

4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ALCANTARA RUIZ ROSARIO CONSUELO

No. DE CUENTA 98610198

DIRECTORA DE TRABAJO



LIC. ROSA MARIA LERMA JASSO

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia

Coordinadora de
Servicio Social
MEXICO D.F. SEPTIEMBRE 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
1. MARCO TEORICO	
1.1 Insuficiencia Renal Crónica	5
1.2 Historia de los inmunosupresores	7
1.3 Clasificación de los inmunosupresores	8
1.4 La inmunosupresión clínica actual	8
1.5 Principios generales y universales en el uso de los Inmunosupresores	9
2. BASES LEGALES	
2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	10
2.2 Ley Federal del Trabajo	10
2.3 Ley General de Salud	10
2.4 Ley del Seguro Social	11
2.5 Derechos generales de los pacientes	12
3. OBJETIVOS DEL MANUAL	
3.1 General	14
3.2 Especificos	14
4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL	
4.1 Antecedentes Históricos	15
4.2 Objetivos del Hospital	16
4.3 Políticas del Hospital	17
4.4 Misión del Hospital	18
4.5 Visión del Hospital	18
4.6 Organización Estructural de l Hospital	19
4.7 Estructura Orgánica	20

4.8 Organigrama Organizacional	21
4.9 Programas Prioritarios	22
4.10 Descripción de la Planta Física	27
4.11 Estadísticas del Hospital	29
5. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	
5.1 Antecedentes Históricos del Departamento de Enfermería	30
5.2 Objetivos Generales del Departamento de Enfermería	31
5.3 Políticas del Departamento de enfermería	31
5.4 Misión del Departamento de Enfermería	32
5.5 Visión del Departamento de Enfermería	32
5.6 Estructura Orgánica del Departamento de Enfermería	33
5.7 Organigrama de Estructura Organizacional	34
5.8 Distribución del Personal por Categoría y Turno	35
6. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO	
6.1 Concepto	37
6.2 Estructura Orgánica	37
6.3 Organigrama del Servicio de Trasplante Renal	38
6.4 Misión del Servicio	39
6.5 Visión del Servicio	39
6.6 Objetivos del Servicio de Trasplante Renal	40
6.7 Políticas del Servicio de Trasplante Renal	41
6.8 Distribución del Personal por Categoría y Turno	42
6.9 Sistema de Trabajo	43
6.10 Ubicación y Descripción del Área Física	43

7. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	
7.1 Instalación de catéter Tenckoff	45
7.2 Diálisis Peritoneal	47
7.3 Cateterización de una fistula / injerto de acceso bascular arterio venoso	50
7.4 Hemodiálisis	52
7.5 Aislamiento Protector	57
7.6 Cuidados preoperatorios	61
7.7 Cuidados postoperatorios	65
7.8 Transfusión sanguínea	68
7.9 Presión venosa central	71
7.10 Biopsia renal	76
7.11 Electrocardiograma	80
8. CONCLUSIÓN	83
9. RECOMENDACIONES	84
ANEXOS	85
10. BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUCCIÓN

En diciembre del año de 1942, se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales". El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

Aquí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la Seguridad Social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo; Invalidez y vida, Retiro, Cesantía en edad Avanzada y Vejez, Guarderías y Prestaciones Sociales.

El seguro de **Enfermedades y Maternidad** brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

El seguro de **Riesgos de Trabajo** protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.

El seguro de **Invalidez y Vida** protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

El de **Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez** es el seguro mediante el cual el trabajador cotiza, ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

Finalmente, el **Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales** otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

En el periodo 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo socio médico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (I. M. S. S.) el tercer nivel de atención médica, es la red de tecnología y máxima resolución diagnóstico – terapéutica. El hospital de tercer nivel atiende a pacientes con padecimientos infrecuentes y de alta complejidad en su diagnóstico y tratamiento de ahí que la tecnología sea de punta, lo que permite desarrollar paralelamente la investigación médica y la docencia. (1)

El Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, representa uno de los niveles de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como unidad de Tercer nivel. Se considera un centro de atención regional como unidad de referencia para los Hospitales de Zona de la Delegación No. 3 Noreste, Delegación No. 1 Noroeste y la Delegación de Hidalgo.

Dentro de las estrategias administrativas de modernización es preciso desconcentrar las actividades de capacitación operativa, y así fortalecer la autonomía de la gestión en el desempeño de las funciones sustantivas y de apoyo, que permitan transformar estas acciones en beneficio de la población trabajadora y sus familias, prioritariamente, así como a la sociedad en general.

La dinámica de las prestaciones sociales, rica en funciones y actividades, demanda ampliar la cobertura en capacitación y actualización en forma integral del personal multidisciplinario con que cuenta para la óptima aplicación de los programas.

En este contexto, se diseña un sistema de capacitación el cual tiene como objetivo proporcionar al personal operativo de su ámbito de responsabilidad conocimientos teórico – prácticos, que le permita desarrollar sus actitudes y con ello, contribuir a que sea más eficiente la labor que se realiza en las unidades operativas.

El ejercicio de las diversas especialidades que se desarrollan en las unidades operativas de prestaciones sociales, ha originado el establecimiento de modalidades para impartir capacitación:

Capacitación directa: dirigida a personal operativo de Bienestar Social y Desarrollo Cultural.

La creación del sistema de capacitación, se fundamenta en documentos oficiales normativos, en los cuales se destacan políticas y lineamientos sobre la capacitación, el adiestramiento, actualización y superación profesional de los recursos personales.

La atención que actualmente se brinda en los centros hospitalarios, obedece al planteamiento de carácter integral, en el contexto de los cuales se concibe la salud en sus dimensiones somática, psíquica, social y espiritual.

1. <http://www.ims.gob.mx/IMSS/estadosims/seguro.htm>

El Departamento de Enfermería se constituye dentro de la Organización intrasistémica, como responsable de Cuidado Enfermero. Participa directamente en la prestación del servicio al usuario interno y externo de manera continua y permanente, bajo los criterios institucionales de oportunidad, calidad y calidad por lo que se hace organizador interno de mismo y puntualiza las responsabilidades de persona en cada categoría por procesos de trabajo y por sistemas de coordinación a los recursos en una administración eficiente de personal. ¹

En la actualidad se reconoce bien gran importancia y se acorde con todos los avances de la medicina en las diferentes especialidades, a que sirva para dar una atención de calidad en virtud que se diagnosticar e iniciar un procedimiento permitiendo un tratamiento adecuado.

Lo anterior garantiza que la participación de persona de enfermería este fundamentada científicamente y basada en cuenta a tipo de institución que se trate, es necesario contar con un Manual de Procedimientos Específicos que unifique y guíe las actividades diarias enriqueciendo las actividades de la enfermería calificada. ²

Los Manuales también cuentan con información básica y describen paso a paso las funciones a desarrollar, así también se evalúan los procedimientos y permite tomar una conducta a seguir por el personal de enfermería calificada.

En los Manuales de Procedimientos se deben agrupar los diversos procedimientos que intervienen en la realización de objetivos comunes, cuyo finalidad consiste en uniformar y orientar la operación de los responsables de su ejecución. Los Manuales de Procedimientos facilitan a la organización el cumplimiento de sus propósitos y objetivos de manera efectiva y ordenada. ³

El presente Documento contiene el Manual de Procedimientos del Servicio de Trasplante Renal del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Faza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la justificación de la elaboración del presente documento, el Marco Teórico referente al trasplante renal, las bases legales que sustentan el documento, la Organización y Funcionamiento del Hospital, con la Misión, Visión, Políticas, la Estructura Orgánica, los Programas Prioritarios, la descripción de la Planta Física, y las Estadísticas, también se describe la Organización y Funcionamiento del Departamento de Enfermería, sus Objetivos, Políticas, Misión, Visión, Estructura Orgánica, Organigrama y la Distribución del Personal por Categoría y Turno. Además contiene el concepto del servicio de trasplante renal, la estructura Orgánica así como su Organigrama, la Misión, la Visión, Objetivos, Políticas, Distribución del Personal por Categoría y Turno, su Sistema de Trabajo, Ubicación y Descripción del Área Física. También se describen de manera cronológica los procedimientos de Enfermería específicos del servicio. Los procedimientos, las conclusiones y recomendaciones, además de la bibliografía consultada para la elaboración de éste manual.

¹ Manual de Organización del Departamento de Enfermería del H E C M N (IMSS)

² Instituto para la Estandarización de Atención (IMSA)

³ Unidades de Planeación y Control (Unidad de Organización y Planeación)

⁴ www.imss.gob.mx

JUSTIFICACION

El Instituto Mexicano Del Seguro Social con el propósito de cumplir cada vez mejor, con el "objetivo de Garantizar el Derecho Humano a la Salud y a la Asistencia Médica" ha establecido un soporte normativo, actualizado que precise claramente los objetivos y responsabilidades de cada trabajador.

En Hospitales de Tercer Nivel de atención los Manuales de Procedimientos Especificos se constituyen en un documento indispensable para unificar las actividades de enfermería en el ámbito global, ya que es de vital importancia contar en los servicios con un documento técnico normativo sobre los procedimientos que se realizan frecuentemente, ya que al no contar con este, se puede caer en la rutinización o la irresponsabilidad profesional, es por esto que surge la necesidad de elaborar el Manual de Procedimientos Especificos de la Unidad de Trasplante Renal.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los Cuidados de Enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Considerando los avances científicos y técnicos en la práctica de la salud se hace necesario la elaboración de un Manual de Procedimientos Especificos que permita la actualización constante de los conocimientos, habilidades y destrezas del personal de enfermería de la Unidad de Trasplante Renal, estableciendo como prioridad la atención integral que se brinda al usuario ya que forma parte de una serie de procesos en los cuales participa la Enfermera Especialista ofreciendo tratamiento con calidad y eficacia basándose en el conocimiento científico.

El presente manual se elabora aprovechando las facilidades otorgadas primero por la institución y por el hospital, para contar con un documento técnico normativo, así como lograr la titulación de la Licenciatura en Enfermería.

[Heavily obscured and illegible text, likely redacted or scribbled out.]

1. MARCO TEORICO

1.1 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal que evoluciona en un tiempo muy variable, de pocos días a años. También puede evolucionar hasta una enfermedad renal en estado terminal, momento en el que para mantener la vida del paciente se precisa un tratamiento de reposición (diálisis, hemodiálisis o trasplante renal).

Antes de llegar a dicha fase de estado terminal, el paciente con Insuficiencia Renal Crónica puede llevar una vida relativamente normal, aunque con tratamiento dietético y farmacológico.

El tiempo transcurrido hasta la enfermedad renal terminal es variable y depende tanto de la causa de la enfermedad renal como del grado de función renal que presentaba el paciente cuando se efectuó el diagnóstico.

De las muchas causas de Insuficiencia Renal Crónica, algunas de las más frecuentes son: la glomerulonefritis, la diabetes Mellitus, la hipertensión y la enfermedad renal poligénica. Con independencia de su causa, la manifestación clínica de la IRC es muy similar en todos los pacientes sobre todo en los que ya presentan una enfermedad renal en estado terminal.

La retención de los productos finales del metabolismo y los desequilibrios hidro electrolíticos acompañantes, ocasionan efectos adversos sobre todo los órganos y sistemas corporales. Son frecuentes las alteraciones neuromusculares, cardiovasculares y gastrointestinales. Otra complicación frecuente y precoz es la ostiodistrofia renal, el conjunto de manifestaciones de la IRC recibe el nombre de uremia.

La Insuficiencia Renal Crónica en etapa avanzada ha constituido un problema de salud en México y otros países, su causa se atribuye a diversos factores incluyendo procesos inmunológicos anormales, los cuales intervienen primariamente en el riñón.

Lo esencial en la enfermedad es una disminución progresiva del filtrado glomerular que ocurre teóricamente por decremento de nefrosis funcionales. Las opciones de tratamiento dependen definitivamente de lo antes ya mencionado.

EL TRASPLANTE RENAL EN MEXICO

Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen el avance terapéutico más importante en los últimos 50 años en el campo de la ciencia de la salud, su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna constituyendo hoy día de valiosa ayuda siendo esta alternativa terapéutica en el tratamiento de padecimientos crónico-degenerativos.

En México se han realizado trasplantes de riñón desde 1963; desde entonces se han constituido más de 106 centros de trasplante renal y más de 82 de trasplante corneal. Actualmente existen centros de trasplante renal en 21 de las 32 entidades federativas, siendo en los Hospitales del Departamento donde se localiza el mayor número de éstos. El programa contempla trasplantes de riñón, corazón, hígado, páncreas, médula ósea, hueso y córneas, entre otros tejidos.

En el año de 1963 se realiza con éxito el primer trasplante de riñón en México, en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social por los doctores Manuel Quijano, Gilberto Flores Izquierdo y Federico Ortiz-Quesada

En el año de 1971 se inicia el Programa de trasplantes en el Instituto Nacional de la Nutrición de la Ciudad de México, dependiendo de la Secretaría de Salud, con los doctores Federico Chávez-Peón, Manuel Campuzano y José Luis Bravo, quienes lograron la conformación de la primera Unidad Clínica de Trasplantes a cargo del doctor Federico Chávez-Peón.

