondiente.
13	UNIDAD:	Anotar el número de registro de la unidad que se va a otorgar.
14	GRUPO:	Anotar el tipo de grupo sanguíneo de la unidad correspondiente, en base al sistema ABO.
15	Rh	Anotar el tipo de grupo sanguíneo de la unidad correspondiente, con base al sistema Rh.
16	FECHA DE EXTRACCIÓN:	Anotar el día, mes y año en el que se realizó la sangría para obtener la unidad correspondiente.
17	FECHA DE CADUCIDAD:	Anotar el día, mes y año en que caducará el producto sanguíneo contenido en la unidad correspondiente.
18	NOMBRE DEL DONADOR:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del donador de tejido sanguíneo de la unidad correspondiente.
19	TOTAL	Anotar el número total de donadores registrados en el formato.
20	CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD	Cruzar con una "X" sólo en caso de haber realizado las pruebas de compatibilidad sanguínea necesarias para la transfusión.
21	SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD	Cruzar con una "X" sólo en caso de que el(los) producto(s) solicitado(s) no estén dirigidos a un paciente en específico.
22	OBSERVACIONES:	Describir cualquier eventualidad o especificación relacionada con las unidades de sangre que se otorgan.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico
(217B20000-086-13)

OBJETIVO:

Contar con un registro y control de los procesos de transfusión a los que se someta un paciente, con el fin de anexarlo a su expediente clínico.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original, y se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la Unidad Médica donde se realiza la transfusión.
2	FECHA:	Anotar la fecha en la que se requisita el formato.
3	No. EXPEDIENTE:	Registrar el número de expediente que se le asigna al paciente para su identificación.
4	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por su apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos con que cuenta el paciente.
6	GÉNERO:	Marque con una "X" el recuadro correspondiente, masculino: hombre; femenino: mujer
7	PESO:	Registrar el peso corporal con que es recibido el paciente en el momento de ingresar a la unidad médica.
8	TALLA:	Registrar la talla del paciente, en el momento de ingresar a la unidad médica.
9	SERVICIO:	Anotar el servicio hospitalario en el que se encuentra el paciente.
10	CAMA/CUARTO:	Anotar el número de cama o cuarto en el que se encuentra internado u hospitalizado el paciente.
11	FECHA DE LA TRANSFUSIÓN	Anotar el día, mes y año en que se realiza la transfusión.
12	NÚM. DE UNIDAD	Anotar el número de registro del producto sanguíneo que se va a transfundir.
13	CONTENIDO	Anotar el producto sanguíneo que se va a transfundir (CE, PFC, CP, CRIO o ST).
14	HORA DE INICIO:	Registrar la hora y minutos en que inicia la transfusión.
15	SIGNOS VITALES	Registrar en el recuadro correspondiente la tención arterial; frecuencia cardiaca y temperatura que presenta el paciente antes, durante y después de la transfusión.
16	HORA TÉRMINO	Anotar la hora en que se suspende o termina la transfusión del producto sanguíneo.
17	VOLUMEN TRANSFUNDIDO	Anotar los mililitros de producto sanguíneo que se transfundieron al paciente.
18	NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN APLICÓ LA TRANSFUSIÓN	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma de quien aplicó y supervisó la transfusión.
19	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y OBSERVACIONES	Anotar la descripción clínica del estado general del paciente al término o interrupción de la transfusión y en su caso motivo de la interrupción.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MEXICO

Reporte y Seguimiento de Reacciones Transfusionales

1/UNIDAD MEDICA: _____ 2/CIUDA: _____

3/DOMICILIO DE LA UNIDAD MEDICA: _____ 4/TELÉFONO: _____

5/NOMBRE DEL PACIENTE: _____ 6/Nº DE EXPEDIENTE: _____ 7/SIEMPRE

8/EDAD: _____ 9/GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

10/DIAGNÓSTICOS: _____

11/PACIENTES GINECO-OBSÉTRICOS: 12/Gesta: 13/Para: 14/Cesárea: 15/Abortos: 16/EHP:

17/PACIENTES TRANSFUSIONALES: _____ 18/FECHA DE LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: _____

19/REACCIONES TRANSFUSIONALES: _____ 20/FECHA DE LA ÚLTIMA REACCIÓN TRANSFUSIONAL: _____

21/TIPO DE COMPONENTE EN LA(S) REACCIÓN(S) TRANSFUSIONAL(ES): _____

REACCIÓN TRANSFUSIONAL ACTUAL

22/SIGNOS VITALES PRE TRANSFUSIÓN: 23/TA: _____ 24/FC: _____ 25/FR: _____

26/FECHA Y HORA DE INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: _____

27/FECHA Y HORA DE INICIO DE LA REACCIÓN: _____

28/GRUPO SANGUÍNEO DEL PACIENTE: _____ 29/GRUPO SANGUÍNEO TRANSFUNDIDO: _____ 30/UNIDAD, TIPO DE COMPONENTE Y VOLUMEN TRANSFUNDIDO: _____

31/MEDICAMENTOS QUE UTILIZA EL PACIENTE: _____

29/SINTOMATOLOGÍA PRINCIPAL PRESENTADA

(MARQUE CON UNA X)

FEBRE*	AMPOLLAS O BULAS	DOLOR ABDOMINAL	ERITEMA URTICARIO
HIPOTENSIÓN*	ESCALOFRÍO	ORTOSTENIA	ICTERICIA
HEPERTENSIÓN*	CEFALIA	QUEJURA	ANEMIA CLÍNICA
TAQUICARDIA*	DIÁFORESIS	ANURIA	DIARREA CON SANGRE
TAQUIPNEA*	ANSIEDAD	OLIGURIA	OTROS:
PRURITO*	MALESTAR GENERAL	TOS	
URTICARIA*	DOLOR RELIEVES FERNAL	BRONCOSPASMO	
ERITEMA*	DOLOR LUMBAR	DISNIA	
EXANTEMA CUTÁNEO*	DOLOR DORSAL	PURPURA	

*FAVOR DE CUANTIFICAR

*FAVOR DE LOCALIZAR

30/CLASIFIQUE

GRADO I (URTICARIA)

GRADO II (FEBRE)

GRADO III (ESCALOFRÍOS)

GRADO IV (PULSO DÉBIL, TORACICOS Y/O EN SÍMPT. APLICACIÓN, ANGSTIA, HIPERTURA)

NOTA: EN CASO DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL ESTE FORMATO DEBIDAMENTE REQUISITADO, SE ENTREGARÁ AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE, AL MISMO TIEMPO QUE LAS MUESTRAS SEGUN CONSIDERE PARA LOS ESTUDIOS NECESARIOS DE ACUERDO A SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS.

E/ENFERMERA QUE ATIENDE LA TRANSFUSIÓN
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

E/MÉDICO RESPONSABLE
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

24 MAR 2014 20:13

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Reporte y Seguimiento de Reacciones Transfusionales
(217B20000-260-13)

OBJETIVO:

Proporcionar un documento que facilite efectuar el reporte adecuado y oportuno de las reacciones transfusionales al servicio de medicina transfusional y/o servicio de pruebas pre-transfusionales, con la finalidad de realizar la trazabilidad del componente sanguíneo, así como las pruebas de laboratorio necesarias al paciente y a las muestras motivo del reporte.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original y una copia; original al banco de sangre/servicio transfusional, servicio de medicina transfusional y/o pruebas transfusionales que realizó la transfusión y la copia al expediente clínico.

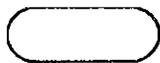
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la unidad médica, donde se encuentra el banco de sangre o servicio de transfusión que realiza las pruebas de compatibilidad sanguínea.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que realiza el reporte.
3	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	Anotar la calle, número exterior, número interior, colonia, localidad y/o municipio y entidad en la que se encuentra ubicado el banco de sangre que proporciona los productos sanguíneos.
4	TELÉFONO:	Registrar el número telefónico de la unidad hospitalaria.
5	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente que presentó la reacción transfusional.
6	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente para su identificación.
7	SERVICIO:	Anotar el nombre del servicio hospitalario que pertenece el paciente.
8	EDAD:	Anotar los años cumplidos del paciente.
9	GÉNERO:	Marcar con una "X" en el recuadro correspondiente al sexo del paciente
10	DIAGNÓSTICOS:	Anotar el diagnóstico (s) motivo de la transfusión.
11	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:	Anotar lo solicitado en cada recuadro.
12	GESTA:	Anotar el número de embarazos que ha tenido la paciente en toda su vida, incluyendo abortos y óbitos.
13	PARA:	Anotar el número de partos que ha tenido la paciente en toda su vida.
14	CESÁREA:	Anotar el número de cesáreas que ha tenido la paciente en toda su vida.
15	ABORTOS:	Anotar el número de abortos que ha tenido el paciente en toda su vida.
16	EHP:	Registrar si ha tenido productos con enfermedad hemolítica perinatal.
17	ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES:	Anotar si el paciente ha sido transfundido anteriormente.
18	FECHA DE LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN:	Anotar el día, mes y año de la última transfusión.

19	REACCIONES TRANSFUSIONALES:	Anotar si el paciente ha presentado reacciones transfusionales.
20	FECHA DE LA ÚLTIMA REACCIÓN TRANSFUSIONAL:	Anotar el día, mes y año de la última reacción transfusional (si ha tenido).
21	TIPO DE COMPONENTE EN LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL:	Anotar a que tipo de componente ha presentado reacción transfusional.
REACCIÓN TRANSFUSIONAL ACTUAL		
22	SIGNOS VITALES PRETRANSFUSIÓN:	Anotar la temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en el recuadro que corresponda.
23	FECHA Y HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN:	Anotar el día, mes, año y hora exacta en que se da inicio a la transfusión.
24	FECHA Y HORA DE INICIO DE LA REACCIÓN:	Anotar el día, mes, año y hora exacta en que presentó la reacción transfusional.
25	GRUPO SANGUÍNEO DEL PACIENTE:	Anotar el grupo sanguíneo del paciente.
26	GRUPO SANGUÍNEO TRANSFUNDIDO:	Anotar el grupo sanguíneo de la unidad transfundida.
27	No. UNIDAD, TIPO DE COMPONENTE Y VOLUMEN TRANSFUNDIDO:	Anotar el número(s) de la unidad sanguínea, el tipo de componente y el volumen transfundido.
28	MEDICAMENTOS QUE UTILIZA EL PACIENTE:	Anotar los medicamentos que está utilizando el paciente.
29	SINTOMATOLOGÍA PRINCIPAL PRESENTADA:	Marcar con una "X" en cada recuadro que presente síntoma o signo.
0	CLASIFIQUE:	Marcar con una "X" el grado de reacción transfusional.
31	ENFERMERA QUE APLICÓ LA TRANSFUSIÓN:	Anotar el nombre completo y firma de la enfermera que aplicó la transfusión.
32	MÉDICO RESPONSABLE:	Anotar el nombre completo y firma del médico responsable de la transfusión.

SIMBOLOGÍA

Para la elaboración de los diagramas, se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación, fueron en consideración a la simbología siguiente:

INICIO O FINAL DEL PROCESO



Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un procedimiento se anotará la palabra INICIO, en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra FIN.

OPERACIÓN



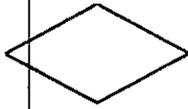
Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambian o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

LÍNEA CONTÍNUA



La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN



Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

FUERA DE FLUJO



Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS



Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s), es importante anotar dentro del símbolo el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO



Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

REGISTRO DE EDICIONES

Primera Edición (Noviembre de 2011): elaboración del Manual.

Segunda Edición (Diciembre de 2013): actualización del Manual.

DISTRIBUCIÓN

El original del Procedimiento: Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México, se encuentra en resguardo del Departamento del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Coordinación de Salud (1).
- Dirección de Servicios de Salud (1).
- Departamento de Desarrollo Institucional (1).
- Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (1).
- Servicios de Transfusión en Unidades Médicas del ISEM (60).

VALIDACIÓN

Mtro. César Nomar Gómez Monge
Secretario de Salud del Estado de México
(Rúbrica).

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora General del
Instituto de Salud del Estado de México
(Rúbrica).

M. en A. Fadul Vázquez Villarreal
Coordinador de Administración
y Finanzas
(Rúbrica).

Dr. José Pedro Montoya Moreno
Coordinador de Salud
(Rúbrica).

Lic. Jorge Elliot Rodríguez
Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa
(Rúbrica).

Dr. Ángel Salinas Arnaut
Director de Servicios de Salud
(Rúbrica).

Dra. Isis María López Baltazar
Jefa del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea
(Rúbrica).

ACTUALIZACIÓN

Procedimiento: "Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM, Toluca, México, noviembre de 2011. Primera Edición.

Procedimiento: "Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México", Toluca, México, Diciembre de 2013. Segunda Edición.

MP.-

© **Manuales de Procedimientos.**

Procedimiento: "Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del Sector Salud del Estado de México".

Secretaría de Salud

Responsable de su elaboración:

- Dra. Isis Ma. López Baltazar.
- Dr. Efraín Zaldívar Valdés.
- Dr. Eustaquio Martínez Martínez.
- Dra. Iracema Sánchez Romo.
- Dr. Octavio Escalona Hernández.
- L.T. Silvia Reynoso Díaz.

