



MINUTA DE REUNIÓN DEL CONSEJO TÉCNICO DE ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMACIÓN

REUNIÓN No: 04	FECHA: 05 de febrero de 2025
HORA DE INICIO: 10:00 hrs.	HORA DE TÉRMINO: 12:27 hrs.
LUGAR: SALA DE JUNTAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL	
Objetivo de la reunión: Analizar asuntos sustantivos del INC, para la toma de decisiones, generación de estrategias y líneas de acción.	

I. ORDEN DEL DÍA

ASUNTOS

1. Asuntos de la Dirección General
2. Optimización de entrega de colaciones
3. Seguimiento del mantenimiento del Piso III de Hospitalización
4. Proyectos vigentes en cartera de inversión
5. Equipos de respuesta rápida
6. Reporte de saldos de proyectos de investigación con financiamiento externo
7. Convocatoria de ingreso, promoción y permanencia de investigadores
8. Becas de alta especialidad de residencias médicas
9. Jornadas de Médicos Residentes
10. Contratación de Jefe de Residentes
11. Retención a cursos diseñados por el INC
12. Baja de equipo de resonancia magnética
13. Circular informativa de pago de tiempo extra
14. Hallazgo de auditoría externa

II. SEGUIMIENTO DE ACUERDOS

- Avances de las áreas.

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

I. Dr. Gaspar:

1. **Trató lo siguiente:**
 - Designó al C. P. Mendoza como Enlace para la gestión de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.
 - Recibió comunicado donde se revoca la solicitud de cancelación de convenio con ADACA para surtimiento de insumos para Hemodinámica.





III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- La Secretaría de Anticorrupción y Buen Gobierno solicitó tramitar cartas de confidencialidad del personal del INC.
- La Dra. Alexandra Arias solicita la contratación de dos adjuntos.

II. Mtra. Olvera:

1. Entregó reporte de proyección de insumos.
2. Informó:
 - La Mtra. María de la Luz Tovar ha dado seguimiento a la reducción de colaciones y se están entregando conforme a la distribución actualizada que fue aprobada por la Dirección General, Dirección Médica, de Enseñanza y Enfermería. Se avisó de manera paulatina al personal de Enfermería y a partir de hoy no hay colaciones en turno matutino ni vespertino, excepto en Cirugía, Hemodinámica y Terapia Intensiva Cardiovascular. Se prevé reducción general del 50%.
 - Situaciones normativas implicarán atraso en la formalización de diversos contratos y por ello se atrasan los trabajos del Piso III de Hospitalización.
 - Preguntó al C. P. Mendoza por la gestión de la ampliación de partida para el área de montacargas.

III. Mtra. Ríos:

1. Presentó información de 16 proyectos vigentes en cartera de inversión con los siguientes estatus:
 - 1) Sustitución de mobiliario y equipo 2022, culminó vigencia y se tramita cierre;
 - 2) Unidad de Atención Especializada para el Paciente Externo 2022, se gestionó ampliación de calendario;
 - 3) Sustitución de equipo para Lavandería 2023, se dio de baja;
 - 4) Sustitución de equipo de cocina 2023, se gestiona ampliación de calendario;
 - 5) Sistema de recirculación de aire de Consulta Externa 2023, se gestionó ampliación de calendario;
 - 6) Sustitución de equipo médico para hospitalización, se gestiona ampliación de calendario para compra de equipos pendientes;
 - 7) Equipo para la Escuela de Enfermería, se gestiona ampliación de calendario para compra de equipos pendientes;
 - 8) Sustitución de Unidad de Resonancia Magnética, en seguimiento con IMSS Bienestar;
 - 9) Sustitución de equipo de investigación 2023, se gestiona ampliación de calendario para compra de equipo pendiente;
 - 10) Sustitución de equipo de investigación 2024, se gestiona ampliación de calendario;
 - 11) Equipos de aire acondicionado con filtros HEPA 2024, se gestionó ampliación de calendario;
 - 12) Sustitución de equipo de apoyo para áreas médicas 2024, se gestiona ampliación de calendario;
 - 13) Equipo de protección civil, seguridad y RPBI 2024, se gestiona ampliación de calendario;
 - 14) Sistema de automatización de Farmacia 2024, se gestiona ampliación de calendario;
 - 15) Equipo médico para 2024, se gestiona ampliación de calendario y
 - 16) Sustitución de equipo médico 2025.

