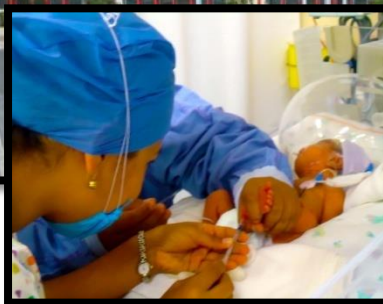






**MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**



DICIEMBRE 2023



	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 2 de 37

IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL	
NOMBRE Y CARGO	FIRMA
ELABORÓ: Dr. Dante Alejandro Fuentes Mallozzi Intensivista Pediatra	
REVISÓ: Dr. Oscar Manuel Berlanga Bolado Jefe de División de Pediatría	
Dra. Ma. Esther Trabado López. Jefe de División	
Dr. Héctor Zamarripa Gutiérrez. Director Médico	
AUTORIZÓ: Dr. Vicente Enrique Flores Rodríguez Director General	
Elaborado con base en estructura 2023 este documento se integra de 37 fojas útiles. Fecha de Validación: Diciembre,2023	

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 3 de 37

INDICE



I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. OBJETIVO.....	5
III. DEFINICION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.....	6
IV. HORARIO DE TRABAJO Y ACTITUD DEL PERSONAL.....	7
V. LABORES DIARIAS DEL PERSONAL	9
VI. EXPEDIENTE CLINICO.....	11
VII. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE INGRESO	12
VIII. ATENCION DIARIA A PACIENTES.....	17
IX. NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE NOTAS MÉDICAS:	21
X. INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD A FAMILIARES.	32
XI. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO DE EGRESO	36
XII.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL MANUAL.....	37

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 4 de 37

I. INTRODUCCIÓN.

El presente manual ha sido elaborado con el objeto de facilitar a los Médicos y Enfermeras adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria el desempeño de sus labores.

Este manual se ha diseñado para dictar las normas que deben seguir los médicos, enfermeras, personal paramédico, los pacientes, sus padres y otros familiares., con el objeto de lograr el mejor funcionamiento posible de la UCIP; así como para unificar criterios de diagnóstico y manejo del paciente pediátrico críticamente enfermo.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 5 de 37



II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Normar las acciones y procedimientos que se requieren para el buen funcionamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Definir la normatividad de las acciones diarias para la atención del paciente pediátrico gravemente enfermo.
2. Determinar la responsabilidad y normar las actividades que competen a cada una de las personas que desempeñan algún papel en la UCIP.
 - 2.1 El pase de visita médica.
 - 2.2 Elaboración del distinto tipo de notas médicas.
 - 2.3 El orden del expediente clínico.
 - 2.4 Definir la responsabilidad de las distintas personas que laboran en la UCIP (Jefe de Servicio, Médicos Adscritos, Médicos Subespecialistas de la Pediatría que apoyan el servicio, Médicos Residentes, Jefa de Enfermeras de la sala, Enfermeras encargadas de cada turno, y resto del Personal de Enfermería, personal paramédico).
3. Establecer normas para la visita de los familiares de los pacientes internados en la UCIP.
4. Establecer criterios de ingreso de pacientes a la UCIP.
5. Orientar al personal respecto a los cuidados del paciente pediátrico en estado crítico.
6. Unificar criterios de diagnóstico, manejo y técnicas de trabajo.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 6 de 37

III. DEFINICION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS



Una Terapia Intensiva es el área física de un hospital donde son ingresados algunos pacientes que, por su condición de extrema gravedad e inestabilidad en la función de alguno o varios de sus órganos o sistemas, requieren de una estrecha vigilancia basada en parámetros clínicos, de laboratorio y de gabinete, y de ser sometidos a un manejo intenso y dinámico basado en distintas intervenciones médicas y/o quirúrgicas.

Aunque tradicionalmente y por el uso de la costumbre son conocidas como “Terapia Intensiva”, **su nombre correcto es “Unidad de Cuidados Intensivos”, (UCI)** porque su función es no sólo dar tratamientos o terapias, sino también mantener a los pacientes bajo una estrecha vigilancia.

Existen Unidades de Cuidados Intensivos generales, pero en los Hospitales de tercer nivel tienden a ser especializadas. En los hospitales pediátricos es posible encontrar Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Unidades de Cuidados Intensivos Infectológicas, y otras más; y en los hospitales de adultos es frecuente que existan Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios, Unidades de Pacientes Quemados, etc., según las necesidades de cada centro hospitalario.

3.1 OBJETIVO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS:

El objetivo primordial de una UCI es ***lograr que un paciente recupere la estabilidad funcional*** cuando por haberla perdido en uno o más de sus órganos o sistemas, ***se encuentra sumamente grave y con alto riesgo de perder su vida***. Sin embargo, existen casos de pacientes que pasan a la UCI no precisamente porque en el momento de ingresar se encuentren muy inestables, sino porque la naturaleza de su padecimiento de fondo lo pone en alto riesgo de desencadenar complicaciones que en un lapso muy corto pueden hacer que se torne inestable y con riesgo de perder la vida, de manera que requieren una vigilancia muy estrecha para poner remedio oportunamente a dichas complicaciones.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 7 de 37

IV. HORARIO DE TRABAJO Y ACTITUD DEL PERSONAL

4.1 HORARIO DE SERVICIO:

Las 24 horas del día y los 365 días del año.

TURNO MATUTINO:

De 7:00 h. a 15:00 h.

Cubierto por el Dr. Dante Fuentes Mallozzi
Médico adscrito a la UCIP

TURNO VESPERTINO:

De 14:30 h. a 22:00 h.

Cubierto por el Dr. Carlos Sevilla Villarreal
Médico adscrito a la UCIP.

TURNO NOCTURNO:

De 20:00 h. a 8:00 h.



Cubierto por Médico pediatra de Guardia

TURNO DE FIN DE SEMANA Y DÍAS FESTIVOS:

De 8:00 h. a 20:00 h., los sábados, domingos y días festivos.

Cubierto por el Médico pediatra en Turno
Médico adscrito a la UCIP.

Los Médicos Subespecialistas acuden en apoyo del servicio las 24 horas del día cuando su presencia es solicitada.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 8 de 37

4.2 PRESENTACIÓN DEL PERSONAL EN LA UCIP:

Los Médicos y Enfermeras de la UCI deberán vestir adecuadamente para dar una buena imagen personal y del servicio dentro de las diferentes instalaciones de la Institución.

Los Médicos Adscritos deberán portar una bata blanca con su gafete de identificación.

Los Médicos Residentes deberán portar el uniforme reglamentario con su gafete de identificación.

Las Enfermeras deberán portar el Uniforme diseñado expresamente para la Sala, con su gafete de identificación.

4.3 ACTITUD DE LOS MEDICOS Y ENFERMERAS:

Debe ser eminentemente profesional y ética, de entrega al servicio y actitud de trabajo; tanto hacia los pacientes y sus familiares como hacia sus compañeros de trabajo, jefes y subalternos. Deberán siempre vigilar por el buen nombre y prestigio del Hospital en la comunidad.



4.4 LOCALIZACIÓN DEL PERSONAL.

MEDICOS:

Siempre deberá haber un Médico al pendiente de los pacientes de la UCIP. Sin embargo, regularmente los Médicos desarrollan otras actividades además del cuidado de pacientes en la UCIP, tales como atención de pacientes en consulta externa, valoración de pacientes en otro servicio para traslado a la UCIP, ínter consultas, labores de docencia y de investigación. Esto los obliga a abandonar el área física de la UCIP de manera transitoria para acudir a algún Servicio de Hospitalización, a Consulta Externa, al Laboratorio Clínico, a Radiología, a las aulas, al Departamento de Enseñanza o de Investigación. Cuando por algún motivo requieran salir de la UCIP, o incluso del Hospital, deberán indicar al Médico Residente del Servicio el lugar y el medio a través del cual pueden ser localizados de Urgencia.

ENFERMERAS:

Las Enfermeras ordinariamente están al lado del paciente que les fue asignado durante todo su turno de trabajo. Sin embargo, pueden retirarse durante lapsos cortos de tiempo para cubrir distintas necesidades personales encargando su paciente a la Jefa de Enfermeras del Servicio o a su compañera vecina.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 9 de 37

Cuando por algún motivo requieran salir del Hospital lo harán previa solicitud y autorización por la Jefa de Enfermeras de la Sala y a la Jefa de Enfermeras del Hospital.

V. LABORES DIARIAS DEL PERSONAL

5.1 DE LOS MÉDICOS ADSCRITOS:

Son labores propias de los Médicos:

- Pase de Visita.
- Elaboración de Notas Médicas.
- Procedimientos Médicos.
- Cirugías menores (venodisecciones, sellos de agua pleural, diálisis peritoneal).
- Dar información a los familiares del estado clínico de los pacientes.
- Consultas.
- Elaboración de Informes escritos
- Enseñanza de los médicos residentes.



5.2 DE LOS MEDICOS INTERCONSULTANTES

Los **Médicos Subespecialistas** del Hospital, aunque no adscritos a la UCIP son muy importantes para el funcionamiento de ésta. Su función es básicamente asistencial, bien sea tratando el problema de fondo del niño internado en la UCIP, o bien, apoyando a los Médicos Adscritos de la Sala en el manejo de los niños que presentan complicaciones que competen a su campo cuando se les solicita una interconsulta. Participan además en labores de enseñanza a los Médicos Residentes, y tienen la opción de elaborar proyectos de investigación con pacientes de la sala, o participar en los proyectos elaborados por los Médicos Adscritos a la UCIP.