En el año de 1973 se inicia el desarrollo del Programa de trasplantes de Niños conducido por el Dr. Octavio Ruiz Speare (cirujano) y el Dr. Samuel Zaltzman (nefrólogo) en el Instituto para Asistencia a la Niñez (IMAN), caracterizado ese programa por iniciarse en México la obtención de órganos cadavéricos de donadores pediátricos y en el año de 1975 el Dr. Octavio Ruiz Speare inicia el programa de trasplante renal en el Hospital Central Militar. En ese mismo año el Dr. Ruiz Speare y el Dr. Chávez Peón realizan los primeros trasplantes renales en la Medicina Privada, en el Hospital Español de México y posteriormente en el Hospital ABC de la Ciudad de México.

En el año de 1976 el doctor Javier Castellanos Coutiño inicia el programa de trasplantes en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

En 1985 se efectúa el primer trasplante de hígado, en el Instituto Nacional de la Nutrición, por los doctores Héctor Orozco y Héctor Dalls. En marzo de 1987 se realizan los primeros trasplantes de páncreas en México, el primer caso en el Instituto Nacional de la Nutrición por el Dr. Arturo Dib Kuri. El 21 de julio de 1988 se realiza el primer trasplante de corazón en el Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el Dr. Rubén Arguero.

En enero de 1989 se efectuó el primer trasplante de pulmón, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por los doctores Villalba y Santillán, siendo éste el primer trasplante de pulmón exitoso en México y en Latinoamérica. También en ese mismo año se realizan los primeros trasplantes de médula ósea, de tejido suprarrenal a cerebro y de tejido nervioso por el Dr. Ignacio Madrazo, en el Centro Médico La Raza del IMSS, iniciando una nueva época de investigación clínica.

Aunque la procuración de órganos de cadáver se realizaba desde 1973, ésta era con base al esfuerzo y colaboración personal de los cirujanos de diversas instituciones. Con el apoyo dado por la legislación, la experiencia y esfuerzo de sus pioneros durante 12 años se culminó en una práctica más organizada en la procuración de órganos de cadáver a partir de 1985.

En 1987, existiendo ya 22 hospitales realizando trasplantes de órganos, principalmente riñón, el doctor Guillermo Soberón, en aquel entonces Secretario de Salud; el doctor Jesús Kumate, Subsecretario de Servicios de Salud, y el doctor Pacheco, coordinador de Asesores, deciden que el Registro Nacional de Trasplantes sea un órgano propio de la Secretaría de Salud. Se revisan reglamentos y leyes, se crean las normas técnicas, se aplican y se empieza a estudiar la forma en como una estructura del

gobierno federal pudiese promover e impulsar los trasplantes y regular este tipo de procedimiento en el país.

En México el Registro Nacional de trasplantes, además de ser el centro de registro, coordina la adecuada distribución y aprovechamiento de órganos y tejidos de seres humanos para trasplantes a través de un Programa Nacional, siguiendo los principios de ética y justicia en la procuración y distribución de órganos de cadáver.

Se encuentran registrados en el Programa Nacional de trasplantes 22 Entidades Federativas con 175 establecimientos, en 100 de los cuales se realizan trasplantes de órganos, principalmente de riñón, y en 75 se practican trasplantes de tejidos, principalmente córneas. Los trasplantes de corazón, hígado, pulmón, páncreas y médula ósea se realizan en el IMSS, ISSSTE y otras instituciones.

El Registro Nacional de Trasplantes ha captado la información [hasta diciembre de 1997. En él se encuentran registrados más de 32 mil trasplantes efectuados en México, de ellos el más frecuente es el de córnea que empezó a realizarse en México en la década de los cincuenta, seguido por el de riñón, del cual ya se han realizado cerca de 8 mil procedimientos. (5)

En el año de 1988 se realizaron en México 259 trasplantes renales en 32 hospitales, y para 1997 las cifras se elevaron a cerca de 1000 casos, en 106 centros. El 82 % de los trasplantes de órganos en México se realiza en hospitales del sector privado.

En 1988 se practicaban trasplantes solamente en la ciudad de México y en cinco entidades de la República. En 1997 son 22 estados incorporados a ese programa. La ciudad de México dejó de ser generadora del 95 % de todos los trasplantes en el país ya que las estadísticas de 1997 muestran que de 1,085 trasplantes de riñón, en la ciudad de México se realizaron sólo el 50 %, siendo la otra mitad, realizada en instituciones fuera de la Ciudad de México lo que muestra que el programa de trasplantes está descentralizándose en forma acelerada. Algunas entidades como Nuevo León trabajan ya con siete grupos de trasplante renal. En Jalisco, se realiza un gran número de trasplantes y otros estados muy activos, como Sonora, trabajan con gran esfuerzo en la donación de órganos cadavéricos.

Además del crecimiento observado en los últimos años, los resultados en los trasplantes renales realizados en nuestro país son semejantes a la de otros países más avanzados. De los 1,085 trasplantes renales que se realizan en 1997, el 95 % de los pacientes en sobre-vida actuarial estadística a un año se encuentran vivos. En México actualmente se encuentran, en lista de espera para un trasplante renal, aproximadamente 5,000 pacientes.

5. Trasplante de órganos. Eduardo A. Santiago Deljin, pp. 83-84

1.2 HISTORIA DE LOS INMUNOSUPRESORES

El concepto de agentes químicos, físicos y biológicos afectando pruebas inmunológicas data de los experimentos de Billingham afines de la década de 1940, utilizando esteroides y midiendo diferentes parámetros en los conejos. Luego Dempster y finalmente Schwartz y Dameshek estudiaron sistemáticamente otras sustancias demostrando su presión de reacciones inmunológicas. Sin embargo, no fue hasta que se visualizo el rechazo de un injerto como un fenómeno inmunológico que investigadores dirigieron esfuerzos a probar el efecto de estas sustancias en el modelo de este trasplante. Generalmente se acredita a Schwartz y Dameshek con asociar los factores involucrados, y

5. Trasplante de órganos. Eduardo A. Santiago Deljin, pp. 83-84

Calne y luego Zukoski con experimentar en el modelo canino. Murray y Merrill E. U. y Hamburger en París utilizaron la radiación subletal en el ser humano.

Entusiasmados con el éxito de los experimentos en perros y el éxito parcial en seres humanos, comienza el uso sistemático de la 6-mercaptopurina, la azatioprina, la irradiación, y los esteroides en el manejo y tratamiento del rechazo y subsiguientemente en su prevención.

6. Trasplante de órganos. Eduardo A. Santiago Delpin, pp. 388

1.3 CLASIFICACION DE LOS INMUNOSUPRESORES

Categorías generales de inmunosupresores:

1. Agentes químicos
2. Agentes hormonales: cortisona natural, modificada o sintética; andrógenos; progesterona; ACTH; prostaglandinas; gonadotropina crónica.
3. Agentes biológicos
4. Agentes físicos(irradiación): irradiación total corporal con o sin trasplante de medula ósea, extracorpórea de la sangre, extracorpórea del injerto. Irradiación con luz ultravioleta.
5. Cirugía ablativa: timectomía neonatal y adulta, esplenectomía neonatal y adulta, canulación y drenaje del conducto torácico.
6. Otros agentes: antiinflamatorios, antihistamínicos, antiplaquetarios, enterotoxinas, lípidos, antibióticos.
7. Estados de dis inmunidad.
8. Manipulaciones inmunológicas.

8. Trasplante de órganos. Eduardo A. Santiago Delpin, pp. 389

1.4 LA INMUNOSUPRESION CLINICA ACTUAL

En el principio solo contábamos con los esteroides, la azatioprina y la irradiación. Su uso era limitado por la toxicidad o el fracaso terapéutico. De no existir compatibilidad o de no desarrollarse tolerancia operacional, el trasplante estaba condenado al fracaso, por la limitación en la flexibilidad y amplitud de la armamentario farmacológico. Las fechas nos son precisas y nos referimos principalmente a los países europeos y norteamericanos. Incluso, en un mismo país podrían solaparse programas con terapias de diferentes épocas. Probablemente el uso de uno u otro esquema se relaciono principalmente con el convencimiento del éxito de un

Medicamento en particular, en adición a consideraciones de costo.

8. Trasplante de órganos. Eduardo A. Santiago Delpin, pp. 392
5,6,7 y 8 Ibidem (5)

1.5 PRINCIPIOS GENERALES Y UNIVERSALES EN EL USO DE LOS INMUNOSUPRESORES

1. Búsqueda meticulosa de infecciones y cáncer durante la evaluación del candidato a trasplante.
2. Usar dosis mínima de inmunosupresores compatible con función adecuada y la profilaxis de rechazo.
3. La menos prednisona posible.
4. Es mejor usar múltiples inmunosupresores en dosis bajas que uno o dos en dosis altas.
5. Monitoreo frecuente de químicas sanguíneas.
6. Monitoreo frecuente por infecciones crónicas cáncer.
7. Política definida, firme y escrita sobre como manejar al paciente con rechazos múltiples, y cuando suspender la inmunosupresión.
8. Protocolos escritos sobre inmunosupresión profiláctica, rechazo, y complicaciones a ser revisados periódicamente la luz de nuevos adelantos.
9. Educación continua de todo el personal medico y no medico del programa de trasplante.
10. Protocolos agresivos para la evaluación y manejo de complicaciones y en especial de complicaciones infecciosas.
11. Política liberal de hospitalización del paciente con fiebre.
12. Uso liberal de procedimientos invasivos (endoscopias, biopsias) en el paciente con complicaciones graves.
13. Disminución de los inmunosupresores en pacientes con toxicidad o infecciones moderadas o serias.
14. En el paciente donde coinciden infección y rechazo, el manejo de la infección tiene prioridad sobre el rechazo.
15. Educación continua al paciente y su familia para que entienda y participe de su terapia.
16. Laboratorios semanales después de cualquier disminución en inmunosupresores y en particular la ciclosporina, el tacrolimo o la prednisona.

9. Trasplante de Organos. Eduardo A. Santiago Delpín, pp. 593
9 ibidem (5)

2. BASES LEGALES

2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Artículo 123, Fracción XIII. Las empresas, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación, o adiestramiento para el trabajo, la ley reglamentaria determinará los sistemas métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación.

Fracción XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten.

El patrón estará obligado a observar de acuerdo con la naturaleza de su negociación los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento y adotar las medidas adecuadas. ⁽¹⁰⁾

2.2 LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Artículo 153 A. Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo, por el patrón y el sindicato o sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 153B. Para dar cumplimiento a la obligación que, conforme al artículo anterior les corresponde, los patrones podrán convenir con los trabajadores en que la capacitación o adiestramiento, se proporcione a estos dentro de la misma empresa o fuera de ellas, por conducto de personal propio, instructores especialmente contratados, instituciones, escuelas u organismos especializados, o bien mediante adhesión a los sistemas generales que se establezcan y que se registren en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En caso de tal adhesión, quedara a cargo de los patrones cubrir las cuotas respectivas.

Artículo 153 F. La capacitación y el adiestramiento deberán tener por objeto: Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad; así como proporcionarle información sobre la aplicación de nueva tecnología en ella. ⁽¹¹⁾

2.3 LEY GENERAL DE SALUD

Artículo 2. El derecho a la protección a la salud, tiene las siguientes finalidades:
El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al bienestar y ejercicio pleno de sus capacidades.

La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.

10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

11. Ley Federal del Trabajo.

El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficazmente las necesidades de la población.

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Artículo 33. Las actividades, atención médica son:

Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

Curativas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalidadas físicas o mentales I

Artículo 9. La atención médica deberá llevarse a cabo de conformidad con los principios científicos y éticos que orienten la práctica médica.

Artículo 69. Para los efectos de este reglamento se entiende pro-hospital, todo establecimiento público o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación de personal para la salud y la investigación.

Artículo 71. Los establecimientos públicos o privados, que presten servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

Artículo 90. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas.

I.- Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieren para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;

II.- Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;

III.- Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos.

12. Ley General de salud. En materia de prestación y servicios de atención médica. Pp. 29-30

2.4 LEY DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social, constituye un paso decidido para la mayor parte de la población goce de un sistema de seguridad social que protege a los conocimientos débiles y les permite disfrutar de prestaciones definidas.

Artículo 1. La Ley es de observancia general en toda la República, en la forma y términos que la misma establece. (13)

12. Ley General de salud. En materia de prestación y servicios de atención médica. Pp. 29-30

Artículo 2. La Seguridad Social tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Artículo 5. La organización y administración del Seguro Social en los términos consignados en esta Ley, esta a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonios propios denominados I. M. S. S.

13. Contrato Colectivo de Trabajo (IMSS).

2.5 DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. RECIBIR ATENCIÓN MEDICA ADECUADA.

El paciente tiene derecho a que la atención medica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como hacer informado cuando requiera referencia a otro medico.

2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.

El paciente tiene derecho a que el medico, la enfermera y el personal que le brinda atención medica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respecto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de genero, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.