Responsable de su integración:

- Lic. Claudia Terán Cordero.
- Lic. Aldo Bastida Zamora.

Secretaría de Finanzas

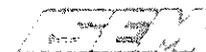
Subsecretaría de Administración

Dirección General de Innovación

Responsable de su revisión y dictaminación:

- Lic. Arturo Mejía González.

Toluca, México
Diciembre, 2013.



GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOVIEMBRE 2013

CONTENIDO

- I. PRESENTACIÓN.....
- II. BASE LEGAL.....
- III. OBJETIVO GENERAL.....
- IV. ALCANCE.....
- V. INSUMOS.....
- VI. POLÍTICAS.....
- VII. CRITERIOS DE OPERACIÓN.....
- VIII. DIAGRAMACIÓN.....
- IX. GLOSARIO.....
- X. APROBACIÓN.....
- FORMATOS E INSTRUCTIVOS.....
- ANEXOS.....
- VALIDACIÓN.....

I. PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, la Administración de Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

La presente Guía Técnico Administrativa documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de las unidades médicas del ISEM de manera organizada y brindando el mejor servicio a los usuarios. La estructura organizativa,

la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delimitan su gestión administrativa.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

II. BASE LEGAL

- **Reglamento de la Ley General de Salud.** Título Octavo Bis, Capítulo I, Artículo 166 Bis 1, Fracción II. Diario Oficial de la Federación, 24 de abril de 2013.
- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México,** Capítulo III, artículos del 15 al 19. Gaceta del Gobierno, sección primera, 12 de agosto de 2011.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII: Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, Coordinación de Salud, Gaceta del Gobierno, sección tercera, 20 de julio de 2011.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,** del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA2-2002,** sobre el manejo del RPBI. Diario Oficial de la Federación, 17 de febrero de 2003.

III. OBJETIVO GENERAL

Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente hospitalizado, y reducir la colonización bacteriana; así como también prevenir la lesión de mucosas y piel.

IV. ALCANCE

Aplica a todo el personal de enfermería que se ubica en los diferentes servicios hospitalarios de las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

V. INSUMOS

- Valoración de enfermería de acuerdo a los patrones de Marjory Gordon que detecta necesidad del paciente de ser bañado y aseado (Patrón I).

VI. POLÍTICAS GENERALES

- El personal de enfermería durante su horario laboral, deberá portar el uniforme y gafete institucional.
- El personal de enfermería deberá asear al paciente de manera rutinaria todos los días en el servicio hospitalario, de acuerdo a las condiciones del paciente.
- El personal de enfermería deberá respetar la individualidad del paciente.
- El personal de enfermería que realiza el aseo del paciente debe satisfacer la necesidad de higiene y confort del paciente.
- El personal de enfermería deberá evitar eventos adversos por caídas durante el aseo del paciente.
- El personal de enfermería que realiza el aseo del paciente deberá evitar dejarlo solo durante el procedimiento.
- Para el aseo del paciente se usarán de manera exclusiva los artículos personales que los familiares hayan llevado para tal fin.
- En caso necesario se solicitará el apoyo del camillero para la movilización del paciente.

VII. CRITERIOS DE OPERACIÓN

HIGIENE DEL PACIENTE

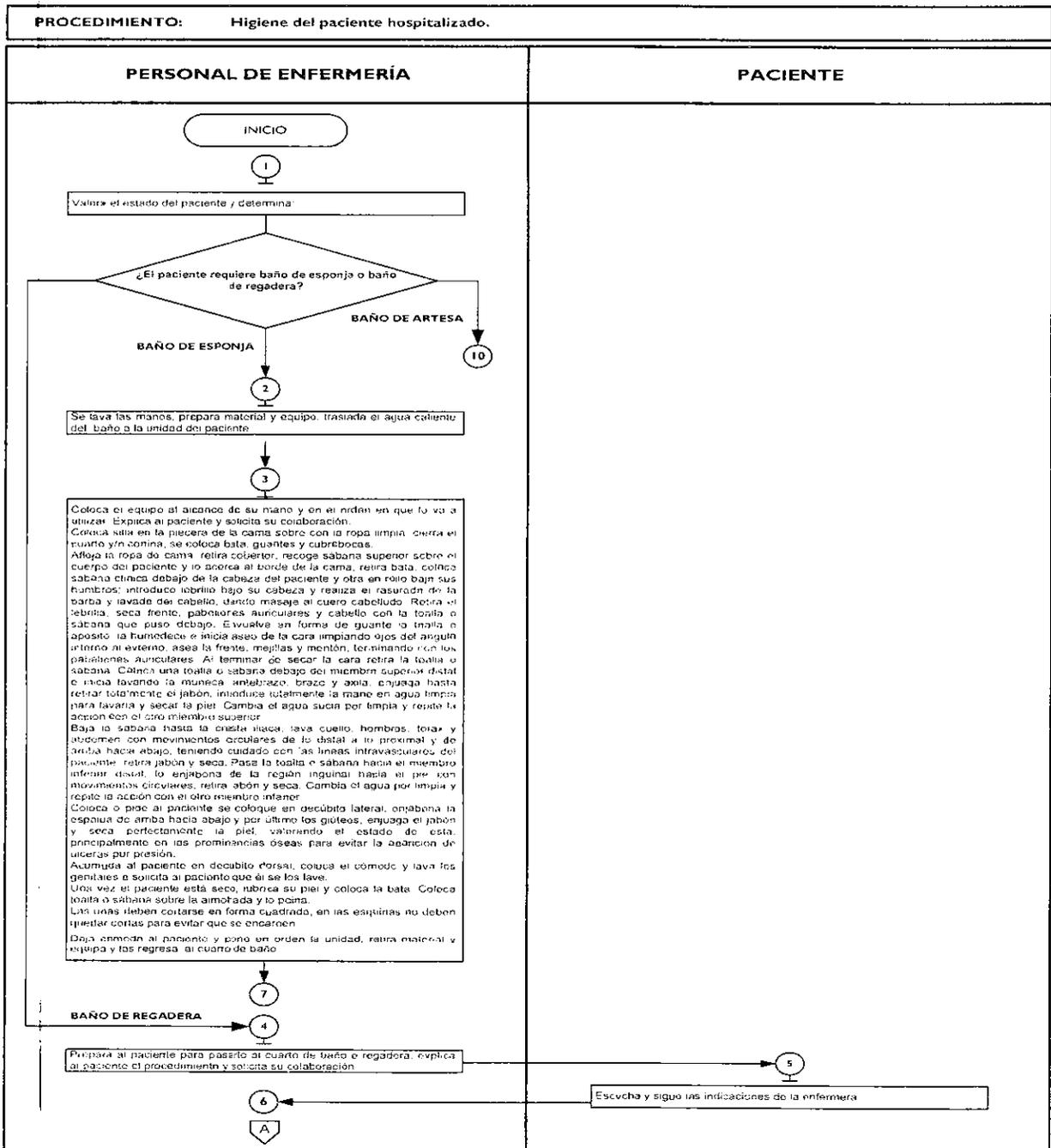
1	PERSONAL DE ENFERMERA	Valora la condición del paciente y determina: ¿El paciente requiere baño de esponja, baño de regadera o baño de artesa?
2	PERSONAL DE ENFERMERA	Es baño de esponja. Se lava las manos, prepara material y equipo requerido y traslada el agua caliente del cuarto de baño a la unidad del paciente.
3	PERSONAL DE ENFERMERA	Una vez en la unidad del paciente, coloca el equipo de modo que quede al alcance de su mano y en el orden en que lo va a utilizar. Explica al paciente el procedimiento y solicita su colaboración.

		<p>Coloca una silla en la piecera de la cama sobre la cual coloca la ropa limpia; cierra el cuarto y/o la cortina, y se coloca la bata, guantes y cubrebocas.</p> <p>Afloja la ropa de cama, retira la colcha y/o cobertor, recoge la sábana superior sobre el cuerpo del paciente y lo acerca hacia el borde de la cama del lado en que trabaja y retira la pijama o bata, coloca una sábana clínica debajo de la cabeza del paciente y otra hecha rollo bajo sus hombros; introduce un lebrillo bajo la cabeza del paciente y procede a realizar el rasurado de la barba y a realizar el lavado del cabello, dando masaje al cuero cabelludo con la punta de los dedos. Levanta la cabeza del paciente y retira el lebrillo, seca la frente, los pabelones auriculares y el cabello con la toalla o sábana que puso debajo. Envuelve en forma de guante la toalla o apósito, la humedece e inicia el aseo de la cara limpiando los ojos del ángulo interno al externo; después se asea la frente, mejillas y mentón, terminando con los pabelones auriculares. Al terminar de secar la cara del paciente retirar la toalla o sábana.</p> <p>Coloca una toalla o sábana debajo del miembro superior distal e inicia lavando la muñeca, antebrazo, brazo y axila; enjuaga hasta retirar totalmente el jabón, y por último introduce totalmente la mano en agua limpia para lavarla y secar la piel.</p> <p>Cambia el agua sucia por limpia y repite la acción anterior con el otro miembro superior.</p> <p>Baja la sábana hasta la cresta iliaca y lava la región en el siguiente orden: cuello, hombros tórax y abdomen con movimientos circulares de lo distal a lo proximal y de arriba hacia abajo, teniendo cuidado con las líneas intravasculares instaladas en el paciente; se retira el jabón y seca la región.</p> <p>Pasa la toalla o sábana hacia el miembro inferior distal, lo enjabona de la región inguinal hacia el pie con movimientos circulares, retira el jabón y seca la región.</p> <p>Cambia el agua sucia por limpia y repite la acción anterior con el otro miembro inferior.</p> <p>Coloca o pide al paciente que se coloque en decúbito lateral y enjabona la espalda de arriba hacia abajo y por último los glúteos; de la misma forma, enjuaga hasta retirar el jabón y seca perfectamente la piel, valorando el estado de ésta, principalmente en las prominencias óseas para evitar la aparición de úlceras por presión.</p> <p>Acomoda al paciente en decúbito dorsal, coloca el cómodo y lava los genitales o solicita al paciente que él se los lave.</p> <p>Una vez que el paciente está seco, lubrica la piel del mismo y le coloca o asiste en la colocación de la pijama o bata.</p> <p>Coloca una toalla o sábana sobre la almohada del paciente y procede a peinarlo. Para el corte de uñas deben seguirse las siguientes indicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Las uñas deben cortarse en forma cuadrada. 2.- En las esquinas no deben quedar cortas para evitar que se encarnen. <p>Deja cómodo al paciente y pone en orden la unidad, retira el material y equipo utilizados y los regresa al cuarto de baño,</p> <p>Se conecta con la operación 7.</p>
4	PERSONAL DE ENFERMERA	<p>Es baño de regadera.</p> <p>Prepara al paciente para pasarlo al cuarto de baño o regadera, explica al paciente el procedimiento y solicita su colaboración.</p>
5	PACIENTE	<p>Escucha y sigue las indicaciones de la enfermera.</p>
6	PERSONAL DE ENFERMERA	<p>Acerca la silla de ruedas al paciente, coloca las soluciones parenterales en el tripié y traslada al paciente al cuarto de baño o regadera junto con sus artículos de aseo personal sin desconectar las líneas intravasculares.</p> <p>Coloca los artículos de aseo personal de modo que quede al alcance de la mano del paciente y pueda utilizarlos sin ningún problema, cierra el cuarto de baño y/o la cortina, coloca un tapete antiderrapante y se coloca una silla si el estado del paciente lo requiere, abre las llaves del agua y regula su temperatura, ayuda al paciente a quitarse la bata o pijama si es necesario. Ayuda al paciente en su aseo si lo requiere, o solo vigila para evitar que pueda sufrir alguna caída. Si es paciente del servicio de traumatología sin tracción, solamente se cubre el área afectada con algún plástico o bolsa.</p>

		Al terminar, lo ayuda a secarse, a vestirse y lo acompaña a su cama para dejarlo cómodo, retira el material y equipo utilizados.
7	PERSONAL DE ENFERMERA	Para realizar la higiene bucal determina: ¿El paciente tiene colocado tubo endotraqueal?
8	PERSONAL DE ENFERMERA	No tiene colocado tubo endotraqueal. Una vez bañado el paciente, saca el cepillo y pasta dental del buró, coloca un vaso desechable con agua al lado de la cama en una mesa auxiliar, se lava las manos y se coloca guantes desechables. Coloca en posición semifowler al paciente, coloca una toalla debajo de la cabeza del paciente hasta los hombros para evitar que se humedezca o ensucie la ropa de cama. Coloca un poco de pasta en el cepillo, o en su defecto un abatelenguas envuelto con una gasa, y procede a realizar el cepillado de los dientes de la siguiente manera: a) Maxilar superior: mucosa, encías y dientes de arriba hacia abajo. b) Maxilar inferior: mucosa, encías y dientes de abajo hacia arriba. c) Cara interna de los dientes y superficie de masticación. d) Por último, la lengua y labios. Lo anterior se realiza con suavidad para evitar lesiones en encías y mucosas. Al final se coloca vaselina en los labios si considera necesario. Si el paciente utiliza prótesis dental, esta deberá colocarse en un vaso con agua y cepillarse antes de colocarse en la boca del paciente. Se conecta con la operación 12.
9	PERSONAL DE ENFERMERA	Si tiene colocado tubo endotraqueal. Se coloca a un lado de la cabeza del paciente, teniendo cuidado de no mover el tubo endotraqueal demasiado y se realiza aspiración de secreciones, si tiene secreciones visibles, pide ayuda a otra enfermera para que ésta estabilice el tubo con una mano, mientras que la enfermera que va a realizar el aseo bucal corta la cinta sucia y la retira, monitorizando en todo momento la saturación de oxígeno a través del monitor. Coloca un poco de pasta en el cepillo, o en su defecto un abatelenguas envuelto con una gasa, y procede a realizar el cepillado de los dientes de la siguiente manera: a) Maxilar superior: mucosa, encías y dientes de arriba hacia abajo. b) Maxilar inferior: mucosa, encías y dientes de abajo hacia arriba. c) Cara interna de los dientes y superficie de masticación. d) Por último, la lengua y labios. Lo anterior se realiza con suavidad para evitar lesiones en encías y mucosas. Al final se coloca vaselina en los labios si considera necesario. Se conecta con la operación 12.
10	PERSONAL DE ENFERMERA	Baño de artesa. Se lava las manos, prepara material y equipo requerido y lo traslada al cuarto de baño.
11	PERSONAL DE ENFERMERA	Realiza el baño solo si el neonato está estable, quita el pañal, retira la ropa, envuelve al niño en una toalla de baño. Toma al neonato en posición de balón de fútbol americano con el brazo no dominante y con la mano sujeta la cabeza; con los dedos pulgar y meñique cubre los oídos del neonato, y con la mano dominante frota con jabón neutro la cabeza del neonato con movimientos circulares. Vierte agua tibia verificando que no queden residuos de jabón en la cabeza, seca perfectamente la cabeza y cubre el fondo de la artesa con una compresa o pañal de tela para evitar que el bebé se resbale.