5.3 DE LOS MEDICOS RESIDENTES.

Los Médicos Residentes son Médicos Generales en entrenamiento para obtener el título de “Especialistas en Pediatría Médica”. La División de Enseñanza Médica del Hospital los asigna a la UCP en forma rotativa por las mañanas, y durante las guardias son asignados por el Jefe de Guardia de acuerdo a las necesidades del hospital. Su trabajo en la UCIP consiste en labores asistenciales colaborando con los Médicos Adscritos al Servicio en el manejo de los pacientes. Sus funciones específicas son:

1. Recibir a los pacientes cuando ingresan y dar las indicaciones iniciales.
2. Realizar las maniobras y procedimientos necesarios para lograr su estabilización.
3. Posteriormente elaborarán la “Nota de Ingreso”.
4. Serán los encargados de estar al pendiente de que todas las indicaciones de manejo y estudios sean realizados oportunamente.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 10 de 37



5. Vigilarán estrechamente la evolución de los niños, y con el apoyo de un Médico Adscrito harán de manera dinámica los cambios terapéuticos que juzguen necesarios.
6. Realizarán todos los procedimientos indicados al paciente que sean de su competencia. Aquellos en los que no se consideren suficientemente entrenados recibirán el apoyo y guía de un Residente de mayor jerarquía, o de un Médico Adscrito según el caso.
7. Los Médicos Residentes tienen el derecho de recibir enseñanza de los Médicos Adscritos, pero a la vez, la obligación moral de transmitir su experiencia y conceptos aprendidos a los Médicos Residentes de menor jerarquía.
8. Deberán colaborar con los Médicos Adscritos en labores de investigación científica.

Se consideran procedimientos de la competencia de los Residentes de Pediatría Médica en la UCIP: Aplicación de venoclisis, aplicación de catéteres endovenosos para línea de PVC por técnica de punción, venodisecciones, punciones lumbares y ventriculares, punciones pleurales y pericárdicas, aplicación de sello de agua pleural, toma de gasometrías arteriales, punciones venosas profundas para toma de productos sanguíneos destinados a estudios de laboratorio, aplicación de diálisis peritoneal con catéter rígido, intubación endotraqueal, reanimación cardiopulmonar de un paciente en paro cardiorrespiratorio, toma de biopsia hepática por punción, biopsia de piel, punción suprapúbica para toma de muestra de orina directamente de la vejiga urinaria, pruebas clínicas de muerte cerebral, curación de heridas quirúrgicas y otros procedimientos más menos frecuentes.

5.4 DE LAS ENFERMERAS:

Son labores propias de las Enfermeras del Servicio:

- Vigilancia continua del paciente que les fue asignado.
- Acompañar al Médico en el pase de visita.
- Ayudar al Médico en la realización de procedimientos.
- Revisión de las indicaciones médicas en el expediente clínico.
- Preparación y aplicación de medicamentos.
- Llevar la "hoja de cuidados intensivos" del paciente asignado, anotando en ella:
 - Signos vitales cada hora.
 - Cálculo del balance hídrico en cada turno, previa cuantificación de cada uno de los ingresos (soluciones orales y parenterales, medicamentos, etc.), de cada uno de los egresos (pérdidas insensibles, por sondas, secreciones, pérdidas patológicas, etc.).
 - Aspiración de secreciones y otras terapias respiratorias.
 - Toma periódica de glucemia semicuantitativa, así como glucosuria y cetonuria.
 - Medición de la densidad urinaria cada turno.
 - Llevar el control por anotación de los exámenes de laboratorio y gabinete realizados.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 11 de 37



- Llevar el control de escalas clínicas aplicadas periódicamente a los pacientes, tales como Hoja de Glasgow, Silverman, cuantificación de accesos de tos, de crisis convulsivas, etc.
- Realizar una pequeña anotación en la “Hoja de Cuidados Intensivos” sobre el estado del paciente en su turno.
- Colaboran con la Jefa de Enfermeras del Servicio en el lavado de material, solicitud de material a CEYE, solicitud de ropa para camas y pacientes.
- Aseo diario del paciente que le fue asignado.
- Mantener limpia la cama del paciente.

VI. EXPEDIENTE CLINICO

El orden en el que deben acomodarse los distintos documentos del expediente clínico será el siguiente, considerando del frente hacia atrás:

1. Hoja Frontal de Diagnósticos (debe ser actualizada cada vez que se elabore un nuevo diagnóstico).
2. Hoja de concentración de gasometrías arteriales.
3. Hojas de notas médicas. Acomodarlas en orden decreciente de acuerdo a fecha de elaboración: la más reciente primero y al último la más antigua. Se debe verificar que estén debidamente identificadas y numeradas.
4. Hoja de Folio en la que se asentaron los datos de la primer consulta.
5. Historia Clínica.
6. Exámenes de Laboratorio
7. Exámenes de Gabinete o reporte de los mismos (Por ejemplo, de electrocardiogramas, radiología, electroencefalografía, histopatología y otros). Los electrocardiogramas deberán ser recortados y pegados por derivaciones.
8. Hojas de Cirugía y de Anestesiología.
9. Gráficas percentilares de peso y talla debidamente actualizadas.
10. La carpeta amarilla del expediente debe cerrarse para poner en su interior las hojas de Trabajo Social y las de registros administrativos.
11. Debajo de la carpeta amarilla y al final del expediente las hojas de “Reporte de Enfermería” con la más actual al frente de todas ellas.

NOTA: Cuando se trate de pacientes con estancia prolongada y tengan un expediente “grueso”, dentro de la carpeta metálica deberán mantenerse únicamente las hojas de evolución médica, de laboratorio y gabinete, y de enfermería más recientes. El resto deberán ser guardadas dentro de la carpeta amarilla en un cajón del escritorio. Así mismo, cuando se trate de reingresos al Hospital, las hojas de notas médicas, de enfermería, de exámenes de laboratorio y procedimientos de ingresos anteriores deberán guardarse en la carpeta amarilla en un cajón del escritorio, dejando en la carpeta metálica únicamente las hojas del ingreso actual en el mismo orden antes señalado.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 12 de 37

VII. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE INGRESO

VII. 1. Criterios de ingreso de pacientes a UCIP

Introducción

Los pacientes que ameritan cuidados intensivos deberían padecer patologías con potencial reversibilidad. En la práctica, en ocasiones, la UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos) asume la tarea de ofrecer cuidados paliativos e inclusive intermedios. Por otro lado, en la evaluación inicial puede ser complicado reconocer criterios de irreversibilidad, por lo que pueden ingresarse pacientes que después se conocen como no reanimables.

De acuerdo a lo anterior, resulta necesario extrapolar estas situaciones a dos circunstancias en las que el manejo en UCIP no ofrece beneficios sobre el cuidado que se ofrece en otras salas de hospitalización. Esto sucede cuando los pacientes se encuentran ubicados en los extremos de la vida, es decir:

“Demasiado *bien para beneficiarse*”

o

“Demasiado *enfermos para beneficiarse*”

Por lo tanto, bajo estas premisas debemos tener en cuenta los siguientes conceptos fundamentales:

1. No ingresar pacientes **no graves**.
2. No ingresar pacientes que **no tengan expectativa de recuperación**.



Sin embargo, surge entonces la pregunta: ¿Quién si cumple los criterios de ingreso a la UCIP? En base a esto existen modelos que son más objetivos en cuanto a quien aceptar en la UCIP y son:

A. Modelos de Priorización

Estos sistemas definen a la mayor parte de los pacientes que serán beneficiados con la atención en UCIP (prioridad 1) y aquellos que no lo harán al ingresar a ella (prioridad 4).

Prioridad 1: son pacientes inestables con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo que no puede ser entregado fuera de estas unidades. En estos pacientes generalmente no hay límites para la prolongación de la terapia que están recibiendo. Pueden incluir pacientes post-operados de cirugía cardíaca, con insuficiencia respiratoria severa que requieren soporte ventilatorio, que están en estado de choque o inestabilidad hemodinámica, que necesitan monitoreo invasivo y/o drogas vasoactivas.

Prioridad 2: Estos pacientes requieren monitoreo intensivo y potencialmente pueden necesitar una intervención inmediata y no se han estipulado límites terapéuticos. Por ejemplo pacientes con estados co-mórbidos quienes han desarrollado una enfermedad

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 13 de 37

severa médica o quirúrgica. Es decir, se espera se agraven en las próximas horas y es necesario un manejo intensivo precautorio.

Prioridad 3: Pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, sin embargo, se le puede colocar límite a los esfuerzos terapéuticos, tales como no intubar o no efectuar reanimación cardiopulmonar si la requirieran. Ejemplos: pacientes con cáncer con varias recaídas, pacientes con múltiples malformaciones congénitas o con secuelas neurológicas muy marcadas.

Prioridad 4: Son pacientes no apropiados para cuidados en UCIP. Estos deberían ser admitidos sobre una base individual, bajo circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden clasificar en las siguientes dos categorías:

1. Pacientes que se beneficiarían poco de los cuidados brindados por una UCIP, basados en un bajo riesgo de intervención activa que no podría ser administrada en forma segura en una unidad que no fuera una UCIP (*demasiado bien para beneficiarse*). Incluyen pacientes con cirugía ambulatoria o de bajo riesgo (apendicectomía no complicada por ejemplo), insuficiencia cardíaca congestiva leve, etc.
2. Pacientes con enfermedad terminal e irreversible que enfrentan un estado de muerte inminente (*demasiado enfermos para beneficiarse*). Por ejemplo: daño cerebral severo irreversible, disfunción multiorgánica irreversible, cáncer metastásico que no ha respondido a quimio y/o radioterapia (salvo que el paciente esté en un protocolo específico), pacientes capaces de tomar decisiones que rechazan el monitoreo invasivo y los cuidados intensivos por aquellos destinados sólo al confort, muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes que se encuentran en estado de coma persistente, etc.