El paciente, o en caso el responsable, tienen derecho a que el medico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento, diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

13. Contrato Colectivo de Trabajo (IMSS).

6. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.

8. RECIBIR ATENCIÓN MEDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLINICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternativas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

14. Ley General de Salud. pp. 2-4

3. OBJETIVOS DEL MANUAL

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contar con un instrumento técnico administrativo que fortalezca la inducción al área y al puesto del personal operativo, donde se describan los procesos del servicio, para facilitar sus actividades.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir los lineamientos que norman los procedimientos específicos unificando criterios en el personal de enfermería y lograr la optimización y calidad en la atención de enfermería a los usuarios.
- Proporcionar al personal de enfermería del servicio de trasplante renal una guía que contenga los pasos, en forma sistematizada, en cada una de las acciones que realiza en la atención del cliente.
- Contar con un instrumento de apoyo para la orientación del personal de nuevo ingreso, facilitando su pronta incorporación al servicio.

4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, se crea por decreto del Congreso Técnico Consultivo integrado el cuerpo de gobierno el 12 de junio de 1978 con el inicio de funciones el día 12 de junio del mismo año.

El Hospital de Especialidades abrió sus puertas con una planta de 100 camas, una planta de atención de pacientes adultos con 22 especialidades médicas, una planta de atención pediátrica y el servicio de atención modular en cirugía.



4.2 OBJETIVOS DEL HOSPITAL

- Dirigir las acciones para el cumplimiento de objetivos y metas asignadas y otorgar servicios con calidad que rebasen las expectativas de los usuarios.
- Difundir entre las unidades de atención médica de su ámbito de influencia, los principios de la rectoría técnico-médica de las diferentes especialidades médico-quirúrgica.
- Proporcionar atención médica integral de verdadera calidad y con sentido humano, a los derechohabientes derivados a la unidad y para aquellos que la soliciten directamente en el servicio y admisión continúa.
- Promover eventos de educación e investigación médicas, con base en el diagnóstico situacional, para analizar las acciones procedentes que fomenten la prevención y abatimiento de riesgos para la salud.
- Formar profesionales de salud de alto nivel en las diferentes especialidades que se tratan en la unidad y promover el desarrollo y crecimiento de recursos humanos para la atención de la salud.
- Brindar apoyo técnico y de recursos, necesarios para la operación de los servicios intra hospitalarios de conformidad con los principios del proceso de apoyo a la operación hacia la autonomía de gestión.
- Propiciar el intercambio y aprovechamiento de recursos materiales y de infraestructura entre los servicios intra y extrahospitalarios.

16. Instructivos Elaboración de Manuales IMSS. Dirección de Finanzas y Sistemas. pp. 7

16. Instructivos Elaboración de Manuales IMSS. Dirección de Finanzas y Sistemas. pp. 7

4.3 POLÍTICAS DEL HOSPITAL

- El derechohabientes será el actor principal a quien se deberán dirigir las acciones coordinadas de esfuerzos de las unidades médicas de la región.
- Se implantarán acciones que permitan fortalecer los niveles de operación y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Los procesos de atención a la salud deberán comprender los aspectos de promoción, fomento, prevención del riesgo, protección, recuperación y rehabilitación en términos generales y reforzar las medidas preventivas para abatir los riesgos.
- Se promoverá el desarrollo de estudios demográficos, económicos, sociales y de salud, que permitan el desarrollo científico y técnico de la atención médica y la detección oportuna de factores de riesgo de salud pública.
- Se propiciará la participación de equipos multidisciplinarios de salud, para la identificación y solución de problemas de salud pública en su ámbito de influencia.
- Se deberá fortalecer la difusión de acciones y procedimientos para reducir los factores de riesgo a la salud, a través de un proceso continuo de educación para la salud.
- Propiciará la difusión de los trabajos de investigación realizados en la unidad, con instancias públicas, privadas y sociales, así como el intercambio de información médico científica.
- Se fortalecerá la información, capacitación y el desarrollo técnico y profesional del personal para la salud, asimismo, los programas determinados deberán ser dirigidos a equipos multidisciplinarios para la atención integral y tendrán que ser congruentes con las necesidades y demandas de la población derechohabientes, reflejadas en los resultados del diagnóstico situacional.
- Los procesos de supervisión y evaluación así como las acciones de asesoría y apoyo a las áreas operativas de la unidad, deberán efectuarse oportunamente para evitar el desfasamiento en los procesos para el otorgamiento de servicios.

17. Manual de Organización del Departamento de Enfermería del H. E. C. M. R. (IMSS)

4.4 MISIÓN DEL HOSPITAL

Otorgar a los usuarios del hospital de especialidades centro médico nacional la raza, servicios con oportunidad, calidad y trato digno para satisfacer las necesidades y expectativas de salud integral, facilitar la superación permanente de los trabajadores del hospital y el ejercicio de finanzas sanas.

4.5 VISIÓN DEL HOSPITAL

Ser líder en atención, educación e investigación médica garantizando el desarrollo del personal de sus trabajadores para que mediante la interacción dinámica de los procesos se promueva el trabajo en equipo de alta competencia logrando superar de manera integral las expectativas de sus usuarios.⁽¹⁸⁾

18. Carpeta Gerencial Molinar Ramos Fernando Dr.

4.6 ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL

El Hospital de Especialidades forma parte del conjunto hospitalario del Centro Médico Nacional La Raza, constituye uno de los Hospitales de concentración de mayor nivel tecnológico, lo que permite brindar una atención médica oportuna y de alta calidad a la población derechohabiente, que es referida de las diferentes unidades que proporcionan atención médica en la Región La Raza y que requiere de servicios médico – quirúrgicos de alta complejidad.

Depende orgánica y administrativamente de la delegación No. 2 Noreste del Distrito Federal. La organización del hospital corresponde a una Unidad Médica de Tercer Nivel, bajo la coordinación normativa de la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas y hacia su interior la máxima autoridad la constituye la Dirección, sustentada en las Subdirecciones Médica y Administrativa. ⁽¹⁹⁾

19. Ibidem (18)

4.7 ESTRUCTURA ORGANICA

PERSONAL DIRECTIVO

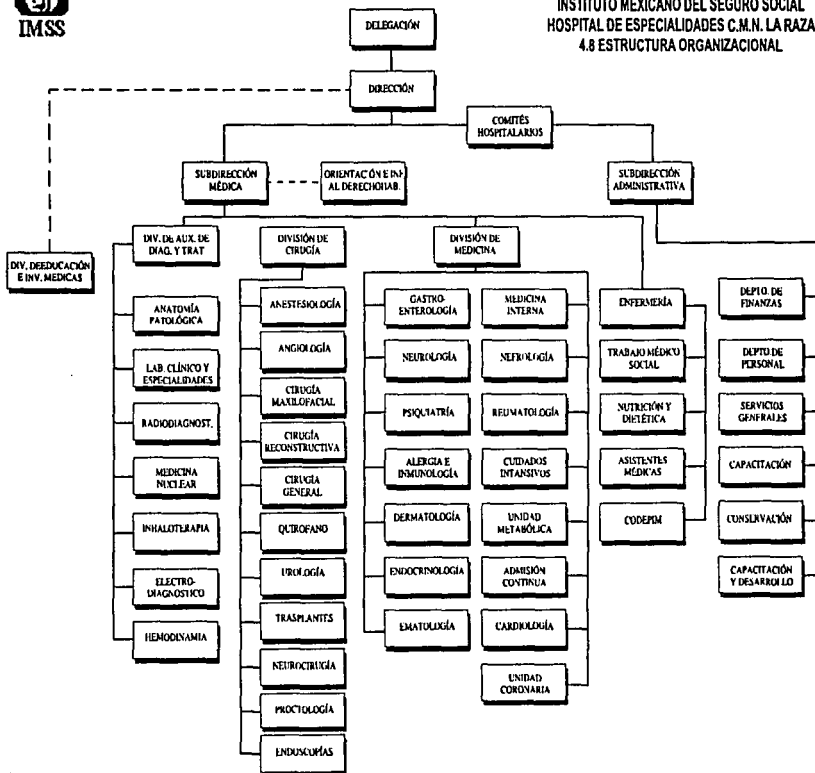
Dr. Fernando Molinar Ramos	Director
Dr. Noé Barroso Rodríguez	Subdirector médico
Dr. Eduardo Ponce Becerri	Subdirector administrativo
Dr. José Luis Estrada Aguilar	División de calidad
Dr. Ernesto A. Ayala López	División de cirugía
Dr. Rafael Olivera González	División de medicina
Dr. Jorge Salcedo Corona	División de auxiliares de diagnóstico y tratamiento
Dr. Jesús Arenas Osuna	División de educación e investigación médica

SUBDIRECTORES MÉDICOS ADJUNTOS

Dr. Arturo Gayosso Rivera
Dr. Jaime Iglesias Cabrera
Dr. Enrique Rodrigo Jiménez
Dra. Huri G. Vázquez Orozco



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA
4.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



4.9 PROGRAMAS PRIORITARIOS

❖ CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Calidad es sinónimo de abatimiento de costos con satisfacción del derechohabiente.

Se pretende establecer en el cambio un comité institucional de calidad en lugar del comité de abatimiento de las causas de las quejas. La nueva Ley del Seguro Social y en general la nueva era del IMSS., coloca al usuario de los servicios como eje motor del cambio.

QUE ES CALIDAD EN EL I.M.S.S.

Otorgar a los derechohabientes y usuarios la atención y el servicio que demandan de acuerdo a la expectativa, a fin de lograr su satisfacción y cumplir con lo que dispone la ley del Seguro Social y su Reglamento.

Para el logro de este programa deben existir dos situaciones enfocadas en relación a los demás., uno, es calidad en el trabajo que se desarrolla, otro que es el fundamental; la calidad en la atención de los derechohabientes.

❖ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE EXCELENCIA

Concebido como un esquema de trabajo que aglutina el esfuerzo de las diferentes áreas del instituto a fin de conjuntar los aspectos propiamente médicos, administrativos, técnicos y financiero, presentes en todos los procesos de trabajo de las unidades.

PROPÓSITO

Otorgar atención integral y continua de primer contacto al individuo y su familia, con calidad, calidez y a costos razonables. Resulta el soporte de calidad necesario para los siguientes niveles de atención.

Considera como herramientas fundamentales:

- la desconcentración administrativa y operativa
- la reingeniería de los procesos
- la cultura del trabajo en equipo

El objetivo es simplificar los procesos y descentralizar la atención médica y que esta se brinde con la oportunidad y la calidad debida.

El esquema de Unidad de Medicina Familiar de excelencia es más cualitativo que cuantitativo, tiende a lograr unidades altamente competitivas, que cuenten con personal directivo y operativo capacitado y comprometido con sus responsabilidades.

LINEAS DE ACCION:

- Eficiencia operativa y mejora en calidad en los servicios de Consulta Externa, Atención Domiciliaria, Urgencias y Auxiliares de Diagnostico.
- Atención médica las 24 hrs. En servicios de atención médica continua.
- Capacitación del personal médico
- Educación a la población
- Racionalidad en el otorgamiento de incapacidad temporal.

❖ PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA

Se define como el conjunto de servicios médicos y administrativos, otorgados con calidad, calidez y eficiencia, acordes a la capacidad resolutive del hospital para satisfacción del usuario y el prestador de servicio.

PROPÓSITO:

Desarrollar actividades dirigidas al aprovechamiento racional de los recursos con que cuentan las unidades hospitalarias, considerando su interrelación con todas las instancias institucionales y extrainstitucionales, a fin de favorecer el otorgamiento oportuno de servicios de calidad, equidad y a costos razonables.

ACCIONES A INSTRUMENTAR:

- Fortalecer el liderazgo de los directores de unidad
- Cambiar la cultura de servicio
- Aumentar la capacitación y la investigación orientada a las necesidades reales de cada unidad
- Balance de plantillas en la unidad

LINEAS DE ACCION

- Fortalecimiento de los servicios de urgencias
- Atención domiciliaria del enfermo crónico A.D.E.C
- Mejoramiento de los programas de cirugía ambulatoria y puerperio de bajo riesgo
- Actividades para fortalecer la oportunidad de la atención médico, quirúrgica, de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

❖ RACIONALIDAD Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Referencia.- conjunto de criterios clínicos y administrativos, con base en los cuales se determina el envío de los pacientes a una unidad médica y con mayor nivel de capacidad resolutive para la atención del daño específico a la salud.

Contrarreferencia.- conjunto de criterios clínicos, paraclínicos y administrativos con base en los cuales se determina el envío de pacientes a una unidad con menor complejidad o capacidad resolutive.

PROPÓSITO:

Dirigido a mejorar de manera integral la aplicación de los criterios clínicos, paraclínicos y administrativos para el envío de pacientes entre los diferentes niveles de operación, favoreciendo el uso adecuado de los recursos e incrementando la calidad médica y el trato humanístico a los pacientes, así como la contención de costos de modo razonado.

LINEAS DE ACCION

- Supervisión de la calidad de envío
- Traslado de pacientes en grupo
- Ampliación de la capacidad resolutive mediante el reordenamiento de plazas donde sea posible.
- Subrogación de auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Asistencia de especialistas a unidades de otro nivel.