Enviará archivo con resumen y desglose de los proyectos para revisión.





III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La Mtra. Olvera mencionó que por los tiempos y vigencia de los proyectos es necesario definir cuales si podrán ejecutarse y cuáles no.

IV. Dres. Víctor Lara y César Salinas:

1. Presentaron avance del proyecto de implementación del Equipo de Respuesta Rápida en el INC. El Dr. Lara mencionó que el éxito de una reanimación cardiopulmonar es del 25%. Los pacientes con una complicación grave muestran datos objetivos y subjetivos de deterioro durante las primeras seis a 24 horas antes de presentar el evento.

Los equipos de respuesta rápida son unidades multidisciplinarias diseñadas para identificar y atender de manera inmediata a pacientes hospitalizados que presentan signos de deterioro clínico. Son equipos con experiencia, liderados por un especialista en cuidados críticos que con la valoración del paciente determinan si requiere transferirse a otra área para recibir cuidados avanzados o contener la señal de alerta y otorgar una vigilancia más estrecha.

Del total de pacientes hospitalizados, 3-9% presentan alguna señal de deterioro clínico por lo que es necesario tener protocolos y equipos para intervenir y evitar eventos adversos.

El INC es un centro de excelencia que atiende a pacientes con los más altos estándares de calidad y tener estos equipos forma parte de su compromiso ya que permiten detectar y actuar para evitar y reducir complicaciones además de favorecer la cultura de seguridad del paciente.

El Dr. Salinas mencionó que el equipo tiene en sus premisas: 1) Identificar pacientes en pisos de hospitalización con deterioro clínico/hemodinámico, 2) Prevenir paro cardiopulmonar o muerte inesperada, 3) Optimizar las áreas de atención especializada de pacientes en estado de gravedad y 4) Disminuir morbilidad intrahospitalaria.

Los equipos operan de lunes a viernes de las 15:00 a las 07:00 hrs, sábados, domingos y días festivos las 24 hrs en estos últimos con limitantes de personal en hospitalización.

En un formato específico se identificaron las variables a considerar para la intervención del equipo:

- Obstrucción de vía aérea
- Dificultad respiratoria
- Frecuencia respiratoria menor de 8 respiraciones por minuto
- Frecuencia respiratoria mayor de 25 respiraciones por minuto
- Saturación de O₂ menor de 90% a pesar de uso de oxígeno suplementario
- Frecuencia cardiaca menor de 40 latidos por minuto





III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- Frecuencia cardíaca mayor de 120 latidos por minuto o incremento súbito en FC
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg o TAM <65 mmHg
- Presión arterial sistólica mayor a 180 mmHg o TAM > 120 mmHg
- Volumen urinario menor de 0.5 ml/kg/horas por 4 horas en pacientes portadores de sonda Foley
- Ausencia de registro de volumen urinario al final de turno de enfermería en pacientes que no son portadores de sonda Foley
- Alteración del estado mental
- Crisis convulsivas o movimiento anormales
- Arritmias sostenidas de nueva aparición
- Arritmias sostenidas conocidas que causen inestabilidad hemodinámica
- Dolor precordial opresivo, continuo, sugestivo de isquemia miocárdica o síndrome aórtico agudo
- Dolor abdominal persistente sugestivo de patología que amerite intervención quirúrgica

El personal involucrado es: a) Médicos residentes de primer, segundo o tercer año que realicen guardias en piso de hospitalización, b) Personal de enfermería asignado a hospitalización, c) Jefatura enfermería asignado a la UTIC o UCC, d) Residente de alta especialidad de la UTIC y/o adscrito de guardia y e) Residente de alta especialidad de la UCC y/o adscrito de guardia.