B. Modelo por Diagnósticos



Este es modelo más empleado en UCIP. Se basa en padecimientos concretos, síndromes específicos o insuficiencias orgánicas según el sistema comprometido.

Sistema Respiratorio:

1. Intubación endotraqueal o casos con inminente intubación o que vayan a requerir de ventilación mecánica, sin importar etiología.
2. Enfermedad grave rápidamente progresiva de vía aérea superior o inferior, con riesgo de progresión a insuficiencia respiratoria y/o obstrucción total de la vía aérea.
3. Requerimientos de oxígeno mayor a una FiO₂ del 50% sin importar la etiología
4. Traqueostomía sin necesidad de ventilación mecánica
5. Barotrauma agudo.
6. Requerimientos de medicación inhalada o nebulizada que no puede admitirse en forma segura en sala general.

Sistema Cardiovascular:

1. Choque

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 14 de 37

2. Periodo inmediato a una RCP
3. Arritmias letales
4. Insuficiencia cardíaca congestiva con necesidad de ventilación mecánica o sin ella
5. Cardiopatía congénita con estado cardiovascular inestable
6. Posoperatorios de cirugía de tórax o cardiovascular
7. Necesidad de monitoreo estricto (catéter pulmonar, arterial o de presión venosa central)
8. Necesidad de marcapasos

Sistema Neurológico:



1. Síndrome convulsivo, sin respuesta a tratamiento habitual o que requiere para su control de infusión continua de medicamentos.
2. Estado mental alterado, donde existe deterioro neurológico progresivo y no predecible.
3. Coma que comprometa la vía aérea.
4. Posoperatorio inmediato que requiere monitoreo invasivo u observación continua.
5. Inflamación aguda o infección de las meninges, médula espinal o cerebro, con depresión neurológica o alteración metabólica u hormonal, con compromiso respiratorio o hemodinámico, o la posibilidad de hipertensión endocraneal.
6. Trauma craneoencefálico con hipertensión endocraneal
7. Padecimiento neurológico pre quirúrgico en franco deterioro.
8. Disfunción neuromuscular progresiva con alteración del estado mental o sin ella, que requiere monitoreo cardiovascular o soporte respiratorio.
9. Compresión medular.
10. Aplicación de dispositivos de drenaje ventricular externo.

Hemato-oncología:

1. Exsanguíneo transfusión
2. Plasmaféresis o leucoféresis con condición clínica inestable
3. Coagulopatía aguda
4. Anemia severa, con inestabilidad cardiovascular o respiratoria
5. Complicaciones graves de anemia de células falciformes como lesión neurológica, síndrome torácico agudo, o anemia aplásica con inestabilidad hemodinámica.
6. Inicio de quimioterapia con sospecha de síndrome de lisis tumoral
7. Masas o tumores que compriman vasos, órganos o la vía aérea.

Endocrino-metabólico:

1. Cetoacidosis diabética grave
2. Anormalidades electrolíticas como hiperkalemia que necesita de monitoreo cardíaco o intervención terapéutica, hipo o hipernatremia severa, hipo o hipercalcemia, hipo o hiperglucemia que requiere de monitoreo estricto.
3. Acidosis metabólica grave, que requiere de monitoreo y tratamiento intensivo
4. Control estricto de líquidos, para poder mantener un balance hidroelectrolítico y ácido base.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 15 de 37

5. Errores congénitos de metabolismo con deterior agudo que requieren de soporte respiratorio, diálisis, hemoperfusión, manejo de hipertensión intracraneal o soporte inotrópico.

Gastrointestinal:

1. Hemorragia gastrointestinal que lleva a inestabilidad hemodinámica o respiratoria
2. Endoscopia para remoción de cuerpos extraños
3. Insuficiencia hepática aguda que lleva a coma o inestabilidad hemodinámica o respiratoria
4. Pancreatitis

Quirúrgico:

1. Cirugía cardiovascular
2. Cirugía torácica
3. Cirugía neurológica
4. Cirugía compleja otorrinolaringológica
5. Cirugía craneofacial
6. Cirugía ortopédica compleja o de comuna vertebral.
7. Trasplante de órganos
8. Politraumatizado con inestabilidad cardiovascular o sin ella
9. Hemorragias durante cirugía o en periodo postoperatorio

Renal:



1. Insuficiencia renal aguda o crónica, reagudizada en programa de trasplantes.
2. Necesidad de hemodiálisis, diálisis peritoneal o terapia de reemplazo renal en pacientes inestables.
3. Rabdomiolisis aguda con falla renal.

Multisistémicas:

1. Intoxicaciones que ponen en peligro la vida
2. Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple
3. Hipertermia maligna confirmada o con sospecha
4. Lesión por quemadura eléctrica
5. Casi ahogamiento
6. Quemadura con más del 10% de superficie corporal.

VII.2. Criterios de NO ingreso:

1. Pacientes que presentan paro cardio respiratorio en otro servicio y no logran la estabilidad mínima inmediata necesaria que permita su traslado sin riesgo.
2. Los que están en fase terminal de algún padecimiento crónico, como Insuficiencia Renal Crónica en fase terminal, Cáncer en estado terminal, etc.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 16 de 37

3. Los que tienen síndromes genéticos o cromosómicos con retraso psicomotor profundo.
4. Los que tienen daño neurológico congénito o adquirido de tal magnitud que de sobrevivir no podrán llevar una vida con cierta autonomía y por lo mismo, dependerán totalmente de sus padres o su familia.
5. Los que estando en estado agónico (premortem) calculamos que a pesar de todo lo que hagamos no tienen esperanza de sobrevivir y la UCIP significaría para ellos sólo prolongar su agonía.

VII.3. Condiciones de traslado a UCIP

Antes que un paciente ingrese a la UCIP, primero deberá avisarse al Médico del Servicio y a la Jefa de Enfermeras del turno para que sea valorado y se hagan los preparativos necesarios para recibirlo en las mejores condiciones. Esto permitirá decidir el lugar donde quedará instalado y preparar la cama o cuna de calor radiante (aislamiento o en espacio abierto según el caso).



No debe haber “ingresos directos” a la UCIP. Todo paciente debe ingresar después de haberle dado una atención que le permita una estabilidad mínima inicial, de manera que pueda pasar con un cierto grado de seguridad, y además, con una pequeña “Nota de Traslado” del Servicio que lo envía en donde se consigne:

1. La patología de base si ya está definida, o en su defecto, los diagnósticos provisionales.
2. La descompensación grave que presenta, lo ha puesto en estado crítico y justifica su traslado a la UCI.
3. El manejo que tenía en ese servicio para su problema de fondo, y el manejo preliminar de la descompensación aguda que ha recibido en el Servicio de donde procede.
4. Las indicaciones básicas de manejo que debe recibir en tanto se anotan las indicaciones de la UCIP

Cuando un paciente se descompensa y se pone en “estado crítico” deberá ser trasladado a la UCIP si para ello no existen contraindicaciones. Sólo que no es correcto que pase de manera directa, por lo que, antes de ingresarlo se deberá de:

- Asegurar permeabilidad de la vía aérea.
- Asegurarse de que tiene buen esfuerzo respiratorio o se le asiste adecuadamente para ello.
- Asegurar buena oxigenación,
- Asegurar una vena permeable,
- Lograr un mínimo de estabilidad hemodinámica inicial.

Esto implica que deberá primero ser examinado y atendido por un Médico en el lugar donde se detecta el problema que lo ha puesto en estado crítico, quien le dará el manejo preliminar indispensable para que llegue seguro a la UCIP.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 17 de 37

Por otra parte, deben prevenirse y evitarse los paros cardiorespiratorios “repentinos” en un Servicio de Hospitalización; más bien deben pasar a la UCIP todos los pacientes de riesgo, antes de que los presenten. Si el paciente se ha descompensado porque bronco aspiró y esto le está causando severa dificultad respiratoria, primero debe intubarse y aplicarse oxígeno por esta vía, y luego pasarlo. Pues en caso contrario, el daño que sufren es tal que generalmente esos pacientes ya no son recuperables y sólo llegan a la UCIP a morir, y en caso de sobrevivir, con frecuencia quedan con importantes secuelas neurológicas.

Todo Paciente que ingresará a la UCIP debe trasladarse con un mínimo de seguridad y de estabilidad fisiológica.



No es correcto:

1. “Pase directo a la UCIP” de pacientes graves que llegan a Urgencias.
2. “Pase inmediato” de un paciente que estando en un servicio de hospitalización ha presentado paro cardiorrespiratorio que no se esperaba.
3. Pasar a un paciente con dificultad respiratoria severa sin antes intubar. A muchos pacientes los hace fallecer la hipoxia durante el traslado, o les produce tanto daño que llegan a la UCIP sin posibilidad de que se les pueda ayudar, y en caso de sobrevivir, quedar con un importante daño.