❖ PRESCRIPCIÓN RAZONADA

Obtención del máximo posible, con el mínimo de riesgos para el paciente, la población y el servicio de salud.

PROPÓSITO:

Dentro de la estrategia de abasto total, con actividades compartidas entre las áreas médica y administrativa, y que se dirige a lograr que el usuario reciba medicamentos y otros insumos terapéuticos necesarios para su atención, con oportunidad y suficiencia, es competencia médica lo que corresponde a prescripción razonada de medicamentos.

LINEAS DE ACCION:

- Elaboración y aplicación de cuadros básicos de medicamentos y otros insumos, de acuerdo con los diagnósticos terapéuticos, para la morbilidad y mortalidad local.
- Utilización de los medicamentos y otros insumos, de acuerdo al criterio diagnóstico terapéutico.
- Consolidación del nivel de satisfacción, recetas atendidas en farmacias, debidamente surtidas a través de procedimientos regulares y alternos, con la participación de las unidades desconcentradas de apoyo a la operación.
- Establecimiento de controles internos adecuados para asegurar los consumos de las prescripciones
- Establecimiento de mecanismos alternos para la dotación oportuna y suficiente de los insumos necesarios.

❖ PROMOCION A LA SALUD Y MEDICINA PREVENTIVA

PROPÓSITO:

Lograr la disminución de riesgos de daños a la salud por enfermedades transmisibles, para lo cual se establecen como acciones y procesos lo relacionado con la vigilancia y control epidemiológico, la medicina preventiva y el fomento de la salud.

CONSTA DE UNA APERTURA PROGRAMATICA BASADA EN 4 PROGRAMAS:

Control epidemiológico de enfermedades prevenibles por vacunación
Prevención y control epidemiológico de padecimientos transmisibles y no transmisibles
Prevención y control epidemiológico de padecimientos abatibles por mejoras en el ambiente y zoonosis
Fomento y educación para la salud

LINEAS DE ACCION:

- Garantizar la mejora continua de la calidad del servicio
- Continuar con este estudio con todo rigor científico, técnico y académico.
- Eficientación de los recursos disponibles del sistema de salud.

❖ ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

Pretende integrar y sistematizar hasta el nivel operativo la caracterización de la atención médica que se otorga al paciente de 65 y más años considerado adulto mayor, fortalecer su atención médica integral, incidir favorablemente en la morbilidad y mortalidad y contribuir de manera conjunta con otras áreas institucionales el mejoramiento de su calidad de vida

LINEAS DE ACCION:

- ✓ Atención médica integral al adulto mayor, en los tres niveles de operación, relacionando las medidas de prevención de igual manera y abarcando las tres esferas, de manera oportuna, efectiva y humanista.
- ✓ Disminución de la demanda de atención en hospitalización, a través del acercamiento de los servicios de atención curativa y rehabilitatoria ambulatorios y domiciliarios, relacionados con las actividades de educación, fomento y detección. ⁽²⁰⁾

4.10 DESCRIPCIÓN DE LA PLANTA FÍSICA

El Hospital de Especialidades se inserta en el conjunto arquitectónico del Centro Médico La Raza. Por su construcción corresponde a una estructura vertical de diez niveles, un basamento y un sótano, reproduciendo a una gran columna.

La distribución de las áreas por niveles, describiéndola de forma descendente es la siguiente: En el décimo piso, se ubica el departamento de Nutrición y Dietética, el Centro de Computo, las aulas, la biblioteca y el auditorio.

Del noveno al tercer pisos ubican los servicios de hospitalización, dos en cada nivel con una capacidad instalada de 35 camas cada una. En el área oriente va del 1 al 35 y al poniente del 36 al 70, anteponiéndose el número del piso al que corresponde.

Cada servicio se constituye por una oficina para el jefe de departamento clínico con un área para su secretaría, otra área de médicos de base una para los médicos becarios. Cuenta con una residencia para becarios.

Las áreas asistenciales se conforman de seis salas de cuatro y seis camas en cada una, un cubículo de dos camas y uno individual. Cada cubículo esta diseñado de manera integral con sanitario y regadera.

En las salas de seis y cuatro camas se encuentra un espacio designado para el trabajo de la enfermera que cuenta con escritorio, guarda expediente y papelería; para guarda de material, equipo y ropa cuenta con una gaveta y una tarja para el lavado de manos y el aseo de equipo e instrumental utilizado en la atención del paciente.

La atención al público se brinda por la asistente médica en el control ubicado en el acceso al servicio, en donde se ubica una línea telefónica, en esta zona de entrada se encuentra la CENDIS, aquí se ubica el espacio de trabajo para la Enfermera Jefe de Piso.

Finalmente cada ala del hospital integra un servicio, cuenta con un séptico para el aseo del material de eliminación y la concentración de la ropa sucia.

Se integra a cada piso una pequeña aula a cargo del Jefe de Departamento Clínico.

En los cuartos clínicos se han implementado áreas de atención de estudios especiales, con la siguiente distribución:

Noveno piso Sala de Hemodinamia Vascular no Invasiva

Octavo piso Servicio de Eco cardiografía y Pruebas de Esfuerzo

Sexto piso Servicio de Electroencefalografía y Electromiografía

Cuarto piso Servicio de Nutrición Parenteral

En el segundo piso se ubican las áreas críticas: UCI, UCC y HEMODIÁLISIS. Tanto la UCI como las UCC están diseñadas de manera circular que permite la observación de los pacientes desde cualquier punto. En la parte central se ubican los espacios de trabajo del personal de enfermería y las centrales

de monitoreo hemodinámico. En la parte externa del círculo se ubican los servicios de apoyo, (guarda de ropa, medicamentos, área de descanso, oficina de los médicos y del jefe de departamento clínico).

El servicio de hemodiálisis cuenta con una capacidad instalada de 15 riñones, distribuidos en áreas de positivos, crónicos y pacientes en protocolo de trasplante renal. Se ubica un laboratorio clínico que da apoyo a estos servicios.

También en este nivel se ubica el servicio de hinalotertapia, con una oficina para el jefe de servicio.

En el primer piso se ubican las oficinas Administrativas y el Cuerpo de Gobierno, la Contraloría, la División de Educación Médica, Inventarios, Oficina Sindical y la Jefatura de Enfermeras.

El basamento de la Unidad o Planta Baja, lo constituye la entrada principal del hospital y los servicios de atención de los pacientes externos: oficina de orientación y quejas, laboratorio central, admisión continua, trabajo social, aféresis, quirófanos y ceye.

En el sótano, se ubican los vestidores, checadores, los servicios de medicina nuclear, Hemodinamia, admisión hospitalaria, la sala de espera de visitantes y familiares, la oficina de vigilancia, cafetería, la oficina de promotores sociales, resonancia magnética y la capilla de la unidad.

AL interior del edificio sobre el patio de maniobras del Centro Medico La Raza se localiza: servicios generales, servicios básicos, ropería, almacén, la oficina de conservación y el servicio de patología. (21)

4.11 ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL

Porcentaje de ocupación:

Hospitalización	85 %
Unidad de Cuidados Intensivos	100 %
Unidad de Cuidados Coronarios	100 %
Admisión continua	100 %

Promedio días estancia: 8.8 días

Índice de mortalidad 16.3 %

Costo día cama:

Hospitalización	\$ 1,927.00
Unidades críticas	\$ 6,094.00
Sesión de hemodiálisis	\$ 1,803.00

5. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

El primero de octubre de 1978 se designa a la Enfermera Ma. De los Ángeles González Ramírez como Jefe de Enfermeras, quien conformo su equipo de trabajo el 16 de Enero de 1979. El grupo de Enfermeras desarrolla la estructura técnico-administrativa para la organización y funcionamiento del departamento, así como la asignación de personal de enfermería por servicio y turno.

Se realiza un análisis de los intereses y aptitudes del personal de nuevo ingreso a partir del 16 de febrero, permitiendo su mejor ubicación en los servicios en búsqueda de un beneficio en la atención del cliente externo, se integraron grupos de trabajo estableciendo un programa de inducción al área y al puesto previo a la apertura de los servicios. El día 19 de marzo de 1979, se trasladaron los primeros pacientes del Hospital General (IMSS) AL hospital De Especialidades C. M. LA RAZA (IMSS).

5.2 OBJETIVOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- Proporcionar atención de enfermería en forma integral, humana de mayor calidad y oportunidad a la población amparada, mediante el óptimo aprovechamiento de los Recursos Humanos y Financieros, dentro de las normas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Llevar a cabo labores de Medicina Preventiva por medio de la detección oportuna de complicaciones en los pacientes hospitalizados.
- Realizar actividades de Enseñanza e Investigación a través de Programas a nivel de Postgrado para la capacitación de enfermeras especialistas.
- Participar en la educación continúa de las distintas áreas de la atención de enfermería.
- Coordinar los programas institucionales y los delegacionales para mejorar la calidad de atención hospitalaria. (22)

5.3 POLÍTICAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- La asignación del personal de enfermería a los diferentes servicios del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, es potestad del Departamento de Enfermería.
- Con la finalidad de contar con personal competente se rotará al personal periódicamente por los diferentes servicios de la Unidad.
- Los descansos del personal de enfermería son fijos y se asignan una vez que estén vacantes de acuerdo a plantilla La asignación se hará por rigurosa antigüedad institucional.
- El ejercicio de las decisiones y acciones en la administración del proceso de enfermería será responsabilidad de cada uno de los tramos de control.
- Las células funcionales del departamento de Enfermería serán los grupos de trabajos asignados por servicio, bajo la autoridad de la jefe de piso.
- El Proceso Cuidado Enfermero se aplicará por áreas o servicios y la enfermera jefe de piso será la responsable del cumplimiento, en coordinación con la subje de enfermeras.
- La Jefatura de Enfermeras ejercerá la autoridad de tipo normativo y correctivo en la aplicación del proceso cuidado-enfermero.
- La comunicación y coordinación intra e Inter. Departamental se realizara respetando las líneas de autoridad.
- Las funciones y actividades del capital humano se apegaran al Contrato Colectivo de Trabajo y a la descripción del puesto.
- El sistema de trabajo se determinara por área, conforme a las características del Cuidado-Enfermero.
- La enfermera jefe de piso asignara la atención del paciente mediante la elaboración de la distribución de trabajo.
- Se realizará ajuste del capital humano diario en forma equitativa y de acuerdo a la complejidad del servicio.
- La Subje de Enfermeras realizara actividades de coordinación y solución de problemas, con el Jefe de Departamento Clínico.
- La dotación de medicamentos, ropa, Material de Consumo y curación será de acuerdo a la dotación de 24 horas. (23)
23 Op. C.t. (15)

5.4 MISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Propiciar y garantizar un cuidado enfermero de vanguardia, humano y especializado, en el que cada uno de nuestros derechohabientes vea superadas sus expectativas, realizado por personal competente de enfermería y con estricto apego a criterios de calidad como unidad médica de alta especialidad.

5.5 VISION DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Entidad administrativa del hospital de especialidades centro médico nacional "la raza," que en el año 2003 esta conformada por profesionales de enfermería autodirigidos, creativos y competentes, profesionalmente a través de la evidencia científica diseñan, aplican y evalúan modelos del cuidado enfermero para responder a necesidades y expectativas de los usuarios de las diferentes especialidades se enfocan de manera primordial a la prevención y limitación del daño durante el periodo de hospitalización, al egreso establecen planes de autocuidado que marcan la pauta en la atención holística de enfermería de alta especialidad en el IMSS. (24)

24. Op. Cit (15)

5.6 ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

La Jefatura de Enfermeras del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, esta integrada por la jefe de enfermeras y 27 subjeses de enfermeras. Las subjeses de enfermeras asumen funciones técnicas, administrativas, docentes y de investigación.

Se asigna a las subjeses de enfermeras para las actividades de coordinación del proceso Cuidado-Enfermero en áreas clínicas por módulos, los cuales se conforman por continuidad del proceso entre las diferentes áreas.

Las actividades Gerenciales del Departamento se realizan a través de comités. Para este fin se conforman el Comité de Capital Humano, el Comité de Gestión para la calidad, Comité de Capacitación y desarrollo del Personal. En estos comités se designa una subjefe de enfermeras por turno.