El flujo de actuación considera: 1) Detección de paciente con deterioro clínico, 2) llamado a conmutador al 911 y notificando al R3 de guardia la activación del ERR quien evalúa y estabiliza al paciente, solicita estudios e inicia llenado de formato, si la condición del paciente es estable y no amerita activar el ERR se continúa la vigilancia estrecha en hospitalización, en caso contrario 3) activa la fase 2 del ERR con la que la Jefatura de Enfermería hace enlace a la UTIC y/o UCC, 4) el residente adscrito a la UTIC/UCC acude al llamado, 5) se evalúa en conjunto si el paciente amerita evaluación urgente complementaria por anestesiología/cirugía cardiorácica y 6) se optimiza tratamiento y se traslada a Cirugía/UCC/UTIC o se moviliza a cama central.

Las causas principales de activación del ERR han sido por hipotensión arterial, alteración del estado de alerta, dificultad respiratoria, taquicardia, oliguria, bradicardia, desaturación, dolor precordial, entre otras. De marzo 2024 a la fecha se han atendido 89 casos de los que se tuvieron los siguientes resultados: 77% de los casos requirió activación de la fase 2 y 50% traslado a otra unidad, en el 80% de los casos se utilizó equipo de ultrasonido como herramienta para la evaluación; en los desenlaces hubo 9 fallecimientos (11%), rechazo de los familiares para continuar medidas avanzadas (1%) y estabilización exitosa en el 88% de los casos.





III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Las ventajas del ERR es ser realizada por un equipo multidisciplinario, permite la transferencia oportuna a áreas de cuidados críticos para mayor calidad y seguridad en la atención del paciente, mejora desenlaces y disminuye condiciones irreversibles. Tiene como limitantes la capacitación, falta de recursos y dificultad en la activación de códigos y comunicación de la emergencia.

La implementación del ERR en el Instituto estabilizó a la mayoría de los pacientes reportados (88%) y el traslado a las unidades que ofrecen una mejor monitorización y manejo intrahospitalario de los pacientes previene eventos mayores como el paro cardiorrespiratorio o la muerte.

Los ERR son una estrategia esencial para mejorar la seguridad del paciente y los resultados clínicos. Sin embargo, su éxito depende de una implementación adecuada, capacitación continua y una cultura hospitalaria orientada a la detección precoz y la respuesta efectiva.

El Dr. Zabal mencionó que este proyecto forma parte de las estrategias del PT de la Dirección General y casi tiene un año de su implementación gracias a la coordinación del Dr. Francisco Baranda y los Dres. Lara y Salinas. Felicitó al equipo responsable de la implementación e hizo extensiva la felicitación para todos los participantes y señaló que el principal problema que se ha tenido es la comunicación, lo cual sería óptimo con el sistema de voceo.

La Mtra. Olvera felicitó al equipo y destacó que en menos de un año la implementación del ERR es un éxito.

El Dr. Sierra mencionó que el proyecto podría publicarse y sería muy valioso poder identificar la mejora de desenlaces, además consideró importante poder automatizar la acción del ERR con alertas directas de los equipos de monitoreo.

El Dr. Baranda señaló que los resultados del ERR han sido muy satisfactorios ya que al revisar resultados publicados en hospitales generales no hay impactos importantes, sin embargo, en hospitales de tercer nivel es muy diferente por lo que coincidió en publicar los resultados.

El Dr. Gaspar mencionó que será un reto demostrar el impacto que ha tenido el ERR ya que de momento no hay datos para comparar, además hay variables en las que se pueden identificar los factores que las ocasionan como el uso de algunos medicamentos. Preguntó por qué la capacitación es una necesidad y qué proponen para fortalecerla. Finalmente recomendó acercarse a la OASIS para facilitar la publicación del proyecto.





III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Los Dres. Lara y Salinas comentaron que es una labor continua debido a la rotación de residentes.

V. Dr. Vargas:

1. Informó:

- La Comisión de Vivienda de la Unidad Culhuacán asignó departamento al Dr. Israel Pérez Torres del Departamento de Medicina Cardiovascular.
- Entregó reporte de los saldos de proyectos de investigación con financiamiento externo con los datos de: clave y nombre del proyecto, investigador principal, adscripción, saldo inicial del proyecto, saldo inicial en enero 2024 y saldo al cierre del año.
- Ayer envió a la DGPIS información de los investigadores participantes en la convocatoria de ingreso, promoción y permanencia. De las 22 solicitudes recibidas, 20 fueron susceptibles de participar. Quedaron fuera dos médicos, hubo dos ingresos (Dres. Carlos Sierra Fernández y Salvador López Gil) y dos promociones.
- Emitirá convocatoria para concurso de plaza de ICM "D".
- Lo citaron el 10 de febrero en la junta de honor de la DGPIS por investigador hostigado.