VIII. ATENCION DIARIA A PACIENTES

VIII.1 Actividades de atención clínica

1. Un paciente que ha ingresado a la UCIP quedará bajo el cuidado continuo de una enfermera del Servicio; en ningún momento permanecerá sólo.
2. En la UCIP siempre deberá haber por lo menos un Médico al pendiente de todos los pacientes. Cuando requiera abandonar la Sala deberá ser sustituido por otro Médico en tanto regresa.
3. A todo paciente en estado crítico se le deberá instalar un monitor de por lo menos frecuencia cardíaca y respiratoria. Podría prescindirse de él cuando se le indiquen cuidados intermedios.
4. Los pacientes que presenten una patología médica general serán manejados por los Médicos Adscritos de la UCIP, quienes pedirán el apoyo de los distintos Subespecialistas cuando lo juzguen necesario.
5. Los pacientes que previo a su ingreso a la UCPI presenten una patología propia de alguna Subespecialidad médica o quirúrgica, su Médico Tratante seguirá siendo el Subespecialista que lo veía antes de ingresar a UCIP, pero para el manejo y vigilancia de la descompensación que lo puso en estado crítico recibirá apoyo del Médico de Terapia Intensiva. Puesto que ellos son los “Médicos Tratantes” de esos pacientes especiales, deberán pasar visita en la

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 18 de 37

- UCIP diariamente y elaborar una nota o dictársela al Residente. Después de su visita deberán diariamente informar a ambos padres sobre el estado del niño.
6. Todo paciente que ingrese a la UCIP deberá tener una nota de ingreso al servicio y una nota de revisión de alguno de los médicos adscritos a la sala. Las notas de evolución describirán el curso que ha seguido en el servicio. Cada una de esas notas deberá elaborarse bajo el formato señalado en este mismo manual.
 7. Cada procedimiento que le sea realizado a un paciente será consignado en notas especiales para el mismo (por ejemplo, nota de venodisección, nota de punción lumbar, nota de aplicación de sello pleural, etc.).

VIII.2. Pase de visita médica

En la UCIP los pacientes están bajo vigilancia continua por parte del personal médico y de enfermería. Para dejar constancia de ello, el Médico Residente deberá pasar “visita médica” constatada en una “Nota de Evolución” por lo menos tres veces al día, (una vez en cada turno).



El Médico Adscrito del turno de la mañana y de la tarde pasarán también visita una vez en su turno, y dependiendo del estado en que encuentren al paciente y de la descripción hecha en la nota del Médico Residente decidirán si escriben una nota médica complementaria o avalan la que escribió el Médico Residente con una firma de “Vo. Bo.”

Los Médicos Subespecialistas tratantes de pacientes internados en la UCIP, o interconsultantes pasarán visita a su paciente por lo menos una vez al día en tanto no lo den de alta de su Especialidad. Ellos decidirán si escriben una nota o si se la dictan a un Médico Residente. En ella explicarán el estado en el que encuentran al niño y el plan de manejo que tienen.

Los Médicos Adscritos a la UCIP y los Interconsultantes serán siempre acompañados en su visita por un Médico Residente, la Enfermera que tiene a su cargo el niño y la Jefa de Enfermeras de cada turno.

La visita médica tiene dos propósitos fundamentales: uno es el asistencial y el otro es académico. El propósito **asistencial** es para verificar el estado del niño al momento en que se le revisa, evaluar su evolución y de acuerdo a ésta decidir si se modifica el plan de manejo o continúa igual. El propósito **académico** consiste en que al momento de la visita médica con los Médicos Adscritos o Interconsultantes, los Médicos Residentes intercambien conocimientos con estos y aprovechen su experiencia para enriquecer la propia.

Para lograr la mayor calidad posible en el aspecto asistencial, la visita médica debe guardar un orden. Se sugiere el siguiente:



	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 19 de 37

1. Revisar la hoja de enfermería del día anterior y del turno que acaba de concluir:
 - Signos vitales (¿fiebre?, ¿distermias?, ¿taquicardia?, ¿bradicardia?, ¿otros trastornos del ritmo cardíaco?, ¿retardo en el llenado capilar?, ¿hipo o hipertensión arterial?, ¿polipnea?, etc.)
 - Revisar urésis horaria y densidad urinaria, pérdidas a través de heces, sondas, etc.
 - Evaluar perímetros cuando sea importante (abdominal, cefálico, etc.).
 - Evaluar la evolución de la glucemia semicuantitativa (dextrostix).
 - Balances Hídricos.
 - Gasometrías.
 - Calificación de Silverman-Andersen.
 - Evaluación de calificación en la Escala de Glasgow
 - Notas de la Enfermera del turno que terminó, etc.
 - Verificar las notas de enfermería para evaluar cómo describen la evolución en su turno, así como descripción de signos anormales.

2. Preguntar a la Enfermera encargada del niño su opinión general sobre la evolución. Es importante escuchar su impresión porque ella está al cuidado continuo del paciente.



3. Explorar al paciente de manera total, cuidadosa y detalladamente. Poner mayor énfasis en aquellos segmentos corporales donde se encuentra localizada la patología. Reflexionar acerca de las potenciales complicaciones que puede tener el paciente que está examinando y buscarlas intencionadamente. Comparar los hallazgos actuales con los que describió en nota previa.

4. Terminando de revisar la hoja de enfermería del paciente y su exploración física, hacer un juicio diagnóstico por aparatos y sistemas:
 - **CARDIOVASCULAR:** ¿Problemas de ritmo cardíaco?, Problemas de gasto cardíaco?, Se ausculta algo anormal en región precordial?, Pulsos normales?, Presión Arterial normal?, Llenado capilar normal?, Perfusión tisular adecuada?, Algún dato de choque?, El estado hídrico es normal?
 - **RESPIRATORIO:** ¿La función respiratoria es adecuada?, El ritmo, la frecuencia y el esfuerzo respiratorios son adecuados?, El color de tegumentos y mucosas son normales? ¿Se encuentra algo anormal en campos pulmonares?, Gasométricamente está normal?
 - **ENDOCRINOLOGICO y METABOLICO:** ¿Problemas con la glucemia?, Algún problema que sugiera hipocalcemia, hipomagnesemia o hipofosfatemia?, Sodio, potasio y cloro están normales? ¿Problemas con el equilibrio ácido-base?, ¿Cuántos días lleva de ayuno?, Requiere alimentación parenteral?, y en caso de tenerla, se está aportando la cantidad de calorías y nutrientes que requiere?, Se le está incrementando cada día?, Cómo va la curva de peso?

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 20 de

- **DIGESTIVO:** ¿Hay distensión del abdomen?, Ha evacuado intestino?, Tiene pérdidas anormales?, Tiene datos de secuestro de líquidos en tercer espacio?, Hemorragia del tubo digestivo alto o bajo?, etc.
- **NEUROLÓGICO:** ¿Cómo es su estado de conciencia?, Su orientación en espacio, tiempo y persona?, Su lenguaje y comunicación?, Movimientos anormales, temblores o convulsiones?, Parálisis de algún miembro?, Trastornos sensoriales? Reflejos osteotendinosos?, ¿Pares craneales?, Datos de focalización?, Datos de hipertensión intracraneana?, Signos de irritación meníngea?, De disfunción cerebelosa?, Datos de muerte cerebral?, etc.
- **GENITOURINARIO:** ¿Flujo urinario normal?, Poliuria u Oliguria?, Hematuria?, Signos de infección?, Retención urinaria? Estado de la sonda de foley?, ¿Cómo está el EGO, los electrolitos y los azoados? ¿Es necesario solicitar estudios para evaluar la función renal?
- **HEMATO-INMUNOLÓGICO:** ¿Tiene infección?, ¿Cómo va la detectada originalmente?, ¿Hay datos de infección nosocomial agregada?, ¿Cómo están la última BH y Plaquetas?, ¿Hay candidiasis agregada como signo de inmunodepresión celular?, ¿Hay petequias o áreas de equimosis?
- **MÚSCULO-ESQUELÉTICO:** ¿Tumefacción o inmovilización de alguna articulación?
- **PIEL Y ANEXOS:** ¿Escaras por decúbito?, ¿soluciones de continuidad? ¿Otros problemas?

5. Después de lo anterior elaborar la nueva nota de evolución. En caso de que se haya agregado un diagnóstico nuevo consignarlo. Al llegar a las indicaciones revisar el kárdex de enfermería y evaluar si se requiere hacer cambios.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 21 de 37

IX. NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE NOTAS MÉDICAS:



Es importante recalcar que la atención a los pacientes y la realización de procedimientos tienen prioridad sobre la elaboración de notas. Cuando no sea posible elaborarlas en los tiempos deseables, deben ser diferidas para otro momento, pero nunca omitidas, ya que estas son un elemento muy útil para evaluar la evolución del paciente y la respuesta a tratamientos, es un excelente medio a través del cual podemos dar enseñanza a Médicos en entrenamiento, y para hacer investigación clínica; pero además, tienen un peso muy importante en situaciones médico-legales.

Independientemente del tipo de nota, todas deberán ser precedidas por la fecha y hora de su elaboración al margen izquierdo de la misma; así mismo, deberá anotarse en el encabezado y con mayúsculas el tipo de nota y los apellidos y grado del Médico que la elabora o dicta, y siempre firmadas por el responsable de la misma.

La inmensa mayoría de las notas médicas de evolución serán elaboradas por los Médicos Residentes. No obstante, los Médicos Adscritos a la UCI elaborarán por lo menos una “Nota de Revisión” después que los Médicos Residentes hayan elaborado la Nota de Ingreso. Al pase de visita diario, después de examinar a los pacientes y evaluar su evolución, los Médicos Adscritos decidirán si avalan la nota de escrita por el Médico Residente con una firma de “Vo. Bo.”, elaboran otra nueva o sólo una pequeña nota complementaria.

Cuando un Médico Subespecialista es llamado a participar en el manejo de los niños internados en la UCI, deberán elaborar una “Nota de Interconsulta” escrita y firmada por ellos o dictada a un Médico Residente, notas que deberán repetirse cada vez que acuda a valorar a los pacientes.