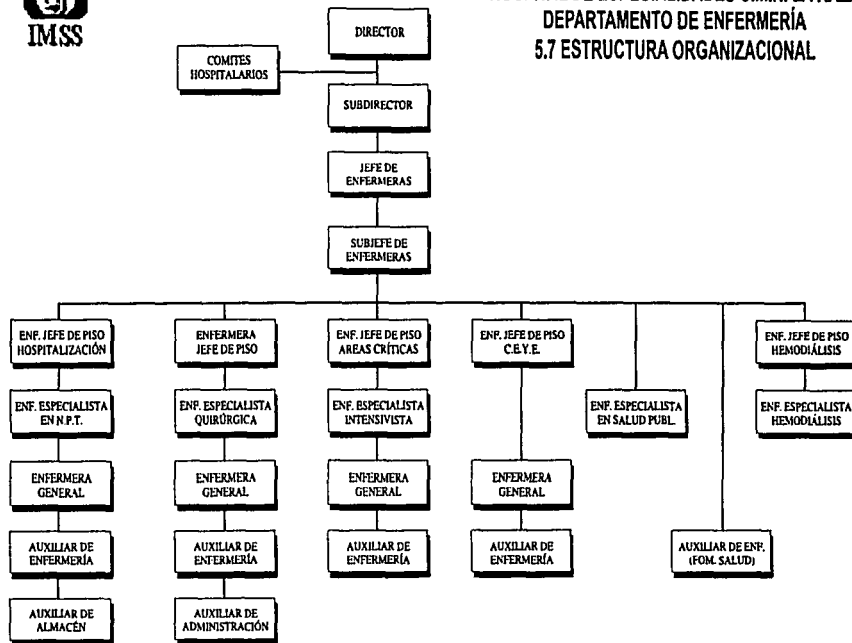
Así mismo se integran las Subjeses de Enfermeras a los Subcomités que designa la organización institucional y los que genera la Dirección de la Unidad.

La asignación a los Subcomités es determinada por la Jefe de Enfermeras y con vigencia de un año.⁽²⁶⁾

26. Op. CL (15)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
5.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



5.8 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR CATEGORÍA Y TURNO

CATEGORÍA	T MATUTINO	T VESPERTINO	T NOCTURNO (a)	T NOCTURNO (b)
JEFE DE ENFERMERAS	1	-	-	-
SUBJEDE DE ENFERMERAS	12	7	5	4
JEFES DE PISO	26	26	17	17
EE EN HEMODIÁLISIS	14	8	3	3
EE INTENSIVISTA	38	34	30	30
EE QUIRÚRGICA	18	10	3	4
ENFERMERAS GENERALES	150	118	83	83
AUXILIAR DE ENFERMERIA	92	72	39	38

PERSONAL PROFESIONAL	732	75.2 %
PERSONAL NO PROFESIONAL	241	24.7 %
TOTAL DE PERSONAL	973	PLAZAS

UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL



6. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO (TRASPLANTE RENAL)

6.1 CONCEPTO

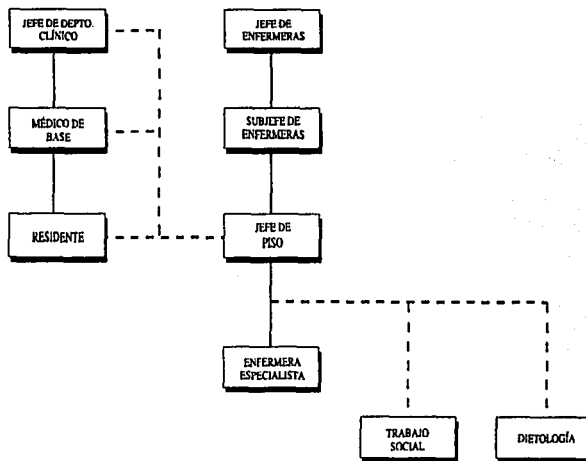
Es un servicio que recibe a pacientes con problemas renales para ser estudiados en forma integral y poderlos trasplantar en forma oportuna e integrarlos a su núcleo familiar.

6.2 ESTRUCTURA ORGANICA

La Unidad de Trasplante Renal depende directamente de la Jefatura de Enfermeras y de la normativa que emana de dicho departamento, sustenta sus actividades en los lineamientos institucionales y en el Contrato Colectivo de Trabajo.⁽²⁷⁾



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA
6.3 ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE TRANSPLANTE RENAL



6.4 MISIÓN DEL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

Fortalecer la participación de la enfermera especialista con el equipo multidisciplinario para proporcionar cuidados de enfermería de calidad al paciente trasplantado, actuando en forma organizada y profesional, para contribuir a su recuperación con un sentido ético y humanista.



6.5 VISION DEL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

La enfermera especialista es líder en brindar cuidados de enfermería de la mejor calidad al paciente trasplantado, con el mayor beneficio y satisfacción para el usuario integrándolo a su núcleo familiar. (28)

28. Ibidem (27)

6.6 OBJETIVOS DEL SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

- Proporcionar atención de enfermería integral, humana, de la mayor calidad con oportunidad mediante el óptimo aprovechamiento de los recursos humanos, materiales dentro de la norma establecida.
- El sistema de atención que se brinda al paciente es a través del cuidado integral, el cual asegura la calidad de atención que se proporciona al paciente en una unidad de tercer nivel.
- Contribuir al desarrollo de la práctica profesional del Personal de enfermería con conocimientos generales en la investigación científica, en las áreas asistenciales, docentes y administrativas. ⁽²⁹⁾

29. Ibidem (27)

6.7 POLÍTICAS DEL SERVICIO PARA EL PERSONAL DE TRASPLANTE RENAL

- La asignación del personal de enfermería de los diferentes servicios del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza es exclusiva del Departamento de Enfermería.
- Con la finalidad que la Enfermera Especialista sea competente se le rotará cada seis meses por las diferentes áreas críticas.
- Los descansos del personal de Enfermería son fijos y se asignan una vez que están vacantes de acuerdo a plantilla. La asignación se hará por rigurosa antigüedad institucional.
- El proceso Cuidado Enfermero se aplicará por áreas o servicios y la enfermera jefe de piso será responsable del cumplimiento en coordinación con la subjefe de enfermeras.
- Las funciones y actividades del capital humano se apegará al Contrato Colectivo de Trabajo, y a la descripción del puesto.
- La enfermera jefe de piso asignará la atención al paciente mediante la elaboración de la distribución de trabajo.
- La visita de familiares es 5 min. En horarios previamente establecidos.
- Para la visita el familiar se colocará bata, cubre bocas y se hará lavado de manos y podrá pasar a las salas.
- Cuando se concluye con la visita familiar reciben el reporte por médico de base.
- La asignación de actividades será por medio de rol cada semana en el área asignada.
- El personal asignado al servicio se ausentará en casos estrictamente necesarios o en caso de urgencia.
- El personal se sujetará a las normas, reglamento interno y estatutos establecidos por la institución el Hospital y la Jefe de Enfermeras.
- Deberá presentarse puntualmente al servicio y debidamente uniformada con una tolerancia de 15 minutos. ⁽²⁹⁾

29. *Ibidem* (27)

6.8 DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR CATEGORÍA Y TURNO.

CATEGORIA	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO
ENFERMERA JEFE DE PISO	1	1	1/1 (A y B)
ENFERMERA ESPECIALISTA INTENSIVISTA	9	8	7/7 (A y B)
TOTAL	10	9	8/8

Personal Profesional: 100%
Total: 35

6.9 SISTEMA DE TRABAJO

En el servicio de Trasplante Renal el sistema de trabajo es por medio del cuidado integral responsabilizando a la enfermera especialista asignada al área. La distribución de pacientes va de acuerdo al factor humano distribuido por la sub Jefatura de enfermeras, esto se complementa con las funciones que establece el Contacto Colectivo del Trabajo y el análisis de puesto acorde a la categoría. La jefe de piso se responsabiliza a darle cumplimiento a las normas de calidad establecidas por la institución y verificar la atención que se brinda.

6.10 UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL AREA FÍSICA

La unidad de Trasplante Renal se localiza en una área del 9º. Piso lado B del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, cuenta con 10 camas, dos para pacientes trasplantados y ocho para pacientes con alguna complicación posterior, cada cubículo cuenta con 4 camas con WC y regadera que van del 901-904 y de la 905-908 y con una sola cama es la 909-910 con WC y regadera.

La oficina del jefe del servicio se encuentra alejada de la unidad en un espacio que le facilitaron y fue adaptada cuenta con una secretaria. ⁽³⁰⁾

30. Ibidem (27)

7. PROCEDIMIENTOS

DE

ENFERMERIA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.1 INSTALACION CATETER TENCKOFF (SILASTIC)

CONCEPTO

Es la instalación de un catéter de silastic en la cavidad peritoneal, bajo anestesia local en un quirófano.

OBJETIVO

➤ Realizar diálisis peritoneal en pacientes candidatos a protocolo de trasplante renal, y cuya permanencia del catéter es prolongada.

MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo de cirugía menor.
- Catéter Tenckoff
- Soluciones antisépticas.
- Solución dializante.
- Línea de transferencia.
- Tapón de litaneo y/o tapón antiséptico.
- Gasas, guantes, cubre bocas, sedas, agujas, jeringas.
- Anestésico local.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera ➤ Médico Cirujano 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientación al paciente sobre el procedimiento y trasladarlo al quirófano. ➤ Previa asepsia de la región. ➤ Se instala catéter de silastic (Tenckoff) en cavidad peritoneal guiándolo mediante un trocar que se inserta estando en decúbito, promedio de un estilete que es retirado al ingresar a la cavidad peritoneal, una vez que se retire el estilete el trocar se avanza hacia la pelvis. Un disco metálico protector se coloca alrededor del catéter en la superficie de la piel para prevenir una remoción accidental. Un dispositivo alternativo de doble acción, uno se coloca en tejido subcutáneo por debajo de la piel en el sitio de salida, y otro en aponeurosis por fuera de la cavidad peritoneal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduce la ansiedad y aumenta la colaboración. ➤ Las sustancias químicas que intervienen en los procesos vitales de los microorganismos pueden matarlos o inhibir su crecimiento y reproducción, estos varían de acuerdo al microorganismo y al tipo de desinfectante. El peritoneo forma el revestimiento de la cavidad abdominal y cubre las viseras que contiene, así como la cara superior de algunas viseras pélvicas.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realiza curación de sitio de inserción de catéter. ➤ Traslada al paciente a su unidad. 	

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

7.2 DIALISIS POSITIVA.

CONCEPTO.

- Es la técnica de intercambio de líquidos a través de una membrana semipermeable que separa de todo el cuerpo del paciente a un líquido dializante. Se logra de manera rápida e diagnóstica el equilibrio de los electrolitos, azúcares, proteínas y sustancias de desecho.

OBJETIVO.

- Evitar o reducir síntomas como: náuseas, vómitos.
- Eliminar el exceso de líquidos.
- Evitar la hiperkalemia.

MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo para diálisis positiva.
- Conexión para diálisis según el paciente.
- Conexión para diálisis positiva.
- Agua.
- Conexión de agua.
- Conexión, guantes, pinzas, pinza de plástico, etc.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indica tipo de solución y estancia en cavidad . ➤ informa al paciente sobre su inicio de su diálisis. ➤ Lavado de manos y se coloca cubre bocas. ➤ Prepara una mesa pasteur, previamente lavada con alkasime, colocando solución dializante, medicamentos indicados, pinza, tapón y desinfectante. ➤ Indica al paciente se ponga cubre bocas. ➤ Se cuelga en el tripie la solución dialisante. ➤ Se procede a abrir la línea de trasferencia, uniéndolo a la línea de la bolsa dialisante, cerrándola en forma de rosca. Al unirse se cierra la línea que va al paciente y se purga, se hace una pequeña fuerza en la unión hasta oír un clic, se cierra la línea de purgado permitiendo el paso de la solución a la cavidad peritoneal, permaneciendo ahí el tiempo indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El riesgo potencial de infección esta relacionado con la colocación del catéter e interrupción de la integridad de la piel. ➤ La técnica aséptica previene el crecimiento y/o trasmisión de micro organismos. ➤ La fase de permanencia o de difusión es el tiempo que permanece en la cavidad peritoneal el dializado y proporciona el tiempo para que la osmosis y la difusión se lleven a cabo. ➤ La fase de drenaje o de flujo es el tiempo requerido para desagotar la cavidad peritoneal del dializado infundido mas el exceso de liquido extracelular.

Posteriormente se abre la línea adicional permitiendo la salida de líquido peritoneal hacia la bolsa vacía, retirándose la bolsa y desenroscando, colocando un tapón que contiene solución antiséptica. Se corrobora peso de la bolsa y se anota en la hoja de diálisis.

+ retiene líquidos más de lo que entro

- elimina más líquido de lo que entro.

▷ Registros de signos vitales antes y después del procedimiento y anotaciones pertinentes.

▷ El riesgo potencial de exceso de líquido está relacionado con una ultra filtración inadecuada, cualquier alteración tanto mecánica como fisiológica puede inhibir la eliminación de líquidos.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**7.3 CATETERIZACION DE UNA FÍSTULA / INJERTO DE ACCESO VASCULAR
ARTERIO VENOSO.**

CONCEPTO

- Es la cateterización de una fístula o injerto arterio venoso para tener acceso a la circulación vascular.

OBJETIVO

- Instituir una hemodiálisis.

MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo de cirugía menor.
- Fístula de silastic.
- Solución antiséptica.
- Anestésico local.
- Gasas, guantes, cubre bocas, agujas, jeringas.
- Ropa estéril.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orienta al paciente sobre el procedimiento y lo traslada al quirófano. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduce la ansiedad y se obtiene su colaboración.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Previa asepsia y antisepsia de la región se anastomosa una arteria con una vena utilizando una prótesis de material sintético (silastic o politetrafluoroetileno) un extremo del injerto se sutura a la arteria, se tuneliza el resto por debajo de la piel a travessando el tejido subcutáneo y el otro extremo se sutura a una vena. El flujo sanguíneo arterial se dirige hacia la vena a través del injerto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La fuerza de la arteria depende de su capa externa, es la que se rompe o rasga con menor facilidad que las otras capas y ayuda a resistir una expansión anormal del vaso. Las arterias van acompañadas de un nervio y dos vasos formando el paquete basculo nervioso.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evalúa el estado circulatorio del miembro donde se sitúa la fistula o el injerto corroborando llenado capilar, coloración, pulsos, temperatura, edema, inflamación, secreción purulenta. ➤ Realiza registros en hoja de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estos signos y síntomas indican el estado circulatorio del miembro, la permeabilidad del acceso bascular y la presencia de infección.³³

33 Ibidem (31)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.4 HEMODIALISIS

CONCEPTO:

Es una técnica para limpiar la sangre de los productos de desecho acumulados, se extrae sangre del cuerpo, la hace circular a través de un dializador para que se purifique, y luego regresa la sangre libre de sustancias tóxicas al cuerpo.

OBJETIVOS:

- Obtener el acceso a la corriente sanguínea del paciente a través de la fístula o injerto establecido.
- Asegurar una iniciación segura y aséptica de la hemodiálisis.

MATERIAL Y EQUIPO

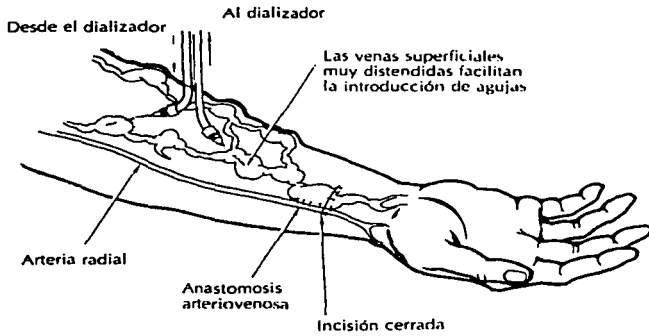
- Riñón artificial
- Filtros
- Cubre bocas
- Solución fisiológica
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Solución dializante
- Conectores
- Macro goteros
- Tela adhesiva

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realiza indicaciones medicas y valora al paciente. ➤ Toma de signos vitales y peso del paciente. ➤ Colocar al paciente en una posición cómoda y asegurarse de que las líneas sanguíneas se encuentren al mismo nivel que la cama. ➤ Colocarse cubre bocas y lavarse cuidadosamente las manos. ➤ Calzarse guantes. ➤ Colocar almohadillas de gasa estériles a nivel del punto de conexión de la cánula y en el área vecina de la extremidad. ➤ Limpiar la conexión de la cánula. ➤ Ligar las cánulas. ➤ Separar las cánulas con una pinza. ➤ Extraer sangre de predialisis para efectuar análisis de acuerdo con las indicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El riñón artificial es un sistema cerrado de conducción para impulsar la sangre entre el cuerpo y un filtro de diálisis. En el filtro de diálisis se extraen de la sangre las toxinas uremicas acumuladas y se corrigien alteraciones hidroelectrolíticas . el componente esencial del filtro de diálisis es una membrana semipermeable que actúa como interfase entre la sangre y la solución para diálisis, permite el paso selectivo de ciertas moléculas a través de sus pequeños poros la solución para diálisis fluye a través del filtro de diálisis sobre el exterior de la membrana semipermeable mientras la sangre circula en sentido opuesto por el interior de esa membrana.

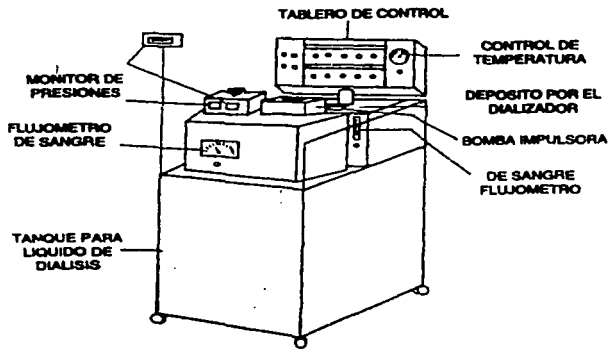
Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insertar el conector estéril de teflón en el interior de las extremidades de las fístula arterial y venosa. ➤ Limpiar el extremo de la cánula arterial y conectarlo con la línea de sangre arterial de la maquina. ➤ Colocar el extremo de la línea venosa en un recipiente estéril. ➤ Retirar todos los clamps. ➤ Encender la bomba de sangré; ajustarla a una velocidad de 100ml/min. ➤ Inaugurar la línea con heparina cuando la sangre ingresa a la cámara arterial. ➤ Apagar la bomba de sangre y ligar la línea de sangre venosa a nivel del recipiente cuando la solución fisiológica en el bulbo de goteo venosos es de coloración ligeramente rosada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esto forma un sistema de contracorriente después del intercambio de las sustancias de la solución de diálisis, se descarta por la salida correspondiente y la sangre retorna al paciente.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpiar el extremo de la cánula venosa con solución; conectar el extremo de la línea de sangre venosa a la cánula venosa. ➤ Retirar las ligaduras. ➤ Encender la bomba de sangre. Incrementar gradualmente la velocidad hasta lograr un flujo continuo. ➤ Asegura las conexiones de la cánula con tela adhesiva y fijar la tubuladura por la sangre a la extremidad del paciente con tela adhesiva. ➤ Consignar el tiempo en que se inicio la hemodiálisis. ➤ Controlar los signos vitales del paciente; evaluar el efecto del tratamiento inicial. 	

Fístula A.V.



Riñón Artificial



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.5 AISLAMIENTO PROTECTOR

(ESTO SE HARA MEDIANTE UNA TARJETA QUE INDIQUE EL TIPO DE AISLAMIENTO)

CONCEPTO

Proteger al paciente con defensas disminuidas de entrar en contacto con micro organismos potencialmente patógenos.

OBJETIVO

- Evitar que el paciente sometido a terapia inmunosupresora o con alteraciones de sus mecanismos de defensa estén en contacto con agentes potencialmente patógenos.

MATERIAL Y EQUIPO

- Batas estériles
- Cubre bocas
- Tripie
- Jabón
- Letreros de aislamiento
- Equipo de termometría

POLÍTICAS DEL SERVICIO

1. Las visitas y el personal ajeno a la unidad deben recibir instrucciones por parte de enfermería antes de entrar en la habitación.
2. Al entrar al cubículo del paciente todo el personal y visitantes utilizaran ropa estéril.
3. Lavado de manos antes de entrar y salir de la habitación.
4. Bata y cubre bocas deberán usarlas todas las personas que entren al cuarto.
5. Guantes deben usarlos todos los que tengan contacto directo con el paciente.
6. Mantener la puerta cerrada.
7. Si es necesario sacar al paciente a otras áreas del hospital, deberá llevar cubre bocas para evitar contaminación.
8. Todo el personal de enfermería asumirá una actitud orientadora para apoyar al paciente y familiares con respecto a su padecimiento y del porque de la razón del tipo de aislamiento.
9. No se requieren precauciones especiales, con los objetos del paciente, desechos o ropa, sin embargo evitar que estos sean vehiculos de infección

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

1. Dar atención directa al paciente con ropa y equipo estéril.
2. El personal y visitantes con problemas respiratorios y/o gripales deben evitar ponerse en contacto con el paciente sometidos a este tipo de aislamiento.
3. Mantener una actitud vigilante a la norma aséptica que proteja tanto al personal como al paciente y su familia.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realiza indicaciones médicas. ➤ Recibe indicaciones médicas. ➤ Colocar a la entrada una tarjeta indicando el tipo de aislamiento. Para que se tomen las precauciones marcadas en el aislamiento. ➤ Alojjar al paciente en una habitación privada con baño completo, y si es posible dotada de antecámara. ➤ Preparar el equipo antes de entrar al cuarto del paciente en aislamiento para evitar salidas y entradas innecesarias. ➤ La puerta de la habitación mantenerse cerrada todo el tiempo. ➤ A la entrada coloque tripie para las batas, cubre bocas, gorros y guantes. ➤ Lavarse las manos de estar en contacto con el paciente. ➤ Colocarse gorro cubre bocas, bata, guantes y realizar el procedimiento indicado. ➤ Al salir del cuarto del paciente dejar la bata sobre el tripie, quitarse el cubre bocas, gorro y desecharlo y lavarse las manos. ⁽³⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explique la técnica de aislamiento al paciente para allanar sus temores y obtener su cooperación. ➤ La organización del equipo y actividades de enfermería reducen al mínimo la probabilidad de transferencia de materiales contaminados. ➤ Explicar al paciente el porque de mantener la puerta cerrada y evitar que el se sienta abandonado. ➤ Facilitar que la enfermera y familia puedan vestirse. ➤ El agua corriente elimina en forma mecánica los microbios. ➤ El riesgo de transmisión de microorganismos se reduce gracias a la utilización correcta de las barreras de protección.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dejar cómodo al paciente. ➤ Hacer anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favorecer el descanso del paciente. ➤ El control del cumplimiento de las normas de asistencia al paciente es parte esencial del control de calidad. El aislamiento protector se protege al individuo inmunodeprimido de la infección con microorganismos provenientes de las personas que lo asisten o del ambiente hospitalario. (36)

35 Gutiérrez Lizardi Pedro
 Procedimientos en el paciente crítico
 pp. 471
 36 Normark-Rohweder
 Bases científicas de la enfermería
 pp. 521

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.6 CUIDADOS PREOPERATORIOS

CONCEPTO

Es el periodo de preparación física y psicológica de un paciente que va a ser sometido a un trasplante renal y abarca el periodo desde su admisión al hospital hasta el momento de su intervención quirúrgica.

Periodo preoperatorio mediano: Inicia en el momento en que el paciente es hospitalizado hasta doce o dos horas de la intervención quirúrgica.

Periodo preoperatorio inmediato: Se considera a partir de las doce o dos horas antes de la intervención quirúrgica hasta la entrada a la sala quirúrgica.

OBJETIVO

- Preparar física y psicológicamente al paciente que va a ser trasplantado para evitar o disminuir el estado de estrés que genera el enfrentarse a una situación desconocida.

DATOS ANATOMOFISIOLOGICOS

El cuerpo humano es una máquina perfecta con mecanismos compensadores que interactúan entre sí para mantener un equilibrio al individuo, pero cuando alguno de estos mecanismos compensadores sufren alguna alteración, se presenta un desequilibrio de uno o varios de los órganos internos del cuerpo que ponen en peligro la vida del paciente. Por lo tanto el tratamiento que se realiza es de cirugía para corregir o extirpar la problemática existente.

MATERIAL Y EQUIPO

- Unidad del paciente
- Hoja firmada y de aceptación de cirugía
- Bata hospitalaria
- Accesorios para higiene personal
- Equipo para toma de signos vitales
- Equipo para tricotomía
- Equipo para instalación de venoclisis
- Vendas elásticas
- Compresas para capelina
- Equipo específico de acuerdo con indicaciones médicas y cirugía a realizar
- Expediente clínico completo

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicaciones médicas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparar al paciente emocional y físicamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuye el riesgo de ansiedad y permitirle al paciente hacer preguntas.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización para la intervención quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todo procedimiento invasivo requiere de autorización legal.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparación física de la región por intervenir. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La preparación física (tricotomía) del área a intervenir disminuye riesgos de infección.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorización de signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proceso que disminuye a un nivel de seguridad el número de contaminantes bacterianos por el uso de soluciones antisépticas.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instala catéter central. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participación en la toma de exámenes clínicos. Las pruebas biometría hemática química sanguínea, tiempo de coagulación, hematocrito, general de orina, electrocardiograma y rayos x permiten complementar la valoración física del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El vaciamiento de intestino evita que su contenido sea expulsado involuntariamente y previene la distensión abdominal, los gases.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aseo personal (baño) con jabón o soluciones yodadas. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administración de enema evacuable pre operatorio si está indicado. 	

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint handwritten text]

[Faint printed text]

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.7 CUIDADOS POSTOPERATORIOS

CONCEPTO

Periodo de recuperación de una persona que fue sometida a un trasplante renal.

Postoperatorio inmediato: Comprende desde que se coloca el apósito a la herida quirúrgica hasta la estabilización de los signos vitales.

Postoperatorio mediato: Transcurre desde que se estabilizan los signos vitales hasta que el paciente es dado de alta o se ha recuperado totalmente.

OBJETIVO

➤ Dirigir las acciones del equipo de salud para atender las necesidades físicas y psicológicas del paciente durante el proceso de recuperación.