		<p>Descubre el cuerpo del neonato y lo introduce dentro de la artesa, sujeta al bebé por la espalda con la mano no dominante y con la dominante limpia con esponja impregnada de jabón neutro el cuello, dorso y extremidades. vierte agua y procede a limpiar espalda y genitales.</p> <p>Vierte agua tibia en todo el cuerpo, seca con una toalla limpia, lo recuesta sobre una superficie plana para movilizarlo con seguridad, lubrica la piel del neonato y procede a vestirlo empezando por la parte superior del cuerpo, deja cómodo al neonato y retira el equipo y material utilizado.</p>
12	PERSONAL DE ENFERMERA	Realiza las anotaciones correspondientes en el formato "Registro Clínico, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería".

VIII. DIAGRAMACIÓN



PROCEDIMIENTO: Higiene del paciente hospitalizado.

PERSINAL DE ENFERMERÍA

PACIENTE

A

6

Acerca la silla de ruedas, coloca las soluciones parenterales en el tripa y trasladada al paciente al cuarto de baño. Y sus artículos de aseo sin desconectar las líneas intravasculares. Coloca los artículos de aseo al alcance del paciente, cierra el cuarto de baño, coloca un tapete antiderrapante y coloca una silla si el estado del paciente lo requiere, regula la temperatura del agua, ayuda a quitarse la bata. Ayuda al paciente en su aseo si lo requiere, o solo vigila para evitar alguna caída. Si es paciente del servicio de traumatología sin tracción, solamente se cubre el área afectada con algún plástico o bolsa. Lo ayuda a secarse, a vestirse y lo acompaña a su cama, retira el material y equipo utilizados.

7

Para realizar la higiene bucal determina

¿El paciente tiene colocado tubo endotraqueal?

NO TIENE TUBO ENDOTRAQUEAL

8

Saca el cepillo y pasta dental del buro, coloca un vaso desechable con agua al lado de la cama, se lava las manos y se coloca guantes desechables.
Coloca en posición semifowler al paciente, coloca una toalla debajo de la cabeza de paciente hasta los hombros para evitar que se humedezca la ropa de cama. Coloca pasta en el cepillo, o en su defecto un abatelengüas envuelto con una gasa, y realiza el cepillado de dientes:
a) Maxilar superior: mucosa, encías y dientes de arriba hacia abajo.
b) Maxilar inferior: mucosa, encías y dientes de abajo hacia arriba.
c) Cara interna de los dientes y superficie de masticación.
d) Por último: la lengua y labios.
Con suavidad para evitar lesiones en encías y mucosas.
Al final se coloca vaselina en los labios si considera necesario.
Si el paciente utiliza prótesis dental, esta deberá colocarse en un vaso con agua y cepillarse antes de colocarse en la boca del paciente.

12

SI TIENE TUBO ENDOTRAQUEAL

9

Se coloca a un lado de la cabeza del paciente, teniendo cuidado de no mover el tubo endotraqueal demasiado y se realiza aspiración de secreciones si tiene secreciones visibles, pide ayuda a otra enfermera para que esta estabilice el tubo con una mano, mientras que la enfermera que va a realizar el aseo bucal corta la cinta sucia y la retira, monitorizando en todo momento la saturación de oxígeno a través del monitor.
Coloca un poco de pasta en el cepillo, o en su defecto un abatelengüas envuelto con una gasa, y procede a realizar el cepillado de los dientes de la siguiente manera:
a) Maxilar superior: mucosa, encías y dientes de arriba hacia abajo.
b) Maxilar inferior: mucosa, encías y dientes de abajo hacia arriba.
c) Cara interna de los dientes y superficie de masticación.
d) Por último: la lengua y labios.
Lo anterior se realiza con suavidad para evitar lesiones en encías y mucosas. Al final se coloca vaselina en los labios si considera necesario.

12

B

PROCEDIMIENTO: Higiene del paciente hospitalizado.

PERSONAL DE ENFERMERÍA	PACIENTE
<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">II</p> <p>Se lava las manos, prepara material y equipo requerido, lo traslada al cuarto de baño.</p> <p style="text-align: center;">III</p> <p>Quita el pañal, retira la ropa, envuelve al niño en una toalla de baño, lo toma en posición de balón con el brazo no dominante y con la mano sujeta la cabeza; con los dedos pulgar y meñique cubre los oídos del neonato, y con la mano dominante frota con jabón neutro la cabeza del neonato con movimientos circulares.</p> <p>Vierte agua tibia verificando que no queden residuos de jabón en la cabeza, seca perfectamente la cabeza y cubre el fondo de la artesa con una compresa o pañal de tela para evitar que el bebé se resbale.</p> <p>Descubre el cuerpo del neonato y lo introduce a la artesa, sujeta al bebé por la espalda con la mano no dominante y con la dominante limpia con esponja impregnada de jabón neutro el cuello, dorso y extremidades, vierte agua y procede a limpiar espalda y genitales.</p> <p>Vierte agua tibia en todo el cuerpo, seca con una toalla limpia, lo recuesta sobre una superficie plana para movilizarlo con seguridad, lubrica la piel del neonato y procede a vestirlo, deja cómodo al neonato y retira el equipo y material utilizado.</p> <p style="text-align: center;">IV</p> <p>Realiza las anotaciones correspondientes en el formato "Registro Clínico, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería".</p> <p style="text-align: center;">FIN</p>	

IX. GLOSARIO

BAÑO DE ESPONJA: Limpieza general que se le proporciona a un paciente en su cama cuando por su condición o patología no puede o no le está permitido bañarse en tina o regadera.

BAÑO DE REGADERA: Limpieza general que realiza el propio paciente en la regadera del cuarto de baño, cuando su condición se lo permite.

BAÑO DE ARTESA: Baño que se proporciona al Recién Nacido en una artesa o donde hay agua que corre.

LEBRILLO: Recipiente de acero inoxidable que se utiliza para proporcionar baño de esponja al paciente hospitalizado.

MIEMBRO SUPERIOR DISTAL: Parte del cuerpo humano que está formado por cuatro partes: hombro, brazo, antebrazo y mano. También se le conoce como miembro torácico; y se refiere como distal cuando se aleja en relación a la línea media.

CRESTA ILIACA: Nombre que se le da al borde superior del hueso iliaco.

LÍNEAS INTRAVASCULARES: Son los dispositivos mediante los cuales se administran diversos fluidos directamente al sistema vascular.

MIEMBRO INFERIOR DISTAL: Parte del cuerpo humano que se encuentra unida al tronco a través de la pelvis mediante la articulación de la cadera y se compone de cinco partes principales: muslo, rodilla, pierna, tobillo y pie. También se le conoce como miembro pélvico; y se refiere como distal cuando se aleja en relación a la línea media.

REGIÓN INGUINAL: Se ubica en la zona anterior de la pared antero-lateral del abdomen que rodea el conducto inguinal, a ambos lados de la región púbica.

DECÚBITO LATERAL: Posición en la que el cuerpo está recostado sobre uno de sus lados.

PROMINENCIAS ÓSEAS: Son aquellas irregularidades óseas que sobresalen de la superficie del hueso.

ÚLCERA POR PRESIÓN: Es cualquier daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.

DECÚBITO DORSAL: Posición en la que el cuerpo está recostado sobre la región dorsal.

SOLUCIONES PARENTERALES: Solución inyectable en base acuosa, estéril y apirógena, destinada a la administración intravenosa, contenida en un recipiente para uso único.

POSICIÓN SEMIFOWLER: Postura donde el cuerpo relaja los músculos abdominales permitiendo una mejor ventilación y comodidad del paciente. En esta posición el paciente se ubica sobre su cama en una posición semisentada de aproximadamente 45 a 60°.

TUBO ENDOTRAQUEAL: Catéter de luz gruesa que se introduce en la tráquea a través de la boca para administrar oxígeno.

X. APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 192, aprobó la presente "**Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la Higiene del Paciente Hospitalizado**", la cual contiene la información referente a consideraciones generales y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en materia de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
28 de Febrero de 2014	ISE/192/014

Lic. Manuel Marcué Díaz
 Director de Administración y
 Secretario del Consejo Interno.
 (Rúbrica).



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON) (57)

VARIABLE	OBSERVACIÓN	CAL.	MATUTINO			VESPERTINO			NOCTURNO		
			POPA	POPE	POPA	POPA	POPE	POPA	POPA	POPE	POPA
CAIDAS PREVIAS	No	0									
	Si	1									
MEDICACIÓN	Ninguna	0									
	Tranquilizantes – sedante	1									
	Antibióticos	1									
	Hipertensores (no diuréticos)	1									
	Anti glicemicones	1									
	Anticoagulantes	1									
	Estimulantes cardíacos	1									
DÉFICIT SENSORIALES	Vigilancia	0									
	Atenciones visuales	1									
ESTADO MENTAL	Atenciones auditivas	1									
	Entendimiento (NORMA)	1									
DE AMBULACIÓN	Ortosis	0									
	Calzado	1									
DE AMBULACIÓN	Almohada	0									
	Seguro con ruedas / con frenos	1									
DE AMBULACIÓN	Almohada con ruedas / con frenos	1									
	Almohada	1									
TOTAL											
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO											
NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA (O) QUE VALORA											
INTERVENCIONES / RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDA	TURNO MATUTINO			TURNO VESPERTINO			TURNO NOCTURNO				

INTERPRETACIÓN: TODOS LOS PACIENTES CON 10 O MAS PUNTOS EN ESTA CLASIFICACIÓN SE CONSIDERAN DE ALTO RIESGO PARA CAER.