A continuación damos una guía de las características que deben tener cada una de las distintas notas elaboradas a los pacientes internados en la UCI.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 22 de 37

GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE LAS NOTAS MÉDICAS MÁS FRECÜENTES EN LA UCIP.

NOTAS DE INGRESO:

Tienen por objeto constatar que el paciente ha ingresado a un servicio hospitalario determinado, que ha sido examinado por un Médico quien con base en los diagnósticos elaborados ha iniciado un tratamiento determinado. En nuestro hospital persiguen además un fin pedagógico puesto que es un hospital de enseñanza. Su contenido y organización será el siguiente:

1. Al margen izquierdo consignar **FECHA y HORA** de su elaboración.
2. **EL ENCABEZADO** deberá decir con letras mayúsculas: “**NOTA DE INGRESO A LA UCIP**”, seguida por los *apellidos y jerarquía del médico* que la está elaborando.
3. **EL CUERPO DE LA NOTA** deberá tener el contenido y orden que a continuación se indica:
 - 3.1. **INTRODUCCIÓN:** Comenzará indicándose el tipo de paciente que ingresa (sexo y edad), el servicio del que proviene, el tiempo que lleva internado en el Hospital, los diagnósticos que se han elaborado, y el problema que motiva su ingreso a la UCI.

Por ejemplo: “Ingresa paciente masculino de 7 meses de edad, procedente del servicio de “Lactantes” donde lleva hospitalizado 5 días por Bronconeumonía en quien se han elaborado otros diagnósticos como “Anemia ferropénica” y “Desnutrición de primer grado”. El motivo de su traslado a la UCIP es por incremento en la dificultad respiratoria y por insuficiencia cardíaca asociada”.

- 3.2. **DATOS BASE.** Se anotarán sólo los antecedentes que sean importantes para el padecimiento actual. Los que no sean importantes deberán ser leídos en la historia clínica.

Por ejemplo: “Antecedentes importantes para su padecimiento son que su esquema de vacunación está incompleto, pues no ha recibido BCG ni la vacuna contra Haemophilus influenza tipo B; ha tenido contacto con varios primos enfermos de gripe en los últimos 10 días. No hay contacto con enfermos de tuberculosis ni con tosedores crónicos. El resto de antecedentes no los consideramos importantes para el padecimiento actual y pueden leerse en la historia clínica”.

3.3. PADECIMIENTO ACTUAL: Debe ser descrito en el menor número de palabras pero lo más claramente posible, y debe incluir:

- 3.3.1. Tiempo transcurrido desde el inicio de su padecimiento.
- 3.3.2. Enumeración de todos los signos y síntomas que ha presentado en orden de aparición desde el inicio.
- 3.3.3. Semiología de cada signo y síntoma por separado.
- 3.3.3. El manejo que ha recibido.
- 3.3.4. Evolución que ha seguido desde que inició su padecimiento, incluyendo su estado antes de ingresar al hospital y lo que se ha agregado ya internado en el servicio de donde proviene.

Por ejemplo:

Inició su padecimiento actual hace 7 días con el siguiente cuadro:

RINORREA	<i>7 días.</i>
TOS	<i>6 días.</i>
FIEBRE	<i>5 días.</i>
DIFICULTAD RESPIRATORIA	<i>4 días.</i>



RINORREA: *Hialina al principio, al tercer día se hace amarillo-verdosa, abundante, continua, acompañada de congestión nasal y malestar por obstrucción para respirar. Actualmente es mínima.*

TOS: *Inicialmente seca, después productiva de expectoración que comenzó hialina pero luego se torna amarillo-verdosa. Primero eran tosidas aisladas, después se torna en accesos de tos intensa, emetizante, no cianozante. Persiste con esas características.*

FIEBRE: *Cuantificada hasta de 39°C, sin predominio de horario, cedía con antipiréticos para volverse a presentar cuando pasaba su efecto. Se acompaña de malestar general, irritabilidad y rechazo al alimento. Se presentó los primeros 3 días después de su hospitalización y no se ha repetido.*

DIFICULTAD RESPIRATORIA: *Caracterizada por polipnea y tiros intercostales leves e inconstantes al inicio, al paso de los días ha ido incrementándose el grado de dificultad agregándose quejido, aleteo nasal y cianosis subungueal y labial cuando respira aire ambiente.*

Inicialmente acudió a un Médico General quien diagnosticó “infección de las vías respiratorias superiores” y dio manejo con acetaminofén (Tempra) y con antihistamínico-descongestionante (Dimetap Pediátrico). Dos días después acude nuevamente a su Médico por no mostrar mejoría, quien al examinarlo encuentra datos que le hicieron pensar en una Bronconeumonía por lo que lo envía a Urgencias de este Hospital. Aquí se confirma el diagnóstico clínica y radiológicamente, y al encontrar signos de dificultad respiratoria leves es internado en Lactantes, iniciándose manejo con Penicilina G Sódica Cristalina, Oxígeno en casco cefálico humidificado, soluciones parenterales y otras medidas generales de sostén. La dificultad respiratoria se ha ido incrementando al paso de

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 24 de 37

los días, llegándose a cuantificar un Silverman-Andersen de 6 el día de hoy y agregándose taquicardia de 188/min, ritmo de galope, hepatomegalia de 7 cm por debajo del reborde costal e ingurgitación yugular. Se decide administrar una dosis de diurético (furosemide), se inicia impregnación digitalica y se decide trasladar a la UCIP para su vigilancia y manejo.

3.4. EXPLORACIÓN FÍSICA: Incluirá:

3.4.1. Aspecto General del niño. Describirá el estado general que aparenta tener el niño, su estado de conciencia, la coloración de tegumentos, su reactividad o su actitud al examen físico y otros aspectos generales que se consideren pertinentes en cada caso particular.

3.4.2. Signos vitales. Incluir frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria temperatura corporal, tensión arterial y llenado capilar.

3.4.3. Somatometría. Incluir peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal.

3.4.4. Descripción de los hallazgos en cada uno de los segmentos corporales: cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitales y extremidades. Únicamente indicar los signos positivos y negativos importantes para el padecimiento actual.

Por ejemplo:



EXPLORACIÓN FÍSICA: *Paciente consiente, con facies de ansiedad y angustia, polipénico, diaforético, con mínima cianosis labial y subungueal respirando bajo un casco cefálico con oxígeno al 40%, febril en este momento, irritable al manejo, quejido inconstante.*

Signos vitales: FC 148', FR 46', T.A. 90/60 Torr., Temp. 38.6°C, Llenado Capilar 2".

Somatometría: Peso: 7.250 Kg, Talla: 67 cm, P.C: 42 cm, PT: 38 cm, PA: 35 cm.

El resto del examen muestra ONG con hiperemia nasal y de la faringe +++ con exudado muco-verdoso. Hay aleteo nasal ++ constante. Cianosis labial discreta. Cuello normal. Tórax discretamente abombado, con respiración rápida, tiros intercostales ++, discreta prolongación de la fase espiratoria. Se auscultan sibilancias espiratorias diseminadas y estertores subcrepitantes diseminados con una zona de hipoaireación en cara posterior y basal de hemitórax derecho. Corazón con latidos rítmicos a una frecuencia de 148', sin galope ni soplos. Abdomen discretamente distendido, blando, con balanceo tóraco-abdominal, se palpa el hígado a 4-3-3 cm abajo del reborde costal en las líneas convencionales del centro a la periferia. No palpo el bazo. Peristalsis normal. Genitales masculinos normales. Extremidades normales, sólo discreta cianosis subungueal. La exploración neurológica lo muestra normal.

4. EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE: Se debe hacer una descripción interpretativa de los resultados de estudios que se hayan realizado hasta ese momento y que sean importantes para el padecimiento actual (evitar transcripción de los resultados a la nota).

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 25 de 37

Por ejemplo: Hasta este momento se le han realizado los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

RX DE TORAX: La placa del día que ingresó mostró datos discretos de sobredistensión pulmonar con abatimiento de hemidiafragmas, horizontalización de arcos costales, incremento de la trama broncovascular generalizada y datos incipientes de infiltrado intraalveolar basal derecho. Otra placa tomada hoy muestra mayor sobredistensión pulmonar y en la base derecha ya existe una franca condensación donde además parece observarse un neumatocele, y en otras porciones de los campos pulmonares se observa infiltrado intraalveolar diseminado en ambos hemitórax. La silueta cardíaca es normal.

BIOMETRÍA HEMÁTICA: Una inicial mostró fórmula roja normal, leucocitosis de 12,300 con neutrofilia de 78% y 4% de bandas. Plaquetas normales. Otra tomada hoy mostró descenso de la fórmula roja a 8.5g% de Hemoglobina y hematocrito de 28%; la leucocitosis incrementó a 25,300 con neutrofilia de 90%, 25% de bandas y presencia de abundantes neutrófilos vacuolados.

GASOMETRIAS ARTERIALES: Se han tomado varias. La última fue tomada hace una hora respirando oxígeno al 40% en casco cefálico y muestra oxemia en límites bajos normales (paO₂ de 58 mmHg), Hipercarbica (paCO₂ de 54 mmHg), con una acidosis respiratoria compensada.



OTROS EXAMENES: Se le ha tomado además un EGO y unos electrolitos séricos que son normales.

5. ANÁLISIS: En esta sección de la nota el Médico Residente señalará los diagnósticos a los que ha llegado en base al cuadro clínico que integró con el interrogatorio y la exploración física, a la evolución que ha seguido hasta el momento, y a los hallazgos de estudios de laboratorio y gabinete. Hará un análisis de cada diagnóstico por separado. No se trata de vaciar en la nota lo que dice en el libro o revistas en las que se documentó, sino que con base en lo que aprendió al leerlos hacer un análisis particular del paciente.