MATERIAL Y EQUIPO

- Camilla con barandales y ropa estéril
- Riñón
- Equipo de signos vitales
- Equipo de venoclisis
- Equipo de aspiración de secreciones
- Sábanas y cobertor estéril
- Lámpara de chicote
- Expediente clínico y hoja de registros de enfermería.
- Todo el material y equipo a utilizar deberá estar estéril.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<p>➤ Enfermera</p>	<p>➤ Preparación de la unidad del paciente en el servicio para recibirlo después de la intervención quirúrgica (manejo de ropa estéril, se cubre todo lo que este en contacto con el paciente, mesa, buró, mesas pasteur, mesa riñón), se coloca una sabana todo el pasillo del cubículo para cuando llegue el paciente y pase la camilla.</p> <p>➤ Recepción del paciente con el expediente clínico.</p>	<p>➤ La esterilización es el proceso mediante el cual se destruyen los microorganismos mediante el uso de la auto clave, o el uso prolongado al calor seco o sustancias químicas.</p> <p>➤ El conocimiento del estado físico del paciente permite la detección oportuna de complicación y tratamiento que requiere.</p>
<p>➤ Médico</p>	<p>➤ Paso de visita medica (exploración física del paciente, revisión de herida quirúrgica, revisar drenajes). Vigilar estado de conciencia. Colocar al paciente en posición adecuada. Mantener vías aéreas permeables.</p>	<p>➤ El nivel de conciencia debe progresar paulatinamente al eliminar el anestésico hasta llegar a estar alerta.</p>
<p>➤ Enfermera</p>		
<p>➤ Enfermera</p>	<p>➤ Realización de indicaciones medicas.</p>	

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
> Enfermera	> Vigilancia de signos vitales, horarios con PVC y monitorización del paciente. > Vigilar sangrado y permeabilidad de los drenajes. > Control estricto de líquidos. > Vigilar la herida quirúrgica. > Administración de líquidos parenterales como terapéutica de restitución indicada por el médico. > Vigilar datos de rechazo. La enfermera debe de observar presencia de: dolor, hipersensibilidad en el injerto, hipertensión arterial, disminución de volúmenes de orina, aumento de peso, aprehensión y fiebre. Dejar cómodo al paciente y realizar notas de enfermería. Mantener actualizada la hoja de registros clínicos y evolución del paciente. ⁽³⁸⁾	> La modificación de los signos vitales indican oxigenación adecuada de la sangre y la PVC indica si al paciente le falta o le sobra líquido. > El equilibrio hídrico es un indicador de retorno a la normalidad. > Los primeros signos de complicación como hemorragia o problemas de la herida quirúrgica pueden descubrirse por la inspección de los apósitos y la y la frecuencia cardíaca. > Restitución de líquidos IV ya que en las primeras 24 hrs. La cantidad de orina va de 10 a 15 litros.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.8 TRANSFUSION SANGUINEA

CONCEPTO:

Es la administración de hemoderivados lavados e irradiados a través de un filtro de tercera generación a un paciente que cursa post trasplante renal.

OBJETIVOS:

- Restablecer el volumen de sangre circulante.
- Detener hemorragias por deficiencias o defecto de las plaquetas y/o deficiencias de factores de coagulación.
- Mejorar la capacidad de trasporte de oxígeno de la sangre.

MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo para administración de sangre (filtro tercera generación)
- Sangre según prescripción.
- Agujas (calibre 19 o mayor).
- Equipo para venoclisis si es necesario.
- Hoja de consentimiento informado.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<p>➤ Médico</p> <p>➤ Enfermera</p>	<p>➤ Indicaciones medicas de transfusión.</p> <p>➤ Informar al paciente sobre el procedimiento, producto sanguíneo a administrar, lapso aproximado y resultados deseados de la transfusión.</p> <p>➤ Registros vitales pre, trans y post transfusión..</p> <p>➤ Solicitar el producto sanguíneo en el banco de sangre. Verificar su color normal, turbiedad, coágulos o exceso de aire. Leer las instrucciones de la etiqueta del producto sobre almacenamiento y administración. Verificar la fecha de caducidad.</p> <p>Verificar la Identificación de Paciente:</p> <p>a) Preguntar al paciente su nombre completo. Si el paciente no puede decir su nombre verificar su identidad con una persona que conozca al paciente.</p> <p>b) Comparar el nombre y numero de identificación hospitalaria en la pulsera del paciente con la etiqueta de compatibilidad sanguínea.</p> <p>c) Verificar la compatibilidad del producto.</p> <p>NOTA: Toda discrepancia debe investigarse antes de iniciar la transfusión. Se recomienda que dos personas calificadas verifiquen la identificación del paciente y compatibilidad del producto.</p> <p>Fase de Ejecución.</p>	<p>➤ Pedir al paciente que avise de inmediato todo síntoma fuera de lo común.</p>

1. Iniciar el goteo lento a dos ml/mim. Permanecer a la cabecera durante 15 a 30 min. Si no hay signos de reacción adversa o sobre carga circulatoria, el ritmo de goteo puede aumentarse.

2. Observar estrechamente al paciente y verificar los signos vitales por lo menos todas las horas hasta que haya transcurrido una hora después de la transfusión. Informar de inmediato al médico los signos y síntomas de reacción adversa.

3. Registrar la siguiente información en el expediente del paciente.

- a) Producto y volumen administrados.
- b) Numero de identificación del producto.
- c) Hora en que la transfusión empezó y termino.
- d) Nombre de las personas que identificaron la identidad del paciente. Nombre de la persona que inicio y concluyo la transfusión

➤ Los signos o síntomas de reacción aguda y nociva suelen manifestarse durante la administración de los primeros 50-100 ml. de sangre.

➤ Productos Especiales.

Eritrocitos lavados: Eritrocitos en que los niveles de leucocitos y plasma se han reducido al añadir y quitar solución salina normal. La vida en almacenamiento después del lavado es de 24 hrs.

Productos sanguíneos irradiados: Productos de la sangre que se han expuesto a una sustancia radioactiva. La radiación altera la capacidad de los linfocitos donados para adherirse y dividirse:

La cantidad de exposición a la radiación varía, pero suelen bastar solo 1500 rads. El proceso requiere algunos minutos y no modifica la vida del producto en almacenamiento

El producto no es peligroso por ser radioactivo.

Indicaciones:

a. Prevención de la enfermedad del injerto contra huésped en pacientes inmunosuprimidos que reciben productos sanguíneos que contiene leucocitos viables (sangre entera, Heritrocitos, plaquetas, granulocitos) (39)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.9 PRESION VENOSA CENTRAL:

CONCEPTO:

Es la presión presente en la aurícula derecha refleja directamente la presión diastólica ventricular derecha o la capacidad derecha para bobear la sangre.

OBJETIVOS:

- Evaluar el estado hemodinámico del corazón derecho.
- Evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.

MATERIAL Y EQUIPO

- Manómetro para PVC
- Llave de tres vías
- Catéter venoso central
- Soluciones IV (de acuerdo a prescripción medica).
- Jeringas, agujas, gasas.

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<p>➤ Enfermera</p>	<p>Fase preparatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Armar el equipo según las instrucciones del fabricante. ➤ Colocar al paciente cómodo. En la posición basal que se usa para las lecturas subsecuentes (decúbito dorsal) . Al realizar la toma conectar el equipo de PVC al catéter previamente instalado. ➤ Fijar el manómetro al soporte IV. El punto cero del mismo debe encontrarse a la altura de la aurícula derecha del paciente. Marcar la línea axilar media en el paciente con un lápiz indeleble. ➤ Se conecta la sonda de PVC a una llave de tres vías que conecta a una IV abierta y aun manómetro (el dispositivo para medir). ➤ Iniciar el flujo iv o llenar el manómetro 10 cm. Arriba de la lectura anticipada (o hasta que llegue a 20cm. De agua). Girar la llave y llenar los tubos con líquido. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las lecturas en serie de la PVC deben hacerse con el paciente en la misma posición, las cifras de PVC pueden ser incorrectas por cambios en la posición, la tos o esfuerzos durante la lectura. ➤ La aurícula derecha se encuentra en la línea a axilar media, situada a un tercio de la distancia de la pared anterior del tórax con la posterior. La línea axilar media es un punto de referencia externo para el nivel cero del manómetro (que coincide con el de la aurícula derecha).

Para medir PVC:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Colocar al paciente en decúbito dorsal y comprobar el punto cero.
➤ Colocar el punto cero del manómetro a la altura de la aurícula derecha.
➤ Girar la llave de tal forma que la solución IV llegue al manómetro y lo llene hasta 20 ó 25 cm. En seguida se gira par que la solución del manómetro fluya al paciente.
➤ Observar la caída de la columna de líquido en el manómetro. Señalar el nivel al que estabiliza la solución o deja de moverse hacia abajo. Este es el punto de la presión venosa central. Anotarla y así mismo la posición del paciente.
➤ La PVC puede variar de 5 a12 cm. De agua (no hay acuerdo general sobre los valores numéricos absolutos) | <ul style="list-style-type: none">➤ El punto cero o basal para el manómetro debe encontrarse a la altura de la aurícula derecha del paciente, en la línea axilar media en el cuarto espacio intercostal.
➤ La columna del líquido descenderá hasta que encuentre una presión igual, es decir, la presión venosa central del paciente: La lectura de la PVC esta indicada por la altura de la columna de líquido en el manómetro, cuando hay una comunicación abierta entre el catéter y el manómetro. El líquido del manómetro variara ligeramente con las respiraciones del paciente. Ello confirma que la línea de PVC no esta obstruida por sangre coagulada.
➤ Los cambios en la PVC son una indicación muy útil de lo adecuado del volumen sanguíneo venoso y las alteraciones de la función cardiovascular. La PVC es una medición dinámica. Los valores normales pueden cambiar de un paciente a otro. El tratamiento del paciente no se basa en una lectura, sino en varias, repetidas en serie en correlación con su estado clínico. |
|--|---|

<p> > Valorar el estado clínico del paciente. Los cambios frecuentes en las lecturas (interpretadas en relación con la situación clínica) servirán como guía para descubrir si el corazón puede manejar la carga de líquido o hay hipovolemia. </p> <p> > La PVC se interpreta considerando el cuadro clínico del paciente, la diuresis por hora, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los valores del gasto cardíaco. </p> <p> > Girar la llave nuevamente para que la solución iv fluya del frasco a las venas del paciente. </p> <p> Fase de Vigilancia: </p> <p> Observar si hay complicaciones. </p> <p> a.Por la introducción de catéter: neumotórax, hemotórax, hematoma, taponamiento cardíaco. </p> <p> b.Secundarias a la presencia del catéter venoso permanente: embolia gaseosa, embolización por el catéter, presencia de colonias de microorganismos. </p>	<p> > Una PVC cercana a cero indica que el paciente esta Hipovolemico (verificar si la administración IV rápida mejora al enfermo) </p> <p> > Una PVC arriba de 15 a 20 cm. De agua puede deberse a Hipobolemia o mala contractilidad cardíaca. </p> <p> > La frecuencia de complicaciones aumenta rápidamente cuanto más se deja el catéter de PVC. Los pacientes que se quejan de un dolor diferente o nuevo deben valorarse o atenderse de inmediato. </p>
---	--

Vigilar constantemente el sitio de introducción y conservar una técnica aséptica.

a. Observar el sitio de entrada dos veces al día para buscar signos de inflamación local o flebitis. Quitar el catéter de inmediato si hay algún signo de infección.

b. Cambiar las gasas en forma indicada .

c. Anotar fecha y hora del cambio.

d. Enviar la punta del catéter para cultivo bacteriológico, una vez que se extrae.

NOTA: Una línea de PVC es una fuente potencial de Septicemia.

➤ Realizar anotaciones en la hoja de enfermería. (40)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.10 BIOPSIA RENAL:

CONCEPTO:

Es la toma de una muestra de tejido renal a través de una punción que se realiza con una aguja especial.

OBJETIVOS:

- > Obtener una muestra de tejido renal por aspiración para complementar el diagnóstico.
- > Determinar la etapa de la enfermedad y ver respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y EQUIPO

- Aguja para biopsia.
- Ropa estéril (bata, campos)
- Gasas, guantes, cubre bocas.
- Frascos para colocar la muestra
- Membretes
- Soluciones IV (filológica)
- Equipo par venoclisis si es necesario.
- Jeringas, agujas.
- Xilocaina al 1%

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico 	<p>Verificar estudios antes de la biopsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se hacen estudios de coagulación para identificar a los pacientes con riesgo de hemorragia postbiopsia, se valora la creatinina sérica y se hace análisis de la orina. ➤ El paciente debe estar en ayuno 6 a 8 hrs. Antes de la prueba. ➤ Decir al paciente que durante el procedimiento detenga la respiración(para detener el movimiento del riñón) mientras introduce la aguja de biopsia. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar una línea IV con solución para mantenerla permeable. ➤ Obtener y conservar una muestra de orina antes de la biopsia, para comparación con una muestra postbiopsia. ➤ Trasladar al paciente al cuarto clínico para el procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todo procedimiento invasivo requiere de autorización legal.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obtener autorización del paciente para la realización del procedimiento (hoja firmada) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuye el riesgo de ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prepara al paciente emocional y físicamente. ➤ Coloca al paciente en decúbito lateral y descubrir la región por intervenir. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permitir al paciente estar lo más relajado posible y obtener su colaboración.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Registro de signos vitales cada 15 minutos. Avisar al médico de cualquier alteración. 	