VI. Dr. Sierra:

1. Informó:

- Recibió completas las 60 becas de alta especialidad.
- Se realizaron las XIII de Residentes de la CCINSHAE de manera exitosa y con la participación activa de la Dra. Marta Zapata Tarrés.
- El 17 de febrero inicia la incorporación de residentes de nuevo ingreso al INC. Se adoptan estrategias con los jefes de servicio para la transición.
- Recordó que la ceremonia de residentes será el 28 de febrero.
- Ayer fue la Jornada de Reclutamiento del IMSS; se integraron 20 residentes.
- La sesión general del 12 de febrero está a cargo de la Unidad Coronaria.
- El próximo fin de semana será el evento de cierre de generación de residentes en Querétaro.





III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- La Universidad La Salle asignó un pasante de servicio social “adicional” para Cardiología Nuclear, lo cual rebasa el número de pasantes permitido en el área; se informará que no es posible recibirlo.

VII. Dr. Zabal:

1. Informó:
 - El Dr. Víctor Leal, concluye su cargo como Jefe de Residentes; en julio se irá a preparar a Canadá en insuficiencia cardiaca enfocada a dispositivos de asistencia ventricular de última generación, por lo que se tiene interés en su incorporación laboral al INC. Propuso, de momento, integrarlo como suplencia los meses previos a su partida (marzo-junio).
 - Propuso exentar de retención al Diplomado de Ecocardiografía Crítica ya que la UNAM le retiene el 50% por el reconocimiento universitario y no tiene patrocinio externo.

VIII. L. C. Acevedo:

1. Entregó reporte de abasto de insumos.
2. Informó:
 - Solicitó autorización del presupuesto para adecuar la sala de meditación de la Unidad Coronaria.
 - Solicitará a la Ing. Yaquelin Damián gestionar la baja del equipo de resonancia magnética que fue retirado.
 - Propuso reactivar el estímulo del empleado del mes para personal de confianza haciendo equivalencia de niveles con lo establecido en el tabulador de sueldos y salarios de la Secretaría de Salud. Se consensa no otorgarlo dado que no hay autorización específica en la normatividad vigente.
 - Se publicará circular informativa del tiempo extra.

IX. C. P. Mendoza:

1. Informó:
 - El hallazgo determinado por los auditores externos se dividirá en dos por indicación de la Secretaría de Anticorrupción y Buen Gobierno, uno se asocia al sistema de Farmacia y el otro a medicamentos caducos; lo turnará a firma del Dr. Zabal.

NÚMERO	ACUERDOS DEL 05-II-2025	RESPONSABLE	FECHA
I	Se toma conocimiento de departamento asignado al Dr. Israel Pérez Torres por la		



NÚMERO	ACUERDOS DEL 05-II-2025	RESPONSABLE	FECHA
	Comisión de Vivienda de la Unidad Culhuacán.	CTAP	05-02-2025
II	Se consensa retención del 20% a fondos específicos de los cursos diseñados y desarrollados por la Dirección Médica del INC de los que 10% serán destinados a la Dirección de Enseñanza y 10% al fondo de Administración.	CTAP	05-02-2025
III	Se consensa no se otorgará estímulo de empleado del mes al personal de confianza en tanto no se tenga autorización expresa de la normatividad vigente.	CTAP	05-02-2025

ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA Y RÚBRICA
Dr. Jorge Gaspar Hernández	Director General	
Dr. Carlos Zabal Cerdeira	Director Médico	
Dr. Carlos R. Sierra Fernández	Director de Enseñanza	
Dr. Gilberto Vargas Alarcón	Director de Investigación	
Mtra. Sandra S. Olvera Arreola	Directora de Enfermería	



ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA Y RÚBRICA
L. C. Armando Acevedo Valadez	Director de Administración	
Mtra. Lucía Ríos Núñez	Subdirectora de Planeación	
C. P. Jair Mendoza García	Subdirector de Finanzas	