Por ejemplo:

Con el cuadro clínico y de laboratorio descritos antes podemos integrar los siguientes diagnósticos:

- 1. NEUMONÍA PROBABLEMENTE ESTAFILOCOCCICA:** En nuestro paciente se manifiesta con síndrome febril, con tos e insuficiencia respiratoria, y presencia de estertores broncoalveolares en campos pulmonares. La biometría hemática muestra una importante leucocitosis con neutrofilia y bandemia, así como la presencia de neutrófilos vacuolados. Y la RX de tórax muestra un infiltrado bronconeumónico con una franca condensación basal derecha donde parece estarse formando un neumatocele. Este cuadro es muy sugestivo de etiología estafilocócica, y se apoya más en el hecho de que ha progresado a pesar de recibir penicilina sódica endovenosa en dosis adecuada durante 5 días; sin

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 26 de 37



embargo, el cuadro no es patognomónico por lo que tomaremos hemocultivo antes de cambiar a dicloxacilina, y en caso de requerir intubación endotraqueal se tomará también cultivo de aspirado bronquial, y estaremos además al pendiente de la evolución, pues no descartamos que la etiología sea por gram negativos, sobre todo Klebsiella, aunque es menos probable.

2. **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA MODERADA A SEVERA:** *En este paciente el problema deriva de la infección broncopulmonar que está produciendo francas manifestaciones obstructivas y restrictivas. Actualmente el grado de dificultad respiratoria lo sitúa en una calificación de Silverman-Andersen de 5, y la gasometría arterial última muestra datos de hipoxemia e hipercarbía. Incrementaremos el aporte de O₂ en el casco cefálico, pero si no mejora o incrementa la dificultad respiratoria será necesario dar asistencia ventilatoria mecánica. Es un paciente propenso a complicarse con insuficiencia cardíaca secundaria, por lo que restringiremos el aporte parenteral de líquidos y estaremos vigilando ante la posible necesidad de usar diurético y digital.*
3. **ANEMIA LEVE A MODERADA:** *En este caso el paciente llegó con fórmula roja normal pero en 5 días ha descendido la fórmula roja a un nivel inferior al normal. Creo que esto obedece por un lado a la falta de aporte nutricional, pero especialmente a la hemólisis que debe estar resultando por causa de la infección.*
4. **SEPSIS:** *Este diagnóstico lo podemos integrar por el ataque al estado general, la presencia de fiebre y las importantes alteraciones en la fórmula blanca que cubren el criterio para considerar la presencia de un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, en este caso por infección. Los pacientes con sepsis pueden tener siembras de microorganismos a distancia por vía hematógena por lo que está indicado la realización de un hemocultivo y urocultivo, así como vigilancia de datos neurológicos anormales y cultivo de algún otro exudado que presente. Requiere cambio de esquema antibiótico porque la penicilina que se había elegido no ha logrado limitar la infección. Elegimos Dicloxacilina asociada a Amicacina pensando en los gérmenes que antes comentamos en lo que se tienen resultado de cultivos.*

6. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE Y PRONÓSTICO: En esta sección el Médico describirá su impresión acerca del estado de gravedad del paciente, que puede ser desde delicado hasta crítico, pasando por grave. Comentaré acerca del pronóstico que considera tiene para la vida y la función.

Por ejemplo:

Considero que el estado actual del paciente es muy grave. El Pronóstico sin embargo es potencialmente bueno para la vida y la función.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 27 de 37

7. PLAN: El Médico comentará de manera general el plan de manejo que tiene con el paciente.

Por ejemplo:

Nuestro plan es manejarlo con todos los cuidados propios de un paciente en estado crítico. Por el momento diferimos la asistencia ventilatoria mecánica, pero si la dificultad respiratoria incrementa, la oxemia no mejora a pesar de respirar una FiO₂ más alta que la actual o incrementa la hipercarbía y acidosis respiratoria le intubaremos y asistiremos la respiración con ventilador mecánico, relajando y sedando si es necesario. Sustituiremos la Penicilina Sódica Cristalina por Dicloxacilina más Amikacina con base en la impresión diagnóstica que antes expresamos, previa toma de cultivos. Consideramos que requiere por lo menos una hemotransfusión de paquete globular para mejorar la hematosi (aunque podría necesitar otras). Estaremos al pendiente del posible desarrollo de insuficiencia cardíaca y la aparición de otros focos infecciosos. Estaremos al pendiente de posibles complicaciones como el desarrollo de un Neumotórax por potencial ruptura del neumatocele, e incluso de empiema.

8. DIAGNOSTICOS DE INGRESO. En esta sección, a manera de resumen el Médico únicamente enumerará los diagnósticos del paciente, resaltándolos en mayúsculas y poniéndolos en orden de gravedad.

Por ejemplo:



DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

1. **NEUMONÍA PROBABLEMENTE ESTAFILOCOCCICA.**
2. **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA MODERADA A SEVERA SECUNDARIA.**
3. **SEPSIS.**
4. **ANEMIA**

9. INDICACIONES. Se escribirán una a una, empezando con el plan de dieta o ayuno, plan de líquidos endovenosos, infusiones, hemocomponentes, medicamentos y medidas generales de sostén y vigilancia.

INDICACIONES:

1. *Dieta o Ayuno*
2. *Líquidos intravenosos*
3. *Infusiones*
 - 3.1. *Sedación*
 - 3.2. *Relajación*
 - 3.3. *Analgesia.*
 - 3.4. *Inotrópicos*
 - 3.5. *Otros (sulfato de magnesio, aminofilina, etc.)*
4. *Hemocomponentes (paquete globular, plasma fresco, plaquetas, etc.)*

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 28 de 37

5. *Medicamentos*
 - 5.1. *Sintomáticos*
 - 5.2. *Antibióticos*
 - 5.3. *Otros*
6. *Medidas generales (por aparatos y sistemas)*
 - 1.1 *Posición semifowler y rossiere.*
 - 1.2 *Glasgow cada hora*
 - 1.3 *Monitorización de signos vitales continuo, con anotación de los mismos cada hora.*
 - 6.3 *Vigilar signos de insuficiencia respiratoria, anotando Silverman-Andersen cada hora.*
 - 6.4 *Oxígeno en casco cefálico al 80%.*
 - 6.5 *Aspirar secreciones cada vez que sea necesario.*
 - 6.6 *Micronebulizaciones con salbutamol y acetilcisteína cada 6 horas, seguidas de sesiones de puñopercusión torácica.*
 - 6.7 *Controlar fiebre por medios físicos. Cuando sea igual o superior a 38.5°C*
 - 6.8 *Tomar cultivos de secreción traqueal, orina y hemocultivo central y periférico*

NOTAS DE EVOLUCION.

Tienen por objeto describir con el menor número de palabras y de la manera más clara posible el estado del paciente hasta el momento de su elaboración, y hacer las modificaciones al manejo que se crean pertinentes.



Serán elaboradas por los Médicos Residentes. En la UCI deberá elaborarse por lo menos una en el turno matutino, otra en el turno vespertino y otra en el turno de noche. La elaboración de otras notas en el intervalo dependerá de que sucedan o no eventos extraordinarios o se realicen procedimientos. Deberán tener el siguiente formato:

EVOLUCION MATUTINA:

ENCABEZADO: Se indicará: “NOTA DE EVOLUCIÓN” seguida por el nombre del Médico que la elabora.

INTRODUCCIÓN: Paciente con “X” número de días de internamiento en el hospital, y “X” número de días en la UCIP por los siguientes problemas:

P: (Problemas). Se anotarán los diagnósticos actuales. Para evitar repetirlos en cada nota sólo se indicará “Mismos a la nota de revisión del día X”, más estos otros nuevos.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 29 de 37

S: (Datos Subjetivos). Se anotarán todos los signos y síntomas que refiera el paciente (cuando esté en edad de hacerlo), así como los referidos por el personal de enfermería en la hoja de terapia y sucedidos en las 24 horas previas. En esta sección se indicarán además las cifras mínima y máxima de cada uno de los signos vitales que refirieron las enfermeras, el balance hídrico, la diuresis horaria, las pérdidas por heces u otras que haya mostrado.

O: (Datos Objetivos). Se indicarán todos los datos positivos que encontremos al examen físico de ese momento, y los datos negativos que sean importantes consignar. Se comentarán resultados de nuevos exámenes de laboratorio y gabinete realizados en las últimas 24 horas.

A: (Análisis). Se hará un análisis de la evolución global, si nos parece que está igual, mejor o peor que ayer o los días anteriores, comentando las razones en que nos basamos para afirmar eso. Se comentará especialmente la impresión que nos da la evolución de cada uno de los problemas que tiene. Se emitirá también un juicio acerca del estado actual del paciente (muy grave, grave, mejorado y el pronóstico que esperamos).

P: (Plan). Se hará un comentario general del plan que se tiene en cuanto a estudios por realizar o modificaciones al manejo, o si continuará con el mismo.

INDICACIONES:

Se revisará el Kárdex de enfermería para verificar si requiere continuar con el mismo tratamiento, si se agregará algo nuevo o se suspenderá alguna de las indicaciones de días anteriores. Si todo continuará igual deberá señalarse simplemente "Mismo Manejo". En caso de que se tenga que agregar o suspender alguna indicación, se anotarán sólo las nuevas modificaciones al manejo y lo que no se cambió se señalará simplemente con "Resto igual". Cuando se estén administrando medicamentos en los que es muy importante no perder el control del tiempo que llevan desde su instalación, se anotarán dichos medicamentos y al final de los mismos se escribirá entre paréntesis el número de días que tienen de indicados.