<p>➤ Enfermera</p>	<p>➤ Obtiene la muestra de tejido</p> <p>➤ Hace presión en la zona de donde tomo la muestra y cubre con gasa y Micropore.</p> <p>➤ Dejar cómodo al paciente y no moverlo durante las 4 hrs. siguientes, posteriormente instalarlo en su cama.</p> <p>Cuidados de enfermería después de la biopsia:</p> <p>➤ Conservarlo acostado en tanto se indique.</p> <p>➤ Tomar los signos vitales cada 15 minutos la primera hora, y después con menor frecuencia cada vez si es estable, para valorar una posible hemorragia, que es una complicación mayor.</p> <p>a. Observar si hay aumento o caída de la presión arterial, anorexia o vómitos, o si presenta una molestia dolorosa, vaga en el abdomen.</p> <p>b. Vigilar si hay dolor en el flanco (suele indicar hemorragia hacia el músculo) o cólico (coagulo en el uréter)</p> <p>c. Evaluar si hay dolor de espalda, en el hombro o disuria.</p> <p>d. Cabe sospechar una hemorragia persistente cuando hay un hematoma creciente palpable.</p>	<p>➤ La evaluación histológica permite generalmente el diagnostico de rechazo y su pronostico.</p> <p>➤ Las fibras lentas del dolor transmiten sensaciones dolorosas de tipo pungitivo hasta la medula espinal y de ahí suben a los tractos espinotalamicos hasta el tálamo.</p>
--------------------	--	--

e. Si se desarrolla una hemorragia perirrenal, evítese palpar o manipular el abdomen una vez que se determino en la primera exploración que existe un hematoma.

- ✓ Medir cada micción y buscar si hay hemorragia comparando muestras entre sí y con la orina anterior a la biopsia
- ✓ Estimar cualquier molestia del paciente en especial frecuencia y urgencia.
- ✓ Conservar la ingestión de líquidos en 3000ml. diariamente si se toleran, a menos que el paciente tenga insuficiencia renal.
- ✓ Pueden valorarse el hematocrito y la hemoglobina en el transcurso de 8 hrs. para buscar anemia.
- ✓ Preparar al enfermo para transfusión e intervención quirúrgica a fin de controlara la hemorragia, que quizás necesite drenaje quirúrgico o nefrectomía, en caso necesario.
- ✓ Realizar registros en la hoja de enfermería. (41)

➤ Durante la hemorragia disminuye la tensión arterial y la frecuencia cardiaca se acelera con el fin de sostener el volumen adecuado de sangre al corazón para aumentar el retorno venoso, el hígado y el vaso se dan toda la sangre posible.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

7.11 ELECTROCARDIOGRAMA:

CONCEPTO:

Es la representación gráfica de la actividad cardiaca.

OBJETIVOS:

- > Registrar la actividad eléctrica del corazón con fines diagnósticos.
- > Detección oportuna de trastornos del ritmo y/o de la conducción.

MATERIAL Y EQUIPO

- Electrocardiógrafo.
- Pasta conductora.
- Papel

Responsable Actor	Actividades	Fundamentación Científica
<p>➤ Enfermera</p> <p>➤ Técnico en aparatos electromédicos Medico cardiólogo Enfermera</p>	<p>➤ Informa al paciente sobre el procedimiento, tranquilo y relajado. Posición semifowler.</p> <p>➤ Coloca pasta conductora en miembros torácicos y pélvicos, así como las plaquitas, en el tórax se coloca las perillas en las precordiales:</p> <p>RA: brazo derecho LA: brazo izquierdo RL: Miembro pélvico derecho LL: Miembro pélvico izquierdo V. Paraprecordiales (actualmente los electrocardiógrafos cuentan con seis perillas para tomar las precordiales en un solo procedimiento sin necesidad de irlos cambiando de lugar, ya que automáticamente se registran todas las variaciones y precordiales. Los registros que se obtienen son: DI -DII-DIII-AVR-AVL-AVF y de VI a V6</p> <p>VI.-SE coloca en el cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho. V2.-Cuarto espacio intercostal borde esternal izquierdo. V3.-Punto intermedio entre V2 y V4. V4.-Quinto espacio intercostal de la línea media clavicular izquierda. V5.-Punto intermedio entre V4 y V6 en la línea axilar anterior horizontal a V4. V6.-Línea media axilar izquierda horizontal a V4 y V6. Se enciende el electrocardiógrafo y se inicia el registro automático del electrocardiograma, en ocasiones se tomará un DII largo, con el fin de determinar ritmo y/o frecuencia así como cambios importantes.</p>	<p>➤ Al estar tranquilo y relajado el paciente el electrocardiograma se registra de manera más fidedigna.</p> <p>➤ El electrocardiógrafo trasmite una señal mecánica en eléctrica y la registra a través de un osciloscopio.</p> <p>➤ La onda P representa la contracción auricular, se inicia en el seno auricular y viaja a través de las aurículas, la onda QRS, (primer trazo hacia abajo), representa el impulso que viaja por los ventrículos, se inicia en el nodo auriculoventricular, que se encuentra en la parte superior de las cámaras ventriculares, la onda T, significa la recuperación de las fuerzas eléctricas del corazón (repolarización).</p> <p>➤ VI.-Representa la actividad eléctrica de la aurícula derecha e izquierda, y el ventrículo derecho.</p> <p>➤ De V2 a V6 representa el ventrículo izquierdo.</p> <p>➤ DII, DIII y aVF representa la parte inferior diafragmática del corazón.</p>

Registrando nombre, fecha y hora.
Se retira el equipo dejando cómodo al paciente.

➤ DI y aVL muestran cambios recíprocos del ventrículo izquierdo. (42)

8. CONCLUSIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social con el propósito de cumplir cada vez mejor el objetivo de garantizar el derecho a la salud y a la asistencia médica, cuenta con Hospitales de Tercer Nivel que actualmente están certificados, ha dado facilidades para que el personal de enfermería continúe superándose ya que dicha unidad pretende retomar el modelo cuidado enfermero par brindar atención de calidad al usuario. En esta situación, los programas de capacitación promovidos por las instituciones de salud, aparte de unificar técnicas y procedimientos deben armonizar los conocimientos básicos provistos desde la escuela, con la practica especifica que se requiere en cada unidad de atención.

Así mismo, la actualización, entendida como la aplicación de los avances del conocimiento a nuevos procedimientos de atención, debe ser una programación constante que genere motivaciones personales y redunde en beneficio del paciente tales programas, de capacitación y actualización deben hacer coincidir los objetivos institucionales con los personales del personal de enfermería.

Como objetivo de interés institucional debe prevalecer la atención de constituir el campo laboral, en un medio que al ofrecer medios de superación logre mejorar la calidad de los servicios. Se hace entonces urgente que el interés institucional se centre en la planeación de programas de capacitación que respondan verdaderamente a las necesidades que tenga como base la eficiencia y actualización del personal de enfermera .

Si el campo laboral para otras profesiones ha sido un medio de competitividad profesional, para enfermería a constituido en muchos casos una limitante de producción intelectual y de actualización ocasionando una inercia ideológica y reproductora en que las aptitudes y capacidades también se uniforman debido a la autoconcepción que tiene el profesional, de su papel considerándose capacitado para actividades técnicas y no para aplicar y desarrollar los conocimientos adquiridos. Actualmente la profesional de enfermería ya escala lugares mas altos dentro de los papeles que puede desempeñar es así que se ha dado la oportunidad de retomar las aulas y seguirse preparando tomando las oportunidades que dan las Universidades de preparar personal de nivel Licenciatura y reconocerle sus cualidades como personal profesional para ser competitivas, críticas creativas y emprendedores para poner a la enfermera en niveles muy altos y puedan ser reconocidas.

9. RECOMENDACIONES

El Sistema de Universidad Abierta (SUA) ha beneficiado al personal de enfermería ya que ha permitido la regularización y actualización del mismo, facilitando realizar la Licenciatura y contribuir a la profesionalización del personal que como otras carreras reúne los requisitos para su reconocimiento y sus procedimientos están basados en el método científico que lo sustentan.

Actualmente las autoridades de las unidades en que labora el personal le han dado oportunidad de obtener información para la elaboración del trabajo que exige la ENEO para obtener el título de Licenciada en enfermería.

Dentro del servicio se deben replantear las actividades diarias, para que se cuente con espacios en donde se analicen y se tomen decisiones acertadas en cuanto a la práctica de enfermería.

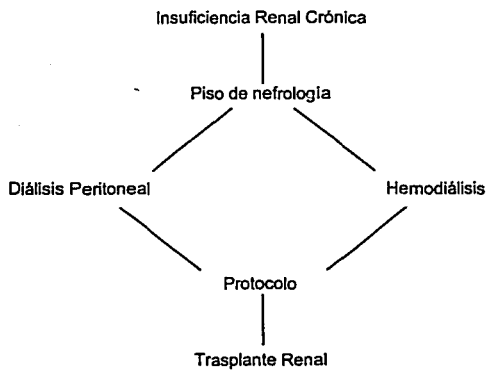
Que el personal de enfermería reconozca la importancia de seguir actualizándose y sobre todo escalar otros niveles académicos con maestrías y doctorados en enfermería, ya que solo así podremos obtener el reconocimiento social que se busca y además mejorar la calidad de la atención que enfermería brinda a la población.

Que no se pierda el enfoque humanista que como toda disciplina de la salud debemos tener.

Que en el Instituto Mexicano del Seguro Social deben de contar con diversos Manuales cumpliendo con los lineamientos de la institución para su elaboración y actualización ya que con dichos instrumentos permitirá la certificación de calidad.

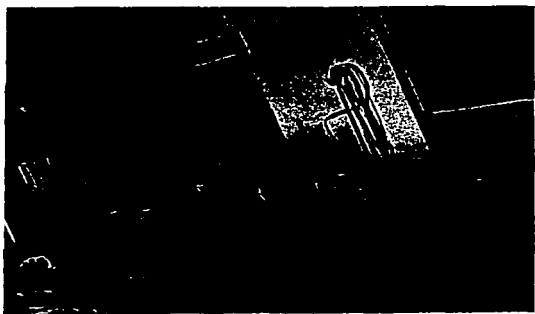
11. ANEXOS

ESQUEMA DE FLUJO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE



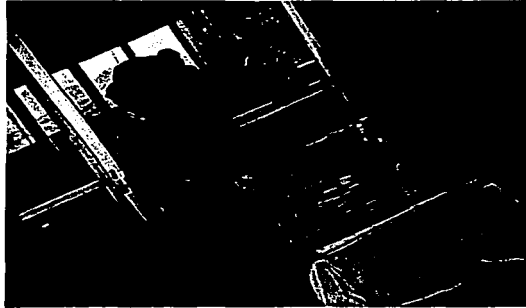


PREPARACIÓN DE LA UNIDAD
DEL PACIENTE





PREPARACIÓN DE LA UNIDAD
DEL PACIENTE





PREPARACIÓN DEL PACIENTE
POR MÉDICO Y
ENFERMERA ESPECIALISTA



10. BIBLIOGRAFÍA

Alcántara Ruiz Rosario C.
Carpeta Gerencial Jefe de Piso
Hospital de Especialidades Centro Medico "la Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social 2002.

Contrato Colectivo de Trabajo
Sindicato Nacional de Trabajadores
Instituto Mexicano del Seguro Social. Junio del 2002

Diccionario de Terminología de Ciencias Medicas
Salvat Editores 1986.

Fernando Molinar Ramos
Carpeta Gerencial del Director
Hospital de Especialidades Centro Medico "la Raza" 2002.

Instructivo para la elaboración de Manuales
Dirección de Finanzas y Sistemas Unidad de Organización y Procesos
Instituto Mexicano del Seguro Social

Ley General de salud en materia de prestación y servicios de atención medica 2002.

LC. Brunner -SD. Suddart
Manual de la Enfermera
Tercera Edición, Grupo Editorial Mediterráneo
México 1991

Lizardi Gutiérrez Pedro
Procedimientos en el paciente crítico
Editorial Cuellar
México 1996.

Manual de Procedimientos de Enfermería del Servicio de Trasplante Renal
Hospital de Especialidades Centro Medico "la Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Manual de Procedimientos de Enfermería
Hospital de Insectología del Centro Medico "LA Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Manual de Procedimientos de Enfermería
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Manual de Organización del Departamento de Enfermería
Hospital de Especialidades Centro Medico "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social 2002.

Manual de Procedimientos de Trasplante Renal
Universidad Autónoma del Estado de Toluca. 1991

Millar- Sampson- Soukup
Terapia Intensiva
Editorial Panamericana
Argentina 1986.

Nordmark – Rohweder
Bases científicas de la enfermería
Ediciones científicas
La Prensa Medica Mexicana.
México 1998.

Santiago Delpin-J. Octavio Ruiz Speare
Trasplante de Órganos
2a. Edición México 1999.

http://www.ims.gob.mx/IMSS/estoesimss/imss_rseguro.htm

www.mexamen.com.mx