ESCALA DE HORTON (58)

ESCALA	PARÁMETRO	VALOR	MATUTINO			VESPERTINO			NOCTURNO			INTERVENCIONES DE ACUERDO AL RIESGO
			POPA	POPE	POPA	POPA	POPE	POPA	POPE			
ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno: refuerzo capilar ligero	4									TURNO MATUTINO	
	Mediano: refuerzo capilar tenue	3										
	Regular: ligero edema	2										
	Muy malo: edema generalizado	1										
ESTADO MENTAL	Abierta	4									TURNO VESPERTINO	
	Apática	3										
	Confuso	2										
	¿apático y confuso	1										
ACTIVIDAD	Autónoma	4									TURNO NOCTURNO	
	Con ayuda	3										
	Sedada	2										
	Intubada	1										
MOVILIDAD	Total	4										
	Desorientada	3										
	Muy limitada	2										
	Imóvil	1										
INCONTINENCIA	Ingesta	4										
	Ósculo	3										
	Ósculo o fecal	2										
	Ósculo y fecal	1										
TOTAL												
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO												
NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA (O) QUE VALORA												

INTERPRETACIÓN: EN EL TURNO MATUTINO EL RIESGO DE CAER EN LOS PACIENTES CON UN PUNTO EN ESTA ESCALA SE CONSIDERA DE ALTO RIESGO PARA CAER.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO**REGISTRO CLÍNICO, ESQUEMA TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA****Objetivo:**

Registrar las intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería en la atención clínica de pacientes.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original al ingreso del paciente a los diferentes servicios de hospitalización y cada 24 horas y se anexa al expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir nombre(s) completo y apellidos del paciente; en caso de paciente desconocido, anotar " DESCONOCIDO " y el número 1 o número progresivo en caso de existir más pacientes en las mismas condiciones.
2	SERVICIO O ÁREA	Escribir nombre del servicio o área en que se encuentra el paciente. En caso de traslado a otro servicio encerrar con un paréntesis el nombre del servicio anterior y anotar enseguida el servicio al que ingresa.
3	FECHA	Escribir con números arábigos la fecha correspondiente al día en que se registra la información, utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa .
4	F. DE INGRESO AL HOSPITAL	Registrar correctamente con números arábigos la fecha de ingreso del paciente al hospital, utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa .
5	F. DE NACIMIENTO	Anotar fecha completa de nacimiento del paciente utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa .
6	GRUPO Y RH	Anotar grupo sanguíneo del paciente y factor RH.
7	CAMA/CAMILLA	Registrar con números arábigos y en forma correcta y legible el número de cama o camilla asignado. En caso de cambio encerrar en un paréntesis el número y registrar la nueva cama o camilla.
8	H. INGRESO	Asentar la hora exacta en que el paciente ingresa al servicio. Utilizando el siguiente formato de 24 horas hh:mm .
9	DÍAS HOSPITALIZACIÓN	Escribir con números arábigos y de forma consecutiva los días de estancia en hospitalización, utilizando el siguiente formato 0, 01, 02, 03 etc.
10	EDAD	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
11	PESO	Registrar en forma legible y clara en kilogramos (kg) el peso del paciente, actualizados diariamente (Sólo en caso que su padecimiento o tratamiento lo requiera).
12	TALLA	Registrar legible y claramente la talla en metros y centímetros.
13	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registrar de manera legible el diagnóstico médico de ingreso y el diagnóstico médico actualizado que se refiere en el expediente clínico.
14	GÉNERO: MASC. () FEM. ()	Marcar con una (X) según corresponda: MASC. Masculino o FEM. Femenino.
15	HABITUS EXTERIOR (Edo. de conciencia)	Registrar el estado de conciencia en que se encuentre el paciente.

16	NO. EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente asignado por el archivo clínico, en los pacientes de urgencias, registrar el número de folio de ingreso: NO REGISTRAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE TRANSITORIO.
17	CDBERTURA: SP () PA () OTRO ()	Marcar con una (X) la cobertura que corresponda, (SP) Seguro popular, (PA) Población abierta, (OTRO) cualquier otra opción de derechohabientes.
18	Alergias: -Medicamentos: -Alimentos: -Otros:	Registrar el nombre de medicamentos, alimentos u otras sustancias a las que refiera ser alérgico el paciente. En caso de que no se conozcan registrar DESCONOCIDAS en el espacio de otros.
19	SIGNOS VITALES	Registrar la cifra de frecuencia cardíaca, temperatura y presión arterial de manera gráfica, en los espacios y horarios correspondientes, de la siguiente manera: Frecuencia cardíaca: () color del turno. ● Presión arterial: T/A sistólica (V), T/A diastólica (Λ), color del turno. Temperatura: color rojo. (*) TODOS LOS TURNOS. Unir los puntos que correspondan a la temperatura y a la frecuencia cardíaca.
20	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Anotar con números arábigos la cifra de frecuencia respiratoria.
21	SP02 %	Anotar el porcentaje de saturación capilar de oxígeno.
22	TAM	Registrar el resultado de la cifra de presión arterial media, aplicando la siguiente fórmula: $\frac{PAS-PAD+diastólica}{3}=TAM$
23	PVC cm H2O	Escribir con números arábigos la cifra de Presión Venosa Central (PVC), expresada en cm. de agua.
24	PERÍMETROS:	Registrar en centímetros, la cifra correspondiente al "perímetro torácico, perímetro abdominal, perímetro cefálico", de acuerdo al parámetro a evaluar.
25	GLICEMIA CAP. Mg/dl	Anotar en el espacio correspondiente al horario, el resultado de glicemia capilar registrada, expresado en mg/dl.
26	INSULINOTERAPIA U.I.	Asentar en el espacio correspondiente al horario, la dosis de insulina aplicada al paciente y el tipo de insulina aplicado, utilizando las siguientes siglas. (IAR): insulina de acción rápida, (NPH): insulina de acción intermedia, (Glar): para insulina glargina.
27	LLENADO CAPILAR Seg.	Escribir con número, el tiempo en segundos del llenado capilar distal.
28	COLORACIÓN	Registrar la coloración de la piel utilizando las siguientes abreviaturas: (I)-ICTÉRICO; (P)-PÁLIDO; (RB) - RUBICUNDO; (R)-ROSADO; (M)-MARMÓREO; (C)-CIANÓTICO; (T)-TERROSO.
29	ACTIVIDAD	Registrar la actividad evaluada en el paciente, utilizando las siguientes abreviaturas: (++) ACTIVO SIN ESTÍMULO; (+) ACTIVO AL ESTÍMULO; (-) FLÁCIDO; (T) TEMBLORES FINOS; (I) IRRITABLE; (E) ESPÁSTICO; (R) RÍGIDO.
30	TIPO DE DIETA	Escribir el tipo de dieta prescrita en las indicaciones, o en su caso registrar "ayuno", cuando así aplique.
31	VÍA ORAL	Registrar en mililitros en el espacio que corresponda al horario, la cantidad de dieta ingerida por vía oral.
32	VÍA ENTERAL	Anotar en mililitros en el espacio que corresponda al horario, la cantidad de líquidos o dieta administrada por vía enteral a través de sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal, gastrostomía o yeyunostomía.
33	HEMODERIVADOS	Escribir en el espacio que corresponda al horario, la cantidad en mililitros administrada de HEMODERIVADOS , seguido de las siguientes abreviaturas para especificar el tipo de hemoderivado: (PFC) plasma fresco concentrado; (CE) concentrado eritrocitario, CRIQ: crio precipitados; POOL: Pool plaquetario.

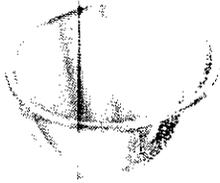
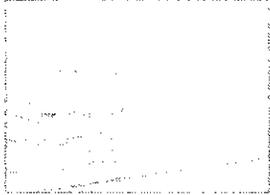
34	MEDICAMENTOS	Anotar en el espacio que corresponda al horario, la cantidad de líquidos expresada en mililitros, utilizada en la administración y dilución de medicamentos.
35	VÍA PARENTERAL	Registrar en forma horaria, la cantidad en mililitros administrados de la solución de base.
36	ESPACIOS EN BLANCO	Registrar infusiones de medicamentos, cargas o cualquier otro tipo de solución intravenosa administrada. EL REGISTRO DE INFUSIONES CON ELECTROLITOS CONCENTRADOS, INSULINAS, ANTICOAGULANTES, CITOTÓXICOS, MEDICAMENTOS RADIATIVOS Y DE NATURALEZA SIMILAR, SE ESCRIBIRÁN CON TINTA ROJA, SUBRAYANDO EL MEDICAMENTO CONTENIDO. Para especificar la hora de inicio de la solución registrada, se colocará una letra (I) de inicio y una (T) de término en la columna de la hora que corresponda.
37	INGRESO PARCIAL T. MATUTINO: T. VESPERTINO: T. NOCTURNO:	Escribir en el espacio correspondiente al turno, el resultado de la sumatoria total de ingresos administrados durante el turno.
38	DIURESIS	Registrar en el horario que corresponda la cantidad de diuresis expresada en mililitros. Las características macroscópicas se anotarán en la nota de enfermería
39	EVACUACIONES	Escribir en el horario que corresponda la cantidad en mililitros de las evacuaciones presentadas durante el turno. Las características se registrarán en la nota de enfermería.
40	SANGRADO	Asentar con número arábigos, la cantidad en mililitros del sangrado presentado durante el turno.
41	VÓMITO	Escribir la cuantificación en mililitros de las pérdidas por vómito presentadas durante el turno, las características se registrarán en la nota de enfermería.
42	ASPIRACIÓN/BOCA CANULA	Escribir la cuantificación en mililitros de las secreciones traqueo-bronquiales aspiradas o expectoradas durante el turno, las características se registrarán en la nota de enfermería.
43	C. GASTRICO	Anotar con números arábigos la cantidad en mililitros del gasto por sonda nasogástrica u orogástrica presentada durante el turno.
44	DRENAJE(S)	Escribir la cuantificación en mililitros de las secreciones drenadas a través de sonda endopleural, penrose, drenovac, etc., cuantificadas durante el turno, las características se registrarán en la nota de enfermería.
45	ESPACIOS EN BLANCO	Espacios para registrar otra forma de egresos presentadas durante el turno "pleurostomias, penrose," etc.
46	PERDIDAS INSENSIBLES	Registrar la cantidad en mililitros de las pérdidas insensibles, calcular a través de la siguiente fórmula: pacientes de + 30 KG: PesoX15÷24=Perdida por hora. Pacientes con fiebre, febrícula o diaforesis sumar el resultado de la siguiente fórmula: Constante X Peso÷hora Constantes: 0.5 T° 36°C a 37.4°C 0.75 T° 37.5°C a 37.9°C 1 T° + 38°C
47	EGRESO PARCIAL	Escribir en el espacio correspondiente al turno el resultado de la sumatoria de egresos presentados durante el turno.
48	BALANCE PARCIAL I: Ingresos E: Egresos T: Total	Registrar el resultado del balance parcial de ingresos de turno a través de la siguiente fórmula: I - E = T Cuando la cantidad de egresos sea mayor a la de los ingresos, el balance parcial será negativo (-), en el caso contrario será (+).
49	BALANCE TOTAL	El turno nocturno o el resto de los turnos previo al egreso del paciente, registrarán el resultado de la sumatoria total de los ingresos parciales por turno " INGRESOS " menos el resultado de la sumatoria de los egresos parciales por turno " EGRESOS ", registrando el

		resultado en el rubro BALANCE TOTAL 24 HRS , cuando la cantidad de egresos sea mayor a la de los ingresos, el balance parcial será negativo (-), en el caso contrario será (+).
50	MEDICAMENTOS	Anotar en el espacio correspondiente fecha de inicio, nombre del medicamento, dosis, vía, frecuencia "c/8 hrs, c/6 hrs, etc." y horario de aplicación de los medicamentos administrados, los cuales serán circulados una vez que se ministren.
51	PARÁMETROS VENTILATORIOS	Registrar en los espacios la cifra que corresponda a cada parámetro anotando el Modo de ventilación (Presión asisto control, ciclada por volumen, CPAP, SIMV), y registrar los siguientes parámetros: FiO2 (Fracción inspiratoria de oxígeno). SpO2 (Saturación de oxígeno) FR (Frecuencia respiratoria) VOL. CORRIENTE (Volumen corriente) PEEP (Presión positiva al final de la espiración) P. INSPIR. (Presión inspiratoria) P. PICO (Presión pico) P.MESETA (Presión meseta)
52	VALORACIÓN DE LA PIEL	Señalar en la figura humana el número correspondiente a la lesión o alteración dérmica identificada en el paciente, utilizando la siguiente nomenclatura: 1. QUEMADURA 5. HERIDA. PENETRANTE 7. ENFISEMA SUBC. 2. ÚLCERA X PRESIÓN 6. DERMOABRASIÓN 10. HEMATOMA 3. CIANOSIS/NECROSIS 7. RASH 11. PUNCIONES M.Sp. 4. HERIDA QUIRÚRGICA 8. EQUIMOSIS 12. PUNCIONES M.Is.
53	ESCALA DE NIVEL DE SEDACIÓN DE RAMSAY	Registrar la hora y el resultado del puntaje obtenido de la evaluación de la escala de sedación de Ramsay.
54	ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR	Registrar la hora y el resultado del puntaje obtenido de la evaluación del dolor a través de la escala de rostros, la cual se utilizará para pacientes que no pueden expresar de manera verbal la cuantificación numérica del dolor y para pacientes que lo puedan determinar en forma verbal se utilizará la escala numérica.
55	ESCALA DE COMA DE GLASGOW	Registrar la hora y el resultado del puntaje obtenido de la evaluación de la escala de coma de Glasgow, la frecuencia de valoración se realizará de acuerdo al estado del paciente.
56	VALORACIÓN PUPILAR	Anotar el resultado de la evaluación pupilar D: derecha e I: izquierda, la cual se evaluará con ayuda del gráfico integrado, de la misma manera registrar la simetría entre ambas pupilas entre una las siguientes variables: isocóricas "igual tamaño", anisocóricas "una más grande que la otra".
57	ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA (J.H. DOWNTON)	Registrar de manera numérica la calificación asignada a cada variable evaluada, registrando la hora en el apartado correspondiente y anotar el resultado de la sumatoria en el espacio de TOTAL obtenido en la evaluación de la escala de riesgo de caídas (J.H. DOWNTON). Anotar nombre completo y firma de la enfermera (o) que realiza la evaluación. En el espacio de INTERVENCIONES DE ACUERDO AL RIESGO se registraran las actividades que el personal de enfermería aplicó de acuerdo a la valoración.
58	ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (NORTON)	Anotar de manera numérica la calificación asignada a cada variable evaluada, registrando la hora en el apartado correspondiente y anotar el resultado de la sumatoria en el espacio del TOTAL obtenido en la evaluación de la escala de valoración de riesgo de úlcera por presión (Norton), registrando la clasificación del riesgo de acuerdo al puntaje obtenido. Anotar nombre completo y firma de la enfermera (o) que realiza la evaluación. En el espacio de INTERVENCIONES DE ACUERDO AL RIESGO se registraran las actividades que el personal de enfermería llevó a cabo.
59	CONTROL DE DISPOSITIVOS INVASIVOS	Anotar en el tipo de dispositivo invasivo que aplique considerando la siguiente información: CALIBRE, FECHA DE INSTALACIÓN, SITIO DE INSTALACIÓN, NOMBRE DE QUIEN INSTALO; DÍAS DE INSTALACIÓN, FECHA DE CAMBIO con tres filas para otros dispositivos como línea de transferencia, catéter Tenckhoff, etc.
60	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	Marcar con una (√) el o los diagnósticos clínicos de enfermería de la NANDA, que se identifiquen por turno, de acuerdo a las manifestaciones objetivas y/o subjetivas del paciente.

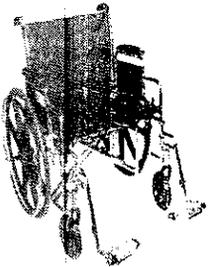
61	NOTA DE ENFERMERÍA	Describir los problemas de salud identificados en el paciente que no hayan sido registrados en las diversas escalas de valoración, así mismo registrar las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería durante el turno o el procedimiento, expresadas en forma ordenada y fundamentada, reflejando el estado del paciente, jerarquizando necesidades de atención de acuerdo al Plan de Cuidados de Enfermería y considerando el orden siguiente: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación. En caso de haber concluido la nota, y se presente un evento relevante nuevamente, se anotará la hora registrando las observaciones e intervenciones de dicho evento.
62	NOMBRE (S) COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA (O)	Anotar nombre completo de la enfermera(o) que realiza el llenado del formato. Antecedido del perfil profesional que corresponda, considerando la siguiente nomenclatura: Mtra. (o) Maestra (o), L.E. Licenciada (o) Enfermería, E.E. Enfermera (o) Especialista, E.G. Enfermera (o) General, E.Aux. Enfermera Auxiliar.

ANEXOS

MATERIAL Y EQUIPO PARA EL BAÑO DE ESPONJA

			
Lebrillo	Sábanas	Toalla	Jabón

MATERIAL Y EQUIPO PARA BAÑO DE REGADERA

			
Silla de Ruedas	Tripie	Toalla	Jabón

ASEO DEL CABELLO



ASEO DE EXTREMIDADES SUPERIORES



ASEO DE EXTREMIDADES INFERIORES



ASEO BUCAL



VALIDACIÓN

Mtro. César Nomar Gómez Monge
Secretario de Salud
(Rúbrica).

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora General del ISEM
(Rúbrica).

Dr. José Pedro Montoya Moreno
Coordinador de Salud
(Rúbrica).

Mtro. Fadul Vázquez Villarreal
Coordinador de Administración y Finanzas
(Rúbrica).

Lic. Jorge Elliot Rodríguez
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa
(Rúbrica).

Mtra. Beatriz García López
Responsable de la Unidad de Enfermería
(Rúbrica).

GTA.-

© Guía Técnico Administrativa.

Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la higiene del paciente hospitalizado.

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsable de su elaboración:

Mtra. Beatriz García López

Lic. Roberto Ramírez Jardón

Colaboradores:
EASE Dulce María Juárez Castillo
Lic. Ma. De la Luz del Toro Rodríguez
Lic. Martha Camacho Jiménez
Lic. Consuelo Martínez Alcántara
Lic. Balbina Aris Serrano
Lic. Norma González García
E.G. Norma Ortiz Ortega

Responsable de su integración:
Lic. Claudia Terán Cordero
L.Com. Zelma Liz Kuhn Orozco

Toluca, México
Noviembre 2013.



GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOVIEMBRE 2013

CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN
II.	BASE LEGAL
III.	OBJETIVO GENERAL
IV.	ALCANCE

V.	INSUMOS.....
VI.	POLÍTICAS.....
VII.	CRITERIOS DE OPERACIÓN.....
VIII.	DIAGRAMACIÓN.....
IX.	GLOSARIO.....
X.	APROBACIÓN.....
	FORMATOS E INSTRUCTIVOS.....
	ANEXOS.....
	VALIDACIÓN.....

I. PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, la Administración del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

La presente Guía Técnica documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de las diferentes unidades aplicativas del ISEM de manera organizada y brindando el mejor servicio a los usuarios. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean su gestión administrativa.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

II. BASE LEGAL

- **Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010** Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación. Diario Oficial de la Federación, 4 de marzo de 2011.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-1993** Etiquetado de Medicamentos Diario Oficial de la Federación, 19 de diciembre de 1994.
- **Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-022-SSA3-2007** Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión, en los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 5 de octubre de 2010.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre 2012.

III. OBJETIVO GENERAL

Mantener un aporte de líquidos y nutrientes óptimos para el paciente, ya sea por vía oral, cuando el estado del paciente lo permite o bien por sonda nasogástrica o vía intravenosa; cuando el estado de salud del paciente lo requiere.

IV. ALCANCE.

Personal de enfermería de áreas de urgencias y hospitalización de las diferentes unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México

V. INSUMOS.

- “Notas de Evolución e indicaciones médicas”

VI. POLÍTICAS GENERALES

- El personal de enfermería deberá portar el uniforme y gafete institucional.
- La asistencia en la alimentación deberá ser realizada por el personal de enfermería a cargo del paciente, según el servicio.
- En caso de que el paciente hospitalizado pueda cubrir la necesidad de alimentación, el personal de enfermería deberá solamente proporcionar los insumos a éste.
- En caso de ser ingreso o de iniciar alimentación enteral, el personal de enfermería deberá colocar la sonda nasogástrica conforme al procedimiento.
- El personal de enfermería deberá realizar limpieza diaria tanto de las fosas nasales como de la boca y cambio diario del esparadrapo de fijación.
- Para las unidades que no cuenten con jefe de servicio, el personal responsable será, el personal de enfermería encargado del servicio, la supervisora o jefe de enfermeras.
- El Servicio de Nutrición y Dietética deberá mantener la nutrición parenteral en refrigeración y retirar del refrigerador 15 minutos antes de su infusión.
- El personal de enfermería no deberá usar la línea de nutrición parenteral para otros propósitos como administración de medicamentos o toma de muestras sanguíneas.
- Toda NPT entregada por el servicio de Nutrición deberá contener nombre completo del paciente, número de cama, servicio, su composición y velocidad de infusión.
- El personal de enfermería no deberá reinstalar una solución descontinuada o retirada.

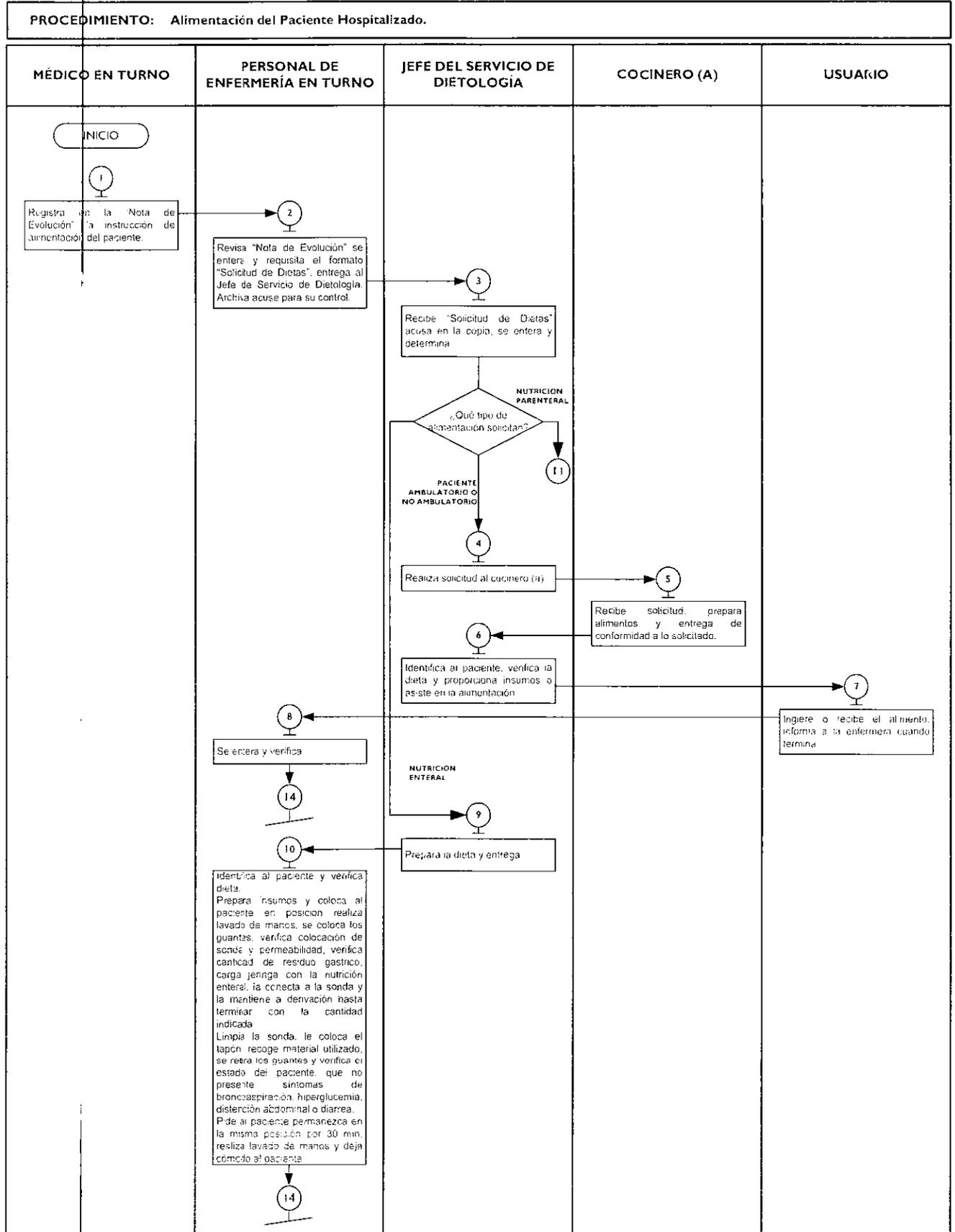
VII. CRITERIOS DE OPERACIÓN**ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**

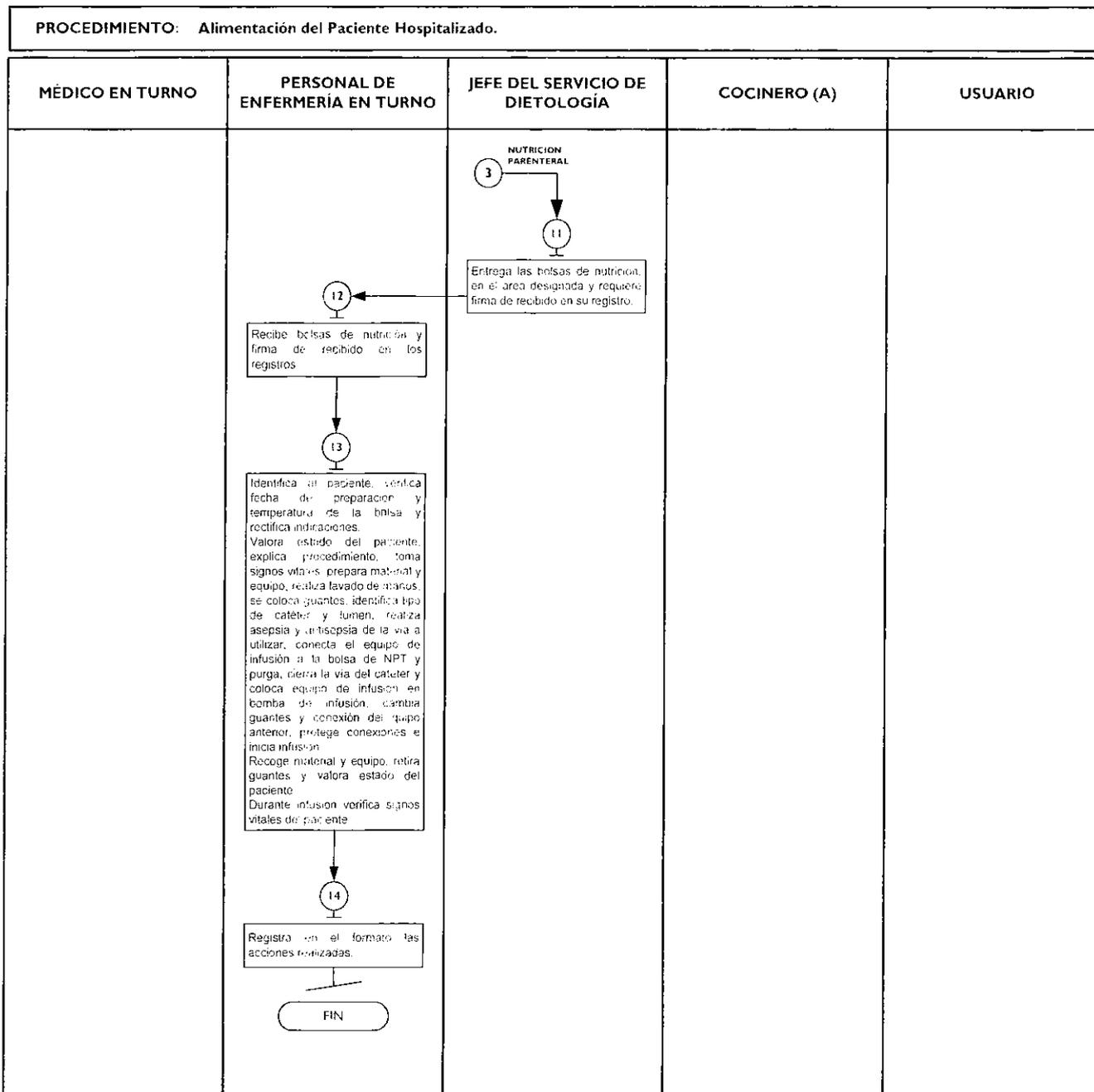
1	MEDICO EN TURNO	Registra en la “Nota de Evolución” la instrucción para la alimentación del paciente de acuerdo al diagnóstico establecido.
2	PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO	Revisa “Nota de Evolución” se entera y requisita el formato “Solicitud de Dietas” en original y copia como acuse. Entrega formato al Jefe de Servicio de Dietología para su atención. Archiva acuse para su control.
3	JEFE DEL SERVICIO DE DIETOLOGÍA	Recibe formato “Solicitud de Dietas” acusa en la copia, revisa, se entera y determina: ¿Qué tipo de alimentación solicitan?
4	JEFE DEL SERVICIO DE DIETOLOGÍA	Es alimentación para el paciente ambulatorio o no ambulatorio. Realiza solicitud al cocinero (a).
5	COCINERO (A)	Recibe solicitud, prepara alimentos y entrega al paciente de conformidad a lo solicitado.
6	PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO	Identifica al paciente y verifica que la dieta entregada corresponda a la dieta solicitada. Proporciona insumos o asiste en la alimentación del usuario.

- 7 **USUARIO** Ingiere o recibe el alimento, informa al personal de enfermería cuando termina.
- 8 **PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO** Se entera y verifica que el usuario se haya alimentado correctamente.
Se conecta con la operación 14.
- 9 **JEFE DEL SERVICIO DE DIETOLOGÍA** **Es nutrición enteral.**
Prepara la dieta y entrega al personal de enfermería en turno.
- 10 **PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO** Identifica al paciente y verifica que la dieta entregada corresponda a la solicitada.
Prepara insumos y coloca al paciente en posición de fowler o semifowler, realiza un estricto lavado de manos antes de manipular la nutrición enteral, se coloca los guantes, verifica la adecuada colocación de la sonda y su permeabilidad, verifica cantidad de residuo gástrico, carga la jeringa asepto con la nutrición enteral, conecta la jeringa a la sonda nasogástrica y la mantiene a derivación para introducir la alimentación, hasta terminar con la cantidad indicada.
Limpia con agua estéril o líquidos indicados la sonda nasogástrica, le coloca el tapón, recoge material utilizado, se retira los guantes y verifica el estado del paciente asegurándose que no presente síntomas de broncoaspiración, hiperglucemia, distensión abdominal o diarrea.
Pide al paciente permanezca en la misma posición por al menos 30 minutos, para disminuir el riesgo de broncoaspiración, realiza lavado de manos y deja cómodo al paciente
Se conecta con operación 14.
- 11 **JEFE DEL SERVICIO DE DIETOLOGÍA** **Es nutrición parenteral.**
Entrega al personal de enfermería en turno las bolsas de nutrición parenteral solicitada, en el área designada para preparación de medicamentos y requiere firma de recibido en sus registros de control.
- 12 **PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO** Recibe bolsas de nutrición y firma de recibido en los registros de control del Servicio de Dietología.
- 13 **PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO** Una vez con el usuario, identifica al paciente, verifica datos de la bolsa de NPT (fecha de preparación y temperatura de la bolsa) y rectifica indicaciones médicas.
Valora estado del paciente y explica el procedimiento a realizar, toma signos vitales, prepara material y equipo, realiza un estricto lavado de manos antes de manipular la bolsa de nutrición parenteral, se coloca los guantes, identifica tipo de catéter y lumen a utilizar, realiza asepsia y antisepsia de la vía a utilizar con técnica estéril, conecta el equipo de infusión a la bolsa de NPT y purga, cierra la vía del catéter del paciente, y coloca equipo de infusión purgado en bomba de infusión, realiza cambio de guantes y cambia la conexión del quipo anterior por el equipo nuevo purgado en la vía del paciente, protege conexiones e inicia infusión de NPT con la dosis prescrita.

Recoge material y equipo, se retira guantes y vuelve a valorar el estado del paciente.
Durante la infusión verifica signos vitales del paciente.
- 14 **PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TURNO** Registra en el formato **“Registro Clínico, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”** las acciones realizadas.

VIII. DIAGRAMACIÓN





IX. GLOSARIO

ALIMENTACIÓN: Conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos o fuentes de las materias primas que precisa obtener para llevar a cabo sus funciones vitales.

PACIENTE NO AMBULATORIO: Es aquel paciente que por su patología requiere permanecer hospitalizado por un periodo de tiempo determinado.

ALIMENTACIÓN ENTERAL: Técnica de intervención nutricional, mediante la cual, la totalidad o buena parte de los requerimientos calóricos, proteicos y de micronutrientes es administrada por sonda nasogástrica.

JERINGA ASEPTO: Jeringa de 50 cc de capacidad, comúnmente de vidrio, que se conecta a la sonda nasogástrica para la alimentación enteral.

SONDA NASOGÁSTRICA: Instrumento tubular que se introduce por la vía nasal, hacia el tubo digestivo, alojando su último extremo a nivel gástrico, puede cumplir misiones de aspiración de la secreción gastroduodenal o constituir la vía a través de la cual se administra alimentación enteral.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON) (12)

VARIABLE	OBSERVACIÓN	VALOR	MATUTINO			VESPERTINO			NOCTURNO		
			NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA
CAIDAS PREVIAS	Caídas previas	0									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	0									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	1									
	Caídas previas	1									
DEFICITS SENSORIALES	Deficits sensoriales	0									
	Deficits sensoriales	1									
	Deficits sensoriales	1									
ESTADO MENTAL	Estado mental	0									
	Estado mental	1									
DE AMBULACIÓN	Deambulacion	0									
	Deambulacion	1									
	Deambulacion	1									
TOTAL											
CLASIFICACION DEL RIESGO											
HOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA (O) QUE VALORA											
INTERVENCIONES Y RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDA	TURNO MATUTINO			TURNO VESPERTINO			TURNO NOCTURNO				

ESCALA DE NORTON (13)

ESCALA	PARAMETRO	VALOR	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		INTERVENCIONES DE ACUERDO AL RIESGO
			NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	NOVA	
ESTADO FISICO GENERAL	Turbo: sedente o estar rígido	1							TURNO MATUTINO
	Mediano: sedente o estar lento	3							
	Regular: ligero sedente	2							
	Muy malo: edema generalizado	4							
ESTABILIDAD	Alta	4						TURNO VESPERTINO	
	Apático	3							
	Confuso	2							
	Extremado y confuso	1							
ACTIVIDAD	Independiente	4						TURNO NOCTURNO	
	Con ayuda	3							
	Sentado	2							
	En cama	1							
MOVILIDAD	Total	4							
	Desplazada	3							
	Muy limitada	2							
	Inmovil	1							
INCONTINENCIA	Incontinencia	4							
	En cama	3							
	Uretaria o fecal	2							
	Uretaria y fecal	1							
TOTAL									
CLASIFICACION DEL RIESGO									
HOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA (O) QUE VALORA									

CONTENIDO DE DISPOSICIONES LEGISLATIVAS

DISPOSITIVO	TÍTULO	FECHA DE PROMULGACIÓN	NÚMERO DE RENTAJACIÓN	TÉRMINO DE DURACIÓN	GRAN DE PROMULGACIÓN	FECHA DE PROMULGACIÓN	RESERVA DE LEGISLACIÓN
1. GENERAL							
1.1. GENERAL							
1.2. GENERAL							
1.3. GENERAL							
1.4. GENERAL							
1.5. GENERAL							
1.6. GENERAL							
1.7. GENERAL							
1.8. GENERAL							
1.9. GENERAL							
1.10. GENERAL							
1.11. GENERAL							
1.12. GENERAL							
1.13. GENERAL							
1.14. GENERAL							
1.15. GENERAL							
1.16. GENERAL							
1.17. GENERAL							
1.18. GENERAL							
1.19. GENERAL							
1.20. GENERAL							
1.21. GENERAL							
1.22. GENERAL							
1.23. GENERAL							
1.24. GENERAL							
1.25. GENERAL							
1.26. GENERAL							
1.27. GENERAL							
1.28. GENERAL							
1.29. GENERAL							
1.30. GENERAL							
1.31. GENERAL							
1.32. GENERAL							
1.33. GENERAL							
1.34. GENERAL							
1.35. GENERAL							
1.36. GENERAL							
1.37. GENERAL							
1.38. GENERAL							
1.39. GENERAL							
1.40. GENERAL							
1.41. GENERAL							
1.42. GENERAL							
1.43. GENERAL							
1.44. GENERAL							
1.45. GENERAL							
1.46. GENERAL							
1.47. GENERAL							
1.48. GENERAL							
1.49. GENERAL							
1.50. GENERAL							
1.51. GENERAL							
1.52. GENERAL							
1.53. GENERAL							
1.54. GENERAL							
1.55. GENERAL							
1.56. GENERAL							
1.57. GENERAL							
1.58. GENERAL							
1.59. GENERAL							
1.60. GENERAL							
1.61. GENERAL							
1.62. GENERAL							
1.63. GENERAL							
1.64. GENERAL							
1.65. GENERAL							
1.66. GENERAL							
1.67. GENERAL							
1.68. GENERAL							
1.69. GENERAL							
1.70. GENERAL							
1.71. GENERAL							
1.72. GENERAL							
1.73. GENERAL							
1.74. GENERAL							
1.75. GENERAL							
1.76. GENERAL							
1.77. GENERAL							
1.78. GENERAL							
1.79. GENERAL							
1.80. GENERAL							
1.81. GENERAL							
1.82. GENERAL							
1.83. GENERAL							
1.84. GENERAL							
1.85. GENERAL							
1.86. GENERAL							
1.87. GENERAL							
1.88. GENERAL							
1.89. GENERAL							
1.90. GENERAL							
1.91. GENERAL							
1.92. GENERAL							
1.93. GENERAL							
1.94. GENERAL							
1.95. GENERAL							
1.96. GENERAL							
1.97. GENERAL							
1.98. GENERAL							
1.99. GENERAL							
2. GENERAL							

CONTENIDO DE DISPOSICIONES LEGISLATIVAS

DISPOSITIVO	TÍTULO	FECHA DE PROMULGACIÓN	NÚMERO DE RENTAJACIÓN	TÉRMINO DE DURACIÓN	GRAN DE PROMULGACIÓN	FECHA DE PROMULGACIÓN	RESERVA DE LEGISLACIÓN
1. GENERAL							
1.1. GENERAL							
1.2. GENERAL							
1.3. GENERAL							
1.4. GENERAL							
1.5. GENERAL							
1.6. GENERAL							
1.7. GENERAL							
1.8. GENERAL							
1.9. GENERAL							
1.10. GENERAL							
1.11. GENERAL							
1.12. GENERAL							
1.13. GENERAL							
1.14. GENERAL							
1.15. GENERAL							
1.16. GENERAL							
1.17. GENERAL							
1.18. GENERAL							
1.19. GENERAL							
1.20. GENERAL							
1.21. GENERAL							
1.22. GENERAL							
1.23. GENERAL							
1.24. GENERAL							
1.25. GENERAL							
1.26. GENERAL							
1.27. GENERAL							
1.28. GENERAL							
1.29. GENERAL							
1.30. GENERAL							
1.31. GENERAL							
1.32. GENERAL							
1.33. GENERAL							
1.34. GENERAL							
1.35. GENERAL							
1.36. GENERAL							
1.37. GENERAL							
1.38. GENERAL							
1.39. GENERAL							
1.40. GENERAL							
1.41. GENERAL							
1.42. GENERAL							
1.43. GENERAL							
1.44. GENERAL							
1.45. GENERAL							
1.46. GENERAL							
1.47. GENERAL							
1.48. GENERAL							
1.49. GENERAL							
1.50. GENERAL							
1.51. GENERAL							
1.52. GENERAL							
1.53. GENERAL							
1.54. GENERAL							
1.55. GENERAL							
1.56. GENERAL							
1.57. GENERAL							
1.58. GENERAL							
1.59. GENERAL							
1.60. GENERAL							
1.61. GENERAL							
1.62. GENERAL							
1.63. GENERAL							
1.64. GENERAL							
1.65. GENERAL							
1.66. GENERAL							
1.67. GENERAL							
1.68. GENERAL							
1.69. GENERAL							
1.70. GENERAL							
1.71. GENERAL							
1.72. GENERAL							
1.73. GENERAL							
1.74. GENERAL							
1.75. GENERAL							
1.76. GENERAL							
1.77. GENERAL							
1.78. GENERAL							
1.79. GENERAL							
1.80. GENERAL							
1.81. GENERAL							
1.82. GENERAL							
1.83. GENERAL							
1.84. GENERAL							
1.85. GENERAL							
1.86. GENERAL							
1.87. GENERAL							
1.88. GENERAL							
1.89. GENERAL							
1.90. GENERAL							
1.91. GENERAL							
1.92. GENERAL							
1.93. GENERAL							
1.94. GENERAL							
1.95. GENERAL							
1.96. GENERAL							
1.97. GENERAL							
1.98. GENERAL							
1.99. GENERAL							
2. GENERAL							

CONTENIDO DE DISPOSICIONES LEGISLATIVAS

DISPOSITIVO	TÍTULO	FECHA DE PROMULGACIÓN	NÚMERO DE RENTAJACIÓN	TÉRMINO DE DURACIÓN	GRAN DE PROMULGACIÓN	FECHA DE PROMULGACIÓN	RESERVA DE LEGISLACIÓN
1. GENERAL							
1.1. GENERAL							
1.2. GENERAL							
1.3. GENERAL							
1.4. GENERAL							
1.5. GENERAL							
1.6. GENERAL							
1.7. GENERAL							
1.8. GENERAL							
1.9. GENERAL							
1.10. GENERAL							
1.11. GENERAL							
1.12. GENERAL							
1.13. GENERAL							
1.14. GENERAL							

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO
REGISTRO CLÍNICO, ESQUEMA TERAPÉUTICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Objetivo:

Registrar las intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería en la atención clínica de pacientes.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original al ingreso del paciente a los diferentes servicios de hospitalización y cada 24 horas y se anexa al expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir nombre(s) completo y apellidos del paciente; en caso de paciente desconocido, anotar " DESCONOCIDO " y el número 1 o número progresivo en caso de existir más pacientes en las mismas condiciones.
2	SERVICIO O ÁREA	Escribir nombre del servicio o área en que se encuentra el paciente. En caso de traslado a otro servicio encerrar con un paréntesis el nombre del servicio anterior y anotar enseguida el servicio al que ingresa.
3	FECHA	Escribir con números arábigos la fecha correspondiente al día en que se registra la información, utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa .
4	F. DE INGRESO AL HOSPITAL	Registrar correctamente con números arábigos la fecha de ingreso del paciente al hospital, utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa .
5	F. DE NACIMIENTO	Anotar fecha completa de nacimiento del paciente utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa .
6	GRUPO Y RH	Anotar grupo sanguíneo del paciente y factor RH.
7	CAMA/CAMILLA	Registrar con números arábigos y en forma correcta y legible el número de cama o camilla asignado. En caso de cambio encerrar en un paréntesis el número y registrar la nueva cama o camilla.
8	H. INGRESO	Asentar la hora exacta en que el paciente ingresa al servicio. Utilizando el siguiente formato de 24 horas hh:mm .
9	DÍAS HOSPITALIZACIÓN	Escribir con números arábigos y de forma consecutiva los días de estancia en hospitalización, utilizando el siguiente formato 0, 01, 02, 03 etc.
10	EDAD	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
11	PESO	Registrar en forma legible y clara en kilogramos (kg) el peso del paciente, actualizados diariamente (Sólo en caso que su padecimiento o tratamiento lo requiera).
12	TALLA	Registrar legible y claramente la talla en metros y centímetros.
13	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registrar de manera legible el diagnóstico médico de ingreso y el diagnóstico médico actualizado que se refiere en el expediente clínico.

14	GÉNERO: MASC. () FEM. ()	Marcar con una (X) según corresponda: MASC. Masculino o FEM. Femenino.
15	HABITUS EXTERIOR (Edo. de conciencia)	Registrar el estado de conciencia en que se encuentre el paciente.
16	NO. EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente asignado por el archivo clínico, en los pacientes de urgencias, registrar el número de folio de ingreso: NO REGISTRAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE TRANSITORIO.
17	COBERTURA: SP () PA () OTRO ()	Marcar con una (X) la cobertura que corresponda, (SP) Seguro popular, (PA) Población abierta, (OTRO) cualquier otra opción de derechohabientes.
18	Alergias: -Medicamentos: -Alimentos: -Otros:	Registrar el nombre de medicamentos, alimentos u otras sustancias a las que refiera ser alérgico el paciente. En caso de que no se conozcan registrar DESCONOCIDAS en el espacio de otros.
19	SIGNOS VITALES	Registrar la cifra de frecuencia cardiaca, temperatura y presión arterial de manera gráfica, en los espacios y horarios correspondientes, de la siguiente manera: Frecuencia cardiaca: (●) color del turno. Presión arterial: T/A sistólica (V), T/A diastólica (A), color del turno. Temperatura: color rojo. (*) TODOS LOS TURNOS. Unir los puntos que correspondan a la temperatura y a la frecuencia cardiaca.
20	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Anotar con números arábigos la cifra de frecuencia respiratoria.
21	SP02 %	Anotar el porcentaje de saturación capilar de oxígeno.
22	TAM	Registrar el resultado de la cifra de presión arterial media, aplicando la siguiente fórmula: <u>PAS-PAD+diastólica=TAM</u> 3
23	PVC cm H2O	Escribir con números arábigos la cifra de Presión Venosa Central (PVC), expresada en cm. de agua.
24	PERÍMETROS:	Registrar en centímetros, la cifra correspondiente al "perímetro torácico, perímetro abdominal, perímetro cefálico", de acuerdo al parámetro a evaluar.
25	GLICEMIA CAP. Mg/dl	Anotar en el espacio correspondiente al horario, el resultado de glicemia capilar registrada, expresado en mg/dl.
26	INSULINOTERAPIA U.I.	Asentar en el espacio correspondiente al horario, la dosis de insulina aplicada al paciente y el tipo de insulina aplicado, utilizando las siguientes siglas. (IAR): Insulina de acción rápida, (NPH): Insulina de acción intermedia, (Glar): para insulina glargina.
27	LLENADO CAPILAR Seg.	Escribir con número, el tiempo en segundos del llenado capilar distal.
28	COLORACIÓN	Registrar la coloración de la piel utilizando las siguientes abreviaturas: (I)-ICTÉRICO; (P)- PÁLIDO; (RB) - RUBICUNDO; (R)-ROSADO; (M)-MARMOREO; (C)-CIANÓTICO; (T)-TERROSO.

29	ACTIVIDAD	Registrar la actividad evaluada en el paciente, utilizando las siguientes abreviaturas: (++) ACTIVO SIN ESTÍMULO; (+) ACTIVO AL ESTÍMULO; (-) FLÁCIDO; (T) TEMBLORES FINOS; (I) IRRITABLE; (E) ESPÁSTICO; (R) RÍGIDO.
30	TIPO DE DIETA	Escribir el tipo de dieta prescrita en las indicaciones, o en su caso registrar "ayuno", cuando así aplique.
31	VÍA ORAL	Registrar en mililitros en el espacio que corresponda al horario, la cantidad de dieta ingerida por vía oral.
32	VÍA ENTERAL	Anotar en mililitros en el espacio que corresponda al horario, la cantidad de líquidos o dieta administrada por vía enteral a través de sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal, gastrostomía o yeyunostomía.
33	HEMODERIVADOS	Escribir en el espacio que corresponda al horario, la cantidad en mililitros administrada de HEMODERIVADOS , seguido de las siguientes abreviaturas para especificar el tipo de hemoderivado: (PFC) plasma fresco concentrado; (CE) concentrado eritrocitario, CRIO: crío precipitados; POOL: Pool plaquetario.
34	MEDICAMENTOS	Anotar en el espacio que corresponda al horario, la cantidad de líquidos expresada en mililitros, utilizada en la administración y dilución de medicamentos.
35	VÍA PARENTERAL	Registrar en forma horaria, la cantidad en mililitros administrados de la solución de base.
36	ESPACIOS EN BLANCO	Registrar infusiones de medicamentos, cargas o cualquier otro tipo de solución intravenosa administrada. EL REGISTRO DE INFUSIONES CON ELECTROLITOS CONCENTRADOS, INSULINAS, ANTICOAGULANTES, CITOTÓXICOS, MEDICAMENTOS RADIATIVOS Y DE NATURALEZA SIMILAR, SE ESCRIBIRÁN CON TINTA ROJA, SUBRAYANDO EL MEDICAMENTO CONTENIDO. Para especificar la hora de inicio de la solución registrada, se colocará una letra (I) de inicio y una (T) de término en la columna de la hora que corresponda.
37	INGRESO PARCIAL T. MATUTINO: T. VESPERTINO: T. NOCTURNO:	Escribir en el espacio correspondiente al turno, el resultado de la sumatoria total de ingresos administrados durante el turno.
38	DIURESIS	Registrar en el horario que corresponda la cantidad de diuresis expresada en mililitros. Las características macroscópicas se anotarán en la nota de enfermería.
39	EVACUACIONES	Escribir en el horario que corresponda la cantidad en mililitros de las evacuaciones presentadas durante el turno. Las características se registrarán en la nota de enfermería.
40	SANGRADO	Asentar con número arábigos, la cantidad en mililitros del sangrado presentado durante el turno.
41	VÓMITO	Escribir la cuantificación en mililitros de las pérdidas por vómito presentadas durante el turno, las características se registrarán en la nota de enfermería.
42	ASPIRACIÓN/BOCA CANULA	Escribir la cuantificación en mililitros de las secreciones traqueo-bronquiales aspiradas o expectoradas durante el turno, las características se registrarán en la nota de enfermería.
43	C. GÁSTRICO	Anotar con números arábigos la cantidad en mililitros del gasto por sonda nasogástrica u orogástrica presentada durante el turno.

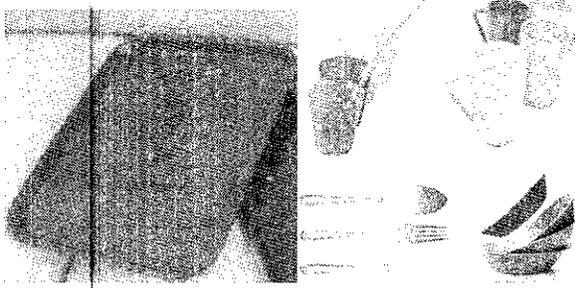
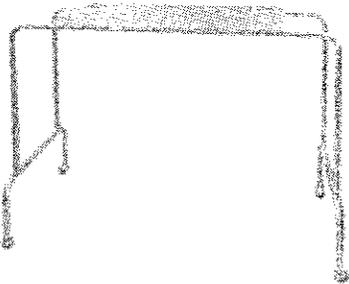
44	DRENAJE(S)	Escribir la cuantificación en mililitros de las secreciones drenadas a través de sonda endopleural, penrose, drenovac, etc., cuantificadas durante el turno, las características se registraran en la nota de enfermería.												
45	ESPACIOS EN BLANCO	Espacios para registrar otra forma de egresos presentadas durante el turno "pleurostomias, penrose," etc.												
46	PERDIDAS INSENSIBLES	Registrar la cantidad en mililitros de las pérdidas insensibles, calcular a través de la siguiente formula: pacientes de + 30 KG: PesoX15÷24=Perdida por hora. Pacientes con fiebre, febrícula o diaforesis sumar el resultado de la siguiente formula: Constante X Peso÷hora Constantes: 0.5 T° 36°C a 37.4°C 0.75 T° 37.5°C a 37.9°C 1 T° + 38°C												
47	EGRESO PARCIAL	Escribir en el espacio correspondiente al turno el resultado de la sumatoria de egresos presentados durante el turno.												
48	BALANCE PARCIAL I: Ingresos E: Egresos T: Total	Registrar el resultado del balance parcial de ingresos de turno a través de la siguiente fórmula: I – E=T Cuando la cantidad de egresos sea mayor a la de los ingresos, el balance parcial será negativo (-), en el caso contrario será (+).												
49	BALANCE TOTAL	El turno nocturno o el resto de los turnos previo al egreso del paciente, registraran el resultado de la sumatoria total de los ingresos parciales por turno " INGRESOS " menos el resultado de la sumatoria de los egresos parciales por turno " EGRESOS ", registrando el resultado en el rubro BALANCE TOTAL 24 HRS , cuando la cantidad de egresos sea mayor a la de los ingresos, el balance parcial será negativo (-), en el caso contrario será (+).												
50	MEDICAMENTOS	Anotar en el espacio correspondiente fecha de inicio, nombre del medicamento, dosis, vía, frecuencia "c/8 hrs, c/6 hrs, etc." y horario de aplicación de los medicamentos administrados, los cuales serán circulados una vez que se ministren.												
51	PARÁMETROS VENTILATORIOS	Registrar en los espacios la cifra que corresponda a cada parámetro anotando el Modo de ventilación (Presión asisto control, ciclada por volumen, CPAP, SIMV), y registrar los siguientes parámetros: FiO2 (Fracción inspiratoria de oxígeno). SpO2 (Saturación de oxígeno) FR (Frecuencia respiratoria) VOL. CORRIENTE (Volumen corriente) PEEP (Presión positiva al final de la espiración) P. INSPIR. (Presión inspiratoria) P. PICO (Presión pico) P.MESETA (Presión meseta)												
52	VALORACIÓN DE LA PIEL	Señalar en la figura humana el número correspondiente a la lesión o alteración dérmica identificada en el paciente, utilizando la siguiente nomenclatura: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. QUEMADURA</td> <td style="width: 33%;">5. HERIDA. PENETRANTE</td> <td style="width: 33%;">7. ENFISEMA SUBC.</td> </tr> <tr> <td>2. ÚLCERA X PRESIÓN</td> <td>6. DERMOABRASIÓN</td> <td>10. HEMATOMA</td> </tr> <tr> <td>3. CIANOSIS/NECROSIS</td> <td>7. RASH</td> <td>11. PUNCIONES M.Sp.</td> </tr> <tr> <td>4. HERIDA QUIRÚRGICA</td> <td>8. EQUIMOSIS</td> <td>12. PUNCIONES M.Is.</td> </tr> </table>	1. QUEMADURA	5. HERIDA. PENETRANTE	7. ENFISEMA SUBC.	2. ÚLCERA X PRESIÓN	6. DERMOABRASIÓN	10. HEMATOMA	3. CIANOSIS/NECROSIS	7. RASH	11. PUNCIONES M.Sp.	4. HERIDA QUIRÚRGICA	8. EQUIMOSIS	12. PUNCIONES M.Is.
1. QUEMADURA	5. HERIDA. PENETRANTE	7. ENFISEMA SUBC.												
2. ÚLCERA X PRESIÓN	6. DERMOABRASIÓN	10. HEMATOMA												
3. CIANOSIS/NECROSIS	7. RASH	11. PUNCIONES M.Sp.												
4. HERIDA QUIRÚRGICA	8. EQUIMOSIS	12. PUNCIONES M.Is.												

53	ESCALA DE NIVEL DE SEDACIÓN DE RAMSAY	Registrar la hora y el resultado del puntaje obtenido de la evaluación de la escala de sedación de Ramsay.
54	ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR	Registrar la hora y el resultado del puntaje obtenido de la evaluación del dolor a través de la escala de rostros, la cual se utilizará para pacientes que no pueden expresar de manera verbal la cuantificación numérica del dolor y para pacientes que lo puedan determinar en forma verbal se utilizará la escala numérica.
55	ESCALA DE COMA DE GLASGOW	Registrar la hora y el resultado del puntaje obtenido de la evaluación de la escala de coma de Glasgow, la frecuencia de valoración se realizará de acuerdo al estado del paciente.
56	VALORACIÓN PUPILAR	Anotar el resultado de la evaluación pupilar D: derecha e I: izquierda, la cual se evaluará con ayuda del gráfico integrado, de la misma manera registrar la simetría entre ambas pupilas entre una las siguientes variables: isocóricas "igual tamaño", anisocóricas "una más grande que la otra".
57	ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA (J.H. DOWNTON)	Registrar de manera numérica la calificación asignada a cada variable evaluada, registrando la hora en el apartado correspondiente y anotar el resultado de la sumatoria en el espacio de TOTAL obtenido en la evaluación de la escala de riesgo de caídas (J.H. DOWNTON). Anotar nombre completo y firma de la enfermera (o) que realiza la evaluación. En el espacio de INTERVENCIONES DE ACUERDO AL RIESGO se registrarán las actividades que el personal de enfermería aplicó de acuerdo a la valoración.
58	ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (NORTON)	Anotar de manera numérica la calificación asignada a cada variable evaluada, registrando la hora en el apartado correspondiente y anotar el resultado de la sumatoria en el espacio del TOTAL obtenido en la evaluación de la escala de valoración de riesgo de úlcera por presión (Norton), registrando la clasificación del riesgo de acuerdo al puntaje obtenido. Anotar nombre completo y firma de la enfermera (o) que realiza la evaluación. En el espacio de INTERVENCIONES DE ACUERDO AL RIESGO se registrarán las actividades que el personal de enfermería llevó a cabo.
59	CONTROL DE DISPOSITIVOS INVASIVOS	Anotar en el tipo de dispositivo invasivo que aplique considerando la siguiente información: CALIBRE, FECHA DE INSTALACIÓN, SITIO DE INSTALACIÓN, NOMBRE DE QUIEN INSTALO; DÍAS DE INSTALACIÓN, FECHA DE CAMBIO con tres filas para otros dispositivos como línea de transferencia, catéter Tenckhoff, etc.
60	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	Marcar con una (√) el o los diagnósticos clínicos de enfermería de la NANDA, que se identifiquen por turno, de acuerdo a las manifestaciones objetivas y/o subjetivas del paciente.
61	NOTA DE ENFERMERÍA	Describir los problemas de salud identificados en el paciente que no hayan sido registrados en las diversas escalas de valoración, así mismo registrar las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería durante el turno o el procedimiento, expresadas en forma ordenada y fundamentada, reflejando el estado del paciente, jerarquizando necesidades de atención de acuerdo al Plan de Cuidados de Enfermería y considerando el orden siguiente: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación. En caso de haber concluido la nota, y se presente un evento relevante nuevamente, se anotará la hora registrando las observaciones e intervenciones de dicho evento.
62	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA (O)	Anotar nombre completo de la enfermera(o) que realiza el llenado del formato. Antecedido del perfil profesional que corresponda, considerando la siguiente nomenclatura: Mtra. (o) Maestra (o), L.E. Licenciada (o) Enfermería, E.E. Enfermera (o) Especialista, E.G. Enfermera (o) General, E.Aux. Enfermera Auxiliar.

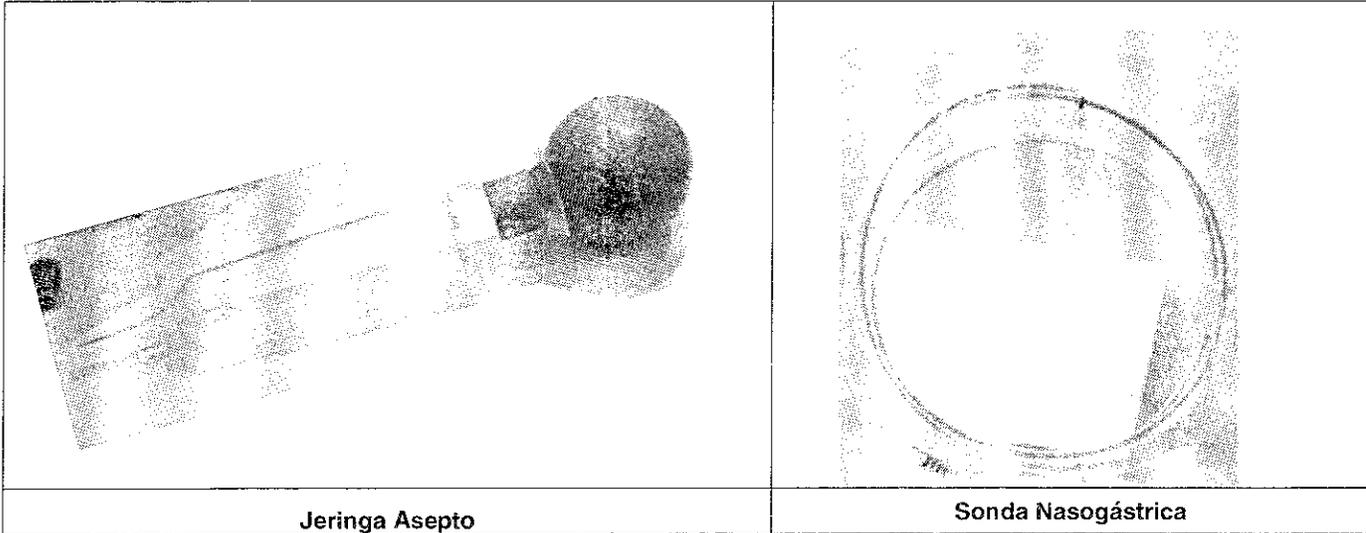
INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
Solicitud de Dietas.		
Objetivo: Solicitar las dietas de los pacientes hospitalizados al Servicio de Nutrición y Dietética.		
Distribución y Destinatario: El formato lo genera la enfermera en turno en original y copia, el cual se conserva en los archivos del Servicio de Nutrición y Dietética de la unidad médica y la copia que se designa como acuse se resguarda en el Servicio de Enfermería.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Colocar el nombre de la Unidad Médica de la que se esté generando la información.
2	NO. DE CONTROL:	Anotar el número consecutivo de control, el cual lo asigna Enfermería.
3	SERVICIO:	Escribir el servicio médico (pediatría, urgencias, cirugía, etc.) del cual se están solicitando las dietas.
4	FECHA:	Anotar la fecha en que se esté requisitando el formato.
5	NO. CAMA:	Colocar el número de la cama donde se entregará la dieta.
6	NOMBRE DEL PACIENTE:	Escribir el nombre completo del paciente para su identificación.
7	EDAD:	Anotar la edad del paciente.
8	DESAYUNO:	Según el turno del alimento, colocar el tipo de dieta que se requiere (normal, blanda, líquida, diabético, hiposódica, especial, enteral y parenteral).
9	COMIDA:	Según el turno del alimento, colocar el tipo de dieta que se requiere (normal, blanda, líquida, diabético, hiposódica, especial, enteral y parenteral).
10	CENA:	Según el turno del alimento, colocar el tipo de dieta que se requiere (normal, blanda, líquida, diabético, hiposódica, especial, enteral y parenteral).
11	OBSERVACIONES:	En caso de ser necesario, asentar los comentarios pertinentes.
12	ELABORÓ:	Colocar en el turno correspondiente el nombre y la firma de la enfermera que elaboró el formato.
13	REVISÓ:	Colocar el nombre y la firma del Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética.

ANEXOS

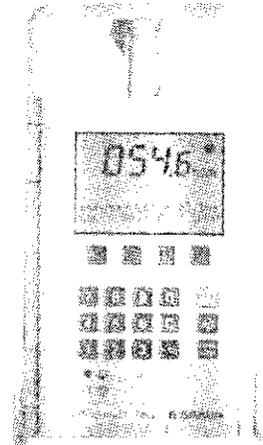
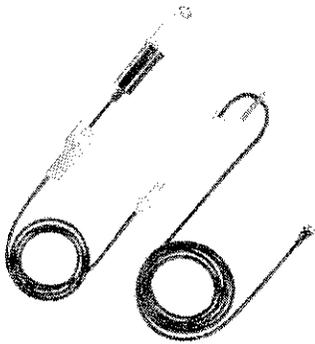
MATERIAL Y EQUIPO PARA ALIMENTACIÓN TRADICIONAL DEL PACIENTE

	
<p>Charola, vasos, tazas, platos, cubiertos</p>	<p>Mesa puente</p>

MATERIAL Y EQUIPO PARA NUTRICIÓN ENTERAL



MATERIAL Y EQUIPO PARA NUTRICIÓN PARENTERAL



TIPOS DE NUTRICIÓN PARENTERAL

Sueroterapia: Consiste en la administración de sueros por vía endovenosa. Cubre las necesidades diarias de agua, electrolitos e hidratos de carbono, aunque no aporta los elementos nutricionales suficientes, por lo que no se debe mantener más de 7 días aproximadamente.

Nutrición parenteral periférica: Se administra por vía endovenosa. Proporciona sólo parte de las calorías requeridas diariamente, por lo que no se debe emplear más de 10 días.

Nutrición Parenteral Total NPT: Se administra por vía endovenosa, pero a diferencia de las dos anteriores, se requiere una vena central para su administración. Para llegar a la vena **central** existen diferentes vías de abordaje (a través del brazo, del cuello o por debajo de la clavícula). Proporciona los elementos energéticos suficientes de forma diaria y se puede mantener durante largos periodos de tiempo.

VALIDACIÓN

Mtro. César Nomar Gómez Monge
Secretario de Salud
(Rúbrica).

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora General del ISEM
(Rúbrica).

Dr. José Pedro Montoya Moreno
Coordinador de Salud
(Rúbrica).

Mtro. Fadul Vázquez Villarreal
Coordinador de Administración y Finanzas
(Rúbrica).

Lic. Jorge Elliot Rodríguez
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa
(Rúbrica).

Mtra. Beatriz García López
Responsable de la Unidad de Enfermería
(Rúbrica).

GTA.-

© **Guía Técnico Administrativa.**

Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la alimentación del paciente hospitalizado.

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsable de su elaboración:

Mtra. Beatriz García López
Lic. Roberto Ramírez Jardón

Colaboradores:

Lic. Gabriela Díaz Rodríguez
Mtra. Lucrecia Espinoza Alarcón
Mtra. Mirna Hernández Vázquez
Mtra. María Guadalupe Meza Camarillo
E. E.P. Gabriela Maribel Gómez Ronderos

Responsable de su integración:

L.C.C. Claudia Terán Cordero
L.Com. Zelma Liz Kuhn Orozco

Toluca, México
Noviembre 2013.