NOTAS DE EVOLUCION VESPERTINAS Y NOCTURNAS:

Serán más breves y simples que las anteriores. No requieren llevar el formato "P.S.O.A.P." que se indicó para la nota matutina.

En el menor número posible de palabras se describirá la evolución que ha mostrado a lo largo del día, indicando únicamente los datos importantes en comparación a lo descrito en la nota matutina.

NOTAS EXTRAORDINARIAS.

Además de las notas de evolución elaboradas en los tiempos que señalamos antes habrá necesidad de elaborar notas extraordinarias en los siguientes casos:

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 30 de

1. Para consignar eventos inesperados como por ejemplo “Nota de Paro Cardiorrespiratorio”,
2. Para consignar la realización de procedimientos, como por ejemplo: “Nota de Venodisección”, “Nota de Punción Lumbar”, “Nota de Punción Ventricular”, “Nota de Colocación de Sello de Agua Pleural”, “Nota de Catéter de Diálisis Peritoneal”.
3. Para consignar resultados de estudios de laboratorio recién reportados de los cuales deriven modificaciones urgentes al manejo.
4. Otras situaciones no previstas.

Estas notas deben ser descriptivas y lo más cortas que sea posible.

NOTAS DE INTERCONSULTA:



Cuando los pacientes que habiendo ingresado a la UCI presenten una patología de fondo o alguna complicación que obliguen al Médico Tratante a pedir la intervención de un Subespecialista, deberán solicitar la respectiva interconsulta al Médico de dicha Subespecialidad.

El Subespecialista interconsultante, después de examinar al paciente deberá constatar que realizó la interconsulta por medio de una “Nota de Interconsulta” que podrá elaborar personalmente o dictar al Médico Residente. Se le solicitará a dicho interconsultante incluya en dicha nota:

1. Los datos importantes que obtuvo al interrogatorio y a la exploración física desde el punto de vista de su especialidad.
2. Los diagnósticos de certeza o de sospecha que puede elaborar con los elementos que cuenta hasta ese momento.
3. Los estudios de laboratorio y gabinete que recomienda le sean realizados.
4. El estado clínico que desde su punto de vista tiene el paciente.
5. El pronóstico.
6. El tratamiento que recomienda.
7. El plan a futuro inmediato o a largo plazo desde la óptica de su especialidad. Especialmente si planea seguirlo viendo o no. En caso de que haya encontrado que la patología central es de su especialidad, pasará automáticamente a ser el Médico Tratante, pero mientras permanezca en UCI será apoyado por los Médicos Adscritos de la Sala.

NOTA DE EGRESO O DE TRASLADO.

Estas notas serán elaboradas por el Médico Residente. Tienen por objetivo enterar a quien lea el expediente el momento en que el paciente se trasladó al servicio de hospitalización al que originalmente fue destinado; pero además, enterar a los Médicos

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 31 de 37

que se harán cargo de él en los siguientes días de los problemas que desarrolló durante su estancia en UCI y el manejo recibido. Deben tener el siguiente contenido:



1. Fecha de Ingreso al Hospital.
2. Fecha de Ingreso a la UCI
3. Días totales de estancia en el Hospital.
4. Días de estancia en la UCI.
5. Resumen, que incluya:
 - a. Edad del paciente.
 - b. Diagnóstico principal original y los secundarios que tenía al ingresar a la UCI
 - c. Mencionar la complicación que lo puso en estado crítico y motivó su ingreso a la UCI.
 - d. Mencionar cómo se encontraba al momento de ingresar a la UCI.
 - e. Indicar el manejo que se le dio.
 - f. La evolución que siguió durante su estancia en el Servicio, indicando los exámenes de laboratorio y gabinete más relevantes.
 - g. El estado actual que muestra el paciente y la razón por la que se traslada.
 - h. Indicar los pendientes que deben resolverse en el Servicio a donde se envía, especialmente estudios o tratamientos.
 - i. Actualizar las indicaciones.

NOTAS DE DEFUNCIÓN.

Estas son las notas finales que deben escribirse cuando un paciente ha fallecido. Deben consignar lo siguiente:

1. Al margen izquierdo: fecha y hora de elaboración.
2. El encabezado debe decir con mayúsculas “NOTA DE DEFUNCIÓN”, seguido por el nombre y grado del Médico que elabora la nota.
3. El cuerpo de la nota debe incluir:
 - a. La hora en que sucedió el paro cardiorrespiratorio.
 - b. Las medidas que se tomaron para tratar de revertirlo (masaje cardíaco, medicamentos, dosis, número de “tandas” de aplicación, desfibrilación, etc.).
 - c. En caso de haber sido varios episodios de PCR, mencionar el número y la duración de los previos.
 - d. La duración aproximada de asistencia en el último evento de PCR.
 - e. Tratar de dar una explicación breve a los probables mecanismos que le llevaron al PCR, sólo cuando sea posible.

Por ejemplo: A pesar de los antibióticos prescritos la neumonía continuó progresando, las áreas de pulmón sano eran muy escasas que no permitieron un intercambio gaseoso adecuado por lo que el paciente cayó en un estado de hipoxia continuo que



	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 32 de 37

no fue posible revertir con la asistencia ventilatoria mecánica utilizando FiO2 y presiones elevadas. Seguramente esto condicionó falla miocárdica y después falla de múltiples órganos.

4. Indicar si le fue solicitada la autopsia a los familiares y su respuesta.
5. Enlistar los diagnósticos finales.

X. INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD A FAMILIARES.

1. **Los familiares no pueden permanecer de manera continua al lado del paciente internado en la UCIP (sin excepciones).**
2. De manera ordinaria habrá **tres momentos del día** en los que los familiares podrán visitar a los pacientes. Estos serán llamados **“visita matutina”, “visita vespertina” y “visita nocturna”**.
3. Por las características de la UCIP (gravedad de los pacientes, tiempo empleado para visita médica, procedimientos de diagnóstico y tratamientos), **el horario para dichas visitas será flexible** y adaptado a las necesidades de cada día. No obstante, como guía aproximada, la visita matutina será alrededor de las 11:00 h, la vespertina alrededor de las 17:00 h. y la nocturna alrededor de las 22:00 h.
4. **Cada período de visita durará 30 minutos como máximo**, aunque de manera flexible podrá variar según las necesidades del Servicio.
5. **Podrán visitar al paciente únicamente** sus padres, quienes pasarán de preferencia juntos. Esto con el objeto de disminuir el riesgo de introducir gérmenes a la UCIP y agravar la situación de todos los pacientes.
6. Durante cada período de visita, **no podrán permanecer al lado del niño más de dos visitantes a la vez.**
7. **Durante la visita, los visitantes se sujetarán a las siguientes disposiciones:**
 - a. Deberán entrar bien presentados y con la mayor higiene corporal, de pelo y ropa que les sea posible.
 - b. Al entrar a la UCIP deberán lavar sus manos con agua y jabón y se pondrán una bata que les será proporcionada.
 - c. Deberán concentrarse en el paciente del cual son familiares y sólo a él podrán tocar.
 - d. Estrictamente prohibido el contacto físico o verbal con otros pacientes.
 - e. Estrictamente prohibido tocar sondas, venoclisis y aparatos.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 33 de 37

- f. No podrán introducir alimentos, objetos o aparatos que no hayan sido previamente autorizados por los Médicos del Servicio.



8. LA INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE:

- a. Será dada únicamente por el Médico Encargado de la UCIP durante el turno. Nadie más está autorizado para darla, excepto el Médico Residente cuando por razones especiales el Médico Encargado delegue esa función de manera transitoria.
- b. Se proporcionará exclusivamente a ambos padres cuando pasen juntos (por excepción a otras personas si el Médico lo considera pertinente y hacerlo no resta tiempo que requiere para vigilar y atender al niño).
- c. Si otras personas desean información, deberán solicitarla a los padres.
- d. Las Enfermeras u otro personal no están autorizados para dar información sobre el estado de salud del niño.
- e. En situaciones especiales (cuando el Médico no puede salir a informar porque el paciente requiere su presencia de manera continua), los familiares podrán recibir avisos de gravedad a través de una Trabajadora Social.
- f. En los períodos intermedios a las horas de visita serán buscados para recibir información sólo si sucede alguna cosa extraordinaria. Si los padres no reciben información durante dichos períodos, significa que el paciente se encuentra en un estado similar al que le refirieron en la visita inmediatamente previa.

La información debe ser lo más clara, honesta y respetuosa posible, procurando a la vez tener consideración del estado anímico de los padres. Se deben evitar los términos técnicos médicos no comprensibles por ellos, tratando de utilizar las palabras más sencillas que sea posible, adecuándolas al nivel sociocultural de las personas que nos escuchan. Cuando se requiera utilizar terminología técnica, deberá explicárseles lo que significa, preguntándoles al final si la información que les dimos fue comprendida en su totalidad, o si requieren que se les aclare algo. Debe tratarse de entablar una relación Médico-Familiares lo más amable y respetuosa que sea posible.



Al dar información a los familiares debe partirse del hecho de que el paciente está internado en la UCIP porque se encuentra "MUY GRAVE Y EN ESTADO CRÍTICO" y que su condición pone en riesgo su vida. "Es sumamente importante que los padres tomen conciencia de esa situación". El Médico informante debe tener mucho cuidado de las siguientes situaciones:

1. El estado grave del niño tiene muy angustiados a sus padres y a toda su familia. Esto quizá les hace crear mecanismos de defensa como la negación, y les bloquea para entender muchas cosas que se les explican. Por ello debe tener mucha paciencia y ser considerado al darles información.
2. Cuando proporcione información, debe ser cauteloso en mostrar demasiado optimismo ante los padres, diciéndoles que "está mejor" basado en los pequeños cambios positivos que ve en el paciente cuando aprecia que por

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 34 de 37

ejemplo requiere menor FiO₂ y menor presión en el ventilador, o el nivel de azoados ha disminuido después de ciertos baños de diálisis peritoneal, y otras circunstancias similares. **Recordar que mientras está en la UCI el niño está grave**, y en todo caso, si desea disminuir la angustia y ansiedad de los padres podrá informarles que ha habido algunos cambios a la mejoría que nos hacen tener mayores esperanzas de recuperar al niño, pero que mientras dependa de ciertos aparatos o intervenciones invasivas para lograr su estabilidad, lo seguimos considerando muy grave y en riesgo.

3. En no pocas ocasiones los padres sienten algún “complejo de culpa” por el estado del niño. En su angustia y depresión podrán reaccionar de varias maneras, como las siguientes:
 - a. Afortunadamente la mayoría reaccionan mostrando tristeza y miedo, pero manejan su angustia con cierto grado de ecuanimidad, lo que nos permite tener una buena relación con ellos.
 - b. Otros en cambio se muestran agresivos y tratan de responsabilizar al personal Médico y de Enfermería por el estado del niño. Nuestra posición ante esto debe ser de respeto y cautela; debemos evitar siempre responder a la agresión. Por el contrario, trataremos de comprenderlos mostrándonos amables y de ganarnos su confianza explicándoles la naturaleza del problema del niño, tratando de hacerles entender que a veces las enfermedades se complican contra el deseo de todos, de lo cual ni ellos ni nosotros tenemos la culpa. Debemos hacerles entender que el problema ha sucedido no porque ellos o nosotros hayamos “descuidado” al niño, sino que se trata de complicaciones indeseables que algunas ocasiones ocurren. Les aclararemos que nosotros no podemos garantizar la vida del niño, lo único que sí podemos garantizarles es que será tratado con la mayor calidad médica y humana que nos es posible. Si aún así no logramos ganarnos su confianza podremos pedir apoyo a Psicología y Trabajo Social. Si con todo esto su actitud no cambia, en compañía de la Jefa de Trabajo Social y de Psicología cuando sea posible habremos de recalcarles que hemos estado haciendo todo lo que posible por sacar adelante a su hijo, pero que si no nos tienen confianza están en libertad de trasladar al niño a donde crean que les podrán ayudar más que nosotros, para lo cual deberán firmar un documento donde expresan su deseo de “alta voluntaria”, advirtiéndoles de los riesgos que conlleva el traslado de un niño en esas condiciones. Todos estos sucesos deberán quedar asentados en el expediente clínico para tratar de evitar problemas legales posteriores. Es importante mencionar que todos esos problemas se pueden evitar tratando de tener una comunicación estrecha, franca, respetuosa y responsable con los familiares.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 35 de 37



- c. Otros quizá reacciones con mucha tristeza y depresión. Quizá no nos reclamen nada, pero en el fondo sientan tanta culpa que es posible que si el niño termina falleciendo nos responsabilicen de ello. Con ellos también debemos tratar de tener una comunicación lo más estrecha y clara posible para evitar problemas futuros.
- d. Otros familiares quizá reaccionen con excesiva pasividad y esperen que nosotros “de manera milagrosa salvemos a sus niños”. Con ellos también habremos de tener una comunicación estrecha y trataremos de involucrarlos y responsabilizarlos más en el problema de su niño para que hagan todo lo posible apoyándonos en conseguir todos los medios para tratar a sus hijos.

NOTA IMPORTANTE: Cuando un niño internado en la UCI se descompensa súbitamente (por ejemplo, cae en estado de choque, en paro cardiorrespiratorio, hace una crisis de hipoxia, presenta una hemorragia masiva del tubo digestivo alto, presenta arritmias cardíacas graves, incrementa su dificultad respiratoria y otros eventos graves más), suele pasársele al familiar un “aviso de gravedad”.

Es importante insistir en que no olvidemos que todos los pacientes que se internan en la UCI ya de por sí están muy graves y en estado crítico, por lo que debiéramos aclararle a la Trabajadora Social y pedirle que no de un “aviso de gravedad”, sino un “aviso de mayor agravamiento” o “de empeoramiento”, pues hacerlo de la primer forma podría ser interpretado por el familiar como que el niño ya estaba bien y repentinamente se agravó, lo cual nos puede traer problemas.

Si ese evento se resuelve, o aún si no se logra resolver y el paciente fallece, el Médico de mayor jerarquía (de preferencia el Médico Adscrito en el turno) deberá comunicarlo a los familiares personalmente.

- 9. **Los familiares tienen derecho de solicitar apoyo espiritual para el niño y para ellos por parte de su “Líder Religioso”** (Sacerdote, Religioso-a, Pastor, Rabino, etc.). Este podrá pasar al lado del paciente previo aviso al Médico encargado del turno, pidiéndoles únicamente su espera y comprensión en caso de que se esté realizando algún estudio, procedimiento o curación.
- 10. **Los padres (o persona legalmente responsable del niño) están en su derecho de aceptar o rechazar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico.** No obstante, en caso de rechazarlo, deberán firmar un documento que se anexará al expediente del paciente donde eximan a los Médicos de toda responsabilidad por las consecuencias derivadas de esa decisión. Y cuando por causa de ese rechazo los Médicos pierdan el control de la enfermedad y no exista otra alternativa que mejore el pronóstico para la vida y función del paciente, podrá ser egresado de la UCIP para pasar a un Servicio de Hospitalización, o podrá ser dado de “alta voluntaria” si los padres así lo deciden.

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 36 de 37

XI. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO DE EGRESO

XI.1 Criterios de egreso de UCIP

Los pacientes en UCIP serán evaluados y considerados para su egreso basados en el control y alivio de la situación que originó su ingreso. El paciente debiera entonces encontrarse:

1. Estable hemodinámicamente
2. Estable respiratoriamente
3. Necesidades mínimas de O₂
4. Que no requiera de drogas vaso activas o soporte inotrópico en infusión continua.
5. Arritmias cardíacas controladas
6. Retiro del monitoreo de presión intracraneal
7. Estabilidad neurológica con control de convulsiones
8. Retiro de todos los catéteres de monitoreo hemodinámico
9. Pacientes con ventilación mecánica crónica y que estén estables y que solo tienen ventilación mecánica para sobrevivir, pueden pasar a otra sala donde le brinde cuidados similares a los de la UCIP.
10. Diálisis crónica
11. Pacientes con traqueostomía ya madura y que no requiera de cuidados intensivos
12. Cuando el equipo de salud y los padres determinen que no hay mayor beneficio al continuar los esfuerzos en UCIP o cuando no hay más que ofrecer al paciente.



Los pacientes de la UCIP podrán egresar por los siguientes motivos:

a): POR MEJORIA. No están todavía curados, pero ya han superado su estado crítico. Estos serán “trasladados” al servicio hospitalario donde tienen asignada su cama o cuna; o en el caso de derechohabientes de otras Instituciones como el ISSSTE o IMSS que por alguna razón hubieran ingresado a esta UCI, podrán trasladarse a aquellas instituciones al superar el estado crítico. De manera ocasional y sólo en casos muy especiales (por necesidades del hospital) podrán “egresar a su domicilio” directamente de la UCI.

b): POR DEFUNCIÓN. El cadáver será llevado al anfiteatro del Servicio de Anatomía Patológica en tanto es recogido por sus familiares o la agencia funeraria.

c): POR ALTA VOLUNTARIA cuando el o los familiares responsables lo soliciten, firmando previamente una hoja donde deslinda de responsabilidades al Hospital y a su personal.

d): POR TRATARSE DE PACIENTES DESAHUCIADOS: Su problema no se ha resuelto, pero su gravedad es tal y el pronóstico para la vida y la función es tan malo que humanamente ya no hay nada más que ofrecerle. El lugar que ocupa

	MANUAL DE INSTRUCCIONES DE TRABAJO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS		Rev. 00
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS		Hoja: 37 de 37

en la UCI puede ser demandado por otro paciente también en estado crítico y con un mejor pronóstico para la vida y función. Pasará a un servicio de hospitalización prácticamente a morir, o podrá ir a su domicilio a morir en la presencia y compañía de sus padres y demás familiares si están de acuerdo o si lo solicitan. El momento para decidir que un paciente está en esta situación será decidido por su Médico Tratante con el respaldo del Comité de Bioética.

e): POR ORDEN SUPERIOR: Alguna autoridad del Hospital podrá decidir el egreso de un paciente de la UCI cuando juzgue conveniente por motivos administrativos. El Jefe de Servicio será enterado de la decisión y se elaborará una nota en el expediente del paciente firmada por dicha autoridad.

1. La orden de egreso será dada por el Jefe del Servicio, el Médico Adscrito, o el Médico Subespecialista tratante del paciente, quienes al pasar visita lo decidirán con base en las condiciones del paciente. Durante las guardias el Médico Residente jefe de la misma podrá egresar pacientes de la UCI si lo juzga necesario y conveniente para el funcionamiento del Hospital, comunicándolo telefónicamente al Médico Adscrito encargado de atender la guardia de la UCI durante esa semana siempre que le sea posible.
2. Todo paciente que egrese de la UCI deberá salir con una “Nota de Traslado” al servicio a donde pasará, indicando fecha y hora. Las características y formato de esta nota deben ser consultadas en la siguiente sección de este manual.

XII.- CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL MANUAL

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio