

Compendio de Políticas Institucionales de Calidad

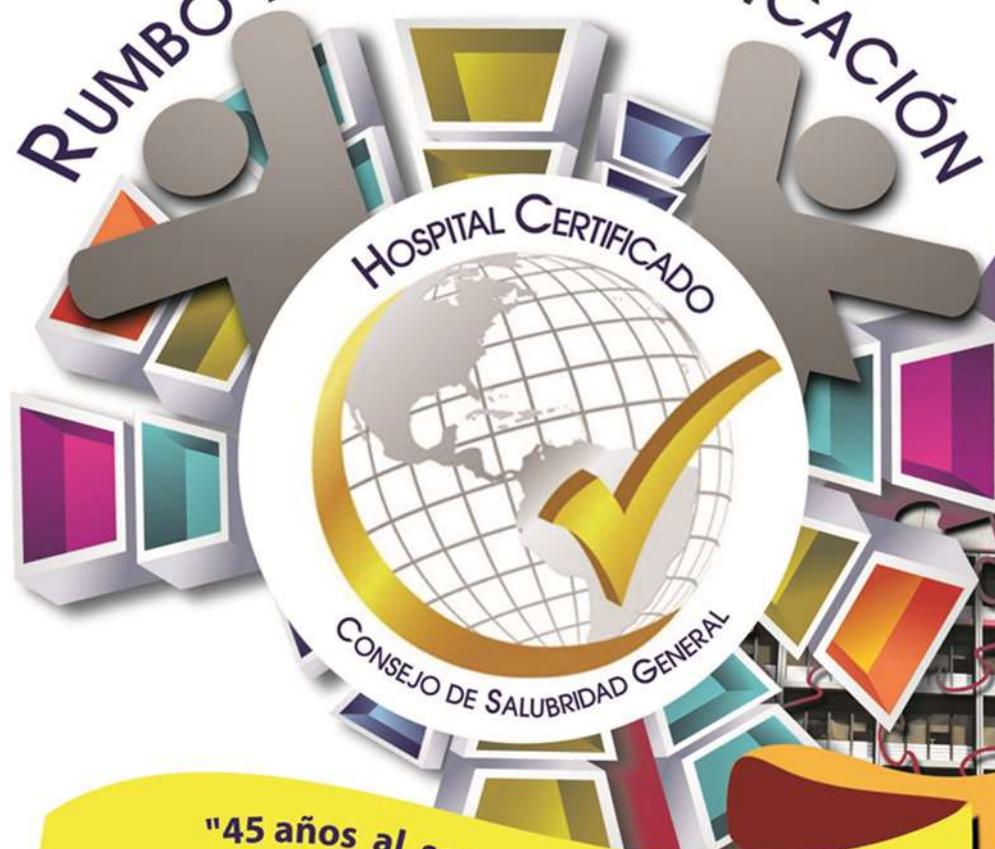


2015

Calidad

Seguridad

RUMBO A LA RECERTIFICACIÓN



**"45 años al servicio y bienestar de
la Infancia, Adolescencia y la Familia"**

INSTITUTO NACIONAL
DE PEDIATRÍA

POLÍTICA DE CALIDAD

Comprometidos en implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos que lleven a la obtención del cumplimiento de los objetivos en las áreas, de investigación, enseñanza y asistencia, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes con patología de alta complejidad, que permita obtener modelos interdisciplinarios, que proyecten a la institución a nivel nacional e internacional.



Instituto Nacional de Pediatría
Insurgentes Sur No. 3700-C
Col. Insurgentes Cuicuilco
Delegación Coyoacán
C.P. 04530 México D.F.
Conmutador: 10 84 09 00
www.pediatria.gob.mx
Correo electrónico institucional:
inped@pediatria.gob.mx

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

MISIÓN Y VISIÓN INSTITUCIONAL

MISIÓN

La Misión del Instituto Nacional de Pediatría es el desarrollo de modelos de atención a la infancia y adolescencia por medio de la investigación científica básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con calidad y seguridad, constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

VISIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría debe impactar en los indicadores básicos de salud de la infancia y la adolescencia, al disminuir la carga de la enfermedad y propiciar su financiamiento integral así como una atención que incluya a la familia en los ámbitos que toca la enfermedad del niño.

VALORES DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL



CÓDIGO DE CONDUCTA INSTITUCIONAL

1. **RESPECTO:** Me dirigiré con respeto y cortesía hacia mis compañeras y compañeros, a las y los pacientes y a sus familiares, sin importar sus creencias religiosas, políticas, clase social, sexo, género o preferencia sexual, bajo principios de igualdad y equidad. Por lo que, en consecuencia, asumiré el compromiso de combatir cualquier manifestación que violenta el clima laboral, o vulnere la integridad de las personas.
2. **EQUIDAD DE GÉNERO:** Adoptaré una cultura de género que elimine los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos entre las trabajadoras y los trabajadores del Instituto, logrando el reconocimiento a las diferencias de género, sin que éstas impliquen una razón para discriminar.
3. **INTEGRIDAD:** Asumiré con rectitud y congruencia mi compromiso como servidor público, procurando la integridad de las y los trabajadores para el bienestar de la Institución.
4. **BIEN COMÚN:** Promoveré las condiciones que favorezcan el desarrollo individual y colectivo de las personas que se relacionan con el Instituto a través del desempeño cabal de mis funciones.
5. **IMPARCIALIDAD:** Me conduciré sin conceder preferencia o privilegios a organización o persona alguna, y no utilizaré en forma indebida mi cargo público.
6. **GENEROSIDAD:** Adoptaré y promoveré el trato digno, justo y equitativo entre hombres y mujeres, basado en la perspectiva de género, con la finalidad de eliminar toda acción discriminatoria y hacer posible la igualdad de derechos y oportunidades.
7. **HONRADEZ:** Haré uso responsable de la documentación e información institucional, física o electrónica a mi disposición, procurando la preservación y confidencialidad de los datos personales y de los bienes de la Institución.
8. **TRANSPARENCIA:** Facilitaré el acceso público a la información gubernamental, de manera responsable y sin discrecionalidades, con apertura a las evaluaciones que la propia sociedad requiera.
9. **RENDICIÓN DE CUENTAS:** Utilizaré con eficacia los recursos, materiales y equipos a mi cargo, bajo criterios de optimización y del entorno cultural y ecológico, asumiendo el compromiso de responder por ello.
10. **CALIDAD EN EL SERVICIO:** Procuraré que mi área de trabajo obedezca a los principios de clasificación, organización, limpieza y trato digno garantizando la calidad de la atención y la seguridad de las y los trabajadores y usuarios.

DIRECTORES

Dr. Alejandro Serrano Sierra

Director General

Dr. José Nicolás Reynés Manzur

Director Médico

Dra. María Dolores Correa Beltrán

Directora de Investigación

Dra. Rosaura Rosas Vargas

Directora de Enseñanza

Lic. Eduardo Muñoz Moguel

Director de Administración

Lic. Agustín Arvízu Álvarez

Director de Planeación

SUBDIRECTORES

Dr. Armando Garduño Espinosa

Subdirector de Medicina

Dr. Jorge Maza Vallejo

Subdirector de Cirugía

Dra. Amalia Bravo Lindoro

Subdirectora de SADyTRA

Dra. Ma. de la Luz Iracheta Gerez

Subdirectora de Consulta Externa

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre

Subdirectora de Medicina Crítica

Dr. Roberto Rivera Luna

Subdirector de Hemato-Oncología

Mtra. Margarita Hernández Zavala

Subdirectora de Enfermería

Dr. José Luis Arredondo García

Subdirector de Investigación Médica

M. en C. Heriberto Caballero Ortega

Subdirector de Medicina Experimental

Lic. Cecilia Solís Galicia

Subdirectora de Información y Educación Científica

Dra. Mirella Vázquez Rivera

Subdirectora de Programación y Evaluación Educativa

Lic. Fernando Rodríguez Ortiz

Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal

C. Leandro Hernández Orta

Subdirector de Finanzas

Mtra. Rebeca Ascencio Cedillo

Subdirector de Recursos Materiales

Ing. Arq. Ricardo Castro Díaz

Subdirector de Servicios Generales

Lic. Roberto Ruiz Arciniega

Subdirector de Asuntos Jurídicos

ELABORARON

Políticas sobre Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Mtra. Margarita Hernández Zavala
Subdirectora de Enfermería

Lic. en Enfermería Cecilia Luengas Salazar.
Jefe del Área de Gestión del Cuidado y Calidad

Mtra. Flora Castellanos Sanjuan
Coordinadora de Servicio Social de Enfermería y de Maestría

Dra. Hilda G. Hernández Orozco
Rep. Presidente del Comité de Infecciones

Políticas sobre la valoración inicial en el Servicio de Urgencias (Triage)

Dr. Mario Acosta Bastidas
Jefe del Departamento de Urgencias

Reducción de barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios

T.S. Alejandra Soto Ramos
Supervisora de Trabajo Social

Dr. José Luis Salazar Bailón
Médico Adscrito a Banco de Sangre

Políticas sobre los criterios de ingreso y egreso hacia o desde unidades que prestan servicios de cuidados intensivos o especializados

Dra. Patricia Zárate Castañón
Jefa del Departamento de Terapia Intensiva

Políticas sobre la atención médica al paciente, coordinada y continua

Dr. Óscar Vázquez Tsuji
Jefe del Servicio de Parasitología

Políticas sobre derechos de los pacientes y sus familias

Dr. Silvestre García de la Puente
Secretario del Comité de Investigación.

Lic. en Enfermería Cecilia Luengas Salazar.
Jefa del Área de Gestión del Cuidado y Calidad.

Dra. Matilde Ruíz García
Jefa del Servicio de Neurocirugía.

C. María de Lourdes Paz Páramo
Encargada del Área de Relaciones Hospitalarias

Dr. César Scorza Islas
Adscrito al área de Calidad de la Atención Médica

Políticas para la evaluación inicial de pacientes

Dra. María de la Luz Iracheta Gerez
Subdirectora de Consulta Externa

Mtra. Margarita Hernández Zavala
Subdirectora de Enfermería

Dr. Mario Acosta Bastidas
Jefe del Departamento de Urgencias

Lic. en Enfermería Cecilia Luengas Salazar.
Jefa del Área de Gestión del Cuidado y Calidad

Lic. Socorro Nigó González
Jefa del Departamento de Trabajo Social

T.S. Alejandra Soto Ramos
Supervisora de Trabajo Social

Políticas para la reanimación en pacientes neonatales

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre
Subdirectora de Medicina Crítica

Dr. Carlos López Candiani
Jefe del Departamento de Neonatología

Dra. Patricia Zárate Castañón

Jefa del Departamento de Terapia Intensiva

Dr. Mario Acosta Bastidas

Jefe del Departamento de Urgencias

Dra. Violeta Larisa Castañuelas Sánchez

Coordinadora de la Unidad de Terapia Intensiva Cardiovascular

Lic. María de Lourdes Rosas Parra

Supervisora de Enfermería del 2do piso

MGS. María Gloria García Mendoza

Adscrita a la Unidad de Soporte Nutricio.

Políticas para la reanimación en pacientes pediátricos

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre

Subdirectora de Medicina Crítica

Dr. Carlos López Candiani

Jefe del Departamento de Neonatología

Dra. Patricia Zárate Castañón

Jefa del Departamento de Terapia Intensiva

Dr. Mario Acosta Bastidas

Jefe del Departamento de Urgencias

Dra. Violeta Larisa Castañuelas Sánchez

Coordinadora de la Unidad de Terapia Intensiva Cardiovascular

Lic. María de Lourdes Rosas Parra

Supervisora de Enfermería del 2do piso

MGS. María Gloria García Mendoza

Adscrita a la Unidad de Soporte Nutricio

Política para el uso de sangre y hemocomponentes

M en C. Guillermo Escamilla Guerrero
Jefe de Laboratorio de Banco de Sangre

Dra. Margarita Leticia Medina Macías
Médico Adscrito a Banco de Sangre

Dr. José Luis Salazar Bailón
Médico Adscrito a Banco de Sangre

Políticas que guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos dentro del INP

Dra. Hilda G. Hernández Orozco
Rep. Presidente del Comité de Infecciones

Dra. María de la Luz Iracheta Gerez
Subdirectora de Consulta Externa

Dra. Wendy Domínguez Viveros
Jefa del Servicio de Epidemiología

Políticas que guían la atención de los pacientes en hemodiálisis

Dra. Aurora Bojórquez Ochoa
Jefa del Departamento de Nefrología.

Políticas que guían la atención de los pacientes en quienes se realiza diálisis peritoneal

Dra. Aurora Bojórquez Ochoa
Jefa del Departamento de Nefrología.

Políticas para la sujeción de pacientes

Mtra. Cecilia Luengas Salazar
Jefa del Área de Gestión del Cuidado y Calidad.

Políticas que guían la atención de los pacientes vulnerables y con discapacidad en el INP

Dr. Alejandro Medina Salas
Jefe del Servicio de Rehabilitación Pediátrica

Políticas que guían el manejo del dolor

Dr. Héctor Macías Avilés
Médico Adscrito del Servicio de Neonatología

Lic. en Enfermería Cecilia Luengas Salazar.
Jefe del Área de Gestión del Cuidado y Calidad

Psic. Claudia Olivares Díaz
Unidad de Medicina Paliativa

Políticas que guían la atención de los pacientes con obesidad

Dr. Arturo Perea Martínez
Clínica de Obesidad y Clínica para Adolescentes

Educación del paciente y de su familia

Mtra. Margarita Hernández Zavala
Subdirectora de Enfermería

Lic. en Enfermería Cecilia Luengas Salazar.
Jefa del Área de Gestión del Cuidado y Calidad

Dra. Wendy Domínguez Viveros
Jefa del Servicio de Epidemiología

AGRADECIMIENTOS

Departamento de Diseño y Calidad

Contenido

MISP-METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	1
Meta 1: Identificación correcta de los pacientes	3
Meta 2. Comunicación efectiva	6
Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	7
Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto	8
Meta 5. Reducir el riesgo de infección asociada a la atención médica.....	10
Meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas	11
Anexos Formatos MISP.....	13
ACC- ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....	21
Políticas para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios	25
Políticas sobre Valoración Inicial en el Servicio de Urgencias (Triage)	29
Reducción de barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios	31
Política sobre los criterios de ingreso y egreso hacia o desde Unidades de Cuidados Intensivos	33
Políticas sobre atención médica al paciente, coordinada y continua	36
Políticas para la referencia o el alta apropiada para los pacientes	40
Políticas sobre el traslado de pacientes a otros establecimientos, a fin de cubrir sus necesidades y garantizar la continuidad de la atención	44
Listado de opciones para referir a los pacientes que no pueden ser atendidos en el INP	46
Anexos Formatos ACC	47
PFR- DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.....	121
Carta de los Derechos de los Pacientes	125
Políticas sobre pertenencias personales de los pacientes.....	126
Políticas sobre Pacientes que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos.....	128
Identificación de Grupos de pacientes vulnerables	129
Comité Hospitalario de Bioética	130
Política sobre voluntad anticipada / directrices anticipadas	131
Políticas sobre Consentimiento Informado.....	132
Políticas sobre Investigación	136
Políticas sobre Donación de órganos.....	141
Anexos Formatos PFR	147
AOP- EVALUACIÓN DE PACIENTES.....	185
Políticas para la Evaluación Inicial de Pacientes	189
Exploración Física	190
Evaluación de Enfermería	191
Evaluación Social	192
Evaluación Económica	193
Evaluación Cultural.....	193
Evaluación Psicológica	194
Evaluación Nutricional Inicial.....	194
Evaluación de Tamizaje Funcional.....	196
Criterios para identificar a pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales	196

Criterios para identificar a pacientes que requieren la planeación temprana del alta	197
Evaluación del Dolor	198
Evaluación del Riesgo de Caídas	198
Identificación de necesidades de educación	199
Identificación de barreras para el aprendizaje	199
Identificación de la disposición para aprender	200
Anexos Formatos AOP	203
COP- ATENCIÓN DE PACIENTES	253
Política que estandariza las órdenes/indicaciones para la atención del paciente	257
Listado de pacientes y Servicios de alto riesgo	260
Políticas para la atención de pacientes en situación de urgencia	261
Políticas para la reanimación en pacientes neonatales	264
Políticas para la reanimación en pacientes pediátricos	268
Política para el Uso de Sangre y Hemocomponentes	277
Política para la atención de pacientes comatosos y en soporte vital	282
Políticas que guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos dentro del INP	289
Políticas que guían la atención de los pacientes en hemodiálisis	304
Políticas que guían la atención de los pacientes en quienes se realiza diálisis peritoneal	313
Políticas para la sujeción de pacientes	321
Políticas que guían la atención de los pacientes vulnerables y con discapacidad en el INP	327
Políticas que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia	332
Políticas que guían el manejo del dolor	337
Políticas que guían la atención a víctimas de violencia familiar	344
Políticas que guían la atención de los pacientes con obesidad	348
Anexos Formatos COP	352
ASC- ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA	429
Políticas para la atención de pacientes que se someten a sedación moderada y profunda	433
Anexos Formatos ASC	446
PFE- EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA.....	457
Temas de Salud Pública impartidos por el Servicio de Epidemiología	462
Temas de acuerdo al proceso de atención	463
Educación al paciente y su familia acorde a sus necesidades de educación, barreras de aprendizaje y disposición para aprender	468
Registro de la educación brindada	469
Anexos Formatos PFE	470
MCI- MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	473
Grupos comunitarios y población de interés del INP	477
Política sobre clasificación y seguridad de la información	479
Requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos	484
Lineamientos para la integración y funcionamiento del Comité del Expediente Clínico	487
Anexos Formatos MCI	495

MISP

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

MISP

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El propósito es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente, las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos, reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de la atención médica segura y del alta calidad, los objetivos se centran en soluciones que abarcan todo el sistema.

Meta I: Identificación correcta de los pacientes

Objetivo de la MISP.1 Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores en el paciente equivocado.

Propósito de la MISP.1

1. Identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento.
2. Hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Políticas de operación de identificación del paciente

- En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) los dos identificadores son el nombre completo y el número de registro; para el caso específico de las áreas de Observación Urgencias y Consulta Externa dado que el paciente puede no tener aún número de registro los datos serán nombre completo y folio.
- La identificación del paciente obligadamente deberá realizarse antes de administrar medicamentos, sangre o hemocomponentes, obtención de muestras para análisis clínicos, dotación de dietas y al proporcionar cualquier otro estudio, tratamiento o procedimiento invasivo.
- Los medios de identificación son: pulseras, gafetes, acrílicos o mediante entrevista con el paciente y/o familiar.

- Todo paciente que reciba tratamiento de forma ambulatoria portará gafete de identificación, el cual deberá ser colocado por el personal de Enfermería al llegar al Servicio citado.
- Todo paciente que se ingrese a través de Urgencias y que por su estado no se puedan obtener sus datos, por cada apellido desconocido se indicará una X más el género, por ejemplo si es un niño del que se desconocen todos sus datos se indicará "XX Niño (a)". En caso de que el paciente otorgue sólo su nombre o apelativo, se indicará esta información, ejemplo: "XX Pepe". El número de registro se asigna automáticamente por sistema. Con lo anterior se podrá disponer de los dos datos para la identificación inequívoca del paciente desconocido.
- En caso del paciente con ambigüedad de genitales se identificarán los apellidos más "Bebé" Ejemplo: "García Sánchez Bebé"
- El paciente hospitalizado deberá de portar en todo momento la pulsera de identificación con letra legible.
- Todo paciente que ingrese a quirófano por hospitalización o de forma ambulatoria deberá portar adecuadamente y en todo momento la pulsera de identificación.
- Será responsabilidad de la Enfermera Jefe y/o encargada del Servicio de verificar que el paciente porte adecuadamente y en todo momento la pulsera de identificación.
- Los pacientes del Servicio de Neonatología portarán dos pulseras de identificación (norma de operación del Seguro Popular sobre el manejo del paciente neonato).
- Todo paciente hospitalizado deberá contar con una tarjeta de identificación en la cabecera de su incubadora, cuna, camilla o cama, la cual contará con los requisitos establecidos (nombre completo del paciente, registro, fecha de nacimiento, diagnóstico y fecha de ingreso). En la 2° sección nombre del paciente, en la 3° sección mencionará si el paciente presenta algún tipo de alergia, 4° el tipo de dieta del paciente o bien el ayuno correspondiente y la 5° sección estará ocupada por la valoración del riesgo de caídas.
- Es responsabilidad de la Enfermera que cada sección del acrílico tenga la información requerida.

ACRILICO: el acrílico contiene una sección superior en la cual portará la identificación del paciente y cuatro secciones inferiores.

 <p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</p>	
Nombre _____ Fecha de Nac. _____ Sexo _____ Registro _____ Fecha de Ingreso _____ Diagnóstico _____ Fecha de operación _____ Servicio Responsable _____ <small>Forma A-08-66</small>	
DULCE MARIA	
	HUEVO
AYUNO	
ALTO RIESGO	

1er sección: tarjeta de identificación del paciente

2° sección: nombre del paciente

3° sección: tipo de alergia del paciente

4° sección: tipo de dieta o ayuno

5° sección: Color de peca correspondiente al riesgo (semáforo de caídas)

Los acrílicos están colocados en la cabecera de las camas, cunas o incubadoras de las áreas de hospitalización y áreas especiales.

Meta 2. Comunicación efectiva

Objetivo de la MISP.2 Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Propósito de la MISP.2

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

Políticas de operación

- No se permiten indicaciones verbales por parte de los Médicos. Las indicaciones de medicamentos, soluciones, transfusiones de hemocomponentes o alguna otra indicación serán de forma escrita en la hoja de indicaciones médicas, a excepción de los casos de urgencias (paciente en paro cardio-respiratorio, estado de choque y crisis convulsivas), las cuales serán transcritas posteriormente a la hoja de indicaciones.
- La comunicación que se realiza en algún evento de urgencias deberá ser con el siguiente proceso: escuchar, repetir, confirmar y documentar; si la urgencia es en Consulta Externa el registro es en bitácora y si es en hospitalización en la nota médica del expediente.
- En medicamentos oncológicos cuando se recibe una indicación tendrá que ser validada por el Médico que la indicó 24 horas después y será registrado en una bitácora el nombre del Médico que lo indicó y el nombre del receptor.
- Para la comunicación de resultados de laboratorio de urgencia, se aceptará que se informen vía telefónica por parte del personal de SADyTRA al Médico Residente y deberá quedar registrado en una bitácora por parte del Laboratorio. Asimismo, para realizar este proceso en forma segura se seguirá el proceso: escuchar-escribir-leer-confirmar y quedará asentado en el Expediente Clínico. En el caso de Consulta Externa, quedará asentado en una bitácora y posteriormente en el Expediente Clínico.
 - Escuchar: la persona que recibe la información vía telefónica presta atención al mensaje dictado por el emisor.
 - Escribir: la persona que recibe la información vía telefónica registra en el expediente clínico o en la “Bitácora de MISP 2” el resultado escuchado.
 - Leer: la persona que recibe el mensaje lee lo escrito en el expediente clínico o la “ Bitácora de MISP 2”.
 - Confirmar: el emisor original del mensaje corrobora que la información leída por el receptor es correcta.

Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Objetivo de la MISP.3 Prevenir errores de medicación con los medicamentos de alto riesgo

Propósito de la MISP.3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente.

Se debe identificar el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

Políticas de manejo de medicamentos de alto riesgo

En el INP los medicamentos de alto riesgo son:

- Electrolitos concentrados.
- Anticoagulantes.
- Insulinas.
- Glucosa al 50%.
- Radiofármacos.
- Quimioterapia.

Para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo se implementan las siguientes precauciones:

- El personal de Enfermería deberá resguardar y poner fuera del alcance de los pacientes, familiares y personas ajenas al servicio los medicamentos del alto riesgo.
- El personal de Enfermería deberá de aplicar las medidas de seguridad para la administración de medicamentos de alto riesgo, de acuerdo a lo siguiente:
 - Para la preparación y ministración se realizará la doble verificación durante la preparación y antes de la ministración. La doble verificación consiste en que otra Enfermera y/o Médico (distinto a quien prepara y administra el medicamento) confirme: nombre completo del paciente y número de registro o folio, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta, caducidad y velocidad de infusión correcta.

- La realización de la doble verificación se registrará en el membrete del medicamento administrado.
- En caso de medicamentos oncológicos la doble verificación en administración será realizada por Médicos.
- Los medicamentos de alto riesgo que se utilizan en los Servicios deberán permanecer bien etiquetados.
- El etiquetado de los electrolitos se respetará conforme a la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios.

ELECTROLITO	COLOR
Sulfato de magnesio 1 g / 10 ml	Verde
Bicarbonato de sodio 7.5%	Azul
Gluconato de calcio	Amarillo
Cloruro de sodio 1.77 g/ 10ml (Hipertónico)	Blanco
Cloruro de potasio 1.49 gr / 10ml	Rojo
Fosfato de potasio 20meq/ 10ml	Naranja

Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

Objetivo de la MISP. 4 Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

Propósito Implementar el Protocolo Universal para asegurar cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Los procesos esenciales encontrados en el Protocolo Universal son:

- El marcaje del sitio quirúrgico.
- Un proceso de verificación preoperatorio.
- Tiempo fuera o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

El marcado del sitio quirúrgico

- Se debe realizar en los procedimientos que involucren lateralidad o la distinción entre derecho e izquierdo, entre estructuras múltiples (dedos) o niveles múltiples (niveles espinales).
- Debe de marcar el sitio quirúrgico de tal forma que la marca sea visible aún después de la antisepsia.

- No se realizará marcaje quirúrgico sobre los orificios naturales (ano, boca), en mucosas, en fracturas expuestas ni en pacientes con problemas dermatológicos.
- El marcaje de sitio quirúrgico además deberá documentarse en la hoja de autorización de marcaje quirúrgico.
- Deberá realizarse marcaje en los orificios ubicados en la línea media cuya finalidad es el abordaje de órganos que se encuentran a derecha o izquierda.
- Se deberá usar una marca con tinta indeleble y la marca será una flecha que indique el sitio: 
- Deberá confirmarse el sitio quirúrgico con la documentación e imágenes confiables, independientemente de la especialidad que realice el procedimiento quirúrgico.
- El marcaje deberá ser llevado a cabo por el cirujano principal o residente de mayor jerarquía que participe en el procedimiento.
- El marcaje quirúrgico deberá realizarse con el paciente despierto siempre que sea posible y en presencia del padre o tutor del niño.
- El marcaje quirúrgico deberá ser realizado en el área hospitalaria o antes de ingresar a quirófano (en su cama, cuna o camilla) y cuando el paciente es ambulatorio antes del traslado del paciente a quirófano.
- Se deberá verificar el marcaje quirúrgico en la entrega del paciente en las diferentes áreas.

El proceso de verificación preoperatorio se enfocará en:

- Verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos.
- Asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, que estén debidamente etiquetados y exhibidos.
- Verificar la presencia de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.

El tiempo fuera o “Time Out” es la confirmación del paciente, procedimiento y sitio correcto de la cirugía en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier pregunta no respondida o confusión. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento e implica la participación de todo el equipo quirúrgico.

La realización del tiempo fuera o “Time Out” se efectuará también en los siguientes procedimientos realizados fuera de Quirófano:

- Endoscopías.
- Accesos vasculares dirigidos por radiología.

- Biopsia renal.
- Aplicación de sangre y hemocomponentes.
- Hemodiálisis.
- Radioterapia.
- Aspirado de Médula Ósea.

Meta 5. Reducir el riesgo de infección asociada a la atención médica

Objetivo de la MISP.5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de higiene de manos.

Propósito de MISP.5

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de los hospitales. El aumento de la tasa de dichas infecciones representan una preocupación importante, **para su control se establecen las siguientes políticas:**

- Utilización de la guía de la OMS para la técnica de higiene de manos, la cual será revisada y, en su caso, actualizada en la primera sesión ordinaria del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
- Uso alcohol gel en cada uno de los ambientes donde se encuentran hospitalizados los pacientes.
- El personal de salud deberá realizar la técnica correcta de higiene de manos, en los 5 momentos:
 - Antes de tocar al paciente.
 - Antes de realizar una tarea aséptica.
 - Después de la exposición a fluido corporal del paciente.
 - Después del contacto con el paciente.
 - Después del contacto con el entorno del paciente.
- El Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud asegurará la realización del control de calidad del agua mediante la monitorización de:
 - Cloro residual en el agua del Instituto(0.2 y 1 ppm), cada dos días, calendarizando los Servicios y registrando los resultados en una bitácora (con base a la NOM-045-SSA2-2005).
 - Búsqueda intencionada de *vibrio cholerae* 1 vez a la semana.
- En áreas de Trasplante de médula ósea y renal se tomarán cultivos del agua cada mes. (NOM-045- SSA2- 2005 y NOM-127- SSA1- 1994)

- El personal de limpieza realizará el abastecimiento adecuado de jabón y toallas de papel (sanitas) para la higiene de manos, en cada Servicio.
- Uso de clorexidina en áreas críticas para procedimientos invasivos. (por efecto residual) y por la clínica de catéteres.
- El Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud presentará anualmente su programación de la capacitación de higiene de manos para todo el personal de salud, donde se especificará el tiempo de capacitación, las áreas a las que va dirigida, los turnos y el personal.
- El Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud capacitará en higiene de manos al personal eventual y visitantes al INP como son: residentes, voluntarios y estudiantes; en el caso de familiares y pacientes la educación sobre higiene de manos se realizará con apoyo de tríptico: burbuja de la vida.
- La capacitación se realizará en aula y la realimentación será en la práctica diaria, además de apoyos didácticos como: cartel de 5 momentos del lavado de manos y técnica de higiene de manos en cada ambiente junto al lavabo.
- El estudio de sombra para la higiene de manos se realizará con formato de la OMS cada 3 meses.

Meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Objetivo de la MISP. 6 El establecimiento identifica y mitiga el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Propósito de la MISP.6

Valorar el riesgo de caídas a todos los pacientes desde su ingreso, revalorarlos a intervalos apropiados e implementar medidas de seguridad acordes al riesgo identificado.

Políticas para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caída.

- La Enfermera realizará valoración al ingreso del paciente o al inicio de cada turno y realizará revaloración si se modifica el estado de salud del paciente como: presencia de crisis convulsivas, post-operado etc.
- La Enfermera en el Servicio de Neonatología y áreas críticas considerará a todos los pacientes como de alto riesgo a caídas.
- La Enfermera utilizará la **Escala de calificación de riesgo de caídas en pacientes pediátricos.**

- La Enfermera llevará a cabo las medidas para la prevención de caídas acorde al riesgo valorado.

Escala de calificación de riesgo	Puntos	Color de peca	Intervenciones
Bajo	0-3	Verde	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a los padres, familiares y/ o paciente sobre medidas de seguridad para evitar accidentes.
Alto	Más de 3	Rojo	<ul style="list-style-type: none"> • No dejar al paciente solo, acompañarlo cuando vaya al sanitario o regadera. • Mantener siempre arriba los barandales de cama, cuna o camilla. • Utilizar sujetadores, sábanas en forma de columpio y/o aditamentos de seguridad del paciente. • Identificar factores de riesgo de caídas en cada paciente. • Vigilar mantenimiento adecuado en sillas de ruedas, tripies, barandales de cunas, camas y camillas, bancos de altura.

- Una vez al año, se realizará la evaluación de factores exógenos que pueden propiciar caídas en los pacientes.

Anexos Formatos MISP

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Lista de Verificación para la Seguridad en el Quirófano	M-2-0-26
2	Autorización para Marcaje del Sitio Quirúrgico	M-2-0-25
3	Cartel de Lavado Manos	
4	Estudio de Sombra para Lavado de Manos	
5	Valoración de Riesgo de Caída	M-7-0-37 a-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD EN EL QUIRÓFANO

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

ANTES DE QUE EL PACIENTE INGRESE A LA SALA QUIRÚRGICA	ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA	ANTES DE LA INCISION DE LA PIEL "Y TODO EL EQUIPO"	ANTES DEL CIERRE DE LA HERIDA Y ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE LA SALA QUIRÚRGICA
<p>1. ¿Está presente todo el equipo de salud? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>2. ¿Es el grupo médico el programado? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>3. ¿Es necesario apoyo de otros profesionales o técnicos? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p> <p>4. ¿Están los materiales y/o equipos especiales solicitados por el médico? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p> <p>5. ¿Máquina de anestesia funcionando? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>6. ¿Medicamentos anestésicos completos? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>7. ¿Equipo de monitoreo funcionando? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>8. ¿Indicadores de esterilización, de instrumental y materiales correctos? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>	<p>1. ¿Es el paciente y procedimiento quirúrgico programado? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>2. ¿Marque correcto del sitio quirúrgico? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No aplica</p> <p>3. ¿Consentimiento Informado? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>4. ¿Alergias conocidas? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p> <p>5. ¿Dificultad en la vía aérea? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No aplica Especificar requerimientos: _____</p> <p>6. ¿Acceso venoso? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>7. ¿Riesgo de pérdida de sangre? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar requerimientos: _____</p> <p>8. ¿Algún otro riesgo identificado? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p>	<p>1. ¿El equipo de salud confirma verbalmente el nombre del paciente, edad, sexo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>2. Se confirma verbalmente procedimiento correcto? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>3. ¿Se confirma verbalmente el sitio quirúrgico? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>4. ¿El cirujano menciona posibles eventos críticos o inesperados que puedan presentarse durante la intervención? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>5. ¿El anestesiólogo menciona algún riesgo específico respecto al paciente? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>6. ¿Administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No aplica</p> <p>7. ¿Están disponibles los estudios de imagenología? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No aplica</p>	<p>1. ¿El conteo de textiles, agujas e instrumental es correcto? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p> <p>2. ¿Hubo muestras biológicas? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p> <p>3. ¿Hubo algún evento crítico intraoperatorio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p> <p>4. ¿Existe alguna indicación especial, clave para la recuperación y cuidado del paciente? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>5. ¿Es de posición? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>6. ¿De componentes sanguíneos? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros: _____</p> <p>7. Se realizó, en presencia de todos, el desecho de los medicamentos sobrantes? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Especificar: _____</p>

COMENTARIOS:

Nombre Clave y Firma Cirurgano	Nombre Clave y Firma Anestesiólogo	Nombre Clave y Firma Instrumentista	Nombre Clave y Firma Circulante
---------------------------------------	---	--	--

Rev. 1

M-24-26



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

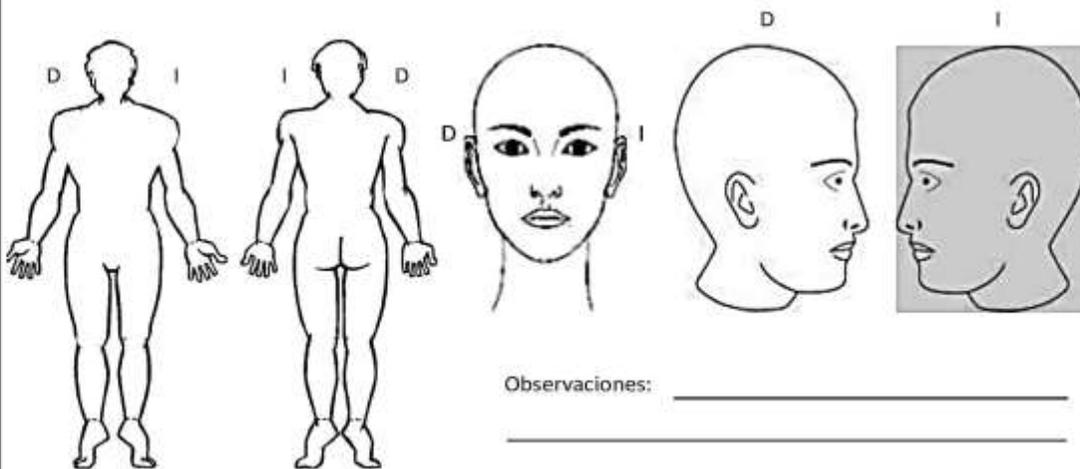
**AUTORIZACIÓN PARA EL MARCAJE
DEL SITIO QUIRÚRGICO**

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Yo _____ representante del paciente. Me identifico con: _____ y manifiesto que doy mi autorización para que el Dr. (a) _____ realice en mi representando, el marcaje del sitio para la realización de la cirugía: _____. Así mismo, que he sido informado en qué consiste el procedimiento de marcaje y que es conveniente para la mayor seguridad. Corroboro que coincide la marca de cuerpo con la del esquema: Aplica No aplica

Favor de marcar en la piel:
Incisión cutánea = negro
Despegamiento = azul
Área o zona operatoria = rojo



Observaciones: _____

	Nombres completos	Firmas
Paciente ó responsable:	_____	_____
Médico cirujano:	_____	_____
Testigo:	_____	_____
Testigo:	_____	_____

INP INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

- 1 **Electrólitos Concentrados**
- 2 **Citotóxicos**
- 3 **Insulina**
- 4 **Anticoagulantes**
- 5 **Radiactivos**

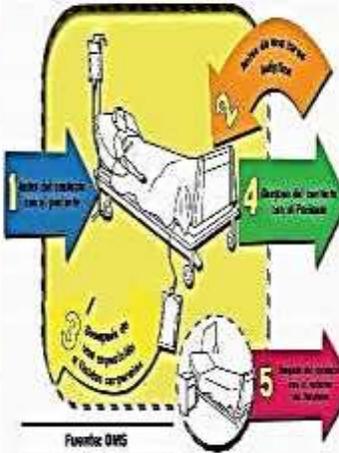
Fuente: Estándares para la Certificación de Hospitales 2012 (CSH)

ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS

Cloruro de Potasio amp. 10ml.	Rojos
Fosfato de potasio amp. 10ml.	Naranja
Bicarbonato de sodio 7.5% amp. 10ml.	Azul
Gluconato de calcio amp. 10ml.	Amarillo
Sulfato de magnesio 10ml.	Verde
Cloruro de sodio 17.7% amp. 10ml.	Blanco

Fuente: NOM-073-SSA 1-2012, Etiquetado de Medicamentos

5 MOMENTOS CLAVES PARA LA HIGIENE DE MANOS



LIMPIEZA DEL AREA DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS

Con un paño impregnado de alcohol al 70%, dejándolo actuar por 10 minutos, realizar la higiene: de lo limpio a lo sucio y de arriba hacia abajo.

- ¿Cuándo hacerlo?
- Al iniciar la preparación de medicamentos.
 - Si la superficie está visiblemente sucia.

Fuente: Comité de Infecciones Asociadas a la Salud

7 CORRECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- 1 **Paciente Correcto**
- 2 **Medicamento Correcto**
- 3 **Caducidad**
- 4 **Horario Correcto**
- 5 **Dosis Correcta**
- 6 **Vía de Administración Correcta**
- 7 **Velocidad de Infusión Correcta**

Fuente: Estándares para la Certificación de Hospitales 2012 (CSH)

Forma de observación Higiene de Manos

HM-IPC013

Institución:	Servicio:	No. Sesión
Fecha: (dd/mm/aaaa)	Hora inicio/fin: (hh:mm)	Duración (min):
Observador:		Periodo:

No.	Sujeto observado	Indicación	Acción	No.	Sujeto observado	Indicación	Acción
1	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	9	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	10	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	11	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	12	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
5	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	13	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
6	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	14	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
7	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	15	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes
8	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes	16	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Antes contacto con pte. <input type="checkbox"/> Antes de una tarea aséptica <input type="checkbox"/> Después del contacto c fluidos <input type="checkbox"/> Después del contacto c pte. <input type="checkbox"/> Después del contacto con entorno	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> guantes

Anotar en el espacio en blanco el tipo de sujeto observado si no aplica ninguno de los descritos (ejemplos: técnico de Rx, nutricionista, psicólogo, auxiliares, etc.)
 Abreviaturas: AG: alcohol gel; LM: lavado de manos; TR: terapeuta respiratorio. Los números representan dentro del cuadro gris corresponde al número de oportunidades observadas, esta hoja contiene espacio para observar 16 oportunidades, si usted necesita más debe de iniciar otra hoja.

Adaptado de forma de observación OMS, <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

1



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

“Valoración de riesgo de caída”

2. Servicio: _____ 3. Cama: _____

4. Diagnóstico: _____ 5. Edad: _____

Escala de valoración de riesgo de caída en el paciente pediátrico Dowrton modificada.

Variable	Indicador	Puntaje
6. Edad	Menor de 6 años	3
	Mayor de 6 años	1
7. Caídas previas	No	0
	Si	1
8. Medicamentos	Ninguno	0
	Diuréticos	1
	Sedantes	1
	Hipotensores	1
	Anticonvulsivantes	1
	Relajantes	1
	Hipoglucemiantes	1
	Quimioterapia	1
	Analgésia epidural	1
9. Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones visuales	1
	Debilidad muscular	1
10. Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitado	1
	Irritable	1
	Retraso psicomotor	1
11. Marcha y equilibrio	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	2
12. Estado clínico	Normal	0
	Desarticulación	2
	Dispositivos ortopédicos	2
	Dispositivos vasculares	1
	Ayuno prolongado	1
13. El cuidador conoce las medidas de prevención	Si	0
	No	1

14. Valoración de riesgo de caída		
Escala de calificación	Puntos	Color de riesgo
Bajo	0-3	Verde
Alto	Más de 3	Rojo

15. Medidas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

- Sensibilizar a los padres y familiares sobre medidas de seguridad para evitar accidentes.
- No dejar al paciente solo, acompañarlo cuando vaya al sanitario o a la regadera.
- Mantener siempre arriba barandales de cama, cuna o camilla.
- Utilizar sujetadores, sábanas en forma de columpio y/o aditamentos de seguridad del paciente.
- Identificar los factores de riesgo de caída en cada paciente.
- No dejar bultos ni juguetes voluminosos dentro de la cuna del paciente.
- Vigilar mantenimiento adecuado en sillas de ruedas, tripiés, barandales de cunas y camillas, y bancos de altura.

Rev. 0

M-7-0-37 a

16.Fecha									
17.Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
18.Puntuación									
19.Tipo de riesgo									
20 Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Rev. 0

M-7-0-37 b

ACC

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ACC

Acceso a la Atención y continuidad de la misma

Admisión

Continuidad

Alta, derivación y seguimiento

Transferencia de pacientes

Transporte

ACC1. Evaluación inicial de las necesidades del paciente.

ACC 1.1 Ingreso del paciente a unidades de internamiento / Políticas y procedimientos para pacientes en observación / Políticas y procedimientos cuando no hay camas en los servicios necesarios para el paciente.

ACC 1.1.1 Priorización en la atención de pacientes (traige), 90% pacientes en urgencias < 15 minutos, CERO rechazos a mujeres embarazadas / Estructura y equipo del servicio de urgencias.

ACC 1.1.2 Priorización de servicios preventivos, curativos o de rehabilitación de acuerdo a necesidades identificadas en el paciente.

ACC 1.4 Criterios de ingreso y egreso a unidades de cuidados intensivos y especializados.

ACC.2 Políticas y procedimientos para garantizar la continuidad y la coordinación durante todo el proceso de atención.

ACC 3. Planificación apropiada del alta del paciente.

ACC 3.1 Identificación de las necesidades de servicios de apoyo al alta.

ACC3.2 Instrucciones al alta.

ACC 4. Transferencia adecuada del paciente a otro establecimiento. / Listas de opciones para referir pacientes.

ACC 4.2 Necesidad de un resumen clínico durante la transferencia de pacientes.

ACC 4.4 Registros de la transferencia en el expediente clínico.

ACC 4. Transferencia adecuada del paciente a otro establecimiento.

ACC.4.1 Se cuenta con convenios son los establecimientos a donde se transfieren los pacientes y estos tienen la capacidad resolutoria necesaria para el paciente.

ACC 4.2 Necesidad de un resumen clínico durante la transferencia de pacientes.

ACC 4.4 Registros de la transferencia en el expediente clínico.

ACC 5. Necesidades de transporte / Transporte adecuado a las necesidades del paciente / Lista actualizada de servicios de ambulancia terrestre y aérea.

ACC 6. Cumplimiento de la normatividad aplicable a los servicios del transporte.

ACC. 6.1 Calidad y Seguridad de los Servicios de Transporte.

ACC 3.3 Instrucciones al alta.

ACC 4. Transferencia adecuada del paciente a otro establecimiento.

ACC 4.2 Necesidad de un resumen clínico durante la transferencia de pacientes.

ACC 4.4 Registros de la transferencia en el expediente clínico.

Información al Paciente

ACC 1 / ACC 1.2 Información al paciente sobre: 1. Atención propuesta, 2. Resultados esperados de la atención, 3. Costos esperados de la atención, 4. Demoras en la atención, diagnóstico o tratamiento.

ACC 1.3 Procedimientos para limitar barreras en la comunicación / Accesos seguros para pacientes con limitaciones / Comunicación efectiva entre médico-paciente con limitaciones.

ACC 2.1 Información al paciente sobre cambio y motivos de profesional responsable.

ACC3. Información al egreso del paciente.

Expediente Clínico

ACC 1.3 Resumen clínico

ACC3.2 Resumen de alta

ACC 4.4 Transferencia de pacientes

Competencias del Personal

ACC.2.1 Durante todas las fases de la atención hay una persona calificada identificada como responsable de la atención (médico calificado).

ACC.4.3 Personal calificado durante el traslado.

ACC

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Políticas para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios (Estándar ACC.1.1)

Propósito:

Hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos del INP.

Políticas:

Admisión de Pacientes para atención ambulatoria

- Será aceptado todo paciente menor de 18 años de edad con padecimiento de tercer nivel (ver Listado de Padecimientos por Nivel de Atención del Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes del INP).
- En caso de pacientes que tengan derechohabencia o cuenten con seguro de gastos médicos, se les invitará a que acudan a la institución de salud que les corresponde, en caso de insistir en recibir los servicios del INP se asignará el nivel socioeconómico más alto.
- Todos los pacientes serán valorados por el Médico, quien decide si son aceptados o no.
- El paciente debe estar presente al momento del registro, para ello se deberá presentar cartilla de vacunación, el acta de nacimiento, comprobante de domicilio, comprobante de ingresos de ambos padres y credencial de elector de los padres o tutor, en caso de que los padres sean menores de edad se requerirá la participación y responsiva de un tutor legal para verificar los siguientes datos:
 - Nombre completo del paciente.
 - Domicilio.
 - Teléfono de casa (no celulares).
 - Nombre del familiar acompañante y parentesco: mamá o papá.

Admisión de Pacientes para hospitalización

- Todos los pacientes referidos de los diversos Departamentos y/o Servicios Médicos del Instituto, deberán ser valorados por el Departamento y/o Servicio de la Especialidad correspondiente, quien decidirá la aceptación o no para su hospitalización (ver procedimiento de interconsulta).
- Será aceptado todo paciente menor de 18 años de edad con padecimiento propio de tercer nivel (ver Listado de Padecimientos por Nivel de Atención del Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes del INP).
- En caso de pacientes que tengan derechohabiencia o cuenten con seguro de gastos médicos, se les invitará a que acudan a la institución de salud que les corresponde, en caso de insistir en recibir los servicios del INP se asignará el nivel socioeconómico más alto.
- En los casos de donadores no hay límite de edad.
- Para la asignación de cama, los únicos autorizados son:
 - Jefe del Departamento y /o Servicio.
 - Médicos Adscritos.
 - Jefe de Guardia.
- Los ingresos programados serán de 12:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes. Los sábados, domingos y días festivos será de 14:00 a 16:00 hrs.
- Para los Departamentos de Urgencias y Neonatología el ingreso se realizará en horario abierto.

Atención de Pacientes en el área de pre-hospitalización del Departamento de Urgencias (área de observación)

- Durante la Valoración Inicial (Triage) del Departamento de Urgencias, se determina si el paciente requiere de atención urgente y se ingresa a pre-hospitalización o si su tratamiento puede llevarse en casa y darle seguimiento por Consulta Externa.
- Los pacientes atendidos en el área de observación de Urgencias no deberán permanecer más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el Médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente, por lo cual se evaluará su egreso o ingreso a diferentes Departamentos y/o Servicios del INP, dependiendo de la condición del paciente y la disponibilidad de camas en el hospital.

- El Jefe del Departamento será el responsable de vigilar que los diagnósticos y tratamientos brindados en un paciente sean consistentes con los protocolos clínicos desarrollados, adaptados o adoptados por el Instituto basados en la evidencia o guías clínicas disponibles.
- El Médico Adscrito o Residente será el responsable de constatar que la aplicación de todos los medicamentos, soluciones parenterales, sangre o hemocomponentes se efectúen, así como de aquellos que requieran de sistemas cerrados o con filtros.
- Todo paciente grave que amerite estudios de gabinete, deberá ser acompañado por la Enfermera y el Médico Residente de Urgencias.
- Si durante su estancia en el área de pre-hospitalización el paciente presenta cambio en su evolución que comprometa su vida, se realizará una **Nota de Evolución M-0-03 a-b** donde se describirán claramente las condiciones del paciente.
- El Médico tratante del Departamento de Urgencias será responsable de informar al familiar o tutor del paciente las condiciones clínicas del mismo y solicitará la firma de enterado en la “Libreta de Informes”. Durante las guardias o los fines de semana el responsable será el Médico Residente o Médico Adscrito. En casos urgentes, se localizará al familiar a través del Departamento de Trabajo Social para notificarle el estado de salud del paciente.

Atención de pacientes cuando las instalaciones no son las adecuadas o no hay camas disponibles para la admisión de pacientes

- El Médico adscrito valora la condición clínica del paciente y determina que debe ser referido a una Unidad Hospitalaria Periférica por no corresponder el diagnóstico o edad con los criterios de atención del Instituto (ver Lista de Padecimientos por Nivel de Atención del Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes del INP).
- Cuando el paciente tiene diagnóstico de tercer nivel de atención pero no se cuenta con camas disponibles para admitir pacientes se deberán considerar las siguientes opciones:
 - Liberación de camas / ampliación de área hospitalaria.
 - Referencia y traslado de pacientes a otras Instituciones.(VerManual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes del INP).

Estándares de Referencia:

ACC 1.1 El establecimiento cuenta con un proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios

Elementos Medibles:

Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.

Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de atención de pacientes ingresados al establecimiento (Hospitalización, Urgencias y atención Ambulatoria).

Las políticas y los procedimientos definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los Servicios.

Referencias Bibliográficas

- NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Manual de Procesos Operativos e Instrucciones de Trabajo Medicina Crítica.
- Manual de Procedimientos de Trabajo Social.
- Manual de Procedimientos de Dirección Médica.
- Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes.

Políticas sobre Valoración Inicial en el Servicio de Urgencias (Triage) (Estándar ACC.1.1.1)

Propósito

Los pacientes con necesidades de salud urgentes o inmediatas son identificados mediante una valoración inicial (Triage) en el Servicio de Urgencias. Una vez identificados, son evaluados y tratados antes que otros pacientes.

Políticas

- La urgencia se define como “todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”.
- En el INP se tiene la política de “cero rechazo” a los pacientes que requieren atención médica de urgencias.
- El Servicio de Urgencias del INP priorizará la atención médica en los pacientes con necesidades de salud urgentes o inmediatas, así como de aquellos que no presenten un padecimiento de urgencias, pero que requieran atención en ese momento, con el fin de evitar que ese padecimiento pueda evolucionar a una urgencia médica.
- La valoración inicial (Triage) es realizada por los Médicos (con capacitación vigente enPALS y Reanimación Neonatal) del área de valoración y consulta externa del Departamento de Urgencias.
- La consulta de valoración se deberá otorgar en los primeros 10 minutos, contados a partir de que el paciente solicita la atención, y esta no tendrá costo alguno.
- La valoración inicial (Triage) **Ver anexo “Hoja de Valoración Inicial” del Departamento de Urgencias**, incluye 45 criterios fisiológicos agrupados en 6 apartados, siendo los criterios que indicarían situación de urgencia los incluidos en los siguientes apartados:
 - Apariencia.
 - Signos respiratorios.
 - Estado inmunológico.
 - Signos que afectan la circulación.
- En los apartados restantes dependerá de la gravedad de los signos y la patología de base:
 - Estado de hidratación.
 - Temperatura.

- Cuando el INP no tenga capacidad resolutive para atender las necesidades del paciente, se estabiliza y traslada al paciente a la unidad que corresponda (ver políticas de referencia y traslado).

Estándar de Referencia.

ACC 1.1.1 Los pacientes que necesiten atención de urgencia o inmediata tendrán prioridad para ser evaluados y tratados.

Elemento Medible 1. El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.

Referencias Bibliográficas

- Manual de Procesos Operativos e Instrucciones de trabajo Medicina Crítica
- Hoja de valoración inicial del INP.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, Art. 71 a 74.

Reducción de barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios (ACC.1.3)

Propósito

Identificar y documentar las barreras más comunes en la población de pacientes, donde se contemplen factores de riesgo y vulnerabilidad en las familias o por programas institucionales.

Políticas

En el INP el Departamento de Trabajo Social se encarga de aplicar la **Estudio Socioeconómico M-4-1-35 a-b** y el **Estudio Social M-4-1-20** los cuales arrojan datos sobre religión, la situación socioeconómica, si pertenecen a algún grupo indígena, o el apoyo de la red familiar que pudieran limitar el acceso y la prestación de servicios. De manera general se identifican las siguientes barreras:

a) Religión:

Para el caso de los pacientes testigos de Jehová o cualquier otra religión que no acepte la transfusión de sangre son motivo de condonación de sangre, el trámite se realiza en Hospitalización y/o Consulta Externa de especialidades a través del personal de Trabajo Social para lo cual deberán mostrar su directriz / afiliación a la congregación. Actualmente no se ha definido la política institucional sobre transfusión sanguínea de pacientes pediátricos donde los valores o creencias de los familiares la rechazan, para abordar este tema se formó un grupo de trabajo el cual está conformado por miembros de Comité Hospitalario de Bioética y del Comité de Medicina Transfusional, las Subdirecciones de Medicina Crítica, Hemato-oncología, Consulta Externa y Asuntos Jurídicos así como el Vicepresidente del COCASEP. En la primera reunión se tomó como acuerdo estructurar el trabajo en dos fases, la primera es la transfusión en casos no urgentes, la segunda en casos de urgencia, lo anterior se trabajará considerando los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, equidad, justicia y dignidad humana; así como el marco normativo vigente.

b) Lingüística:

En el INP se atienden personas de todo el interior de la república, muchos de ellos hablan diferentes lenguas; sin embargo, se ha observado que la mayoría aparte de su dialecto hablan español o son acompañados de un familiar cercano que actúa como traductor. Si llegara a presentarse un paciente que no entiende nada, se tratará de identificar el dialecto o lengua que habla y se

contactará al CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) para solicitar apoyo de un traductor. En el caso de donación de sangre se reciben donantes cuyo idioma sea el español o inglés. No se registra a personas que hablen otro idioma, dialecto o señas aun cuando cuenten con traductor o interprete. La NOM-253-SSA1-2012 en el numeral 6.6 inciso C y 6.12.3 obliga a mantener la confidencialidad del proceso en un lugar adecuado, privado y de manera individual.

c) Discapacidad:

En el INP se atienden pacientes con discapacidad por lo cual se cuenta con las instalaciones y equipo (sillas de ruedas) para facilitar su acceso y recorrido dentro del Instituto.

Estándar de Referencia:

Estándar ACC.1.3. El establecimiento busca reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

Referencias Bibliográficas

Manual de procedimientos de Trabajo Social

Manual de Procedimientos de Banco de sangre

Política sobre los criterios de ingreso y egreso hacia o desde Unidades de Cuidados Intensivos (Estándar ACC 1.4)

Propósito

Garantizar que los pacientes que ingresan y permanecen en Terapia Intensiva reúnen los criterios establecidos, basados en funciones orgánicas o en prioridades de atención.

Criterios de Ingreso

- En el INP ingresarán al Departamento de Terapia Intensiva todos los pacientes de 0 a 18 años de edad que cumplan los criterios de ingreso. El ingreso debe ser resultado de la decisión compartida entre el Médico tratante y el responsable del Departamento de Terapia Intensiva.
- A todo paciente que se ingrese al Departamento de Terapia Intensiva, se le deberá requisitar el **Control de pacientes M-5-1-03 a-b**, así como la **Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a-b**.
- Los criterios de ingreso, se sustentan en los problemas a resolver de las siguientes necesidades:
 - a) Asistencia ventilatoria.
 - b) Estabilidad hemodinámica.
 - c) Preservación neurológica.
 - d) Equilibrio hidroelectrolítico y ácido base.
 - e) Apoyo nutricional.
 - f) Operado de cirugía mayor.
- Derivado de los criterios anteriores, se deben definir los problemas por resolver en orden prioritario de los siguientes rubros:
 - a) Insuficiencia respiratoria leve moderada
 - b) Inestabilidad hemodinámica
 - c) Insuficiencia cerebral
 - d) Insuficiencia Renal aguda
 - e) Insuficiencia Hepática aguda
 - f) Alteraciones de la coagulación
 - g) Alteraciones electrolíticas
 - h) Alteraciones ácido básicas
 - i) Infección
 - j) Desnutrición aguda o crónica

Atención en la Terapia Intensiva

- Durante la permanencia en la Terapia Intensiva se registra en la **Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05 a-b** la evolución de los problemas prioritarios y el tratamiento o plan de manejo, además de las complicaciones del manejo intensivo.
- Todo paciente deberá tener una nota diaria en las **Notas de Evolución M-0-03 a-b** escrita a máquina o letra de molde debidamente redactada, legible y sin abreviaturas; será supervisada y autorizada por el Médico Adscrito y el fin de semana por el Médico Adscrito o Médico Residente de mayor jerarquía.
- Diariamente se consignará una nota de guardia en el Expediente Clínico del paciente.
- Todo paciente grave se le deberá de consignar en el expediente clínico una **Nota de evolución M-0-03 a-b** adicional que describa claramente las condiciones del paciente cada que lo requiera.

Criterios de Egreso

En el INP el egreso del Departamento de Terapia intensiva lo decidirá el Médico Adscrito y se puede dar en las siguientes condiciones:

1. Egreso programado: cuando se han solucionado los problemas del paciente que motivaron su ingreso al Departamento de Terapia Intensiva y se traslada a otro servicio o a otra unidad hospitalaria (ver política de referencia de pacientes), en donde se le otorgue la atención, de acuerdo con el concepto de cuidado progresivo del paciente o bien, se han agotado las posibilidades de mejoría.
2. Egreso no programado: aquel destinado a generar posibilidades asistenciales a otros pacientes con mayores necesidades de cuidados intensivos, ante la situación de ocupación total de los cubículos del Departamento de Terapia intensiva.
3. Por defunción: En caso de fallecimiento es responsabilidad del Médico Adscrito y/o Médico Residente de Terapia Intensiva y del Médico Adscrito y/o Médico Residente del Departamento o Servicio de procedencia establecer el diagnóstico y elaborar el certificado de defunción, así como solicitar al familiar o tutor, la autorización para realizar la autopsia.

Estándares de Referencia:

Estándar ACC.1.4.El ingreso y egreso hacia o desde unidades que prestan servicios de cuidados intensivos o especializados se determinan mediante criterios estandarizados

Elemento medible 1. El establecimiento ha definido criterios de ingreso y egreso para sus servicios o unidades de cuidados intensivos o especializados, incluida la investigación en seres humanos y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes.

Bibliografía:

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de trabajo Subdirección Medicina Crítica.
- Criterios de Ingreso al Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica: Experiencia de 26 años en la UCI del INP

Políticas sobre atención médica al paciente, coordinada y continua (Estándar ACC.2)

Propósito

Garantizar la oportunidad, coordinación y continuidad de la atención al paciente desde su admisión hasta el alta o la transferencia.

Políticas

Crterios que determinan la transferencia adecuada y oportuna de los pacientes dentro del establecimiento

- Para garantizar la coordinación y continuidad de la atención de los pacientes durante las transferencias, se deberá elaborar una nota médica con metodología SBAR **Ver formato de Transferencia Intrahospitalaria M-0-27**
- Si el paciente requiere de ingreso al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología, se deberá llevar a cabo el traslado del paciente en un lapso no mayor a dos horas, siempre y cuando la disponibilidad de camas, de personal y las condiciones del paciente lo permita.
- Si la inestabilidad del paciente no permite su movilización se mantendrá en la Sala de Choque, bajo vigilancia y tratamiento adecuado hasta que pueda ingresar al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología.
- Es indispensable que en el formato de **Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque M-5-0-01**, se especifique la causa del retraso de ingreso al Departamento de Terapia Intensiva o Neonatología éste será entregado en la Jefatura del Departamento de Urgencias:
 - Al finalizar el turno matutino de lunes a viernes por el Médico Adscrito.
 - Al término de la guardia por el Médico Residente asignado.
 - En fin de semana, se entregará al siguiente lunes.

Interconsulta

Solicitud de interconsulta:

- El Jefe y/o Médico Adscrito del Departamento y/o Servicio Tratante envía **Solicitud de Interconsulta M-0-05** en original y copia al Departamento y/o Servicio al que solicitan la Interconsulta.
- El Jefe y/o Médico Adscrito del Departamento y/o Servicio de la Subespecialidad recibe de los diferentes Departamentos y/o Servicios del Área

Médica la **Solicitud de Interconsulta M-0-05**, signa de recibido la copia y turna original al Médico Adscrito responsable de interconsultas.

Valoración:

- El Médico adscrito acude al Departamento y/o Servicio tratante, valora al paciente, y revisa en el expediente clínico la **Historia Clínica M-0-31 a-d** y **Notas de Evolución M-0-03 a-b**.
- Determina si amerita realización de estudios de laboratorio, gabinete y/o pruebas especiales:
 - **Si determina que no** las necesita, prescribe tratamiento médico o recomienda que se continúe con el mismo manejo previamente establecido por el Departamento y/o Servicio tratante y registra nota médica en **Notas de Evolución M-0-03 a-b** el cual integra el Expediente Clínico.
 - **Si determina que si** las necesita, solicita la realización de estudios de laboratorio, gabinete y/o pruebas especiales que se requieran, escribe nota médica en **Notas de Evolución M-0-03 a-b**.
- Durante la tarde, fines de semana y días festivos los residentes de guardia otorgarán valoración y posteriormente serán revisados por el Médico adscrito correspondiente.

Solicitud de estudios de laboratorio o gabinete y/o pruebas especiales:

- El Departamento y/o Servicio tratante es el responsable de entregar la **Solicitud de Exámenes de Laboratorio M-3-1-32 a-b** y **Solicitud de Exámenes de Imagen M-3-3-06-a-ba** a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- Recibe resultados de laboratorio e informa al Médico Adscrito Interconsultante para que acuda al Departamento y/o Servicio tratante e integra estudios al Expediente Clínico.

Determinación del diagnóstico:

- El Médico adscrito interconsultante verifica y analiza en coordinación con el Médico tratante los resultados de laboratorio y/o gabinete previamente realizados y en su caso pruebas especiales, dicha coordinación quedará asentada en el Expediente Clínico.
- De acuerdo a los resultados previos, prescribe tratamiento al paciente y registra en las **Notas de Evolución M-0-03 a-b** en su caso en la **Órdenes Médicas M-0-25 a-b**.

Supervisión de la evolución del paciente:

- Se determina en sesión conjunta la realización de estudios de laboratorio, gabinete y tratamiento.
- Si el paciente no responde al tratamiento continúa con el manejo médico de los dos Servicios y determinan si amerita realización de nuevos estudios de laboratorio, gabinete y/o pruebas especiales para indicar nuevo tratamiento.
- Si el paciente responde al tratamiento se da de alta por el Servicio de la Subespecialidad interconsultante registrando nota médica en **Notas de Evolución M-0-03 a-b** del Expediente Clínico y continúa manejo médico por el Departamento y/o Servicio tratante.

Transferencia de pacientes:

- En caso de ser necesario transferir al paciente al Servicio interconsultante (ver política de transferencia intrahospitalaria).

Marcos de tiempo para la respuesta de Servicios Interconsultantes:

- Si la interconsulta es urgente, se deberá atender dentro de las primeras dos horas a partir de la hora que el Servicio interconsultante recibe la solicitud.
- Si la interconsulta no es urgente se realizará durante las primeras 24 horas a partir de la hora que el Servicio interconsultante recibe la solicitud.

Estándares de Referencia.

Estándar ACC.2. El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atenciones médicas al paciente, coordinadas y continuas, dentro del hospital.

Elemento Medible 2. Se establecen criterios que determinan la transferencia adecuada y oportuna de los pacientes dentro del establecimiento, los cuales garantizan la coordinación y la continuidad de la atención.

Elemento Medible 5. Se cuenta con una política que guía el proceso de interconsulta mediante el cual se asegura la respuesta oportuna de cada Servicio requerido para ejecutar un tratamiento o coadyuvar en el tratamiento de un paciente hospitalizado.

Referencias Bibliográficas:

- Manual de Procedimientos de Dirección Médica
- Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA, Unidad didáctica 6.2 “Comunicación entre profesionales: interfase transferencia de pacientes”
- Soluciones para la Seguridad del Paciente. Volúmen1, solución 3, Mayo 2007

Políticas para la referencia o el alta apropiada para los pacientes (Estándar ACC.3)

Propósito

Determinar el momento que se deberá dar de alta al paciente, basándose en el estado de salud del paciente o por el tipo de atención que requiera y no pueda ser brindada.

Políticas

En el INP el paciente es dado de alta por las siguientes razones:

a) Por Mejoría o Curación:

El Médico realiza la Nota de Alta en las **Notas de Evolución M-0-03 a-b** y la integra al Expediente Clínico, realiza resumen clínico, Carnet de citas y **Receta Médica M-0-23**. Informa al familiar que el seguimiento será a través de la Consulta de Subespecialidad.

b) Por Transferencia:

Porque el paciente es transferido a otro Servicio del Instituto y se realiza la nota de transferencia en la **Nota de Evolución M-0-03 a-b** del Expediente Clínico.

c) Por Traslado a otro Nivel de Atención:

Se realiza por medio de la **Hoja de Transferencia M -0-29-a-b** respectivamente (Ver política de Referencia hospitalaria).

d) Por Defunción:

El Médico tratante notifica al familiar, Trabajo Social, Relaciones Hospitalarias del Departamento o Servicio correspondiente y a Patología para los trámites necesarios.

En cualquiera de las cuatro circunstancias, la Nota deberá contener:

- Fecha de ingreso/egreso
- Motivo del egreso
- Diagnósticos finales
- Resumen de la evolución y el estado actual
- Manejo durante la estancia hospitalaria
- Problemas clínicos pendientes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- Atención de factores de riesgo
- Pronóstico
- En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria.

e) Por Alta Voluntaria:

El Médico tratante avisa a la Trabajadora Social del Departamento o Servicio, y notifica claramente que la institución y el Médico no tendrán ninguna responsiva sobre el paciente. Al familiar se le deben informar riesgos y entregar resumen de egreso, requisita alta en el **Formato de Alta Voluntaria M-4-1-21**. La Hoja de egreso voluntario deberá especificar:

- Nombre y dirección del establecimiento
- Nombre del paciente
- Fecha y hora del alta hospitalaria
- Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
- Resumen clínico
- Razones que motivan el egreso
- Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo
- En su caso, nombre completo y firma del Médico
- Nombre completo y firma de dos testigos (uno designado por el Instituto y otro por la persona que representa al paciente).

Para el caso de alta por mejoría o por defunción, el proceso se realiza de la siguiente manera:

- El Médico adscrito requisita **Hoja de Egreso Hospitalario M-0-28** a-ben original y 2 copias, la original y la 1ª copia la integra al Expediente Clínico, la 2ª se la entrega al familiar, el cual firma de recibido en la 1ª copia. Indica a la Enfermera del Servicio que elabore el **Aviso de AltaM-0-1-02** o **Aviso de Defunción M-0-1-01** según sea el caso.
- En caso de Defunción la Enfermera entrega original y tres copias a Relaciones Hospitalarias. Posteriormente el Departamento de Relaciones Hospitalarias baja al Servicio de Patología, donde se hace la entrega del cuerpo y la documentación (copia y certificado). El expediente clínico se envía al archivo clínico.
- En caso de egreso por mejoría, curación o alta voluntaria, el Departamento de Trabajo Social recibe **Aviso de AltaM-0-1-02** y signa de Vo. Bo.
- Relaciones hospitalarias recibe del familiar copia de **Aviso de AltaM-0-1-02** y la Enfermera se encarga de:
 - Anexar el **Aviso de AltaM-0-1-02** al Expediente Clínico.
 - Turnar el Expediente Clínico al Departamento de Archivo Clínico.
 - Informar al familiar los cuidados específicos que requiere el paciente.
 - Anotar en la **Libreta de Ingresos y Egresos** la fecha y la hora en que se dio de alta al paciente.
- En el Departamento de Archivo Clínico el personal recibe el expediente clínico y firma de recibido en la **Libreta de Censo**, archiva para posteriormente realizar el informe estadístico mensual de hospitalización.

Estándares de Referencia

Estándar ACC.3. Existe una política que establece la referencia o el alta apropiada para los pacientes

Elemento Medible 1. Existe una política que guía el alta de los pacientes

Referencias Bibliográficas

- Artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Manual de Procesos Operativos e Instrucciones de trabajo. Dirección Médica.
- Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
- Manual de Procedimiento de egreso por defunción del Departamento de Relaciones Hospitalarias.

Políticas sobre el traslado de pacientes a otros establecimientos, a fin de cubrir sus necesidades y garantizar la continuidad de la atención

(Estándar ACC.4)

Propósito

Garantizar la continuidad de la atención y el traslado seguro de pacientes a otros establecimientos.

Políticas

- Todo traslado se realizará previa valoración médica del paciente, determinando la gravedad del padecimiento. El traslado del paciente siempre será en condiciones estables.
- Ante una situación de urgencia, deberá estabilizarse al paciente, ya que no se permite enviar pacientes inestables, cuyo traslado sea más riesgoso que la tentativa de estabilización en la unidad de primer contacto.
- El traslado del paciente se realiza previa autorización por escrito del familiar responsable.
- Los responsables de la Unidad Receptora (Jefes de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias), aceptarán la referencia cuando sus Servicios dispongan de los recursos necesarios para la atención médica y/o quirúrgica del paciente; o bien cuando a su juicio y responsabilidad, se disponga de una alternativa efectiva para la atención del mismo.
- Antes de enviar a un paciente a otra unidad, la unidad receptora deberá tener conocimiento del caso y haber aceptado al paciente (referencia concertada). La comunicación se establecerá entre los Médicos responsables de cada unidad. Al solicitar atención médica en la unidad de apoyo, el Médico del INP proporcionará la siguiente información:
 - Los tratamientos aplicados y evolución durante su estancia en el INP.
 - Los resultados de los estudios paraclínicos realizados así como en su caso, la indicación de solicitar resultados pendientes y el procedimiento para obtenerlos.
 - Las condiciones clínicas del paciente inmediatamente antes de iniciar el traslado.
 - Causa que motivó el traslado (Apoyo al diagnóstico, saturación de las áreas, no contar con los medios necesarios para su atención, etc.)

- Si el paciente es derechohabiente de alguna institución de seguridad social se referirá a la unidad que le corresponda.
- Para realizar el traslado es indispensable asegurar las mejores condiciones de seguridad en una ambulancia que cuente con los recursos necesarios para la atención del paciente durante el traslado. **(Ver documento anexo precauciones para el traslado de pacientes en ambulancia)**
- El traslado de cualquier paciente siempre se realizará con la compañía de un Médico y el familiar del paciente.
- La ambulancia, el equipo de traslado y el Médico podrán pertenecer a la unidad receptora o al INP, de acuerdo con las posibilidades de cada unidad. La unidad que proporcione la ambulancia, el equipo y el Médico será la responsable del paciente durante el traslado.
- Si la ambulancia y el Médico pertenecen al INP, la responsabilidad terminará al momento de entregar al paciente a la unidad receptora. Una vez recibido al enfermo la unidad receptora asumirá la responsabilidad.
- En ocasiones excepcionales se podrá utilizar una ambulancia perteneciente a una institución diferente al INP y a la Unidad que recibe. En estos casos la responsabilidad se compartirá entre el INP y la que proporciona los recursos para el traslado.
- Cuando no se pueda concertar el traslado en la primera unidad que contacte el INP, se buscará otra que tenga la capacidad resolutoria para la atención del paciente **(Ver listado de Hospitales para referencia de Trabajo Social)**

Estándares de Referencia

ACC.4.Existe una política que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos, a fin de cubrir sus necesidades y garantizar la continuidad de la atención.

Elemento Medible 1.Existe una política que guía el proceso de traslado de pacientes a otros establecimientos, la cual incluye al menos lo siguiente:

- El modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención
- Los criterios sobre cuando es adecuado un traslado a otro establecimiento
- Quién es responsable del paciente durante el traslado
- Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.

Referencias Bibliográficas

- Artículos 73 a 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes del Instituto Nacional de Pediatría.

Listado de opciones para referir a los pacientes que no pueden ser atendidos en el INP

(Estándar ACC.4.1)

- El INP podrá utilizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (**Ver listado de Hospitales para referencia de Trabajo Social**), cuando demuestre algunas de las siguientes causas justificadas:
 - Falta de la especialidad requerida.
 - Saturación del Servicio.
 - Carencia o inoperancia de sus auxiliares de diagnóstico.
 - Nivel de atención médica que no corresponde a la unidad.
 - Contrarreferencia y seguimiento en unidad emisora.
- La Referencia y Contrarreferencia seguirá criterios de regionalización, basándose en:
 - La complejidad de la patología.
 - Catálogo de servicios por unidad de atención.
 - Ubicación geográfica de la unidad (en la capital del estado sede).
 - Tendencia y flujo natural de desplazamiento (red carretera y flujo comercial).

Estándares de Referencia:

ACC.4.1. El establecimiento que refiere determina que el que recibe al paciente tiene la capacidad resolutive y aceptará a los pacientes trasladados para atender las necesidades de su atención.

Elemento Medible:

3. Existen y son vigentes listados de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en el establecimiento (contienen: nombres, direcciones y teléfonos de otros hospitales cercanos).

Bibliografía

- Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes.

Anexos Formatos ACC

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Lista de Padecimientos por Nivel de Atención del Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes del INP	
2	Nota de Evolución	M-0-03 a-b
3	Hoja de Valoración Inicial	M-5-2-04-a-b
4	Cédula Socio-Económica	M-4-1-35 a-b
5	Estudio Social	M-4-1-20 Medsys
6	Control de Pacientes	M-5-1-03 a-b
7	Hoja de Cuidados Intensivos	M-5-1-05 a-b
8	Transferencia Intrahospitalaria	M-0-27 (a-b)
9	Control de Tiempo de Traslado de Sala de Choque	M-5-0-01
10	Solicitud de Interconsulta	M-0-05
11	Historia Clínica	M-0-31 a-d
12	Solicitud de Exámenes Primarios	M-3-1-32 a-b
13	Solicitud de Estudios de Imagen	M-3-3-06-a-b
14	Órdenes Médicas	M-0-25 a-b

No.	Nombre del Formato	Clave
15	Receta Médica	M-0-23
16	Hoja de Transferencia	M -0-29-a-b
17	Hoja de Egreso Hospitalario	M-0-28 a-b
18	Aviso de Defunción	M-0-1-01
19	Aviso de Alta	M-0-1-02
20	Alta Voluntaria	M-4-1-21 1-2
21	Directorio para Referencia de Pacientes	
22	Precaución para el Traslado de Pacientes en Ambulancia	

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
ALERGIA E INMUNOLOGÍA Urticaria aguda Alergias alimentos y medicamentos	Asma leve a moderado Alergias respiratorias Conjuntivitis alérgica	Asma severo Alergias respiratorias severas o complicadas Inmunodeficiencia primarias y secundarias Urticaria crónica Lupus Enfermedad de la colágena Enfermedad del suero Enfermedad injerto contra huésped Amiloidosis
ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Talla baja familiar	Falla para medrar Talla baja constitucional	Talla baja patológica
AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA	Secuelas de labio y paladar hendido Vértigo estudio inicial Estudio inicial de hipoacusia Trastornos de lectoescritura	Trastornos y retraso del lenguaje Malformaciones de aparato fonoarticulador Sordera Implantes cocleares Malformaciones de oído Disfonías crónicas
CARDIOLOGÍA Búsqueda intencionada de fiebre reumática(I) Detección clínica de cardiopatías Detección de hipertensión arterial	Cardiopatía Reumática Seguimiento Seguimiento de cardiopatías congénitas acianógenas Estudio inicial de hipertensión arterial	Diagnóstico definitivo de cardiopatías Tratamiento quirúrgico de cardiopatías congénitas Seguimiento de cardiopatías congénitas cianógenas Miocardiopatías Arritmias Pericardiopatías Micardiopatías Seguimiento de P.O. de corazón Trasplantes Trastornos vasculares

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y ENDOSCOPIA Heridas y quemaduras leves	Quiste tirogloso Hipertrofia congénita de piloro Mal rotación intestinal Suboclusión Intestinal Enfermedad diverticular Hernia inguinal Invaginación Intestinal Apendicitis Fimosis Granuloma umbilical Torsión testicular Criptorquidea Tratamiento quirúrgico de reflujo Enterocolitis necrozante I	Fistula branquial Estenosis o atresias de tubo digestivo Peritonitis meconial Onfalocele y gastrosquisis Divertículo de Meckel Hernia diafragmática Transplantes Hemo y quilo tórax Malformación anorectal Anomalías del tracto biliar Cuerpos extraños en vías aérea y digestiva Sangrado tubo digestivo Linfangiomas Enterocolitis necrotizante II y III Malformación caja toracica Masa abdominal en estudio Colon tóxico amibiano
CIRUGÍA MAXILO – FACIAL Y ODONTOLOGÍA Caries Corrección de frenillo	Afecciones de glándulas salivales Traumas orales y dentales	Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA	Hemangiomas Lipomas y quiste dermoide Labio y paladar hendido Manejo inicial de quemados Rinoplastias Sindactilia Polidactilia	Labio y paladar hendido Reimplantes de manos o dedos Reconstrucciones faciales Avances cráneo – faciales Manejo de hemangiomas Manejo de complicaciones de quemados. Trauma cráneo – facial Microtías
DERMATOLOGÍA Dermatitis Atópica (I) Infecciones superficiales de la piel (virus, bacteria, hongos) Acné Uñas encarnadas Picaduras de insectos Urticaria y eritema polimorfo Dermatitis seborreica	Fotosensibilidad Hiper o hipopigmentaciones Alopecias Dermatitis seborreica grave Tuberculosis cutánea Deshidrosis Vitiligo Fotosensibilidad Nevos	Micosis profundas Pénfigos Psoriasis Ictiosis Porfirias Miasis Oncocercosis Esclerosis tuberosa Farmacodermias severas

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
		Enterocolitis necrosante grado III y IV Diarrea crónica Enfermedad celiaca Vasculitis e isquemias intestinales Pancreatitis Sx. Colestásicos Hepatitis tóxicas y crónicas Insuficiencia Hepática Úlcera péptica Anorexia y bulimia Dolor abdominal crónico etapa avanzada Poliposis intestinal Hipertensión portal Colon agangliónico
GENÉTICA Síndrome de Down diagnóstico clínico	Seguimiento de cromosomopatías ya estudiadas	Síndrome de Down diagnóstico paraclínico Otras cromosomopatías Errores del metabolismo Consejo genético Medicina Genómica Estudio de retraso mental Ambigüedad de genitales Genodermatosis Estudio de malformaciones múltiples
GINECOLOGÍA	Dismenorrea Trastornos menstruales Enfermedades de Trasmisión sexual Trauma genital femenino	Amenorrea en estudio Tumores mamarios Abuso sexual
HEMATOLOGÍA Anemia ferropénica	Anemia megaloblástica Pacientes terminales Púrpuras vasculares no complicadas Deficiencia vitamina K	Otras anemias Policitemia Púrpuras trombocitopénicas Púrpuras vasculares complicadas Sx. Mielodisplásicos Leucemias Linfomas Coagulopatías congénitas

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
INFECTOLOGÍA Infecciones de vías respiratorias altas Neumonía sin dificultad respiratoria Gastroenteritis sin deshidratación Parasitosis intestinales Fiebre tifoidea Hepatitis aguda Exantemas virales	Neumonía con dificultad respiratoria Laringotraqueítis Sx. Coqueluchoides y tosferina Bronquiolitis Infecciones de vías urinarias Enfermedades de Trasmisión sexual Meningitis, Encefalitis no complicadas Celulitis Gastroenteritis con deshidratación Absceso hepático Artritis sépticas Mononucleosis infecciosa Fiebre de larga evolución Fiebre tifoidea Tuberculosis Mononucleosis infecciosa	Epiglotitis Absceso retrofaringeo Neumonías complicadas Endocarditis, Miocarditis Absceso cerebral Celulitis gangrenosa Hepatitis con insuficiencia hepática SIDA Infecciones en huésped inmunocomprometido Tétanos Rabia Enfermedad de Kawasaki Meningitis tuberculosa Brucelosis Riketsiosis Neumonía por atípicos Leptospirosis Ántrax Tracoma
NEFROLOGÍA	Glomérulonefritis no complicada Insuficiencia Renal Aguda Diálisis peritoneal	Otras Glomerulopatías Insuficiencia Renal Crónica Nefropatías tubulares Nefropatías intersticiales Nefrotoxicidades (Trasplante) Hemodiálisis
NEUMOLOGÍA Neumonía sin dificultad respiratoria	Neumonía con dificultad respiratoria Neumotórax Asma leve y moderada	Neumopatías crónicas Fibrosis quística Mediastinitis Asma severa
NEONATOLOGÍA Manejo del RN Sano	Neonato de alto riesgo Ictericias en estudio Exanguíneotransfusión Septicemia Alteraciones Metabólicas Prematurez Asfixia leve a moderada Taquipnea transitoria	Prematurez extrema SDR (Ventilación) Asfixias severas Alteraciones Neurológicas graves Malformaciones que comprometan la vida Hipertensión pulmonar Persistencia de alteraciones metabólicas

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
PROBLEMAS SOCIALES Alteraciones de la dinámica Familiar	Abandono Trastornos de hábitos	Maltrato infantil Abuso sexual
REUMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA Artralgias y dolores de crecimiento	Sospecha clínica de colagenopatía	Lupus Enfermedades de la colágena Sx. Antifosfolípidos Hepato – esplenomegalias en estudio Vasculitis Enfermedades por atesoramiento
TOXICOLOGÍA	Intoxicaciones leves	Intoxicaciones severas Farmacodependencia
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA Dolores del crecimiento Trastornos posturales	Pie plano Luxación congénita de cadera Lesiones vasculares	Displasias esqueléticas Fracturas Politauumatismo Tumores
UROLOGÍA Infección de vías urinarias Vulvovaginitis	Enuresis Escroto agudo Criptorquidea Parafimosis	Malformaciones de las vías urinarias y renales. Trauma urinario y renal Reflujo vesico-ureteral Hidronefrosis Uropatías obstructivas Urolitiasis Vejiga neurogénica

FECHA Y HORA	PROB No.	NOTAS DE EVOLUCION S.O.A.P.				Planes:		
		S: SUBJETIVO	O: OBJETIVO	A: ANALISIS	P: PLANES	a) Diagnóstico	b) Tratamiento	c) Educativo

NOTA: AL FINAL DE CADA **NOTA DE EVOLUCION**, DEBERA LLEVAR EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA REALIZO. M-0-03-b



Instituto Nacional de Pediatría

SUBDIRECCION DE MEDICINA CRITICA
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS
"HOJA DE VALORACION INICIAL"

No. Folio: _____

Núm.: _____ Fecha: _____ No. Expediente: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Hora de llegada: _____ Hora de atención: _____ Hora de egreso: _____

Enviado de: Cons. Ext. _____ 1er. Nivel _____ 2do. Nivel _____ Otros _____

Motivo de consulta: _____

APARIENCIA:

Somnolencia	<input type="checkbox"/>	Incapacidad para deambular	<input type="checkbox"/>	Mirada fija	<input type="checkbox"/>
No reconoce a padres	<input type="checkbox"/>	Sin interés al medio	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Falta de respuesta a estímulos	<input type="checkbox"/>	Estado de conciencia alterante	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Llanto intenso	<input type="checkbox"/>	Llanto extraño a los padres	<input type="checkbox"/>	Llanto ronco	<input type="checkbox"/>
Palidez	<input type="checkbox"/>	Cianosis	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>
		Equimosis	<input type="checkbox"/>		
Piel marmórea	<input type="checkbox"/>	Crisis convulsivas	<input type="checkbox"/>	Movimientos anormales	<input type="checkbox"/>

Otros: _____

RESPIRATORIO:

Polipnea	<input type="checkbox"/>	Bradipnea	<input type="checkbox"/>	Aleteo nasal	<input type="checkbox"/>	Tiros intercostales	<input type="checkbox"/>
Retracciones	<input type="checkbox"/>	Estridor	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	Sialorrea	<input type="checkbox"/>

Otros: _____

HIDRATACION:

Diarrea	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Pobre ingesta	<input type="checkbox"/>	Llanto sin lágrimas	<input type="checkbox"/>
Mucosas secas	<input type="checkbox"/>	Tono ocular disminuido	<input type="checkbox"/>	Fontanela deprimida	<input type="checkbox"/>		

Otros: _____

TEMPERATURA:

Hipertermia	<input type="checkbox"/>	Hipotermia	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------	--------------------------

Otros: _____

INMUNOLOGICO:

Desnutrición	<input type="checkbox"/>	Oncológico	<input type="checkbox"/>	Tx. Inmunodepresores	<input type="checkbox"/>
Tx. Anticeoplásicos	<input type="checkbox"/>	Inmunideprimido	<input type="checkbox"/>		

Otros: _____

CIRCULACION:

Pulsos débiles	<input type="checkbox"/>	Llenado capilar retrasado	<input type="checkbox"/>	Taquicardia	<input type="checkbox"/>
Piel fría	<input type="checkbox"/>	Acrocianosis	<input type="checkbox"/>		

Otros: _____

Diagnóstico Probable: _____

Requiere atención en Urgencias: SI NO

REFERIDO A: Consulta _____ Prehospitalización _____ 1° nivel _____
2° nivel _____ CE Pediatría _____ Otros _____

Nombre del Médico: _____ **Clave:** _____ **Firma:** _____

M-5-2-04-a

ATENCION MEDICA

Fecha: _____ **Hora:** _____

Peso Talla F.C. F.R. T.A. Temp.

Padecimiento Actual:

Exploración Física:

Diagnóstico:

Tratamiento Médico:

Plan:

Se canaliza a: Domicilio _____ Prehospitalización _____ Otros _____

Nombre del Médico: _____ **Clave:** _____ **Firma:** _____

M-5-2-04-b

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
TRABAJO SOCIAL
"ESTUDIO SOCIOECONÓMICO"**

Página: 1

Fecha: 08/04/2015 10:07 AM

Expediente: _____ Historia: 1008004 Servicio: CIRUGIA GENERAL, DEPARTAMENTO DE _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nacimiento: 10/12/2010 Edad: 4 años, 3 meses, 28 días

Fecha de Ingreso: _____ Sexo: MASCULINO Nacionalidad: _____ Edo. Nac.: _____

Religión: CATOLICA Lengua Nativa: _____ Escolaridad: CUATRO (0) Derechohabiente: IMSS

Domicilio Actual: _____
Calle y número exterior/interior _____ Colonia _____ C. P. _____

Delegación/Mpio: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Responsable _____ Parentesco: null

Domicilio Responsable: _____

Padre: _____ Edad: 0 Edo Civil: _____ Escolaridad: _____

Madre: _____ Edad: 0 Edo Civil: _____ Escolaridad: _____

CRITERIOS PARA CLASIFICAR

I. OCUPACION

Ocupación: DESEMPLEADO (0) Antigüedad: _____ Empleo: _____

Comentario: _____

II. INGRESOS Y EGRESOS

		null	Egreso Mensual	
Jefe de Familia:	\$ 0.00		Alimentación:	\$ 0.00
Esposa(o):	\$ 0.00		Vivienda:	\$ 0.00
Hijo (s):	\$ 0.00		Agua:	\$ 0.00
Otros:	\$ 0.00		Teléfono:	\$ 0.00
Total de Ingresos:	\$ 0.00	0	Luz y Comb.:	\$ 0.00
No. de Miembros por Familia:	_____		Transporte:	\$ 0.00
Situación Económica:	EQUILIBRIO %		Gtos Escolares:	\$ 0.00
Relación Ingreso-Egreso:	0.00	10	Gtos en Salud:	\$ 0.00
			Servicios. Dom.:	\$ 0.00
			Otros gastos:	\$ 0.00
			Total Egresos:	\$ 0.00

III. VIVIENDA

Tipo de tenencia:	PRESTADA	*
Servicios Intradomiciliarios:	CUATRO SERVICIOS O MAS	*
Servicios Públicos:	PROTECCION INSTITUCIONAL	*
Material de Construcción:	LAMINA DE CARTON O MADERA	*
Número de Personas por Dormitorio:	PROTECCION INSTITUCIONAL	*
Número de Habitaciones:	PROTECCION INSTITUCIONAL	*
Tipo de Vivienda:	CASA O DEPARTAMENTO CLASE MEDIA(4)	*

IV. LUGAR DE RESIDENCIA

Lugar de Procedencia: DISTRITO FEDERAL (09)

Zona de Ubicación: PROTECCION INSTITUCIONAL



V. ESTADO DE SALUD FAMILIAR

Numero de Enfermos

Tiempo de Enfermedad del

Paciente:

Tiene Otra Enfermedad: el

Paciente

Estado de salud integrantes de la familia

Lugar de tratamiento familiar:

¿Algún miembro de la familia presenta limitaciones físicas o cognitivas?

Método de control de fertilidad

Derechabamiento de Seguridad Social

IMSS

¿Cuenta con seguro de gastos médicos?

Total de Puntos:

Diagnostico:

T.S.:

LUIS MIGUEL MERINO JIMENEZ

Paciente Referido:

(NINGUNO)

663

Diagnostico Social:

Clasificación:

Estoy de acuerdo con la clasificación asignada y manifiesto que la información proporcionada se apega totalmente a la verdad por lo que autorizo su verificación.

Nombre y Firma del Entrevistado

	Nivel	Nombre	No. Historia	No. Expediente
	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Cama
				Hoja Num. _____

Calle y Número: INSURGENTES SUR - Colonia: INSURGENTES CUICUILCO - Ciudad: MEXICO - Estado: DISTRITO FEDERAL - Municipio: COYOACAN C.P. 04530 Teléfono: 56847026

ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ELABORACION: _____ FECHA DE IMPRESION: _____

Diagnostico: *null*

DATOS DEL PACIENTE

SERVICIO:	FECHA DE	LUGAR DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD:	REGISTRADO:	DIAGNOSTICO MEDICO
TIEMPO DE RESIDENCIA	ENTRE QUE CALLES VIVE:	DOMICILIO TEMPORAL:
FUENTE DE INFORMACION	PARENTESCO:	DERECHASIENTE
PROG. APOYO SOCIAL:	RELIGION:	

SALUD FAMILIAR

PADRES	HERMANOS	OTROS (Rama Materna y Rama Paterna)
VACUNAS DEL MENOR:	¿ACTUALMENTE ESTAN BAJO CONTROL MEDICO?	¿EN DONDE? SE HA REALIZADO ESTUDIOS DE:
¿EXISTE CONTROL NATAL?	MÉTODO USADO	Papanicolaou NO
Colposcopia NO	Mastografía NO	Estudio de Posttata NO
Otro (Especifique)	HIGIENE:	

II. ALIMENTACIÓN

COMIDAS AL DIA	DESAYUNO	COMIDA	CEÑA
Pollo	Pescado	Ros	Huevo
Frijol	Leche	Atún	Soya
Tortilla	Pan	Papas	Avena
Pastas	Aros	Car Industrializados	Verduras
Frutas	AGUA:	DESINFECCION DE LOS ALIMENTOS:	

V. ECONOMIA FAMILIAR

OCUPACION DEL PROVEEDOR ECONOMICO	ANTIGUEDAD	TIPO
LUGAR DE TRABAJO:	HORARIO:	TEL:
Ingresos Padre	Egresos	Egresos Vestido
Ingresos Madre	Egresos Renta	Egresos Medicamentos
Ingresos Otros	Egresos Luz y Agua	Egresos Recreación
Total de Ingresos:	Egresos	Egresos Ahorros
Egresos Transporte	Otros Egresos	
		Total de Egresos: 1

VI. VIVIENDA

ZONA	TIPO	EN CASO DE OTROS ESPECIFIQUE
------	------	------------------------------

	Nivel	Nombre	No. Historia	No. Expediente
	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	000001
			Cama	Hoja Num. _____

VI. VIVIENDA

No. DE CUARTOS	MAT. CONSTRUCCIÓN PISO	PAREDES	TECHO
CONTROL DE ESCRETAS	COCINA	NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO	DISPOSICION DE BASURA
FRECUENCIA	ANIMALES DOMESTICOS Perros	En caso de otros Especifique (animales)	PRESENCIA DE PLAGAS
En caso de Si Especifique (plagas)	CONTROL	ESPECIFIQUE (CONTROL)	ACCESO A SERVICIOS MEDICOS Centro de Salud
Hosp. General	Otros Servicios Medicos	TIEMPO DE TRASLADO	MOBILIARIO
ESPACIOS QUE CONTAMINEN CERCA DE LA VIVIENDA			

IX PLAN SOCIAL

NOMBRE Y CLAVE TRABAJADORA SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA

"CONTROL DE PACIENTES"

FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

DIAS DE INTERNAMIENTO

REINGRESO

EDAD

SEXO

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE PROCEDENCIA:	MEDICO RESPONSABLE QUE ENVIA:	MEDICO RESPONSABLE QUE RECIBE:
	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
JUSTIFICACION DE INGRESO:		
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA 1 VENTILATORIA	<input type="checkbox"/> ESTABILIDAD 2 HEMODINAMICA	<input type="checkbox"/> PRESERVACION 3 NEUROLOGICA
<input type="checkbox"/> EQUILIBRIO 4 HIDROELECTROLITICO Y ACIDO BASE	<input type="checkbox"/> APOYO 5 NUTRICIONAL	<input type="checkbox"/> OPERADO DE 6 CIRUGIA MAYOR
PROBLEMAS POR RESOLVER EN ORDEN PRIORITARIO:		
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA LEVE MODERADA SEVERA SECUNDARIA A:	<input type="checkbox"/> INESTABILIDAD HEMODINAMICA SECUNDARIA A:	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CEREBRAL SECUNDARIA A:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ALTERACIONES DE LA 6 COAGULACION SECUNDARIA A:	<input type="checkbox"/> ALTERACIONES 7 ELECTROLITICAS	<input type="checkbox"/> ALTERACIONES 8 ACIDO BASICAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> INFECCION 9 LOCALIZADA EN	<input type="checkbox"/> DESNUTRICION 10 AGUDA CRONICA SECUNDARIA A:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M-5-1-03-a

EVOLUCION: PROBLEMAS PRIORITARIOS Y TRATAMIENTO O PLAN DE MANEJO

PRIMER DIA		SEGUNDO DIA	
PROBLEMAS	MANEJO	PROBLEMAS	MANEJO
1. _____ <input type="checkbox"/>	1. _____ <input type="checkbox"/>	1. _____ <input type="checkbox"/>	1. _____ <input type="checkbox"/>
2. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>
3. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>
4. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>
TERCER DIA		CUARTO DIA	
PROBLEMAS	MANEJO	PROBLEMAS	MANEJO
1. _____ <input type="checkbox"/>	1. _____ <input type="checkbox"/>	1. _____ <input type="checkbox"/>	1. _____ <input type="checkbox"/>
2. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>
3. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>
4. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>
COMPLICACIONES DEL MANEJO INTENSIVO		CONDICIONES DE EGRESO	
1. _____ <input type="checkbox"/>		SANO _____ <input type="checkbox"/>	
2. _____ <input type="checkbox"/>		RECUPERADO PARCIALMENTE _____ <input type="checkbox"/>	
3. _____ <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>	
4. _____ <input type="checkbox"/>		RECUPERADO TOTALMENTE _____ <input type="checkbox"/>	
5. _____ <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>	
		ALTA VOLUNTARIA _____ <input type="checkbox"/>	
		IRRECUPERABLE _____ <input type="checkbox"/>	
		DEFUNCION _____ <input type="checkbox"/>	
		AUTOPSIA No. _____ <input type="checkbox"/>	

M-5-1-03-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA
"HOLA DE CUIDADOS INTENSIVOS"

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

INGRESOS

SOLUCIÓN "A" PERMEABILIZADO PARA REPONER:

PERDIDAS CON: _____

SOLUCIÓN "B" BASE

SOLUCIÓN "C" CARCAS PAPAS:

1g	2g	3g

GLUCOSA

FRUCTOSA

SOLUCIÓN "D" MEZCLADOS EN INFUSIÓN CONTINUA:

DEPARTAMENTO DE SERVICIO: _____

SOLUCIÓN "E" ALIMENTACIÓN PARENTERAL:

FORMA INICIO: _____												CAMBIO:	EDAD:	SEXO:	PESO ACTUAL:	SC:	PESO REAL:	TPO:														
HORA	TEMP. MC	TEMP.	F.C.	RESP.	F. NOC.	SAM	PVC	OTROS	PUL. ABDOM.	MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES Y PROCEDIMIENTOS (FIRMAR CADA TIPO)	TIPO	PARENTERALES					ALIMENTACIÓN	LAVADO DE CATETER	ALIMENTOS		TOTAL DE INGRESOS										
													A	B	C	D	E			INICIAL	SEGU	INICIAL	SEGU									
													PERDIDAS	PERDIDAS	PERDIDAS	PERDIDAS	PERDIDAS			TPO	LITROS	INICIAL	TOTAL									
08:00																																
09:00																																
10:00																																
11:00																																
12:00																																
13:00																																
14:00																																
15:00																																
16:00																																
17:00																																
18:00																																
19:00																																
20:00																																
21:00																																
22:00																																
23:00																																
24:00																																
01:00																																
02:00																																
03:00																																
04:00																																
05:00																																
06:00																																
07:00																																

B= BALANCE
D= DUREZA
X Kg a VE

RESPIRADOR
F= FRECUENCIA
AF= ALTA FRECUENCIA
VS= VENTILACION SOPORTE
V= VOLUMEN

VIA AEREA
N= NORMAL
T= TRAQUEOSTOMIA
OC= OXIGENIO CEFALICO
OT= OROTRAQUEAL

TIPO DE VENTILACION
E= ESPONTANEA
CPAP= PRESION POSITIVA CONTINUA
BI= BI-FASICA INTERMITENTE
A= ASISTIDA

C= CONTROLADA
CP= CONTROLADA CON RELAJACION MUSCULAR
PS= PRESION DE SOPORTE
BIPAP= PRESION POSITIVA DE LA VIA AEREA DE DOS NIVELES

H	P	PERDIDAS		DRENAJE GASTRO			FUNCIONES		DIURESIS					RESERVAIONES MEDICAS		ASISTENCIA VENTILATORIA						GASOMETRIA				LABORATORIO			
		TOTALES	PRIM.	SEM	SOL.	ESTELA	TRP	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	
		CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	CL	
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
21																													
22																													
23																													
24																													
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCIÓN MÉDICA

“TRANSFERENCIA INTRAHOSPITALARIA”

EDAD

HORAS		DÍAS		MESES		AÑOS	

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
(DELEGACIÓN, ESTADO O PAÍS)

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO QUE ENVIA: _____ **CAMA:** _____

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE:

DÍA		MES		AÑO			

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ **CLAVE:** _____ **FIRMA:** _____

INGRESO DE:

CONSULTA EXTERNA _____

URGENCIAS _____

OTRA INSTITUCIÓN _____

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: _____

FECHA POSIBLE DE ALTA: _____

MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____ **CLAVE:** _____ **FIRMA:** _____

DEPARTAMENTO Y/ SERVICIO QUE TRANSFIERE AL PACIENTE: _____

HORA EN LA QUE SE REALIZA LA TRANSFERENCIA: _____

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO AL QUE SE TRANSFIERE: _____ **CAMA:** _____

FECHA DE ENVÍO DEL PACIENTE:

DÍA		MES		AÑO			

DIAGNÓSTICO DE BASE

DIAGNÓSTICOS ACTUALES

Basado en SBARS (Situación) B (Antecedentes) A (Evaluación) R (Recomendaciones)

M-0-27 a

ESTADO CLÍNICO ACTUAL

- CAMBIOS EN EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO Y ESTADO ACTUAL

- CAMBIOS AL PLAN DE TRATAMIENTO PREVIOS AL TRASLADO

- CUIDADOS ESPECIALES QUE REQUIERE EL PACIENTE

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

- SIGNOS VITALES
FRECUCENCIA CARDIACA _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ TENSIÓN ARTERIAL _____ TEMPERATURA _____
- ESTADO GENERAL POR APARATOS Y SISTEMAS _____
- ESTADO MENTAL Y DE COMPORTAMIENTO: _____
- ESTADO NUTRICIONAL Y PERCENTILES: _____

TRATAMIENTO ACTUAL:

MEDICAMENTO	POSOLÓGIA (DOSIS)	PERIORICIDAD	VÍA DE ADMINISTRACIÓN

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PENDIENTES Y/O POR RECABAR LOS RESULTADOS: _____

INTERCONSULTAS PENDIENTES: _____

RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS PENDIENTES CON EL PACIENTE: _____

EN CASO DE ALTA ESPECIFIQUE EL MOTIVO: _____

MÉDICO ADSCRITO RESPONSABLE QUE AVALA EL ALTA: _____
CLAVE: _____ FIRMA: _____

EN CASO DE TRANSFERENCIA ESPECIFIQUE EL MOTIVO: _____

MÉDICO ADSCRITO RESPONSABLE QUE AVALA LA TRANSFERENCIA _____
CLAVE: _____ FIRMA: _____

MÉDICO ADSCRITO Y/O ENFERMERA RESPONSABLE DE LA TRANSFERENCIA _____ CLAVE: _____
FIRMA: _____

HORA QUE SE RECIBE LA TRANSFERENCIA _____



Instituto Nacional de Pediatría

Insurgentes Sur 3700-C Col. Insurgentes Cuicuilco Del. Coyoacan C.P. 04630

Tel: 0 84 09 00 Ext: 1152

DIRECCIÓN MÉDICA

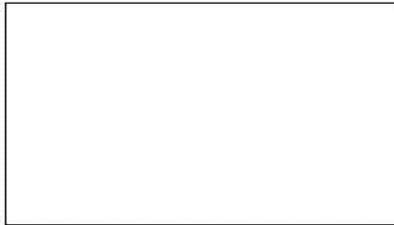
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

"CONTROL DE TIEMPO DE TRASLADO DE SALA DE CHOQUE"

NOMBRE DEL PACIENTE: _____		FECHA: _____
No. DE EXPEDIENTE: _____	SEXO: _____	EDAD: _____
DIAGNÓSTICO: _____		
NOMBRE DEL MEDICO DE URGENCIAS: _____	CLAVE: _____	FIRMA: _____
DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO SOLICITANTE: _____		CAMA No.: _____
SERVICIO AL QUE SE TRASLADA: UTI <input type="checkbox"/>	UCIN <input type="checkbox"/>	CAMA No.: _____
NOMBRE DEL MÉDICO INTERCONSULTANTE: _____	CLAVE: _____	FIRMA: _____
HORA DE INGRESO A LA SALA DE CHOQUE: _____	HORA DE TRASLADO A LA SALA DE CHOQUE: _____	
HORA DE RECEPCIÓN EN UTI O UCIN: _____		
OBSERVACIONES (MOTIVO DEL RETRASO): _____		

M-5-0-01



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

“SOLICITUD DE INTERCONSULTA”

Favor de llenar con máquina o usar letra de molde

Fecha: _____

Urgente

Sí

No

Hora de la solicitud de Interconsulta: _____

Cama: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Departamento y/o Servicio al que solicita la Interconsulta: _____

Departamento y/o Servicio solicitante: _____

Diagnóstico de Base: _____

Motivo de la Interconsulta: _____

Resumen clínico: _____

Nombre completo del Médico Solicitante: _____ Clave: _____

Firma: _____

Hora de recepción al Servicio Interconsultado: _____ Hora en que el Médico del servicio recibió la Interconsulta: _____

Nota: Las Interconsultas urgentes se realizarán dentro de las primeras 2 horas y las no urgentes se realizarán dentro de las primeras 24 horas a partir de la hora de la recepción de la Interconsulta al servicio que la solicita.
La nota de Interconsulta es la evidencia documental de la expedición de su realización en tiempo y forma. Es susceptible de ser realizada por el Comité de Expediente Clínico.

M-0-05



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA
"HISTORIA CLINICA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

PROCEDENCIA: _____

DELEGACION: _____ CODIGO POSTAL: _____

INFORMANTE	MA	PA	AS	OT	FECHA ACTUAL	DIA	MES	AÑO	EDAD ACTUAL	DIA	MES	AÑO

DOMICILIO: _____ SEXO: 1 MASCULINO 2 FEMEMINO

OTROS: _____

INTERROGATORIO

I. MOTIVO DE LA CONSULTA

II. PADECIMIENTO ACTUAL

III. SINTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES

IV. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

M-0-31-a

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	
1.- EMBARAZO Y PARTO	
2.- NEONATO INMEDIATO	PESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GS TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> CM
3.- ALIMENTACION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
4.- MEDICINA PREVENTIVA	
VI. ANTECEDENTES FAMILIARES	

M-0-31-b

EXPLORACION FISICA

I. SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA													
PESO		OR		PERC		TALLA		PERC		CCEFALICA		PERC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PULSO		TENSION ART.				F. RESP.		TEMP.					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II. INSPECCION GENERAL													
III. CABEZA Y CUELLO													
IV. TORAX													
V. ABDOMEN													

M-0-31-e

VI. GENITALES

VII. MUSCULO ESQUELETICO

VIII. PIEL Y ANEXOS

IX. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

X. DIAGNOSTICOS

	□□□□
	□□□□
	□□□□
	□□□□
	□□□□
	□□□□
	□□□□

XI. PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO

ELABORADO POR: _____

<small>NOMBRE</small>	<small>CLAVE</small>	<small>CATEGORIA</small>	<small>FIRMA</small>
-----------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

SUPERVISADO POR: _____

<small>NOMBRE</small>	<small>CLAVE</small>	<small>CATEGORIA</small>	<small>FIRMA</small>
-----------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

M-0-31-d

DATOS DEL PACIENTE

Instituto Nacional de Pediatría
AV. INSURGENTES SUR No. 3700-C. COLONIA INSURGENTES CUERPO C. DELISACION
GOWACON, CP 06300, MEXICO DF
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ESTUDIOS ESPECIALES
SOLICITUD DE EXÁMENES PRIMARIOS

FECHA DE SOLICITUD: _____

SERVICIO: _____ CAMA: _____ EDAD: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICO SOLICITANTE: _____
Nombre, Firma y Clave

PERSONA QUE REALIZÓ TOMA DE MUESTRA: _____
Nombre, Firma y Clave

Para ordenación por el laboratorio:
ID MUESTRA

PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO AL RECIBIR LA MUESTRA

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRA (ESPECIFICAR EL MATERIAL BIOLÓGICO RECIBIDO: SANGRE, ORINA, LÍQUIDO, MATERIALES DIVERSOS)

RESPONSABLE DE AUTORIZAR LA RECEPCIÓN

NOMBRE Y FIRMA

Tipo de muestra:

Sangre Orina

LCR

Otro (especifique): _____

Sito de toma:

Arteria Capilar

Vena

Otro (especifique): _____

Fecha y hora de la toma de muestra: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO SOLICITANTE

QUÍMICA EN SANGRE											
CLAVE LAB.	CODIGO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CODIGO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CODIGO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD
26	50010	GLUCOSA	X	4	50000	ACIDO URICO		23	50010	AMONIO	
25	50034	NITROGENO UREICO		44	50009	CALCIO		15	50195	ALF-FOSFATASA ALFA (H)	
27	50031	CREATININA		10	50157	FOSFORO		16	50036	DH(DEHIDROGENASA LACTICA)	
6	50034	SODIO		11	50157	MAGNESIO		17	50004	AST (ASPARTATO AMINOTRANSFERASA)	
7	50035	POTASIO		45	50016	PROTEINAS TOTALES		18	50043	ALT (ALANINO AMINOTRANSFERASA)	
8	50036	CLORO		46	50030	ALBUMINA		19	50010	GGT (GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA)	
12	50057	CO2 TOTAL (BICARBONATO)		22	50045	TRIGLICERIDOS		20	50022	CK (CREATINA QUINASA)	
60	50030	BILIRRUBINA DIRECTA		5	50011	COLESTEROL		21	50019	AMILASA	
61	50039	BILIRRUBINA TOTAL		13	50009	HDL LDL COLESTEROL		165	50054	LIPIASA	
DROGAS TERAPEUTICAS											
63	50026	ACIDO VALPROICO		66	50039	FENTONIA (FPI)		68	50020	TEOFILINA	
65	50051	FENIBARBITAL		64	50010	CARBAZEPINA		69	50040	VALPROINA	
HEMATOLOGIA Y COAGULACION											
CLAVE LAB.	CODIGO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CODIGO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CODIGO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ENFERMEDADES	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD
100	50020	CIOTOCITINA HEMÁTICA (H)		126	50016	RETIKULOCITOS		115	50036	TIEMPO DE TRAMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA (TTM)	
104	50027	ERITROSEDIMENTACIÓN (SE)		114	50004	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		116	50051	FIBRINOGENO	

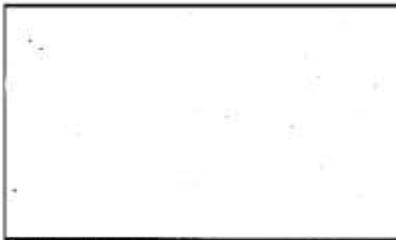
M-3-1-32 a

NEFROLOGIA											
CLAVE LAB.	CLAVE INVENTARIO QUÍMICO REFERENCIAL	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CLAVE INVENTARIO QUÍMICO REFERENCIAL	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CLAVE INVENTARIO QUÍMICO REFERENCIAL	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD
316	500145	EXAMEN GENERAL DE ORINA	X <input type="checkbox"/>	739	500155	GLUCOSA URINARIA		309	500257	BICARBONATO URINARIO	
388	500210	pH URINARIO		353	500154	NITRÓGENO UREICO EN ORINA		310	500096	CALCIO EN ORINA	
312	500008	OSMOLARIDAD URINARIA		304	500133	UREATINA URINARIA		306	500039	ACIDO ÚRICO URINARIO	
314	500009	OSMOLARIDAD SÉRICA		307	500034	SODIO URINARIO		311	500157	FÓSFORO URINARIO	
302	500127	CUENTA MINUTADA		325	500035	POTASIO URINARIO		352	500107	MAGNESIO URINARIO	
74	900010	DENSIDAD URINARIA		322	500036	CLORO URINARIO		326	500217	PROTEÍNAS URINARIAS	
								354	500016	AMILASA URINARIA	

RECOLECCIÓN DE ORINA	DATOS DEL PACIENTE	
<input type="radio"/> AL AZAR <input type="radio"/> 2 HORAS <input type="radio"/> 3 HORAS <input type="radio"/> 12 HORAS <input type="radio"/> 24 HORAS <input type="radio"/> TERMINA CON EGO	Peso: _____ Talla: _____ Volumen: _____ mL Minutos: _____	Tiempo inicial: Fecha y hora _____ Tiempo final: Fecha y hora _____

INMUNOLOGIA ALERGIA											
CLAVE LAB.	CLAVE INVENTARIO QUÍMICO REFERENCIAL	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CLAVE INVENTARIO QUÍMICO REFERENCIAL	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD	CLAVE LAB.	CLAVE INVENTARIO QUÍMICO REFERENCIAL	NOMBRE DEL ESTUDIO	UNIDAD
230	500015	ALFA 1 ANTITRIPSINA		207	500209	IMUNOGLOBULINA G		801	500109	CITOLOGÍA NASAL	
202	500036	ANTIESTREPTOLISINA O (ASO)		240	500209	IMUNOGLOBULINA A		802	500186	IgE TOTAL	
206	500804	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES		239	500211	IMUNOGLOBULINA M		241	500221	REACCIONES FEBRILES	
204	500805	COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH50)		201	500214	PROTEINA C REACTIVA		208	500801	MICROALBUMINA	
205	500826	FRACCIÓN C3 DEL COMPLEMENTO		242	500039	anti ENAG		203	500091	FACTOR REUMATOIDE	
238	500827	FRACCIÓN C4 DEL COMPLEMENTO									

M-3-1-32 b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Insurgentes sur 3700-C Col. Insurgentes Cuicuilco Delg. Coyoacán C.P. 04530
Tel: 10 84 09 00 Ext-1238-1240

Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
División de Radiología e Imagen

" Solicitud de Estudios de Imagen "

Estudios Especiales:	Servicio:	Cama <input type="checkbox"/>	Ext <input type="checkbox"/>	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Subsecuente <input type="checkbox"/>
	Edad <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	Peso <input type="checkbox"/>	Talla <input type="checkbox"/>	Fecha: Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/>
Resumen Clínico:					
Diagnósticos:					
Objetivo Específico de este Examen:					
Residente Responsable _____		Tel _____		Adscrito Responsable _____	
				Tel _____	

- 40020: Cabeza y cara**
- 400201 Arl. temporomandibulares
 - 400202 Macho facial. 2 placas
 - 400203 Mandibular AP y oblicua
 - 400204 Perfilograma y waters
 - 400205 Senos paranasales
 - 400210 Cráneo 1 posición
 - 400211 Cráneo 2 posiciones (AP Y LAT)
 - 400212 Cráneo 3 posiciones (AP, LAT Y TOWNE)
 - 400213 Huesos propios nasales 1 proyección
 - 400214 Huesos propios nasales 2 proyecciones
 - 400216 Mastoides bilateral 3 posiciones
 - 400218 Mandibular bilateral 2 posiciones
 - 400217 Perfilograma
 - 400218 Órbitas
 - 400220 Cefalometría
 - 400221 Silla Turca
 - 400222 Ortopantomografía
 - 400225 Waters

- 40040: Cuello**
- 400401 Rx. Adenoides (lateral de cuello)
 - 400404 Cuello AP y lateral
- 40050: Tórax**
- 400501 Tórax 2 posiciones
 - 400506 Tórax PA
 - 400508 Movilidad diafragmática
 - 400507 Tiempo de fluoroscopia
 - 400508 Estemón 2 posiciones
- 40060: Abdomen**
- 400101 Colangiografía intravenosa
 - 400102 Colestografía oral
 - 400103 Colon por enema
 - 400104 Colon por enema doble contraste
 - 400105 Esofagograma
 - 400106 Mecánica de la deglución (faringograma, esofagograma)
 - 400107 Serie esófago gastroduodenal
 - 400108 Tránsito intestinal
 - 400109 Colangiografía por sonda T
 - 400110 Serie esófago gastroduodenal y tránsito intest.

- 400111 Derivograma
 - 400112 Radiografía simple de abdomen (1P)
 - 400113 Radiografías simples de abdomen de pie y decúbito
 - 400114 Radiografías de abdomen AP y lateral
 - 400115 Radiografía tangencial de abdomen
 - 400116 Radiografía Tóracoabdominal (1P)
 - 400117 Colocrama distal
 - 400118 Fistulografía
 - 400119 Genitograma
- 40030: Columna**
- 400301 Columna cervical boca abierta
 - 400302 Columna cervical AP, lateral y oblicuas (4P)
 - 400303 Columna cervical AP, lateral oblicuas, dinámicas (5 P)
 - 400304 Columna dorsal en AP
 - 400305 Columna dorsal AP y lateral
 - 400306 Columna sacra
 - 400307 Columna sacra AP y lateral
 - 400308 Columna cervical AP y lateral
 - 400309 Columna cervical 1 proyección
 - 400310 Columna dorsal 1 placa

- 400311 Columna lumbar 1 proyección
- 400312 Columna lumbar AP y lateral
- 400313 Columna lumbar AP, lateral y oblicuas
- 400314 Columna lumbar AP, lateral y dinámicas
- 400315 Columna lumbar AP, lateral, oblicuas y dinámicas
- 400316 Radiografía panorámica de columna 14 X 36 1P
- 400317 Radiografías panorámicas de columna AP y lateral 14 X 36
- 400318 Columna dorso lumbar AP y lateral
- 400320 Columna lumbosacra AP y lateral
- 400900 Pelve**
- 400901 Cadera 2 posiciones
- 400902 Cadera 1 posición
- 400600 Extremidades**
- 400601 RX antebrazo AP y lateral
- 400602 Brazo AP y lateral
- 400603 Codo 2 posiciones AP y lateral
- 400605 Hombro AP
- 400606 Mano 2 posiciones
- 400607 Mano comparativa 2 posiciones
- 400608 Fémur 2 posiciones
- 400610 Muñeca comparativa 2 posiciones
- 400611 Pie 2 posiciones
- 400612 Pierna AP y lateral
- 400613 Pie comparativo 1 posición
- 400614 Pie comparativo 2 posiciones
- 400615 Rodilla AP y lateral
- 400616 Rodilla comparativa
- 400670 Tangencial de rodillas
- 400617 Tobillo 2 posiciones
- 400623 Hombro 1 posición
- 400624 Hombro 2 posiciones
- 400625 Hombro comparativo 1 posición
- 400626 Hombro comparativo 2 posiciones
- 400618 Clavícula comparativa 1 posición
- 400631 Rx antebrazo 1 posición
- 400632 Rx antebrazo comparativo 1 posición
- 400633 Rx antebrazo comparativo 2 posiciones
- 400634 Brazo 1 posición
- 400635 Brazo comparativo 1 posición
- 400636 Brazo comparativo 2 posiciones
- 400637 Articulación coxofemoral 2 posiciones
- 400638 Articulación coxofemoral 1 posición
- 400639 Articulación coxofemoral comparativa 1 proyección
- 400640 Articulación coxofemoral comparativa 2 posiciones

- 400641 Articulación sacroilíaca 1 posición
- 400642 Articulación sacroilíaca 2 posiciones
- 400643 Calcáneo bilateral 1 posición
- 400644 Calcáneo bilateral 2 posiciones
- 400645 Codo 1 posición
- 400646 Codo comparativo 1 posición
- 400647 Codo comparativo 2 posiciones
- 400648 Fémur 1 posición
- 400649 Fémur comparativo 2 posiciones
- 400650 Fémur comparativo 1 posición
- 400668 Tibia 1 posición
- 400669 Tibia 2 posiciones
- 400651 Húmero 1 posición
- 400652 Húmero AP y lateral
- 400653 Húmero comparativo 1 posición
- 400654 Húmero comparativo 2 posiciones
- 400655 Mano comparativa 1 posición
- 400656 Radiografía microrotos inferiores
- 400658 Muñeca comparativa 1 posición
- 400659 Tobillo 1 posición
- 400660 Tobillo comparativo 1 posición
- 400661 Tobillos comparativos 2 posiciones
- 400662 Serie deosa metatarsal
- 400663 Huesos largos
- 400664 Edad deosa 1 placa
- 400665 Edad deosa 2 placas
- 400666 Articulaciones (tobillo, codo, muñeca y rodilla)
- 400667 Serie deosa de genérica

- 401000 Tomografía Lineal**
- 401004 Tomografía lineal columna (cada región) *
- 401005 Tomografía lineal 1 segmento *
- 401007 Renal simple (lineal) *

- 409000 Tomografía Computarizada**
- 409001 Tomografía computarizada simple y contrastada de silla turca *
- 409002 Tomografía computada de cráneo simple *
- 409003 Tomografía computada de cráneo con contraste *
- 409004 Tomografía Axial computarizada simple (cada una de las regiones del cuerpo) *
- 409005 Tomografía axial computarizada contrastada de cada una de las regiones del cuerpo *
- 409006 Angiotomografía axial computarizada de cada una de las regiones del cuerpo *

- 403000 Ultrasonidos**
- 403001 Ultrasonido 2 regiones
- 403002 Ultrasonido 1 región
- 403003 Ultrasonido Doppler

- 404000 Urología**
- 404001 Cistografía retrógrada *
- 404002 Cistouretrografía *
- 404003 Urografía excretora *
- 404004 Pielografía descendente *
- 404005 Urografía *

- 405000 Estudios Especiales**
- 405001 Arteriografía mesentérica superior *
- 405002 Arteriografía carótida cada una *
- 405004 Arteriografía de extremidades cada una *
- 405005 Arteriografía renal cada una *
- 405006 Arteriografía vertebral *
- 405008 Cavografía *
- 405009 Esplenografía *
- 405010 Fibrografía cada una *
- 405012 Peneirografía cerebral *
- 405013 Salivografía *
- 405022 Arteriografía pulmonar *
- 405023 Arteriografía mesentérica inferior *
- 405024 Arteriografía tronco celíaco *
- 405025 Embolizaciones vasculares *
- 405026 Biopsias guiadas por ultrasonido *
- 405027 Biopsias guiadas por tomografía computada *
- 405028 Escleroterapia percutánea *

- 406000 Resonancias Magnéticas**
- 407001 Cráneo, Silla Turca, Oídos, Órbitas, *
Estudios Neurológicos
- 407002 Nariz Facial *
- 407003 Cuello *
- 407004 Columna 1 región *
- 407005 Columna 2 regiones *
- 407006 Columna 3 regiones Tórax, Mediastino *
- 407007 Abdomen *
- 407008 Músculo esquelético 1 región *
- 407009 Músculo esquelético 2 regiones *
- 407010 Músculo esquelético 3 regiones *
- 407011 Colangiorensonancia *
- 407012 Corazón, grandes vasos *
- 407013 Angiorensonancia por región *

- 408000 Estudios Densitométricos**
- 408001 Densitometría 1 región
- 408002 Densitometría 2 regiones

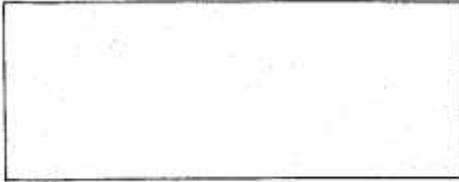
NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO

58	870	10/12	11/14	14/14	14/17	CD	Memoria
<input type="checkbox"/>							

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RADIÓLOGO

* Estudios que necesitan consentimiento informado.
 Se me ha informado del estudio que le realizarán a mi paciente y Yo _____ Padre () Madre () Tutor () del menor
 Autorizo al personal médico y paramédico del IN.P. a realizar el estudio de RX, T.C, U.S. o especializado que solicita su médico tratante, conciente de los riesgos del mismo (anestesia, alergias al medio de contraste, procedimiento invasivos). Fecha _____

Firma _____
 Rev 1



Instituto Nacional de Pediatría

Ordenes médicas

DEPENDENCIA _____

CAMA _____ SERVICIO _____

No. HOJA _____

Fecha y hora	Nombre Medicamento o indicación	VIA 1) Vni. 2) I. Mus. 3) Ora. 4) Rectal 5) Oíca	Dosis	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación

(De uso sólo en Hospitalización)

M-0-25 a



Fecha y hora	Nombre Medicamento o Indicación	VIA 1) Ven. 2) I. Mus. 3) Oral 4) Rectal 5) Otros	Dosis	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación

M-0-25 b

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S): _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Insurgentes Sur No. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Delegación Coyoacán, C.P. 04530, México D.F.
Tel. (55) 1084-0900



RECETA MÉDICA

FECHA: _____ HORA: _____ EXT. _____

DIAGNÓSTICO: _____ TÍTULO EXPEDIDO POR: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. EMPLEADO: _____
ESPECIALIDAD: _____ CED. PROFESIONAL: _____

RX

1

2

3

4

_____ FIRMA

SELLO INSTITUCIONAL

Rev. 2

M-0-23

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S): _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Insurgentes Sur No. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Delegación Coyoacán, C.P. 04530, México D.F.
Tel. (55) 1084-0900



RECETA MÉDICA

FECHA: _____ HORA: _____ EXT. _____

DIAGNÓSTICO: _____ TÍTULO EXPEDIDO POR: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. EMPLEADO: _____
ESPECIALIDAD: _____ CED. PROFESIONAL: _____

RX

1

2

3

4

_____ FIRMA

SELLO INSTITUCIONAL

Rev. 2

M-0-23



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA
SISTEMA DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA
"HOJA DE TRANSFERENCIA"

DATOS GENERALES:	
FECHA: _____	CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: _____ FOLIO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	
NOMBRE DEL FAMILIAR O INFORMANTE: _____	
PARENTESCO: _____	
DERECHOHABIENTE DE: _____	I.M.S.S. _____ I.S.S.S.T.E. _____ OTRO _____ NINGUNO _____
UNIDAD MEDICA A LA QUE SE ENVIA: _____	
DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	
UNIDAD MEDICA QUE REALIZA LA TRANSFERENCIA: _____	
DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	
DATOS CLINICOS: FC _____ FR _____ T. _____ PESO _____ TALLA _____	
MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA: _____	
RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO: _____	

EXPLORACION FISICA: _____	

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____	

TRATAMIENTO ESTABLECIDO: _____	

RECOMENDACIONES: _____	

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFERENCIA: _____	
CLAVE: _____	FIRMA: _____
NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA: _____	
CLAVE: _____	FIRMA: _____

M-0-29-a

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE: _____

RESUMEN DE LA VALORACION DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE REALIZA LA VALORACION: _____

CLAVE: _____ **FIRMA:** _____

M-0-29-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA

"HOJA DE EGRESO HOSPITALARIO"

EDAD CUMPLIDA: <input type="checkbox"/> HORAS (en menores de 24 hrs.) <input type="checkbox"/> DIAS (en menores de 30 días) <input type="checkbox"/> MESES (en menores de 1 año) <input type="checkbox"/> AÑOS (en mayores de 1 año)		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N.E. <input type="checkbox"/>	DERECHOHABIENTE: IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/>	RESIDENCIA HABITUAL: LOCALIDAD 3 _____ DELEGACION 0 _____ MUNICIPIO 2 _____ ENTIDAD 1 _____ C.U.R.P. _____
DATOS DE LA ESTANCIA INGRESO _____ EGRESO _____ DIAS ESTANCIA _____	DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____ CAMA: NORMAL <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/>	PROCEDENCIA: CONSUL. EXT. <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	MOTIVO DE EGRESO: CURACION <input type="checkbox"/> A OTRO HOSP <input type="checkbox"/> MEJORIA <input type="checkbox"/> DEFUNCION <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> OTRO MOTIVO <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DE LA ATENCION (DIAGNOSTICOS FINALES AL EGRESO) AFECION PRINCIPAL _____ SEGUNDO _____ TERCERO _____			CODIGO C.I.E. _____ _____ _____	
DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O TERAPEUTICOS		TIPO DE ANESTESIA	QUIROFANO EN <input type="checkbox"/> FUERA <input type="checkbox"/>	CODIGO C.I.E. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<small>ANESTESIA: 1. GENERAL, 2. REGIONAL, 3. SEDACION, 4. LOCAL, 5. COMBINADA, 6. NO USO.</small>			INFECCION INTRAHOSPITALARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DEFUNCION (FUENTE CERTIFICADO DE DEFUNCION)		FOLIO DEL CERTIFICADO _____		
CAUSA DE LA DEFUNCION (TRANSCRIPCION EXACTA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION)		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	CODIGO C.I.E.	
I a) _____ b) Devido a (o como consecuencia de) _____ c) Devido a (o como consecuencia de) _____ d) Devido a (o como consecuencia de) _____			_____ _____ _____	
II _____			_____ _____	
TRAUMATISMOS O ENVENENAMIENTOS			DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACION, CIRCUNSTANCIA O MOTIVO QUE DIERON _____ _____ _____	
TIPO ACCIDENTAL <input type="checkbox"/> INTENCIONAL: VIOLENCIA INTRAFAMIL. <input type="checkbox"/> INTENCIONAL: OTRA VIOLENCIA <input type="checkbox"/> AUTOINFLIGIDO <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/>	LUGAR DONDE OCURRIO HOGAR <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> RECREACION Y DEPOR. <input type="checkbox"/> VIA PUBLICA: (TRANSPORTE PUBLICO) <input type="checkbox"/>	AUTOMOVIL PARTICULAR <input type="checkbox"/> PEATON <input type="checkbox"/> CLUB, CANTINA, BAR <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		

M-0-28-a

RESUMEN DEL CASO:	
RECOMENDACIONES:	
NOMBRE Y CLAVE DEL MEDICO TRATANTE:	FECHA DE ELABORACION: _____
FIRMA: _____	ELABORO: NOMBRE Y CLAVE DEL MEDICO:
FIRMA: _____	FIRMA: _____

M-0-28-b

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCION MEDICA
 **SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERIA**
AVISO DE DEFUNCIÓN

DIAGNOSTICO: _____

SERVICIO DE RELACIONES HOSPITALARIAS
P R E S E N T E .

EL MENOR ARRIBA MENCIONADO, FALLECIO A LAS _____ HRS. DEL DIA _____

EN LA CAMA _____ DEL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE _____

FECHA DEL REPORTE _____ HORA _____ PESO _____ TALLA _____

ENFERMERA ENCARGADA DEL SERVICIO:

NOMBRE: _____ **CLAVE:** _____ **FIRMA:** _____

ORIGINAL: Servicio de Relaciones Hospitalarias.

COPIA: Departamento de Archivo Clínico.

NOTA: Este aviso deberá entregarse durante los primeros 15 minutos del deceso.

Rev. 1

M-0-1-01

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCION MEDICA
 **SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERIA**
AVISO DE DEFUNCIÓN

DIAGNOSTICO: _____

SERVICIO DE RELACIONES HOSPITALARIAS
P R E S E N T E .

EL MENOR ARRIBA MENCIONADO, FALLECIO A LAS _____ HRS. DEL DIA _____

EN LA CAMA _____ DEL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE _____

FECHA DEL REPORTE _____ HORA _____ PESO _____ TALLA _____

ENFERMERA ENCARGADA DEL SERVICIO:

NOMBRE: _____ **CLAVE:** _____ **FIRMA:** _____

ORIGINAL: Servicio de Relaciones Hospitalarias.

COPIA: Departamento de Archivo Clínico.

NOTA: Este aviso deberá entregarse durante los primeros 15 minutos del deceso.

Rev. 1

M-0-1-01



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"AVISO DE ALTA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

CAMA: _____ EDAD: _____

FECHA DE INGRESO: _____ HORA: _____

FECHA DE ALTA: _____ HORA: _____

ENFERMERA
JEFE DE SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA

M-0-1-02

ALTA VOLUNTARIA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
Presente.

Con fecha hospitalizamos a
..... expediente
clínico número en el servicio de
cama de este INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA, en razón de padecer:

Por este medio me permito, con apoyo en lo previsto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, solicitar **EGRESO VOLUNTARIO AUN EN CONTRA DE LA RECOMENDACION MEDICA, Y APERCIBIDO DEL RIESGO PARA EL PACIENTE**, toda vez que pretendo continúe su atención médica en:

En tal virtud, de conformidad con el precepto señalando, relevo de toda responsabilidad a este INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA y a su personal.

PROTESTO LO NECESARIO

México, D. F., a de de .

Firma:

Nombre:

Parentesco:

Domicilio:

Identificación:

MEDICO RESPONSABLE

Firma:
Nombre:
Domicilio:
Identificación:

TESTIGO

Nombre:
Parentesco:
Domicilio:
Identificación:

TESTIGO

Nombre:
Parentesco:
Domicilio:
Identificación:

RECOMENDACIONES

.....
.....
.....
.....

Dr.....

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

2014



Instituto
Nacional
de Pediatría

CONTENIDO

DIRECTORIO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

INSTITUCIONES DE 3ER. NIVEL DE ATENCION.

INSTITUCIONES DE 2º. NIVEL DE ATENCION

CLINICAS HOSPITALES DE ZONA Y SUBDELEGACIONES I.M.S.S.

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL

OTRAS DE APOYO SOCIAL.

*ANEXO.
DIRECTORIO DE HOSPITALES Y CENTRO DE SALUD DEL GOBIERNO
DEL DISTRITO FEDERAL.*

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
RELACION DE PERSONAL Y SERVICIOS 2014

SERVICIO	RESPONDABLE	EXTENSION
JEFATURA DE TS	LIC. SOCORRO NIGO GONZALEZ	1210-1212
P.B URGENCIAS	LIC. MIREYA ZAMORATE	1210-1212
PRE-HOSPITALIZACION	GLORIA MA. MORALES GONZALEZ	1150
HOSPITALIZACION	ANA MA. FLORES CHAVEZ	1150
	ELIA LOZADA PEREZ	VESPERTINO
	B.CITLALI VAZQUEZ /LORENA GONZALEZ	NOCTURNO
	JOSEFINA MARTINEZ /VERONICA SORIANO	HOR.ESPECIAL
	VERONICA SORIANO/JOSEFINA MARTINEZ	HOR.VARIABLE
BANCO DE SANGRE	GABRIELA FLORES CORREA	1896
P.P. CONSULTA EXTERNA	LIC. SILVIA RAMIREZ R.	
REFERENCIAS,FONIATRIA,AUDIOLOGIA, FOLIOS S.MENTAL.	ANA MA. DORANTES	1687
APERTURA DE EXP. Y ENDOCRINOLOGIA	ANA CERVANTES ANGELES	1686
APERTURA DE EXP. GENETICA DE LA NUTRICION, DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	BETY ORTIZ	1685
APERTURA DE EXP. Y ALERGIA	MA. DE LOS ANGELES SORIANO	1684
REHABILITACION	MONICA ANGULO JIMENEZ	1132
P.B C/E SUB-ESPECIALIDADES		
CX.PLASTICA, CX.GRAL, UROLOGIA,M.INT. Y GASTRONUTRICION	ARMINDA CASIMIRO VICTORIA	1210-1212
TAMO	JULIA G.VAZQUEZ MERCADO	1210-1212
ORTOPEDIA, NEUROLOGIA, OFTAMOLOG.	ERIKA AGUILAR PEREZ	1210-1212
INMUNO, HEMATO Y ONCO.	SUSANA CONDE MORALES	1210-1212
1er. PISO	TMS.JOSEFINA LUCERO C.	1199
NEFRO. Hosp.Cons.Ext.Clinic.transp.renales	BARBARA CEJA HDEZ.	1261
NEUROLOGIA	JANET AVENDAÑO CISNEROS	1478
NEUROCIRUGIA	ADRIANA VILLA GOMEZ	1263
CAINM	ELIZABETH TREJO CALVA	1210-1212
2do. PISO	LIC. SILVIA GODINEZ V.	1199
ORTOPEDIA Y CX.PLASTICA	PATRICIA FLORES VICTORIA	1532
NEUMO(Hosp. Y Cons.Ext.)CX. ONCO	SOLEDAD ROMERO PEREZ	1296
CIRUGIA GENERAL y UROLOGIA	ARACELI SUAREZ	1298
CIRUGIA GENERAL	MA. ELENA ESPARZA	1298
U T I	MARTHA OCEGUERA	1532
CARDIO. (Hosp. , C.E.) y O.R.L.(Clinica de Imp.Coctlear)	CLAUDIA POSADAS MTZ.	1296
3er. PISO	LIC. ALICIA CAMPOS HDEZ.	1210-1212
ONCOLOGIA	MONY CRUZ Y MARY VELASCO	1348
HEMATOLOGIA Y CLINICA HEMOFILIA	MIREYA ZAMORATE	1347
INMUNOLOGIA Y PENSIONADOS	XOCHITL FERNANDEZ GRO.	1347
NEONATOLOGIA	PATRICIA LARA	1479

4° PISO	MTRA.CLAUDIA CASTILLO	1210-1212
INFECTO-I	FRANCISCA RUIZ ESTRADA	1888
INFECTO- II, MED. INT.	VERONICA GARCIA OSORIO	1522
INFECTO- III	LOURDES RAMIRZ GACIA	1371
INFECTO- IV	GEORGINA MARTINEZ HDEZ.	1371
GASTRONUTRICION	MA.TERESA ROLDAN	1522
CLINICA DE VIH (Hosp, C/E)	ROSALBA VAZQUEZ RAMIREZ	1518
ENSEÑANZA E INVESTIGACION, PERS.ADMVO. Y PERS.NVO.ING. Y POSGRADO	LIC. ALEJANDRA SOTO RAMOS	1210-1212
PERSONAL ROTATORIO	TMS.JOSEFINA LUCERO C.	1199
CAROLINA SANCHEZ JAIMES		
GABRIELA DE LA FUENTE GARCIA		
INTERINO		
MAYRA MARTINEZ VILLA		
CLAUDIA ZAMBRANO BELTRAN		

DIRECTORIO PARA REFERENCIA DE PACIENTES DENTRO DEL D.F. Y ZONA CONURBADA

3er. NIVEL

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

DR. MARQUEZ No. 162
COL. DOCTORES C.P. 06720
DELEGACION CUAHTEMOC
TEL. 52-28-99-17
EXT. 1432-1439
EXT. 1414 T.S. ARACELI FLORES
EXT. NCX. 9160
EXT. 1088 ó 1089 DIRECCION
RESONANCIA MAG. 55-88-95-23

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

JUAN BADIANO No. 1
COL. SECC. XVI ENTRE PERIFÉRICO Y VIADUCTO TLALPAN
C.P. 14080 DELEG. TLALPAN
TEL. 55-73-29-11
URGENCIAS
EXT. 1260 / 1336
LAB. URG. 1256

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CALZ. DE TLALPAN No. 4520 SECC. XVI
COL. TORIELLO GUERRA
C.P. 14050 DELEG. TLALPAN
TEL. 56-66-60-23/45-39
URGENCIAS EXT. 6
54-87-17-00
EXT. NEUMOPED 5077
EXT. PED. 5330

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION

AV. SAN BUENAVENTURA Y VIADUCTO TLALPAN
COL. TORIELLO GUERRA
C.P. 14050 DELEG. TLALPAN
DIRECTOR MEDICO DR. GULLERMO GARCIA
TEL. 54-87-09-00 / 55-73-12-00/11-05
EXT. 2166 – 2113
EXT. 2218 RESONANCIA MAGNETICA

HOSPITAL LOPEZ MATEOS (ISSSTE)

AV. UNIVERSIDAD No. 1321
ESQ. RIO CHURUBUSCO
COL. FLORIDA
DELEG. COYOACAN
TEL. 53-22-23-00 / 11
53-22-26-00

53-22-23-29 Sub. médica
EXT. DIRECCION MEDICA 89040
URG. PEDIATRICA 89321

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA

INSURGENTES SUR No. 3877
COL. LA FAMA
DELEG. TLALPAN
TEL. 56-06-38-22/42-45

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

AV. SN. FERNANDO No. 22
COL. TORIELLO GUERRA
C.P. 14050
DELEG. TLALPAN
TEL. 56-28-04-00 / 56-55-47-66
EXT. 89003/89010 – L.M.

INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia

TEL. 55-99-10-00

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

MONTES URALES No. 800 ESQ. VOSCO
COL. LOMAS VIRREYES
C.P. 11000
DELEG. MIGUEL HIDALGO
TEL. 55-20-99-00

HOSPITAL NAVAL MILITAR

BLD. ADOLFO LOPEZ MATEOS No. 230
COL. PROGRESO TIZAPAN, SAN ANGEL
INN DELEG. ALVARO OBREGON
TEL. 55-50-61-00
SERVICIO: NEUROCIRUGIA, CIR. GRAL.
ETC. (NO NEUROLOGIA)
T.S. MAESTRA MARTE Y CAPITAN IRMA

HOSPITAL CENTRAL NORTE DE CONS. NAC. (PEMEX)

CAMPOS MATILLAS No. 52 ENTRE CAMPO VERDE Y FORTUNA NAC.
COL. ANTONIO AZCAPOTZALCO
C.P. 02420
TEL. 56-45-16-84

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

AV. INSURGENTES POLITECNICO NACIONAL No. 5160
COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS
TEL. 57-47-75-60 AL 69

HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO
PLAZA SAN PABLO No.13
(ENTRE JESUS MA. Y FRAY SERVANDO)
TEL. T.S. 55-42-91-51
URGENCIAS 55-42-00-81/55-22-51-68

HOSPITAL HOMEOPATICO
CALLE CHIMALPOPOCA No. 135
COL. OBRERA
TEL 55-88-44-26/29

HOSPITAL DERMATOLOGICO
DR. JOSE MA. VERTIZ No. 464
COL. BUENOS AIRES
DELEG. CUAHTEMOC

HOSPITAL GABRIEL MANCERA IMSS
AV. GABRIEL MANCERA No. 222
COL. DEL VALLE
DRA. HUICOCHÉ
TEL. 56-39-21-20/58-22
EXT. 1131 URGENCIAS

HOSPITAL CENTRAL MILITAR
TEL. 55-57-31-00

**HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA
ISSSTE**
TEL. 58-94-90-87 / 58-94-43-35
EXT. 31309 ASISTENTE DE LA DIRECCION
EXT. 31411 URGENCIAS
EXT. 31415 T.S.

**HOSPITAL GENERAL ZONA GRAL.
IGNACIO ZARAGOZA**
TEL. 57-44-22-63
ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN

HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" (ISSSTE)
TEL. 52-00-50-03
EXT. 14206 / 14140 ASIS. DE LA DIRECCION
EXT. 14289 JEFA DE NCX. DRA. MORELL
EXT. 14290 DR. VALDEZ CIRUJANO
PEDIATRICO NCX.

HOSPITAL "DARIO FERNANDEZ "
CONM. 55-93-53-00
55-93-56-44 EXT.165 DIRECCION MÉDICA
DR. PABLO VALLE MOCTEZUMA
56-51-81-64 DR. PEÑA ASIST. DE DIRECCIÓN

2do. NIVEL**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

DR. BALMIS No. 148
 COL. DOCTORES
 DELEG. CUAUHTEMOC
 C.P. 06720
 TEL. 57-61-37-75 / 55-88-01-00
 27-89-20-00

EXT. 1405 URG. PEDIATRIA
 1306 URG. ADULTOS
 1406 C. GENERAL
 1190 Y 1191 SUBDIRECCION
 (RESONANCIA MAGNETICA)

**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

CALZ. DE TLALPAN No. 4800
 COL. TORIELLO GUERRA
 DELEG. TLALPAN C.P. 14050
 TEL. 56-65-35-11
 DIR. ADMISION 55-28-05-00
 EXT. 159 URG.
 127 PEDIATRIA

HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

AV. ERMITA IZTAPALAPA No. 3018
 COL. CITLALI
 DELEG. IZTAPALAPA
 C.P. 09660
 SERVICIO: URGENCIAS, CIRG. GRAL,
 TRAUMATOLOGIA, ORTOPIEDIA, GINECO,
 ODONTOLOGIA, OFTALMOLOGIA,
 GASTRO, PSICOLOGIA, DERMATOLOGIA
 TEL. 54-29-33-35/32-10/29-60 (T.S.)

HOSPITAL GENERAL**"DR. GREGORIO SALAS"**

DEL CARMEN No. 42
 COL. CENTRO
 DELEG. CUAUHTEMOC
 C.P. 03220
 SERVICIO: CIRUGIA GENERAL,
 GINECOLOGIA, MED. INTERNA CUNERO
 DE TRANSICION
 TEL. 57-02-03-58

HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE DEL ISSSTE

FELIX CUEVAS No.340
 COL. DEL VALLE
 DELEG. BENITO JUAREZ
 C.P. 03100
 TEL. 55-75-70-22 / 52-00-52-08
 T.S. 55-59-59-73
 DR. JULIO DE LA ROCHA 55-59-50-75
 ASIS. DE LA DIR. 5200-8412

CENTRO MEDICO LA RAZA (IMSS)

CALZ. VALLEJO Y JACARANDAS
 FRACC. INDUSTRIAL VALLEJO
 DELEG. AZCAPOTZALCO
 C.P. 02300
 TEL. 57-82-01-29 / 57-24-59-00
 SUBDIRECCION EXT. 23303/23362

**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(IMSS)**

AV. CUAUHTEMOC No. 330
 COL. DOCTORES
 DELEG. CUAUHTEMOC
 C.P. 06720
 CONM. 55-78-40-75
 TEL. 56-27-69-00
 EXT. 22483 PEDIATRIA
 EXT. 22252 / 22317 ADMISION

**HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD (PEMEX)**

PERIFERICO SUR No. 4091
 COL. FUENTES DEL PEDEGRAL
 DELEG. TLALPAN
 C.P. 14140
 TEL. 55-22-25-00

HOSPITAL CENTRAL MILITAR

BLV. AVILA CAMACHO Y AV. INDUSTRIA
 MILITAR
 COL. LOMAS DE SOTELO
 C.P. 11600
 DELEG. MIGUEL HIDALGO
 TEL. 55-57-31-00/49-00

GINECO-OBSTETRICIA No. 4

ANEXO CLINICA 8
 RIO MAGDALENA 289
 COL. ATIZAPAN SAN ANGEL
 TEL. 55-50-64-22

CLINICA No. 7

CALZ. TLALPAN No. 4220
 COL. HUIPULCO
 DELEG. TLALPAN
 TEL. 55-73-22-11

CLINICA No. 8

RIO MAGDALENA NO. 289
 COL. TIZAPAN SAN ANGEL
 TEL. 55-50-64-22/60-60
 56-16-27-89
 EXT. 28159 T.S.
 28160 ADMISION
 28155 URG. PED.
 ATENCION AL DERECHOHABIENTE
 55-50-64-22 EXT. 28274

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
 AV. REVOLUCION Y CALLE 7
 COL. SN PEDRO DE LOS PINOS
 TEL. 55-15-59-80 / 52-77-00-77

CLINICA No. 12
 PLAZA DE LOS HEROES S/N
 U.H. SANTA FE
 TEL. 55-15-15-26/48-02

CLINICA No. 15
 CALZ. ERMITA IZTAPALAPA No.411
 COL. PRADO CHURUBUSCO
 TEL. 56-70-52-88/50-97

CLINICA No. 19
 PRESIDENTE CARRANZA No. 100
 COL. DEL CARMEN
 TEL. 55-54-65-66/64-55

UNIDAD MEDICA FAM. Y H.GZ No. 26
 CHILPANCINGO No. 56
 COL. HIPODROMO CONDESA
 TEL. 52-86-82-01/80-24/89-04/80-00
 EXT. URG. 211
 SUBDIRECCION MEDICA 5286-8150

CLINICA No. 44
 TEL. 57-54-87-77

CLINICA No. 160
 TEL. 54-26-43-69

CLINICA IMSS No. 35
 TEL. 57-00-80-40

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
 GABRIEL MANCERA No. 800
 SN. BORJA S/N
 COL. DEL VALLE CENTRO
 TEL.5559-6011/6310/6100
 TEL. 56-39-58-22
 EXT. 20604 SUBDIRECCION
 EXT. 20810 PEDIATRIA

GRAL. DE ZONA No. 32
 CALZ. DEL HUESO S/N
 ESQ. DIVISION DEL NORTE
 COL. VILLA COAPA
 TEL. 56-77-85-99
 EXT. 28409 / 28420 URGENCIAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 39
 XOCHICALCO NO. 27
 COL. PIEDAD NARVARTE
 TELS. 55-30-94-59 / 55-38-28-20

CLINICA No. 46
 CALZ. TLALPAN No. 2655
 COL. XOTEPINGO
 TEL. 56-10-11-86 / 56-17-91-57

CENTRO MEDICO LA RAZA
 VALLEJO Y JACARANDAS
 FRACC. INDUSTRIAL VALLEJO
 TEL. 57-82-01-29/10-88/59-00

**HOSP. GRAL. TRAUMATOLOGIA
 MAGDALENA DE LAS SALINAS**
 ESQ. INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
 ESQ. COLECTOR No. 15
 COL. MAGDALENAS DE LAS SALINAS
 TEL. 57-54-69-22/35-07/35-00

CLINICA No. 30 IMSS
 TEL. 56-50-20-55/22-57
 EXT. 25572

HOSPITAL DE ZONA No. 27
 TLATELOLCO
 TEL. 55-97-63-00

**HOSPITAL No. 194 IMSS GUSTAVO BAZ
 PRADA**
 CALLE GUSTAVO BAZ PRADA No. 26 Y 28
 CENTRO NAUCALPAN DE JUAREZ
 EDO. DE MEXICO
 TEL. 53-59-32-45/05/30-11/32-05

CLINICA No. 22
 TEL. 52-41-02-45

CLINICA No. 24
 TEL. 57-47-35-00

**INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
 "CONDE DE VALENCIA"**
 CHIMALPOPOCA No. 14
 COL. CENTRO
 TEL. 55-88-46-44/00

**ASOCIACION MEXICANA PARA EVITAR LA
CEGUERA EN MEXICO**
VICENTE GARCIA TORRES No. 46
CO. SAN LUCAS
DELEG. COYOACAN
TEL. 10-84-14-00

**HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
LUZ**
EZEQUIEL MONTES No. 135
COL. TABACALERA
TEL. 55-49-20-81 / 55-46-00-93

INSTITUTO ESTATAL DE CANCEROLOGIA
AV. RUIZ COSTINEZ No. 128 LETRA A
COL. ALTO PROGRESO
C.P. 39570
ACAPULCO GRO.
TEL. 01-74-86-98-09

ZARAGOZA ISSSTE
TEL. 57-16-52-00

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION
AV. JOSE OTHON DE MENDIZABAL No. 195
COL. ZACATENCO (POLITECNICO)
C.P. 07360
DELEG. GVO. A. MADERO
TEL. 55-86-15-9798
URGENCIAS EXT. 12108

**INSTITUTO NACIONAL DE
COMUNICACIÓN HUMANA**
FRANCISCO DE P. MIRANDA No. 177
COL. LOMAS DE PLATEROS
C.P. 01480
DELEG. ALVARO OBREGON
TEL. 55-93-34-90/37-03/36-02

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
DR. RAMON DE LA FUENTE
TEL. 56-55-91-01

**INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACION**
AV. MEXICO XOCHIMILCO No. 289
COL. ARENAL DE GUADALUPE
TEL. 53-34-10-00

CLINICA NUM. 25 IMSS
TEL. 57-45-69-07

UMF NUM. 140
TEL. 56-30-00-22 / 01-40 / 04-41
DIRECTO 56-30-49-09
(LE CORRESPONDE AL HOSP. GRAL. DE
ZONA NUM.8)

UMF NUM. 3
TEL. 57-51-40-73

UMF NUM. 8
TEL. 55-50-64-22 / 60-60

<p><u>P. ARAGON</u> Av. 506 esq. Con Av. 519 Col. Unidad San Juan de Aragón Lra. Sección NEONATOS 55-51-00-03 Conmutador 24-71-04-63 / 26-63-34-45 Dirección 11-14-55-03 Ext. 212 Urgencias 55-51-00-39 Fax 26-03-34-45 SERVICIOS: Ortopedia, Oftalmología</p>	<p><u>P. PERALVILLO</u> Tolnahuac y Pro. Zarco No. 14 Col. San Simón Tolnahuac 55-83-41-80 Dirección Médica 57-82-53-59 T.S. 55-83-38-01 **** 57-82-16-77 Urgencias SERVICIOS: Ortopedia (no hay por el momento). Cirugía. Ofadmo, Neonatología.</p>	<p><u>P. AZCAPOTZALCO</u> Av. Azcapotzalco No. 731 Col. Azcapotzalco 55-61-28-54 Dirección Médica 55-61-78-94 Vigilancia 55-61-79-04 T.S. 55-61-08-91 Dra. Pérez SERVICIOS: Cirugía, Neumología, Dermatología, Cardiología, Hematología, Ortopedia</p>
<p><u>P. TACUBAYA</u> Av. Carlos Lazo No. 25 Esq. Gaviota Col. Tacubaya 26-14-34-09 Sub. Médica 26-14-40-74 Urgencias 52-77-60-03 T.S. 55-15-79-20 Dirección (Fax) 52-77-61-85 SERVICIOS: Neonatos, Cx. Reconstructiva, Terapia Intermedia, Oftalmología, Cardio, Cx. Plástica (LPLH, microtia) (Remodelación lactantes)</p>	<p><u>P. COYOACAN</u> Moctezuma No. 18 Col. Del Carmen Coyoacan 55-54-16-64 Dirección Gral. 55-54-28-60 Conmutador 55-54-86-28/56-58-85-46 Urgencias SERVICIOS: Cirugía gral. Plástica, Ortopedia, Insectología, Neonatología, Oftalmología, Ultrasonidos L-V por las tardes</p>	<p><u>P. XOCHIMILCO</u> Calz. Nativitas esq. Pro. 16 de Sep. Barrio Xaltocan C.P. 16090 55-76-49-93 Dirección Médica (T.S. y/o Urg.) 56-76-05-55 Administración 56-76-49-93 Dirección 56-53-91-04 SERVICIOS: Neonatos, Cirugía, Urgencias.</p>
<p><u>HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO</u> Pediátrico.- Encino No. 41 Col. Miguel Hgo. 4° SECC. Carretera Picacho Ajusco Tlalpan 54-46-98-45 Dra. Calderón 54-46-79-66/78-95 51-32-12-00 Ext. 7116-7240 Ext. 7103 T.S. NEONATOS SANOS 7325 y 73-19 Dra. Calderón No hay área de Hosp. Pediátrica</p>	<p><u>P. LEGARIA</u> Calz. Legaria No. 347 Col. Pénfil Sur 53-99-10-04 Urgencias 55-27-14-49 T.S. 53-99-49-41 Sub. Médica SERVICIOS: Neurología, Oftalmología, Medicina Interna, Neonatología, Cirugía</p>	<p><u>P. IZTAPALAPA</u> Calz. Ermita Iztapalapa No. 760 Col. Granjas San Antonio 56-85-36-77 Conmutador 56-85-41-23 Urgencias Ext. 222 56-85-69-12 Vesp. 56-85-94-16 Dra. Giza Dirección SERVICIOS: Pediatría dental, Psicología, Aidiopsiquiatría tarde, ORL, cirugía, alergólogo, (consultas), nutrición, infectología, neonatología, lactantes, pre-escolares.</p>
<p><u>P. IZTACALCO</u> Av. Coyuya y Terrapién de Río Frio Col. La Cruz 56-57-93-75/56-50-24-06 Sub. Médica 56-50-24-02 Conmutador (T.S./ Urg.)</p>	<p><u>H. GRAL. DE MEXICO</u> Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores 27-89-20-00 Conmutador Ext. 1330 T.S. NCX. 1331, 1326, 1327 y 1336 Ext. 1405 y 1402 Urg./ Ped. CX. 1415 y 1406 Jefe de cirugía Dr. Moqueda 1410 área especialidad DnaRdz. Piñeiro Ext. 1090 ó 1091 Ext. 1302, 1305, 1304, 1302 Urg. Adultos Ext. 1091 Sub. Dir. Médica Ext. 1489 Asistente Sub. Dirección FAX. 50-04-38-65 1087 / 1088 / 1089</p>	<p><u>H. JUAREZ DE MEXICO</u> Av. Instituto Politécnico Nal. No. 5160 Col. Magdalena de las Salinas 57-47-75-60 al 89 Conmutador 57-54-2355 Ext. 439 T.S. Ext. 7443 Urgencias Ped. Ext. 7444 Urgencias Adultos 1410 Infecto Dras. Ruiz Espinosa y Yañes (Director Médico José Manuel Conde Mercado 54-47-75-92 Fax)</p>

<p><u>H. GRAL. IZTAPALAPA</u> Av. Ermita Iztapalapa No. 3018 Col. Citlali 54-29-33-35 / 34-60 / 29-60</p>	<p><u>P. LA VILLA</u> Av. Hidalgo y Av. Cantera s/n Gustavo A. Madero 57-81-20-69 Conmutador 57-81-40-98 T.S. SERVICIOS: Ortopedia, Cirugía, Infecto (Remediación lactantes y neonatos sep. 2008)</p>	<p><u>H. JUAREZ DE MEXICO</u> Av. Instituto Politécnico Nal. No. 5160 Col. Magdalena de las Salinas 57-47-75-60 al 89 Conmutador 57-54-2355 Ext. 439 T.S. Ext. 7443 Urgencias (Director Médico José Manuel Conde Mercado 54-47-75-92 Fax)</p>
<p><u>SEMEFO</u> 51-34-13-45 Laboratorio 51-34-13-60</p>	<p><u>H. ESPECIALIDADES BELISARIO DOMINGUEZ</u> 58-50-00-00 (No cuentan con pediatría)</p>	
<p><u>H. JUAREZ DEL CENTRO</u> Plaza de San Pablo No. 13 Col. Centro 55-42-27-95 55-42-91-51 T.S.</p>	<p><u>INER</u> 56-66-45-39 Urg. Ped. 5164</p>	<p><u>INSTITUTO NACIONAL NUTRICION</u> 54-87-09-00 Ext. 2106/2107/2108 Dirección Médica Dr. Jorge Acuña Urg. 5070 UTI 5006 Rx. 2153 Toma de muestra 2934/2117/2934/1917 Fax. 56-55-22-24</p>
<p><u>P. MOCTEZUMA</u> Av. Oriente 158 No. 58 Col. Moho suma 2da. Sección 55-71-40-57 Dirección Médica 55-71-88-64 T.S. 55-71-17-24 Fax. 55-71-40-57 Dirección 55-71-40-16 Urg. 57-86-70-29 SERVICIOS: Ortopedia, Cirugía, Oncología (Preferentemente quirúrgicos)</p>	<p><u>H. GEA GONZALEZ</u> Calzada Tlalpan 4800 Tlalpan 40-00-30-00 Conmutador (3064) Subd. Pediatría (3236) Pediatría (3213) Cirugía Gral. (3307) T.S. 56-65-89-82 / 31-52 Transporte Urg. Gineco ext. 3253 SERVICIOS: Cirugía Gral. Plástica (Esta es remediación)</p>	<p><u>L. NAL. DE PSIQUIATRIA</u> Periferico Sur 101, entre Viaducto y Tlalpan 56-55-03-11 Resonancia magnética Ext. 215</p>
<p><u>H. GRAL. XOCO</u> 56-88-90-15 56-01-45-80 56-88-40-45 56-88-91-31</p>	<p><u>H. INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"</u> Dr. Márquez No. 162 Col. Doctores 52-58-99-17 Conmutador Ext. 1414 *** 57-61-03-33</p>	<p><u>L. NAL. NEUROLOGIA / NEUROCIRUGIA</u> Insurgentes sur. 3877 Tlalpan 56-06-38-22 Ext. 1067 Resonancia magnética</p>
<p><u>AGENCIA DEL M.P. No. 22</u> Calle Tecolipan y Zampoanilla Col. Romero de Terreros 52-00-93-89</p>	<p><u>H. HOMEOPATICO</u> Calle Chimalpopoca No. 135 55-88-44-17 "ESTA DEMOLIDO SE 57-61-49-78 INAGURA EN EL 2010"</p>	<p><u>INST. NAL. DE REHAB. Y ORTOPEDIA</u> Carretera México-Xochimilco 289 Col. Arenal Xochimilco 59-99-10-00 12108/12106/12101</p>
<p><u>H. GRAL. TICOMAN</u> 51-19-44-74</p>	<p><u>RESPONSABLES MEDICAS DEL ISSSTE</u> Dr. Hermilo Rdez. 56-29-98-00 clave 19668</p>	<p><u>CENTRO MEDICO SIGLO XXI</u> Av. Cuahatemoc No. 330 Col. Doctores 56-27-69-00 UTI - Ext. 22369 Ext. 22485 Administrativa</p>

<p><u>CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS</u> Calz. Vallejo y Jacarandas Fracc. Vallejo 57-24-59-00 57-82-29-76 Fax. Dr. Zarco Jefe de Urg. Ped. Ext. 28370 / 23363</p>	<p><u>INDRE</u> Prolongación Carpio No. 470 Col. Santo Tomas Metro C. Militar 53-41-11-68</p>	<p><u>ALBERGUE RONALD MACDONALD</u> Calle Convento No. 63 Col. Sta. Ursula Xitla 55-13-86-11 55-13-82-40</p>
<p><u>CENTRO REGULADOR</u> 57-68-58-98</p>	<p><u>ASOC. EVITAR CEGUERA EN MEX.</u> Vicente García Torres No. 46 Col. San Lucas, Coyoacan 10-84-14-00 56-59-35-97</p>	<p><u>IPN. FACTOR DE TRANSFERENCIA</u> Esc. Nat. Ciencias Biológicas Plan de Ayala No. 11340 Prof. Carpio Col. Casco Sto. Tomas 57-29-63-00 ext. 62369</p>
<p><u>JURIDICO (GUARDIAS)</u> 55-85-08-14-79</p>	<p><u>HOSP. PSIQUIATRICO "JUAN N. NAVARRO"</u> Av. San Buenaventura No. 86 Col. Toriello Guerra. Deleg. Tlalpan 55-73-48-44 Ext. Urg. 150</p>	<p><u>H. GRAL. "ENRIQUE CABRERA"</u> 12-85-71-00</p>
<p><u>ULTRASONIDOS EN FIN DE SEMANA ECONOMICO Y RAPIDO</u> Clínica Sta. Rosa Calle 7 No. 104 Pantitlan 57-58-12-39</p>	<p><u>SEGURIDAD PUBLICA</u> 52-42-51-00</p>	<p><u>CRUZ ROJA</u> 53-95-11-11</p>

**CLINICAS HOSPITALES DE ZONA Y SUBDELEGACIONES
I.M.S.S.****IMSS INFORMES**

TEL. 52-41-02-45 / 52-38-27-00 / 52-11-00-18

OFICINAS DEL IMSSTOKIO No.80
COL. JUAREZ
METRO SEVILLA
TEL. 55-83-49-52**HOSPITAL ZONA ZARAGOZA No. 25**CALZ. IGNACIO ZARAGOZA No. 1840
COL. JUAN ESCUTIA
DELEG.
TEL. 57-45-17-74 / 10-40 / 16-62 / 15-40 / 26-33 /
62-82 / 15-40
TEL. 57-44-07-49 / 46-00**HOSPITAL DE ZONA No. 47**TEL. 56-92-61-84/68-03 / 60-66
JEFE URG. EXT. 21357
SUB. MED. EXT. 21303**HOSPITAL ZONA No. 29**AV. 510 No. 100
COL. SAN JUAN DE ARAGON
TEL. 55-51-40-11 / 57-60-85-63
EXT. 21303
DR. ANTONIO GOMEZ CASTRO**URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS****BENEFICAS HISPANAS DEL IMSS**
TORRES ADALID No. 1305 ESQ.
PESTALOZZI
COL. DEL VALLE
DELEG. BENITO JUAREZ
TEL. 56-82-20-56/87-03/86-86/67-45**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1****VENADOS**
MUNICIPIO LIBRE No. 270
COL. PORTALES NORTE
DELEG. BENITO JUAREZ
TEL. 56-05-09-47 / 10-15 / 10-87 / 17-54 /
16-67/17-13
TEL. 56-05-11-43 SUB. MÉDICA
EXT. 21479 URG. PEDIATRÍA
EXT. 21307 JEFE PEDIATRÍA**UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 31**

TEL. 56-86-02-33 / 56-82-08-24

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 47CAMPAÑA DEL EBANO ESQ. REV. SOCIAL
U. HABITACIONAL VICENTE GUERRERO
TEL. 56-92-60-10/60-66/62-53 / 56-90-32-81 /
56-92-06-15**HOSPITAL GRAL. DE ZONA 71 IMSS****CHALCO**
TEL. 55-97-51-782/83**HOSPITAL GRAL. DE ZONA No. 53 IMSS**

TEL. 58-55-44-36/77

IMSS TRONCOSO

TEL. 56-02-27-63/32-11

ATENCIÓN DENTAL ESPECIALIZADAMIRAVALLE No. 715
COL. PORTALES ORIENTE
C.P. 03570
BENITO JUAREZ D.F. (METRO ERMITA)
TEL. 55-76-46-42 / 56-74-27-29/96**CONSULTAS ESPECIALIZADA EN VIHISIDA**JAIME TERRES No. 71
COL. DOCTORES
C.P. 06720
DELEG. CUATEMOC D.F.
(METRO GENERAL ANAYA)
TEL. 55-88-77-85**CONSULTA PEDIÁTRICA EN VIHISIDA**CHUPICUARO 95-2
COL. DOVERTIZ NARVARTE
C.P. 03600
BENITO JUAREZ D.F.
TEL. 56-72-27-39**DELG. 2 IMSS**

TEL. 53-23-54-45

**URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS BENEFICA
HISPANA DEL IMSS**
TORRES ADALID ESQ. PESTALOZZI
TEL. 56-82-20-56/87-03/86-86

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 23
TEL. 55-83-97-50/93-20

UNIDAD MEDICA No. 18
AV. MEXICO No. 98
COL. SANTA TERESA
A 1 KM DEL H. ANGELES
TEL. 55-68-13-84/20-22

HOSPITAL REGIONAL No. 25
ZARAGOZA No. 1840
COL. JUAN ESCUTIA
DELEG. IZTAPALAPA
TEL. 57-45-62-82

VELATORIOS IMSS
DOCTOR LUCIO No. 237
COL. DOCTORES
TEL. 55-88-14-76 / 57-61-33-27

HOSPITAL NUM. 2 TRAUMATOLOGIA
VILLA COAPA
TEL. 55-99-28-75 (20150)

HOSPITAL GENERAL TRONCOSO IMSS
TEL. 56-57-33-11
EXT. 21361 SUB. MEDICA

ALEXANDER
AMBULANCIAS TERAPIA INTENSIVA
URGENCIAS LAS 24 HRS
56-03-86-84
www.alexanderambulancias.com

MEDICAMENTO ONCOLOGIA
URGENCIAS
SABADOS-DOMINGOS
FARMACIA
ORIZABA 170 COL. ROMA
SRITA. MERCEDES
55-84-15-60/34-17

EBIME
EQUIPOS DE BIOMEDICINA
DE MEXICO, S.A. DE C.V.
ADOLFO PRIETO 1458-7
COL. DE VALLE C.P. 03100
55-59-69-73/62-41
J. GUADALUPE MONTENEGRO 2325
GUADALAJARA, JAL. C.P. 44150
36-15-33-85
Fax. 36-15-35-13
01-800-711-39-70
SRITA. MA. DEL SOCORRO CASTRO
GALVAN
atencion@ebime.com.mx
www.ebime.com.mx

SEMEFO
DR. FELIPE TAKAJA SHI MEDINA
DIRECTOR DE SERV MEDICO
FORENSE
NIÑOS HEROES NUM. 150 COL. DOCTORES
51-34-13-95 (estudios químicos)

CANULAS PARA TRAQUEOSTOMIA
MOTOLINEA No.6 INT. PLANTA BAJA
LOCAL 6-B CENTRO HISTORICO
(saliendo del metro allende a mano izq.)
55-21-24-83/22-83

CONAMED
MILLA No. 250 ESQ.C/ EUGENIA
COL. VERTIZ
DR. CARLOS N TAMAYO
(DIRECTOR SEP/04)
54-20-70-00

OSO OFICINA QUIMICOS
55-59-15-88

AGENCIA 59 DEL M.P.
LIC. ALEJANDRA SALINAS
52-42-63-07

TRASLADOS ISSSTE
DR. HERMILO RODRIGUEZ
TEL. 044-55-17-95-46-70

INDRE
TEL. 53-42-75-50 EXT. 359 LABORATORIO

CETIS
(PARA TOXICOLOGICOS)
01-800-00-21-400

FUNERALES REYES
55-73-78-25

FARMACIA WALLMART
56-06-58-55
EXT.123

INER
56-66-45-39/81-10/73-29

TOXICOLOGOS
VESNUSTIANO CARRANZA
DIRECTOR . RAUL JESUS GERARDO
FERNANDEZ JOFFRE
57-56-12-59 (EXT. T.S. 207, SUBDIRECTOR
205)

RENTA DE OXIGENO

SERVI OX
55-87-68-93/29-47

FARMACIA PARIS
REPUBLICA DEL SALVADOR No. 81
57-09-32-11

CENTRO REGULADOR
57-68-58-98

FUNDACION MICHOU Y MAU
TEL. 56-66-73-53

FARMACIA ESPECIALIDADES
TLALPAN
TEL. 56-66-01-11 / 55-28-73-75
CENTRO
TEL. 55-21-42-92/47-98

CRUM
AMBULANCIA DE APOYO S.S. FEDERAL
57-68-58-98

CAPEA
53-45-50-67

CENTRO DE SERVICIO A INFORMACION
TOXICOLOGICA
ASESORIA
55-98-66-59

JURISDICCION SANITARIA ALVARO OBREGON

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE CABRERA
Av. Prolongación 5 de Mayo No. 3170
esq. Centenario, col. Ex hacienda de
Tarango c.p. 11800
1285 7196 fax 1285 2915
1285 7100

CENTRO DE SALUD T-III DR. MANUEL B. MÁRQUEZ ESCOBEDO
Joaquín Pardavé No. 10
col. Hogar y Redención, c.p. 01450
5643 6615 1285 1701
5643 7740

CENTRO DE SALUD T-II JALALPA
Privada Cuauhtémoc Mz. 26 Lt. 8
entre Leonardo Bravo y Juan N.
Álvarez, col. Ampliación Jalalpa,
c.p. 01290
5257 3307

CENTRO DE SALUD T-III DR. IGNACIO MORONES PRIETO
Plaza Hidalgo s/n
atrás de la Subdelegación San Bartolo
Ameyalco, col. San Bartolo, c.p. 01800
2650 4128
5810 3440

CENTRO DE SALUD T-III LOMAS DE LA ERA
Trébol y Nogales s/n, col. La Era
c.p. 01860
5810 6949 5810 5324

CENTRO DE SALUD T-I
HERÓN PROAL
Av. Centenario No. 1225
col. Herón Proal, c.p. 01640
5602 9006

CENTRO DE SALUD T-III DR. MANUEL ESCONTRIA
Frontera No. 15, col. San Ángel,
c.p. 01000
5616 1623 5616 1318

CENTRO DE SALUD T-III MINAS DE CRISTO
Prolongación Río Becerra s/n
Entre Francisco Arriaga
y Anselmo Zaratuza
col. Minas de Cristo, c.p. 01419
5611 5878

5598 0443

CENTRO DE SALUD T-I AVE REAL

Albatros s/n esq. Zacua
col. Ave Real, c.p. 01560
5602 9289

CENTRO DE SALUD T-III DR. EDUARDO JENNER

Privada de Matamoros No. 21
col. Santa Fe, c.p. 01210
5570 2094
5570 3712

CENTRO DE SALUD T-III AMPLIACIÓN PRESIDENTES

John F. Kennedy y Thomas Jefferson
col. Presidentes, c.p. 01299
5643 5615 5602 9240
1285 1783

CENTRO DE SALUD T-I LOMAS DE SANTO DOMINGO

Av. Santa Lucía s/n esq. Santa Teresa
(Centro Social de Barrio)
col. Lomas de Santo Domingo,
c.p. 01100
5276 5360

CENTRO DE SALUD T-I LA CASCADA

Rosa Trepadora esq.
Güija s/n
col. La Cascada, c.p. 01490
5593 2669

CENTRO DE SALUD T-I PUENTE COLORADO

Puente Nacional entre Jacarandas y
Puente Metlac No.100
col. Puente Colorado, c.p. 01730
5635 5360

CENTRO DE SALUD T-I CORPUS CHRISTI

Av. Tamaulipas y esq. Alto Lerma
col. Corpus Christi, c.p. 01530
56437740

JURISDICCION SANITARIA BENITO JUAREZ**CENTRO DE SALUD T-III PORTALES**

San Simón No. 94
 col. San Simón,
 c.p. 03660
 5532 4244
 5674 1845
 5539 0699
 5539 6567

CENTRO DE SALUD T-III MIXCOAC

Rembrandt No.32
 col. Nonoaico Mixcoac,
 c.p. 03910
 5563 3728
 5563 3713
 5563 3753

CENTRO DE SALUD T-I XOCO

San Felipe No. 167
 col. Xoco
 5605 7618

JURISDICCION SANITARIA AZCAPOTZALCO**CENTRO DE SALUD T-III**

DR. GALO SOBERÓN Y PARRA
 Calz. Camarones No. 485
 col. Electricistas, c.p. 02060
 5341 2166 5396 8153
 5342 1236 5342 5544

CENTRO DE SALUD T-II TEZOMOC

Rafael Buelna s/n Esq. Amuzgos
 col. Tezozomoc, c.p. 02459
 5394 1994
 5394 4625

CENTRO DE SALUD T-I TLATILCO

Av. Tlatilco s/n Esq. Eulalia Guzmán
 col. Tlatilco, c.p. 02060

CENTRO DE SALUD T-III DR. MANUEL MARTÍNEZ BAEZ

Av. Del Rosario No. 34
 col. San Martín Xochináhuac,
 c.p. 02210
 5583 3682 5597 5019
 5577 4092 5382 3043
 5382 3598

CENTRO DE SALUD T-I 23 DE ABRIL

Liberato Lara y Adrián Castrejón
 (Mercado 23 de abril)
 col. Ampliación San Pedro Xalpa,
 c.p. 02719
 5576 7551

CENTRO DE SALUD T-I PROHOGAR

Calle 22 y Calle 19
 col. Prohogar, c.p. 02600

CENTRO DE SALUD T-I REYNOSA

Minatitlán Esq. Arroyo Claro
 col. Reynosa, c.p. 02200

CENTRO DE SALUD T-I SANTA CATARINA

Av. Central y Eje 4 Norte
 col. Santa Catarina, c.p. 02230

CENTRO DE SALUD T-I SANTA BÁRBARA

Adolfo Ruiz Cortínez Esq. Hidalgo
 col. Santa Bárbara, c.p. 02230

CENTRO DE SALUD T-I SANTA INÉS

San Francisco y Esperanza
 col. Santa Inés, c.p. 02140

JURISDICCION SANITARIA COYOACAN

5617 1570
 5618 9905

CENTRO DE SALUD T-I SANTO DOMINGO PONIENTE

Tejaman esq. Zihuatlán s/n
 col. Santo Domingo Poniente,

c.p. 04389
5421 0310

CENTRO DE SALUD T-II
SANTA ÚRSULA COAPA
San Jorge esq. San Pascasio s/n
col. Santa Úrsula Coapa, c.p. 04650
5338 5472 5618 4243
5421 0734 5421 0313

CENTRO DE SALUD T-I
LA CIÉNEGA
Eje 10 s/n esq. Llama
col. Pedregal de Santo Domingo
5619 7303

CENTRO DE SALUD T-II
CARMEN SERDÁN
Soledad Solórzano s/n entre María
Pistolas y Gertrudis Bocanegra
col. Carmen Serdán, c.p. 04910
5632 0500 5695 3134
5608 9271

CENTRO DE SALUD T-I
COPIILCO EL ALTO
5554 8228

CENTRO DE SALUD T-III
SAN FRANCISCO CULHUACÁN
Heroica Escuela Naval Militar s/n
esq. Taxqueña
col. San Francisco Culhuacán,
c.p. 04260
5607 0937 5607 1161
5695 1703

CENTRO DE SALUD T-I
SANTO DOMINGO ORIENTE
Cicalco esq. Canacuates
col. Pedregal de Santo Domingo,
c.p. 04369
5610 9589

CENTRO DE SALUD T-I
EJIDOS DE SANTA ÚRSULA
Viaducto Tlalpan s/n
col. Ejidos de Santa Úrsula,
c.p. 04910

CENTRO DE SALUD T-II
AJUSCO
Tepalcatzin esq. Mixtecas
col. Ajusco, c.p. 04300
5618 0032 5610 9361
1517 0918 5610 7116

CENTRO DE CONTROL CANINO
DR. ALFONSO ANGELLINI DE LA
GARZA
Heroica Escuela Naval Militar esq.
Taxqueña
col. San Francisco Culhuacán
c.p. 04420
5607 4658
5607 4093
Hospitales y Centros de Salud

**DELEGACION SANITARIA EN
CUAJIMALPA.**

5617 1570
5618 9905
CENTRO DE SALUD T-I
SANTO DOMINGO PONIENTE
Tejaman esq. Zihuatlán s/n
col. Santo Domingo Poniente,
c.p. 04389
5421 0310

CENTRO DE SALUD T-II
SANTA ÚRSULA COAPA
San Jorge esq. San Pascasio s/n
col. Santa Úrsula Coapa, c.p. 04650
5338 5472 5618 4243
5421 0734 5421 0313

CENTRO DE SALUD T-I
LA CIÉNEGA
Eje 10 s/n esq. Llama
col. Pedregal de Santo Domingo
5619 7303

CENTRO DE SALUD T-II
CARMEN SERDÁN
Soledad Solórzano s/n entre María
Pistolas y Gertrudis Bocanegra
col. Carmen Serdán, c.p. 04910
5632 0500 5695 3134
5608 9271

**CENTRO DE SALUD T-I
CÓPILCO EL ALTO**
5554 8228

**CENTRO DE SALUD T-III
SAN FRANCISCO CULHUACÁN**
Heroica Escuela Naval Militar s/n
esq. Taxqueña
col. San Francisco Culhuacán,
c.p. 04260
5607 0937 5607 1161
5695 1703

**CENTRO DE SALUD T-I
SANTO DOMINGO ORIENTE**
Cicalco esq. Canacuates
col. Pedregal de Santo Domingo,
c.p. 04369
5610 9589

**CENTRO DE SALUD T-I
EJIDOS DE SANTA ÚRSULA**
Viaducto Tlalpan s/n
col. Ejidos de Santa Úrsula,
c.p. 04910

**CENTRO DE SALUD T-II
AJUSCO**
Tepalcatzin esq. Mixtecas
col. Ajusco, c.p. 04300
5618 0032 5610 9361
1517 0918 5610 7116

**CENTRO DE CONTROL CANINO
DR. ALFONSO ANGELLINI DE LA
GARZA**
Heroica Escuela Naval Militar esq.
Taxqueña
col. San Francisco Culhuacán
c.p. 04420
5607 4658
5607 4093
Hospitales y Centros de Salud

JURISDICCION SANITARIA EN

CUAUHTEMOC.
HOSPITAL GENERAL
GREGORIO SALAS
Calle del Carmen No. 42
col. Centro, c.p. 06020
5702 0372 fax 5702 0769
5702 0358

HOSPITAL PEDIÁTRICO
PERALVILLO
Toinahuac No. 14
col. San Simón, c.p. 06920
5583 3948 fax 5583 4180
5782 1677

**CENTRO DE SALUD T-III
JOSÉ MARÍA RODRÍGUEZ**
Caizada San Antonio Abad
No. 350 col. Asturias,
c.p. 06850
5740 0701
5740 5703

**CENTRO DE SALUD T-III
SOLEDAD OROZCO
DE ÁVILA CAMACHO**
Juventino Rosas No. 78
col. Ex hipódromo de Peralvillo
5583 4649 5583 0125
5583 0170 5583 0179
5583 0180

**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES
No. 4**
Francisco Díaz Covarrubias No. 23
col. San Rafael, c.p. 06430
55462375 55355933
5535 3639

**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES
No. 5**
Arcos de Belén No.17
col. Centro, c.p. 06020
5521 7573
5512 5295

**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES
No. 6**
Lucerna No. 67
col. Juárez, c.p. 06600

5546 1213 5546 7806
5566 6368.

JURISDICCION SANITARIA GUSTAVO
A. MADERO
E SALUD T-III
NUEVA ATZACOALCO
Calle 310 esq. 317
col. Nueva Atzacocalco, c.p. 07420
5753 7211
5757 5388

CENTRO DE SALUD T-III
DR. MANUEL CÁRDENAS DE LA VEGA
Av. 5 de Febrero No.12
col. Martín Carrera, c.p. 07070
5577 1049 5577 6482
5577 1046 5577 6915

CENTRO DE SALUD T-II
GABRIEL HERNÁNDEZ
Av. Eva Samano de López Mateos s/n
col. Gabriel Hernández, c.p. 07080
5753 5802
8283 0314

CENTRO DE SALUD T-III
DR. GABRIEL GARZÓN COSSA
Norte 72-A y Oriente 85
col. La Joya, c.p. 07890
5551 7730 5760 7277
5551 7881

CENTRO DE SALUD T-II
ESMERALDA
Norte 94 y Oriente 171 s/n
col. Esmeralda, c.p. 07540
5757 2900 5767 0517
5748 4257

CENTRO DE SALUD T-III
DR. RAFAEL RAMÍREZ SUÁREZ
Av. Montevideo esq. 17 de Mayo
col. San Bartolo Atepehuacán,
c.p. 07730
5711 5961 5586 5833
5754 0892 5119 5401

CENTRO DE SALUD T-II
GERTRUDIS SÁNCHEZ
Norte 82 B No. 6205

col. Gertrudis Sánchez, c.p. 07830
5760 6265
5760 6754

O DE SALUD T-II
MALINCHE
Norte 84 entre Oriente 83
y Oriente 85, col. Malinche,
c.p. 07880
5551 8128
1114 0624

CENTRO DE SALUD T-I
SAN JUAN DE ARAGÓN 1ª SECCIÓN
Av. 505 s/n entre Av. 507 y 503
col. San Juan de Aragón 1 A, c.p.
07920

CENTRO DE SALUD T-II
NARCISO BASSOLS
Av. 604 y Av. 661
Unidad Narciso Bassols, c.p. 07920
2158 5829
2158 3680

CENTRO DE SALUD T-I
LA PASTORA
Cuauhtémoc y Moctezuma s/n
col. Pastora, c.p. 07290
2227 4403

CENTRO DE SALUD T-I
BARRIO SAN JUAN
Niños Héroes No. 5 entre Manuel
Doblado y Guadalupe Ticomán
col. Barrio San Juan, c.p. 07360

CENTRO DE SALUD T-III
PALMATITLA
Dr. Rubén Leñero esq. Dr. Angel
Brioso Vasconcelos col. Palmatitla,
c.p. 07170
5306 2191
5303 4038

CENTRO ANTIRRÁBICO
LUIS PASTEUR
Av. 510 No. 1510
col. Ejido San Juan de Aragón,
c.p. 07940
5796 4260

5796 3770

CENTRO DE SALUD T-I
PROVIDENCIA
Sinaloa No. 18
col. Providencia,
c.p. 07550

CENTRO DE SALUD T-II
PRADERA
Volcán Acatenango y Volcán
Popocatepetl
5711 5961
2617 2134

CENTRO DE SALUD T-II
25 DE JULIO
Benito Juárez esq. Ejido
col. 25 de Julio, c.p. 07520
8283 3692

CENTRO DE SALUD T-I
AMPLIACIÓN PROVIDENCIA
Volcán Acatenango
y Volcán Popoc

O DE SALUD T-II
MALINCHE
Norte 94 entre Oriente 83
y Oriente 85, col. Malinche,
c.p. 07880
5551 8128
1114 0624

CENTRO DE SALUD T-I
SAN JUAN DE ARAGÓN 1ª SECCIÓN
Av. 505 s/n entre Av. 507 y 503
col. San Juan de Aragón 1 A, c.p.
07920

CENTRO DE SALUD T-II
NARCISO BASSOLS
Av. 604 y Av. 661
Unidad Narciso Bassols, c.p. 07920
2158 5829
2158 3680

CENTRO DE SALUD T-I
LA PASTORA
Cuauhtémoc y Moctezuma s/n
col. Pastora, c.p. 07290
2227 4403

CENTRO DE SALUD T-I
BARRIO SAN JUAN
Niños Héroes No. 5 entre Manuel
Doblado y Guadalupe Ticomán
col. Barrio San Juan, c.p. 07360

CENTRO DE SALUD T-III
PALMATITLA
Dr. Rubén Leñero esq. Dr. Angel
Brioso Vasconcelos col. Palmatitla,
c.p. 07170
5306 2191
5303 4038

CENTRO ANTIRRÁBICO
LUIS PASTEUR
Av. 510 No. 1510
col. Ejido San Juan de Aragón,
c.p. 07940
5796 4260
5796 3770

CENTRO DE SALUD T-I
PROVIDENCIA
Sinaloa No. 16
col. Providencia,
c.p. 07550

CENTRO DE SALUD T-II
PRADERA
Volcán Acatenango y Volcán
Popocatepetl
5711 5961
2617 2134

CENTRO DE SALUD T-II
25 DE JULIO
Benito Juárez esq. Ejido
col. 25 de Julio, c.p. 07520
8283 3692

CENTRO DE SALUD T-I
AMPLIACIÓN PROVIDENCIA
Volcán Acatenango
y Volcán Popoc

**JURISDICCION
IZTACALCO**

**CENTRO DE SALUD T-III
2 DE OCTUBRE**
 Guillermo Prieto 73 Esq. Melchor
 Ocampo Supermanzana No. 4
 Mz.-17 Lte.-18 col. Campamento 2
 de Octubre, c.p. 08930
 5657 2183
 5649 0300

**CENTRO DE SALUD T-II
RAMOS MILLÁN**
 Sur 159 s/n Esq. Oriente 120
 col. Lic. Gabriel Ramos Millán,
 c.p. 08020
 5654 5792
 5648 5998

**CENTRO DE SALUD T-III
MANUEL PESQUEIRA**
 Av. Sur 16
 col. Agrícola Oriental, c.p. 08500
 5558 7897 5558 1926
 5558 1268

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. JOSÉ ZOZAYA**
 Corregidora No. 135 Esq. Plutarco
 Elias Calles col. Santa Anita,
 c.p. 08300
 5657 9690

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. LUIS MAZZOTTI GALINDO**
 Calle 6 No. 311 Esq. Privada Tomás
 Roche col. Pantitlán, c.p. 08100
 5758 3697
 5763 1078

**JURISDICCION
IZTAPALAPA**

**CENTRO DE SALUD T- III
DR. GUILLERMO ROMÁN CARRILLO**
 Av. Zacatlán No. 146
 col. Lomas de San Lorenzo,
 c.p. 09780
 5845 2956
 5845 3065

SANITARIA

**CENTRO DE SALUD T- II
SAN ANDRÉS TOMATLÁN**
 Tiáhuac No. 3884 Esq. Hermanos
 Wright col. San Andrés Tomatlán,
 c.p. 09870
 5608 1377
 5658 7034

**HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA**
 Av. Ermita Iztapalapa No. 3018
 col. Citlali, c.p. 09660
 5429 3460 fax 5429 3210
 5429 2960 5429 3085
 5429 3210

**CENTRO DE SALUD T- III
DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA**
 Av. México Puebla Callejón Benito
 Juárez, col. Sta. Martha Acatitla,
 c.p. 09510
 5732 5274
 5441 7186

**CENTRO DE SALUD T- II
QUETZALCÓATL**
 Av. Villabuena Esq. Villa Federal
 col. Desarrollo Urbano Quetzalcóatl,
 c.p. 09700
 5690 2030
 5692 0956

**HOSPITAL PEDIÁTRICO
IZTAPALAPA**
 Calzada Ermita Iztapalapa No. 780
 col. Granjas de San Antonio, c.p.
 09070
 5685 6912 fax 5685 9416
 5685 3677 5685 2156
 5685 4123

**CENTRO DE SALUD T- III
CHINAMPAC DE JUÁREZ**
 Av. Telecomunicaciones s/n
 col. Chinampac de Juárez, c.p. 09225
 2633 0350 5745 0681
 2633 5237

**CENTRO DE SALUD T- II
SANTA MARÍA AZTAHUACAN**
 Plan de Ayala Esq. Herminio Chavarria

s/n col. Ejidos de Santa María
Aztahuacán, c.p. 09500
5692 4099
5551 8128

CENTRO DE SALUD T- III
DR. RAFAEL CARRILLO
Victoria No. 32 Esq. Cerrada Victoria
Barrio San Lucas c.p. 09000
5686 0174
2636 0519

CENTRO DE SALUD T- III
DR. FRANCISCO J. BALMIS
Independencia No. 20
col. Zacahuizco, c.p. 09490
5539 0792 5243 4229
5674 1517

CENTRO DE SALUD T- II
BUENAVISTA
Prolongación San Miguel s/n Mz. 17
Lte. 16, col. San José Buenavista,
c.p. 09700
5427 9129
5427 9905

CENTRO DE SALUD T- III
DR. GUILLERMO ROMÁN CARRILLO
Av. Zacatlán No. 146
col. Lomas de San Lorenzo,
c.p. 09780
5845 2956
5845 3065

CENTRO DE SALUD T- II
SAN ANDRÉS TOMATLÁN
Tláhuac No. 3884 Esq. Hermanos
Wright col. San Andrés Tomatlán,
c.p. 09870
5608 1377
5656 7034

HOSPITAL GENERAL
IZTAPALAPA
Av. Ermita Iztapalapa No. 3018
col. Citlali, c.p. 09660
5429 3460 fax 5429 3210
5429 2960 5429 3085
5429 3210

CENTRO DE SALUD T- III
DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA
Av. México Puebla Callejón Benito
Juárez, col. Sta. Martha Acatilla,
c.p. 09510
5732 5274
5441 7186

CENTRO DE SALUD T- II
QUETZALCÓATL
Av. Villabuenia Esq. Villa Federal
col. Desarrollo Urbano Quetzalcóatl,
c.p. 09700
5690 2030
5692 0956

HOSPITAL PEDIÁTRICO
IZTAPALAPA
Calzón Ermita Iztapalapa No. 780
col. Granjas de San Antonio, c.p.
09070
5685 6912 fax 5685 9416
5685 3677 5685 2156
5685 4123

CENTRO DE SALUD T- III
CHINAMPAC DE JUÁREZ
Av. Telecomunicaciones s/n
col. Chinampac de Juárez, c.p. 09225
2633 0350 5745 0681
2633 5237

CENTRO DE SALUD T- II
SANTA MARÍA AZTAHUACAN
Plan de Ayala Esq. Herminio Chavarría
s/n col. Ejidos de Santa María
Aztahuacán, c.p. 09500
5682 4099
5551 8128

CENTRO DE SALUD T- III
DR. RAFAEL CARRILLO
Victoria No. 32 Esq. Cerrada Victoria
Barrio San Lucas c.p. 09000
5686 0174
2636 0519

CENTRO DE SALUD T- III
DR. FRANCISCO J. BALMIS
Independencia No. 20
col. Zacahuizco, c.p. 09490

5539 0792 5243 4229
5674 1517

**CENTRO DE SALUD T- II
BUENAVISTA**
Prolongación San Miguel s/n Mz. 17
Lte. 16, col. San José Buenavista,
c.p. 09700
5427 9129
5427 9905

**JURISDICCION SANITARIA DE
MAGDALENA CONTRERAS.**

**CENTRO DE SALUD T-I
HÉROES DE PADIERNA**
Oaxaca s/n esq. Veracruz,
col. Héroes de Padierna,
C.P. 10700
55683984

**CENTRO DE SALUD T-I
LOMAS DE SAN BERNABÉ**
Av. Principal Mz.-2 s/n
esq. Andador 14,
col. Tierra Unida,
c.p. 10300

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. ÁNGEL DE LA GARZA BRITO**
Av. San Jerónimo Esq. Nogal s/n
col. Pueblo Nuevo Alto, c.p. 10640
Admon: 56671947
Dirección: 56671992
Archivo: 56673803

**CENTRO DE SALUD T-I
SAN NICOLÁS TOTOLAPAN**
Benito Juárez s/n Esq. Progreso,
col. San Nicolás Totolapan,
c.p. 10900

**CENTRO DE SALUD T-I
TIERRA COLORADA**
Av. Metropolitana s/n,
col. Tierra Colorada,
c.p. 10900

**CENTRO DE SALUD T-II
SAN BARTOLO AMEYALCO**
San Francisco y Francisco I. Madero

s/n, col. San Bartolo
Dirección: 55859133
Sala de Espera: 55856188
Archivo: 12203256

**CENTRO DE SALUD T-I
EXHACIENDA DE ESLAVA**
Prol. Puente Cuadritos s/n
col. San Nicolás Totolapan,
c.p. 10900

**CENTRO DE SALUD T-III
OASIS**
Av. San Jerónimo # 2625, Col
Pueblo San Bernabé, C.P. 10600
Dirección: 27930264

**CENTRO DE SALUD T-I
1º DE MAYO**
Nogal s/n, col. La Concepción,
c.p. 10830

**JURISDICCION SANITARIA MIGUEL
HIDALGO**

**CENTRO DE SALUD T-III
MEXICO ESPAÑA**
Mariano Escobedo No. 148
col. Anáhuac, c.p. 11320
5545 0335
5531 1584

**CENTRO DE SALUD T-III
LAGO CARDIEL**
Lago Cardiel No. 61
col. Argentina, c.p. 11270
5527 7174 5386 5261
5527 2990

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. ÁNGEL BRIOSO VASCONCELOS**
Benjamin Hill No. 14
col. Condesa, c.p. 06170
5515 4899 fax
5277 6311

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. MANUEL GUTIÉRREZ ZAVALA**
Laguna de Términos No. 492
col. Anáhuac, c.p. 05170

5260 1952
5260 5579

CENTRO DE SALUD T-III
DR. MANUEL GONZÁLEZ RIVERA
Prolongación Carpio y Plan de San Luis s/n entre Prolongación Carpio y Díaz Mirón, col. Santo Tomás, c.p. 11340
5341 1265
5341 2175

JURISDICCION SANITARIA MILPA ALTA

CENTRO DE SALUD T-III
DR. GASTÓN MELO
Av. Gastón Melo s/n Pueblo San Antonio Tecomil c.p. 12100
5847 0093

CENTRO DE SALUD T-I
SAN SALVADOR CUAUHTENCO
Jalapa Esq. José Ma. Morelos y Pavón s/n col. San Salvador Cuauhtenco, c.p. 12300
5862 5158

CENTRO DE SALUD T-II
DR. LUIS ALBERTO EROSA LEÓN
Av. Hidalgo s/n Esq. Tláloc s/n Pueblo San Pedro Atocpan c.p. 12200
5844 3783
5844 3294

CENTRO DE SALUD T-I
SAN JUAN TEPENAHUAC
Vicente Guerrero s/n col. Pueblo San Juan Tepenahuac, c.p. 12800

CENTRO DE SALUD T-II
SAN PABLO OZTOTEPEC
Matamoros Esq. Rojo Gómez s/n Pueblo San Pablo Oztotepec, c.p. 12400
5862 0503
5862 5416

CENTRO DE SALUD T-I
SAN BARTOLOMÉ XICOMULCO
Av. Francisco I. Madero s/n col. San Bartolomé Xicomulco, c.p. 12250

CENTRO DE SALUD T-I
SAN FRANCISCO TECOXPA
Banderas s/n col. Poblado San Francisco Tecoxpa, c.p. 12700

CENTRO DE SALUD T-I
SAN JERÓNIMO MIACATLÁN
Bolívar s/n col. San Jerónimo Miacatlán, c.p. 12600

CENTRO DE SALUD T-I
SAN LORENZO TLACOYUCAN
Av. Consulado s/n col. Pueblo San Lorenzo Tlacoয়ucan, c.p. 12500

CENTRO DE SALUD T-I
VILLA MILPA ALTA
Av. Nuevo León s/n col. Villa Milpa Alta, c.p. 12000
5844 5255

CENTRO DE SALUD T-II
SANTA ANA TLACOTENCO
Av. José Ma. Morelos y Pavón Esq. Ignacio Zaragoza Santa Ana Tlacotenco c.p. 12900
5844 4323

JURISDICCION SANITARIA TLAHUAC

CENTRO DE SALUD T-I
ZAPOTITLÁN
Av. Tláhuac, Esq. Felipe Ángeles c.p. 13300

CENTRO DE SALUD T-III
SAN FRANCISCO TLALTENCO
Carlos A. Vidal Esq. Quintana Roo col. San Francisco Tlaltenco, c.p. 13400
5841 2228

5866 0748

**CENTRO DE SALUD T-II
ZAPOTITLÁ**
Calle Cecilio Acosta s/n, Esq. Alma
Fuerte, col. Zapotitlán, c.p. 13310
2636 7252
1272 4147

**CENTRO DE SALUD T-III
MIGUEL HIDALGO**
Fidelio s/n Esq. Deodato
col. Miguel Hidalgo, c.p. 13200
2160 3532 2160 3458
5840 3364 fax

**CENTRO DE SALUD
SAN JUAN IXTAYOPAN**
Emiliano Zapata s/n
col. Pueblo San Juan Ixtayopan,
c.p. 13500
5848 4295

5848 8571 **CENTRO DE SALUD
13 DE SEPTIEMBRE**
Calle Cisne s/n
col. Olivos, c.p. 13210
5845 0655
5845 2803

**CENTRO DE SALUD T-II
SANTA CATARINA YECAHUIZOTL**
José Gabriel Mar Esq. Rafael Oropeza
col. Pueblo Santa Catarina Yecahuitzotl,
c.p. 13180
5860 1019 5860 1464
5860 3985

**CLINICA COMUNITARIA
SAN ANDRÉS MIXQUIC**
Carretera Mixquic/Chalco Kilómetro
8 esq. Aztlán, col. Barrio Santa Cruz
Mixquic, c.p. 13650
5847 0269

**CENTRO DE SALUD T-I
SOLIDARIDAD TETELCO**
Vicente Guerrero s/n, Esq. Morelos
Col. 1ª Sección Emiliano Zapata
La Conchita, c.p. 13700
25946500

**CENTRO DE SALUD
SAN JOSÉ**
Av. Agustín Lara y Juventino Rosas
s/n
col. San José, c.p. 13020
5842 1130
5842 8693

**CENTRO DE SALUD T-II
DEL MAR**
Abulón Esq. La Turba
col. Del Mar, c.p. 13270
5863 7582

**JURISDICCION SANITARIA DE
TLALPAN**

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA**
Carrasco Esq. Coapa s/n
col. Toriello Guerra, c.p. 14050
5528 1173 5696 3516
5606 6516

**CENTRO DE SALUD T-II
CULTURA MAYA**
Izamal y Hopelchen s/n
col. Cultura Maya, c.p. 14230
5630 7451

**CENTRO DE SALUD T-I
HORTENCIA**
Sacalum Mz. 9 Lt. 3
col. Lomas de Padierna,
c.p. 14240
5146 3236

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. GERARDO VARELA MARISCAL**
Mariano Matamoros Esq. Allende s/n
col. Santo Tomás Ajusco, c.p. 14710
5846 0537
1315 4339

**CENTRO DE SALUD T-III
PEDREGAL DE LAS ÁGUILAS**
Nahuas y Mixtecos s/n
col. Pedregal de las Águilas,
c.p. 14430
5655 8010

5513 0062

CENTRO DE SALUD T-I
XITLÉCerro Xitle No. 3
col. María Esther
Zuno de Echeverría,
c.p. 14659CENTRO DE SALUD T-III
AMPLIACIÓN HIDALGO
Ruiz Cortínez s/n Esq. Francisco I.
Madero, col. Ampliación Miguel
Hidalgo, c.p. 14250
5644 3282
2615 9355CENTRO DE SALUD T-II
TOPILEJO
Mirador de Chapultepec Esq.
Las Cruces,
col. San Miguel Topilejo,
c.p. 14500
2290 9738
5846 6430CENTRO DE SALUD T-I
EJIDOS DE HUIPULCO
Escuela Esq. Gadiéz
col. Ejidos de Huipulco,
c.p. 14380CENTRO DE SALUD T-III
DR. DAVID FRAGOSO LIZALDE
Cedral y Dr. David Fragoso Lizalde s/n
col. San Pedro Mártir, c.p. 14640
5655 0811
5846 7589CENTRO DE SALUD T-II
SAN ANDRÉS TOTOLTEPEC
Camino Real al Ajusco s/n
col. Pueblo San Andrés Totoltepec,
c.p. 14400
5849 1322
5849 7261CENTRO DE SALUD T-I
LOMAS DE PADIERNA
Izamal Mz. 134 Lt. 16 entre Acancéh
y Chemax, col. Lomas de Padierna,c.p. 14240
5645 0317CENTRO DE SALUD T-I
PEDREGAL DE SAN NICOLÁS SUR
Homun M. 860 Lt. 3
col. Pedregal de San Nicolás
3ª sección,
c.p. 14109CENTRO DE SALUD T-I
MAGDALENA PETLACALCO
5 de mayo s/n
col. Pueblo la Magdalena Petlacalco,
c.p. 14480
5846 1532
5846 3133CENTRO DE SALUD T-I
BEKAL
Prolongación Bekal Mz. 110 Lt. 21
col. Belvedere,
c.p. 14720CENTRO DE SALUD T-I
TIERRA Y LIBERTAD
Av. Cuauhtémoc Esq. Encinos
col. Bosque del Pedregal,
c.p. 14738
5446 3572CENTRO DE SALUD T-I
DIF
Venustiano Carranza esq. Av. de las
Torres, col. Ampliación Miguel Hidalgo
3ª sección, c.p. 14250
5446 3725CENTRO DE SALUD T-I
PEDREGAL DE SAN NICOLÁS NORTE
Homun entre Sisal y Maní Mz. 138
Lt.1, col. Pedregal de San Nicolás
3ª sección,
c.p. 14109CENTRO DE SALUD T-I
BOSQUE DEL PEDREGAL
Álamos s/n
Col. Bosque del Pedregal,
c.p. 14738

**CENTRO DE SALUD T-I
SAN MIGUEL XICALCO**
16 de Septiembre s/n
col. Pueblo de San Miguel Xicalco,
c.p. 14490
5846 1531

**CENTRO DE SALUD T-I
PARRES**
Miguel Hidalgo s/n
col. Parres el Guarda,
c.p. 14040

**JURISDICCION SANITARIA
VENUSTIANO CARRANZA.**

**CENTRO DE SALUD T-I
SAN MIGUEL XICALCO**
16 de Septiembre s/n
col. Pueblo de San Miguel Xicalco,
c.p. 14490
5846 1531

**CENTRO DE SALUD T-I
PARRES**
Miguel Hidalgo s/n
col. Parres el Guarda,
c.p. 14040

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. JUAN DUQUE DE ESTRADA**
Oriente 170 No. 154,
col. Moctezuma 2da. Sección,
c.p. 15500
5571 0524 5571 7173
5571 2572

**CENTRO DE SALUD T-II
JOSÉ MA. MORELOS Y PAVÓN**
Mineros no. 59 Esq. Ferrocarril de
Cintura col. Morelos, c.p. 15270
5789 1081
2616 1083

**CENTRO DE SALUD T-III
DR. LUIS E. RUIZ**
Av. Congreso de la Unión No. 148
col. Merced Balbuena, c.p. 15810
5552 2526 5768 2428
5552 6122 5552 5855
5552 6709 5552 1990

**CENTRO DE SALUD T-III
ROMERO RUBIO**
Manchuria No. 8 Esq. Transvaal
col. Romero Rubio, c.p. 15430
5771 6040 5760 9664
5760 7123

**ENTRO DE SALUD T-I
POLVORÍN**
Juan Pardavé s/n y Francisco del Paso
y Troncoso col. Magdalena Mixhuca,
c.p. 15750
5768 3669

**CENTRO DE SALUD T-I
CUATRO ÁRBOLES**
Bienes Nacionales No. 88
Col. Cuatro Árboles, c.p. 15730
5571 4579

**CENTRO DE SALUD T-I
AMPLIACIÓN CARACOL**
Antiguo Cauce del Río Churubusco
No.180, col. Caracol, c.p. 15630
5763 7253

**CENTRO DE SALUD T-I
RENOVACIÓN**
Francisco Españel No. 92
col. Moctezuma 1ª Sección,
c.p. 15270
5762 3663
5785 1399

**CENTRO DE SALUD T-II
ARENAL 4A. SECC.**
Xaltocan esq. Xocoyote
col. Arrenal 4ª Sección, c.p. 15640
5758 3123
5701 0417

**CENTRO DE SALUD T-II
PEÑÓN DE LOS BAÑOS**
Boulevard Aeropuerto y Av. Peñón
de los Baños col. Peñón de los Baños,
c.p. 15610
5784 0247
2643 5226

**CENTRO DE SALUD T-I
REVOLUCIÓN**

Francisco Serrano No. 5
 col. Miguel Hidalgo, c.p. 15470
 5789 3068
 5704 0193

CENTRO DE SALUD T-I
 REVOLUCIÓN
 Francisco Serrano No. 5
 col. Miguel Hidalgo, c.p. 15470
 5789 3068
 5704 0193

JURISDICCION SANITARIA
XOHIMILCO

TULYEHUALCO
 Av. Tláhuac s/n y Río Ameca
 col. San Sebastián Tulyehualco,
 c.p. 16730
 2161 2390

CENTRO DE SALUD T-III
 SANTA CRUZ XOCHITEPEC
 Camino a Santiago
 col. Pueblo Santa Cruz Xochitepec,
 c.p. 16100

CENTRO DE SALUD T-I
 SANTIAGO TEPALCATLALPAN
 Sócrates Esq. Aquiles Serdán
 col. Santiago Tepalcatlalpan,
 c.p. 16200

CENTRO DE SALUD T-III
 SAN GREGORIO ATLAPULCO
 Gustavo Díaz Ordaz s/n Esq. Emiliano
 Zapata col. San Gregorio Atlapulco,
 c.p. 16600
 5843 2347
 5843 9559

CENTRO DE SALUD T-II
 SANTA MARÍA NATIVITAS
 Carretera vieja Xochimilco-Tulyehualco
 col. Pueblo Santa María Nativitas,
 c.p. 16450
 2157 5132
 2157 8120

CENTRO DE SALUD T-I
 SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

Av. 5 de Mayo Esq. Acueducto s/n
 Col. Pueblo de San Luis Tlaxialtemalco,
 c.p. 16660
 5843 9517

CENTRO DE SALUD T-III
 XOCHIMILCO
 Av. Juárez No. 2
 col. Barrio San Juan Xochimilco,
 c.p. 16070
 5676 9105 5676 0043
 5675 7455

CENTRO DE SALUD T-II
 SANTA CRUZ ACALPIXCA
 Ahualulpa s/n
 col. Santa Cruz Acalpixca,
 c.p. 16500
 2157 7693 2157 1979
 2157 7891

CENTRO DE SALUD T-I
 SANTA CECILIA TEPETLAPA
 Francisco Sarabia s/n
 col. Pochlo Santa Cecilia Tepetlapa,
 c.p. 16880 CENTRO DE SALUD T-I 5548
 5625

CENTRO DE SALUD T-III
 SAN MATEO XALPA
 Carretera a Topilejo s/n
 col. San Mateo Xalpa, c.p. 16800
 2156 2412
 2153 5332

CENTRO DE SALUD T-I
 SAN ANDRÉS AHUAYUCAN
 Av. Juárez No. 1
 col. San Andrés Ahuayucan,
 c.p. 16910

Precauciones para el traslado de pacientes en ambulancia

El personal médico indicará en la hoja de traslado del paciente si para realizarlo necesita precauciones estándar o precauciones específicas de aislamiento.

La trabajadora social anotará en la hoja de traslado la indicación del médico sobre la necesidad de precauciones estándar o precauciones específicas de aislamiento.

El personal de ambulancias:

- Al tener la hoja de traslado determinará el tipo de manejo que debe dar al paciente al leer si se necesitan precauciones estándar o precauciones específicas de aislamiento.
- Deberá conocer cómo llevar a cabo las precauciones estándar y específicas de aislamiento.
- Deberá conocer la técnica de higiene de manos, uso de cubre-bocas y guantes que debe realizar según indicaciones específicas.
- Se hará cargo de tener el material y equipo necesario para el traslado de pacientes.
- Mantendrá las unidades limpias para el traslado de pacientes.

Lo ideal es que el transporte de pacientes sea individual sin embargo si se transporta más de un paciente se debe tener en cuenta que serán pacientes sin diagnóstico de enfermedades transmisibles.

FUENTE: PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DEL INP, 2015.

PFR

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Derechos del Paciente y de su Familia

Generales

- PFR1/PFR1.1/PFR4** Identificación respeto a los derechos del paciente, sus valores y creencias
- PFR1.1.1** Apoyo religioso o espiritual al paciente
- PFR 1.2** Identificación de expectativas y necesidades de privacidad
- PFR 1.3** Responsabilidad con las pertenencias
- PFR 2** Participación del paciente y su familia en los procesos de atención
- PFR 3** Derecho del paciente a manifestar una queja

Información al paciente

- PFR 1** Información a la familia o tercero
- PFR 1.6** Confidencialidad sobre la información del paciente
- PFR 2.1/PFR 2.1/PFR 6.1** Información sobre el estado de salud del paciente
- PFR 5** Información escrita al paciente sobre sus derechos
- PFR 7/PFR 7.1** Información al paciente sobre investigaciones clínicas
- PFR10** Información sobre donación de órganos o tejidos

Pacientes vulnerables

- PFR 1.4** Protección de los pacientes contra agresiones físicas
- PFR 1.5** Identificación y protección de pacientes vulnerables

Consentimiento Informado

- PFR 6** Proceso para la obtención del consentimiento informado
- PFR 6.2** Obtención de consentimiento informado por terceros
- PFR 8** Obtención de consentimiento informado para investigaciones clínicas
- PFR 6.3** Obtención de consentimiento para la atención en general
- PFR 6.4/4.1** Obtención de consentimientos informados para procedimientos específicos

Investigación

- PFR7** Investigación en seres humanos: información a pacientes y familiares
- Beneficios
- Riesgos
- Alternativas,
- No participación,
- Protocolo
- Consentimiento
- PFR 8** Consentimiento informado en investigación
- PFR 9** Supervisión de la investigación por el Comité de Ética e Investigación

Educación y capacitación del personal

- PFR 2** Respaldo las decisiones del paciente y su familia
- PFR 6** Consentimiento informado
- PFR 9** Proceso de extracción y transplantes de órganos

Pacientes con dolor y en agonía

- PFR 2.3** Derechos sobre la omisión de servicios de reanimación o renuncia a los tratamientos para prolongar la vida
- PFR 2.4** Derecho a evaluación y manejo del dolor
- PFR 2.5** Derechos del paciente en agonía

Expediente Clínico

- PFR 2.2/PFR 2.3** Decisiones del paciente: rechazo/suspensión de tratamiento, reanimación, renuncia a tratamiento para prolongar vida
- PFR 6.3/PFR 6.4/PFR 8** Consentimiento informado

PFR

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Políticas sobre derechos de los pacientes y de sus familias

Propósito.

Brindar atención médica a los pacientes acorde a sus necesidades, valores y creencias, así como promover su participación en los procesos de atención.

Carta de los Derechos de los Pacientes

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Políticas sobre pertenencias personales de los pacientes (Estándar PFR.1.3)

Propósito

Establecer el nivel de responsabilidad que tiene el INP por las pertenencias personales de pacientes y/o familiares.

Reglamento para uso de casilleros planta principal

- Horario: Lunes a Viernes de 7:00 am a 19:30 pm Sábados, Domingos y días festivos de 8:00 a.m. a 18:30 p.m.
- Podrá guardar sus pertenencias, el familiar o responsable del paciente que se encuentre hospitalizado o se presente a consulta externa de subespecialidad, por un máximo de 12 hrs.
- Para solicitar casillero, deberá presentar el pase de visita, carnet de citas o folio con cita programada.
- No se guardarán pertenencias del familiar que cuente con hospedaje de alguno de los albergues: Casa de la Amistad, AMANC, RONALD MAC DONALD, etc., excepto hospitalizados en la unidad de terapia intensiva.
- Queda prohibido guardar alimentos, dinero, objetos de valor o sustancias tóxicas o explosivas.
- El Instituto no se responsabiliza por objetos perdidos o dañados en el casillero.
- Las pertenencias que no se recojan, en un lapso máximo de 24hrs; serán desechadas, si no se localiza al familiar.
- El Servicio de Relaciones Hospitalarias, notificará previamente al familiar o responsable del paciente, desocupar los casilleros para ser aseados y desinfectados.
- Las llaves de los casilleros están bajo resguardo del Servicio de Relaciones Hospitalarias.

Reglamento para el uso de casilleros en el Departamento de Urgencias

- Horario de atención: de Lunes a Domingo durante las 24 hrs. del día.
- Podrán guardarse sus pertenencias, el familiar o responsable del paciente que se encuentre hospitalizado o en prehospitalización.
- No se guardan pertenencias del familiar, que cuente con hospedaje en alguno de los albergues (Casa de la Amistad, AMANC, RONALD MAC DONALD, etc).

- Queda prohibido guardar alimentos, dinero, objetos de valor o sustancias tóxicas o explosivas.
- El Instituto no se responsabiliza por objetos perdidos o dañados en el casillero.
- Las pertenencias que no se recojan, en un lapso máximo de 24 horas, serán desechadas, si no se localiza al familiar o responsable del paciente.
- El Servicio de Relaciones Hospitalarias, notificará previamente al familiar o responsable del paciente, desocupar los casilleros para ser aseados y desinfectados.
- Las llaves de los casilleros están bajo el resguardo del Servicio de Relaciones Hospitalarias.

Resguardo de objetos personales del paciente hospitalizado.

Al ingreso del paciente la Enfermera Jefe de Servicio y/o Enfermera encargada del paciente solicita al familiar los objetos de aseo personal que el paciente requerirá para su hospitalización (jabón, toalla, cepillo dental, shampoo, esponja, cepillo para el cabello, crema corporal, sandalias para baño).

Posteriormente explica al familiar y al paciente (si la edad lo permite) cuales son los objetos personales que deberán estar dentro del buró y que deberán permanecer en buenas condiciones. Para corroborar que se efectúe el resguardo de forma correcta la Enfermera revisa diariamente el buró verificando que se mantengan únicamente los objetos indicados, en caso de encontrarse algún otro objeto como celulares, videojuegos, localizadores, radios, televisores, etc., éstos serán retirados.

En los Servicios de áreas críticas la Enfermera deberá señalar al familiar cuales son los objetos de uso y aseo personal que se requieren ya que dependerán de la edad, del Servicio y del estado de salud del paciente.

Una vez que el paciente egrese se le entregarán los objetos que el paciente utilizó durante su hospitalización.

Estándar de Referencia

Estándar PFR.1.3 Existe un proceso que asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes

Elementos Medibles

- 1.- El establecimiento determinó su nivel de responsabilidad por las pertenencias de los pacientes.

Políticas sobre Pacientes que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos (Estándar PFR.1.4)

Propósito

Establecer la forma en que se brindará atención a pacientes que pueden presentar estados de auto agresión o hetero agresión.

Políticas

- En el INP no se hospitalizan pacientes con problemas psiquiátricos, al detectarlos son referidos/trasladados a las instituciones correspondientes, previa estabilización del estado agudo. Durante su hospitalización se valorará la indicación de sujeción (ver Políticas para la sujeción de pacientes).
- En el INP se tratan y hospitalizan pacientes con problemas sistémicos, que por descompensación médica o por condición médica presenten brote psicótico, los cuales son referidos/trasladados a las instituciones correspondientes, previa estabilización del estado agudo. Durante su hospitalización se valorará la indicación de sujeción (ver Políticas para la sujeción de pacientes).

Estándar de Referencia

Estándar PFR .1.4 Se protege a los pacientes contra agresiones físicas

Elemento Medible

7.- Existen Políticas y procedimientos que establecen como actuar en casos donde se atienden pacientes con problemas sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos.

Identificación de Grupos de pacientes vulnerables (Estándar PFR.1.5)

Propósito

Identificar a los pacientes vulnerables para brindarles mayor protección.

Políticas

Si bien todos los pacientes pediátricos son vulnerables, después de un ejercicio de priorización, se detectó que a quienes hay que brindar mayor protección son los pacientes:

- Con problemas para comunicarse.
- En estado de inconciencia.
- Con retraso psicomotor.
- Que no hablan español.

Estándares de Referencia

Estándar PFR.1.5 Los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores y demás población en riesgo obtienen la protección adecuada.

Elemento Medible

- 1.- El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables.

Comité Hospitalario de Bioética

El INP cuenta con un Comité Hospitalario de Bioética el cual está integrado por miembros distinguidos del personal del Instituto, con trayectoria profesional e intachable. Dicho comité tiene las siguientes funciones:

1. Actuar en interés de los participantes en la prestación de servicios hospitalarios y de las comunidades involucradas, tomando en consideración los fundamentos y principios bioéticos, regulaciones nacionales y de los hospitales. Para lo anterior, deberá establecer políticas institucionales sobre aspectos éticos.
2. Emitir alternativas de solución a los dilemas bioéticos que se pongan a su consideración, con base en análisis sistemáticos, propiciando la toma de decisiones razonadas y fundamentadas, contribuyendo así a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en la prestación de servicios de atención médica y docencia en el área de la salud. Su carácter es de asesor y consultor, no es ejecutivo, emite recomendaciones en lo particular y en lo general.
3. Desarrollar acciones que ayuden a los miembros del Comité y al personal de salud del hospital a incorporar información, conocimiento y conductas para la identificación y posible resolución de dilemas bioéticos y así promover la educación bioética permanente de sus miembros y del personal del establecimiento. Lo anterior mediante la planificación y establecimiento de un programa de capacitación al personal con cursos, talleres, sesiones, trípticos y otras modalidades educativas, sobre aspectos éticos; el Comité planteará a la Dirección de Enseñanza estas acciones.
4. Contribuir a la prevención de conflictos de interés que puedan surgir en la atención médica, a través de procedimientos orientadores; considerando el contexto social, económico, cultural y la congruencia con el momento histórico y el marco jurídico vigente. Para lo anterior, deberá discutir y deliberar sobre casos clínicos de difícil solución; el comité no toma decisiones, propone al Médico en cuestión la posible solución, en forma de consejería. Sus recomendaciones son de carácter estrictamente confidencial y será entregada al Médico en un sobre sellado, una copia permanecerá en el archivo del Comité, a resguardo del secretario técnico y solo podrá ser entregado por solicitud judicial o de autoridades superiores.
5. Conformar y proporcionar informes periódicos, con apego a la normatividad de las actividades realizadas, a las instancias que corresponda para ser utilizados en la prospectiva de sus acciones.

(Para conocer a mayor profundidad integración y función de dicho Comité ver Manual de Organización y Funcionamiento del Comité Hospitalario de Bioética).

Política sobre voluntad anticipada / directrices anticipadas (Estándar PFR.2.3)

De acuerdo a lo descrito en la Ley de Voluntad anticipada del DF en el INP respeta el deseo del paciente y familiares o tutor respecto a omitir los servicios de reanimación y a renunciar a tratamientos para prolongar la vida. Para respetar la voluntad anticipada, la unidad de medicina paliativa y clínica del dolor durante la primera entrevista valora el estado del paciente y como acto pertinente ofrece la carta de directrices anticipadas, en el mismo documento se señala si acepta o no la donación de órganos, dónde firman el familiar o tutor, dos testigos y la persona que la elabora.

Estándar de Referencia

Estándar PFR .2.3 El establecimiento respeta los deseos y preferencias del paciente respecto a omitir los servicios de reanimación y a renunciar o retirar los tratamientos para prolongar la vida.

Elementos Medibles

1.- El establecimiento ha identificado su posición ante la negativa de un paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.

Referencias bibliográfica

- Ley de voluntad anticipada del DF

Políticas sobre Consentimiento Informado (Estándares PFR.2, PFR.6, PFR.6.2 y PFR.6.4.1)

Propósito

Establecer el proceso de Consentimiento Informado para que sea válido y ayude a mejorar la comunicación médico-paciente en la realización de procedimientos.

Políticas

- En el INP siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso la **Carta de Consentimiento Informado M-0-30 a-b** firmada por el familiar o tutor del paciente para practicarle, con fines diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos y anatómico-patológicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informar al familiar o tutor del carácter de la autorización, de manera suficiente, veraz y previa al acto autorizado el tipo de documento que se le presenta para su firma.
 - En caso de que los padres sean menores de edad se requerirá la participación y responsiva de un tutor legal.
 - En caso de niños que provengan del DIF, reclusorios o casas hogar se requerirá la participación y responsiva del tutor legal que tengan asignado.
- La Carta de consentimiento informado obtenida al ingreso del paciente (autorización inicial) no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.
- En caso necesario, el Médico tratante del paciente pedirá la participación del familiar o responsable del paciente para otorgar tratamiento médico, indicando de manera sencilla en qué consistirá su participación.
- En los casos en que se requiera, el personal de Trabajo Social, Medicina Comunitaria, Rehabilitación o de cualquier otro Servicio, participará en la sensibilización y explicación a los padres para que se involucren en el tratamiento y en los procesos de atención.
- Cuando no sea posible obtener la **Carta de Consentimiento Informado** por incapacidad del paciente (situación de urgencia) y ausencia de familiar o tutor, el Médico Tratante con previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos Médicos Adscritos llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

- En sesiones multidisciplinarias se analiza el diagnóstico y tratamiento de los casos complejos o que no evolucionen de acuerdo a lo esperado y se explica al padre o tutor las alternativas de estudios, procedimientos o tratamientos a los que se podría someter al paciente, para su conocimiento, aprobación o rechazo. La decisión tomada será anotada en el expediente.
- En el caso de que el personal en formación participe en la consulta médica, el Médico responsable explicará al paciente y su familiar la presencia de dicho personal y solicita autorización.
 - En el caso de recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares hasta los 8 años, el interrogatorio es indirecto, se efectúa con el familiar o tutor.
 - En el caso de escolares después de los 8 años, el interrogatorio puede ser mixto, familiar y paciente.
 - En la atención a mayores de 12 años, el interrogatorio se realiza directamente con el paciente, en presencia siempre del padre o tutor, en casos especiales podrá ser mixto el interrogatorio con paciente y familiar.
 - Cuando exista incapacidad del paciente o su informante para describir los datos relacionados a la enfermedad, puede interrogarse a terceras personas.
- La información que se brinda, previo a la obtención del Consentimiento Informado, incluye:
 - El estado del paciente.
 - El o los tratamientos propuestos.
 - Los beneficios y riesgos.
 - Las posibles alternativas.
 - Las probabilidades de éxito.
 - Los posibles problemas relacionados con la recuperación.
 - Los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.
- La información debe ser en lenguaje que entienda el paciente y/o los padres o tutor del menor.
- Se debe obtener Consentimiento informado cada vez que se realice:
 - Ingreso hospitalario.
 - Procedimientos Quirúrgicos.
 - Anestesia o sedación.

- Procedimientos invasivos (endoscópicos, venodisecciones o colocación de catéteres venosos centrales).
 - Estudios radiológicos que requieran material de contraste (urografías, pielografías, cistouretrografías, angiografías, cavografías, resonancias magnéticas, tomografías lineales y computarizadas).
 - Punción lumbar y de médula ósea.
 - Transfusión de hemocomponentes.
 - Hemodiálisis.
 - Diálisis Peritoneal.
 - Donación de órganos, tejidos y trasplantes.
 - Ingreso a Programa de Cuidados Paliativos.
 - Inicio de tratamiento con quimioterapia.
 - Inicio de tratamiento con radioterapia
 - Realización de la prueba serológica para la detección de VIH.
 - Aplicación de PPD
 - Investigación clínica
 - Necropsia
 - Procedimientos que entrañen mutilación
- Se debe informar a los pacientes sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o suspenderlo, informando de la consecuencia y responsabilidad de sus decisiones, en el caso de rechazo o suspensión se registra en el expediente.

Estándares de Referencia

Estándar PFR.6 El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en el establecimiento y lo lleva a cabo personal capacitado.

Elemento Medible

1.- El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos, que cumple con la normatividad vigente.

Estándar PFR.6.2 El establecimiento implementa un proceso, dentro del contexto de la ley y la cultura existentes, para cuando otros puedan otorgar el consentimiento.

Elemento Medible

1.- El establecimiento cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.

Estándar PFR.6.4.1 El establecimiento enumera las categorías o tipos de tratamiento y procedimientos que requieren un consentimiento informado especial.

Elementos Medibles

1.- El establecimiento cuenta con un listado que contiene los nombres de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento informado especial.

Referencias bibliográficas

- Artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.
- NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Políticas sobre Investigación (Estándar PFR.7)

Propósito

Establecer políticas sobre Investigación en el marco del respeto de los Derechos de los Pacientes.

Políticas

- El INP informa a los pacientes y familiares y/o tutor sobre la forma de acceder a los estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos que se estén llevando a cabo.
- Cada investigador realiza promoción de su proyecto, mismo que debe ser validado por el Comité de Ética en Investigación.
- A quienes se les solicita su participación se les informa sobre los beneficios esperados, molestias y riesgos potenciales, así como las alternativas que quizás también sean de ayuda y los procedimientos que deben seguirse.
- Además se les informa que en caso de rehusarse a participar o abandonar la investigación o ensayo clínico, su acceso a los servicios de la institución no se verá comprometido.
- Se informará a los pacientes y familiares o tutor, los procesos establecidos para revisar el protocolo, abandonar la participación y se obtendrá el consentimiento de acuerdo a las políticas establecidas.
- La información escrita en el consentimiento informado debe ser en lenguaje que entienda el participante y/o los padres o tutor del menor.
- La hoja de asentimiento del menor (se sugiere que se incluya cuando sea igual o mayor de 12 años) es semejante a la del consentimiento pero más corta.
- Las hojas deben ser numeradas incluyendo el número progresivo de hoja y el total de hojas que incluye la Carta de Consentimiento.
- En caso de que los pacientes y/o familiares tengan dudas, se les indicarán los nombres y teléfonos de los investigadores principales y del Presidente del Comité de Ética en Investigación.

El INP cuenta con un Comité de Investigación y con un Comité de Ética en Investigación legalmente constituidos y cuentan con las autorizaciones correspondientes ante la COFEPRIS, los cuales son responsables de:

- Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos y en otros seres vivos.
- Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan.
- Supervisar todos los protocolos de investigación.
- Sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes.
- Garantizar la confidencialidad y seguridad de la información de la investigación.

Requerimientos para someter protocolos de investigación.

Toda investigación debe ser aprobada por el Comité de Investigación y cuando proceda, por los Comités de Ética, Bioseguridad y/o de Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL).

Lineamientos generales

Puede ser responsable o co-responsable de un proyecto todo investigador en Ciencias Médicas o personal del área médica o paramédica. En todos los casos se requiere la aprobación del Jefe de Servicio o Laboratorio del área donde se realizará el estudio.

Procedimiento

1. Dirigir carta a la Dra. María Dolores Correa Beltrán, Directora de Investigación y Presidente del Comité de Investigación, en la que se indique el título del protocolo, los objetivos principales y la justificación del estudio, firmada por el o los responsables del proyecto.
2. Completar la Solicitud de Autorización de proyectos de Investigación en donde debe aparecer la firma de todos los coautores; para el caso de investigadores externos al INP se debe anexar un resumen curricular de **máximo 1 cuartilla**.
3. El protocolo debe incluir todas las secciones enlistadas en el anexo (de acuerdo al tipo de estudio, el investigador podrá justificar proyectos en donde no se requiera la inclusión de todas las secciones).

4. Enviar los documentos vía electrónica, en formato PDF al Secretario del Comité de Investigación, Dr. Silvestre García de la Puente. En caso de cumplir con los requisitos metodológicos mínimos, se notificará al investigador vía electrónica, para que entregue 1 original impreso al Comité de Investigación, para solicitar su aprobación oficial.

Casos especiales

A) Estudios multicéntricos patrocinados por la Industria Farmacéutica, incluir:

1. En la Carta dirigida al Director de Investigación, debe referirse la participación que va a tener el Instituto, cuántos pacientes van a participar en el estudio y las razones por las que el Investigador considera que es conveniente para los pacientes y para el Instituto.
2. Protocolo en idioma original y en Español, Manual del investigador, Cartas de consentimiento y Asentimiento (si procede) por separado y si se va a distribuir información a pacientes o a la comunidad, los folletos respectivos.

B) Estudios en los que el o los investigador(es) del INP es (son) invitados; siendo el Investigador Principal externo al Instituto.

1. Agregar una carta del Investigador principal que invita al (los) responsable(s) en el INP. Si el protocolo fue aprobado en su institución de origen, se debe incluir copia de la aprobación correspondiente.

C) Estudios en los que el o los investigador(es) del INP es (son) co-responsable(s) de un grupo multidisciplinario o forman parte de una Red.

1. Añadir a la carta de presentación a la Dra. Correa toda documentación que avale la formación del grupo multidisciplinario o Red.

Lineamientos para la elaboración y presentación de proyectos de investigación:

- **RESUMEN ESTRUCTURADO.** Escrito en una hoja que incluya antecedentes, objetivos, población del estudio, criterios de selección importantes, descripción del estudio y de las principales variables que se van a investigar, tamaño de la muestra (en estudios prospectivos), análisis estadístico.
- **ANTECEDENTES.** Incluir la patología que se va a estudiar, los aspectos relevantes de la Literatura Médica relacionados con los objetivos del proyecto, con las variables que se van a medir (si aplica) y con las controversias existentes. Todas las referencias se citarán con un número arábigo en superíndice, en el orden de aparición en el texto.

- **JUSTIFICACIÓN.** Referir por qué y para qué se desea efectuar el proyecto de Investigación y cuál es el problema médico o científico que se desea resolver.
- **OBJETIVOS.** Pueden desglosarse a juicio del autor en: Objetivo general, objetivos específicos o primarios (deben de cumplirse de acuerdo a la metodología propuesta) y objetivos secundarios (son aquellos que idealmente deben cumplirse aunque ocasionalmente no se logren en la investigación propuesta).
- **HIPÓTESIS.** Solamente en estudios prospectivos analíticos y en algunos prospectivos descriptivos, una hipótesis por cada objetivo específico, (las hipótesis deben estar basadas en la información proporcionada en antecedentes).
- **CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.** Se sugiere mencionar las 4 ramas de la clasificación (observacional o experimental, prospectivo o retrospectivo, transversal o longitudinal y descriptivo o analítico) o bien mencionar el tipo de Diseño de Investigación (ejemplo: casos y controles, cohorte, prueba diagnóstica, ensayo clínico etc.). En el caso de Ensayos Clínicos referir el procedimiento de aleatorización, tipo de control y cegamiento.
- **POBLACIÓN.** Referir población objetivo, población elegible y, si aplica, métodos de muestreo.
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.** Características de la población objetivo y elegible para ingresar al estudio. No repetir lo anotado en población.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.** Características que impiden incluirlos en el estudio a pesar de que cumplen los criterios de inclusión. No anotar lo contrario a los de inclusión.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.** Una vez ingresado el caso, características durante la evolución que les impide continuar en el estudio (sólo aplica para estudios longitudinales).
- **UBICACIÓN DEL ESTUDIO.** Sitio o sitios donde se llevará a cabo la investigación.
- **TAMAÑO DE LA MUESTRA.** Referir las bases en que se fundamentó el cálculo y la fórmula del mismo.
- **VARIABLES.** Mencionar las variables que se van a consignar y su clasificación, cómo se van a registrar y medir; se deben incluir las definiciones operacionales sólo de aquellas variables importantes para el estudio, y que serán las que se incluyan en la Hoja de Recolección de la Información. No incluir aquellas que no hay justificación para ello.
- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.** Anotar el plan de análisis a realizar para cada objetivo específico.

- **ÉTICA, BIOSEGURIDAD Y/O CUIDADO DE ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN.** Referir las consideraciones éticas que apliquen con relación al diseño del estudio. En caso de estudios retrospectivos anotar sólo los métodos para asegurar la privacidad y confiabilidad de los resultados. En otros estudios, en especial en ensayos clínicos, anotar además, las medidas de seguridad para los pacientes y descripción de riesgos posibles contra beneficios esperados. Para los casos en que se requiera, se deben detallar las medidas de cuidado para los investigadores que estarán expuestos a radiactividad, carcinógenos y otras sustancias altamente tóxicas, y/o para el manejo ético de los animales de experimentación.
- **CARTA DE CONSENTIMIENTO.** Elaborar la Carta de Consentimiento informado y Asentimiento en caso de pacientes de 12 años o mayores de acuerdo a las especificaciones anotadas en el anexo 2.
- **CRONOGRAMA.** Referir el tiempo estimado para la ejecución del proyecto: elaboración y aprobación del protocolo por los comités de Investigación, Ética y/o CICUAL, ejecución, captación y análisis de resultados así como envío a publicación.
- **PRESUPUESTO.** Describir el gasto en diferentes rubros necesarios para realizar las actividades del proyecto, lo cual dependerá del tipo de investigación a realizarse y el financiamiento con el que se contará. El Autor puede guiarse en el formato de cronograma y presupuesto (anexo 3)
- **FACTIBILIDAD.** Referir los recursos materiales y humanos con que se cuenta para la ejecución del proyecto en caso de aprobación, así como la factibilidad de obtención de casos, muestras biológicas o animales, de acuerdo al tiempo estimado en el cronograma. Se deben mencionar recursos pendientes de obtener en caso de que proceda.
- **REFERENCIAS.** Anotarlas de acuerdo a los criterios internacionales referidos en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Estándar de Referencia

Estándar PFR.7 El establecimiento informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos.

Elementos Medibles

7.- Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión.

Referencias bibliográficas

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación.
- NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Políticas sobre Donación de órganos (Estándar PFR.11)

Propósito

Establecer políticas sobre donación de órganos en el marco del respeto de los Derechos de los Pacientes.

Políticas

El INP forma parte de la Coordinación Interinstitucional de Donación y Procuración de Órganos y Tejidos, en la cual el Coordinador General de los Institutos es el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y a la cual pertenecen el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Hospital General “Manuel Gea González”, Hospital General de México, Hospital Infantil Federico Gómez.

De acuerdo a la Ley General de Salud el INP cuenta con un Comité Interno de Trasplantes y con un Coordinador Hospitalario de estas acciones.

El INP cuenta con Licencia Sanitaria, que le autoriza para disposición de órganos, tejidos y disposición de células con fines terapéuticos, con la modalidad de extracción de órganos y tejidos, trasplante de córnea, riñón, hueso, médula ósea y banco de corneas.

Capacitación del Coordinador Hospitalario.

Diplomado en Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante.

Taller de Muerte Encefálica.

Funciones.

- I. Detectar, evaluar y seleccionar a los donantes potenciales;
- II. Solicitar el consentimiento del familiar;
- III. Establecer y mantener coordinación con el Comité Interno de trasplantes durante el proceso de procuración de órganos y tejidos;
- IV. Facilitar la coordinación entre los profesionales de la salud encargados de la extracción del o de los órganos y el de los Médicos que realizarán el o los trasplantes;
- V. Coordinar la logística dentro del establecimiento de la donación y el trasplante;

- VI. Resguardar y mantener actualizados los archivos relacionados con su actividad;
- VII. Participar con voz en el Comité Interno de Trasplantes;
- VIII. Fomentar al interior del establecimiento la cultura de la donación y el trasplante;
- IX. Representar al responsable sanitario del establecimiento en ausencia de éste.

Procesos de donación

En el INP el proceso de donación de órganos es por:

Donación en vida

En algunos casos una persona puede donar algún órgano o porción de órgano sin que afecte su salud. A esto se le llama donación en vida. Por ejemplo, se puede donar un riñón gracias a que el ser humano posee dos y es posible llevar una vida normal con uno solo. El riesgo de la cirugía de extracción de un riñón es mínimo.

Este procedimiento requiere de una evaluación médica del posible donador vivo. Los estudios que se realizan se conocen como protocolo de evaluación. Su propósito hacer una revisión sistemática para descartar cualquier riesgo sanitario para el propio donador y para el receptor.

Es común que cuando a una persona se le diagnostica la necesidad de un trasplante de riñón se consulte a su familia para saber si alguien tiene la disposición de donarle. También es posible que alguna persona que no tenga parentesco por lazos civiles, consanguíneos o por afinidad decida ser donador. Para esto se deben cumplir los requisitos legales que se mencionan líneas abajo.

En otros casos se puede donar una porción de hígado sobre todo en el caso de padres que les donan a sus hijos. Menos frecuentemente es la donación de un pulmón.

De acuerdo con el artículo 333 de la Ley General de Salud, para realizar un trasplante de vivo deben cumplirse los siguientes requisitos por parte del donante:

- Estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- Donar un órgano o una parte de él siempre que su función pueda ser compensada por el organismo de forma adecuada y suficientemente segura.
- Tener compatibilidad aceptable con el receptor.

- Recibir la información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano, de parte de un Médico distinto de los que intervendrán en el trasplante.
- Otorgar su consentimiento de forma expresa, es decir, en un documento.
- Cuando el donador no esté relacionado por algún parentesco se deberá cumplir con los siguientes requisitos establecidos en la Ley General de Salud:
 - Obtener la resolución favorable del comité de trasplantes del hospital, previa evaluación médica, clínica y psicológica.
 - El interesado en donar debe otorgar su consentimiento expreso ante un notario público y manifestar que recibió información completa sobre el carácter altruista, libre y consciente de la donación, sin que medie remuneración alguna. El consentimiento del donante para los trasplantes entre vivos podrá ser revocable en cualquier momento previo al trasplante, y
 - Haber cumplido todos los requisitos legales y procedimientos establecidos por la Secretaría, para comprobar que no se está lucrando con ésta práctica.

Donación de personas fallecidas

Cuando un paciente es detectado como un probable donador éste es evaluado por el coordinador de donación para determinar si el fallecido es candidato o no para la donación de órganos.

En el caso de la muerte encefálica:

Para establecer el diagnóstico de Muerte Encefálica se debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debe existir prueba de una causa de muerte encefálica establecida y suficiente.
- Se deben excluir condiciones que puedan confundir el diagnóstico.
- Los resultados de la exploración clínica deben ser congruentes con muerte encefálica durante un tiempo de observación y periodo de prueba.
- El diagnóstico de muerte encefálica en recién nacidos prematuros y menores de 7 días de vida no se puede establecer y deberá ser diferido.

En el INP para confirmar el diagnóstico de muerte encefálica se deberá realizar lo siguiente:

1.- La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- Ausencia completa y permanente de conciencia, donde la posibilidad de recuperación en el paciente es excluida.
- Ausencia permanente de respiración espontánea.
- Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.
- Se deben descartar que dichos signos sean por efecto de narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas mediante su medición en sangre.
- El paciente deberá encontrarse eutérmico (36.5°C - 37.4°C).
- Para pacientes de siete días a dos meses de edad, por su mayor tolerancia a la hipoxia deberán efectuarse dos exámenes clínicos.

2.- Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse mediante la realización de dos Electroencefalogramas (EEG), los cuales deberán demostrar la ausencia total de actividad eléctrica y ser corroborados por un Médico especialista que tenga experiencia en el tema. El lapso de realización entre los dos EEG es:

- Para pacientes de siete días a dos meses de edad se repetirá a las 48 hrs.
- Para pacientes mayores de 2 meses y menores de 2 años de edad será repetido a las 24 hrs.
- Para pacientes mayores de 2 años de edad se repetirá a las 12hrs.

En casos especiales, el diagnóstico podrá apoyarse con pruebas adicionales como la angiografía y potenciales evocados auditivos de tallo cerebral.

Una vez confirmado el diagnóstico de muerte encefálica el Médico tratante platica con la familia sobre la muerte encefálica y se le solicita la donación. Cuando la respuesta es positiva se avisa al comité interno de coordinación para la donación. El INP por ser una institución donde se realizan trasplantes, los órganos y tejidos serán para sus propios pacientes. Si no los realizan, la distribución se hará hacia otros hospitales previamente definidos por el comité interno.

Una vez obtenida el consentimiento de donación el Médico tratante elabora el certificado de pérdida de la vida. A partir de éste momento es fundamental la rapidez del proceso pues en la muerte encefálica el corazón continúa latiendo durante algún tiempo, lo que permite que los órganos se conserven en funcionamiento. De presentarse el paro cardiaco disminuye la posibilidad de donar algunos órganos.

Se redactan los documentos administrativos que respaldan el proceso de donación. En los casos en los que la pérdida de la vida esté relacionada con una investigación judicial se notifica al Ministerio Público para que informe si tiene alguna objeción para la extracción de los órganos, ya que podrían estar relacionados con la investigación de un delito.

Se convoca a los equipos médicos de trasplante para que realicen la extracción de los órganos y tejidos. Cada equipo de trasplante firma la recepción del órgano que extrajo.

El Comité interno del hospital donador da seguimiento a los trasplantes. Tanto el INP como los hospitales que acudieron a tomar los órganos y tejidos están obligados a registrar los datos del donador y los receptores en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.

Una vez concluido el proceso se entrega el cadáver a la familia o se pone a disposición del Ministerio Público si así lo requiere.

Limitantes médicas y legales para la donación:

Las limitantes médicas y legales serán analizadas en cada caso en particular por el comité interno de trasplantes de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud, reglamento, lineamientos y protocolos de donación y trasplante vigentes.

Para evaluar si existen limitantes médicas, los profesionales de la salud realizaran una minuciosa valoración médica, bioética y legal del donador para determinar que no haya un riesgo sanitario para los posibles receptores, así como asegurar que el órgano y/o tejido se encuentre en condiciones de cubrir la necesidad del paciente.

Las limitantes legales las establece la Ley General de Salud en los artículos 326 y 332:

- Los menores de edad no pueden donar en vida excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los padres o representantes legales, únicamente podrán ser donadores cuando han perdido la vida con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

- Los incapaces mentales y otras personas sujetas a interdicción no podrán ser donadores ni en vida ni después de su muerte, Los incapaces surgen como consecuencia de un estado nosológico, adquirido o congénito, afectando a alguna parte del organismo, con repercusiones más o menos amplias, en detrimento de las mismas.
- Las mujeres embarazadas en vida sólo podrán donar en caso de que el receptor estuviere en peligro de muerte y siempre que no implique riesgo para la madre ni para el producto de la concepción.

Estándar de Referencia

Estándar PFR.11 El establecimiento cuenta con mecanismos para supervisar la extracción y el trasplante de órganos y tejidos.

Elementos Medibles

- 1.- Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de procuración y donación.
- 2.- Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de trasplante.

Referencias Bibliográficas

- Artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud.
- Ruíz-García M. Brain death in children: clinical, neurophysiological and radioisotopic angiography findings in 125 patients. *Child's Nerv Syst* 2000; 16: 40-6.
- Acta Pediátrica de México Volumen 31, Núm. 6 , Noviembre- diciembre, 2010.
- Manual de Procesos Operativos e Instrucciones de Trabajo Medicina Crítica.
- Manual de Procedimientos de Dirección Médica.
- Manual de procedimientos operativos. Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos.

Anexos Formatos PFR

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario	M-0-36 a-b
2	Carta de Consentimiento Bajo Información General	M-0-30-a-b
3	Consentimiento informado para Autorización de Transfusión de Sangre Alogénica	M-3-4-16-a-c
4	Carta de Consentimiento Informado para Trasplante de Órganos y Tejidos Donador o Donante Vivo	M-1-4-20 a-b
5	Hoja de Consentimiento para Realización de la Prueba Serológica para la Detección del VIH	M-3-0-11
6	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Procedimientos Anestésicos	M-2-6-08 a-d
7	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Diálisis Peritoneal	M-1-4-08 a-d
8	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Hemodiálisis	M-1-4-11 a-d
9	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Procedimientos Quirúrgicos	M-2-0-27 a-c
10	Consentimiento Informado para Autorización de Inicio de Tratamiento con Quimioterapia para Pacientes Oncológicos	M-6-0-26 a-c
11	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Ingreso al Programa de Cuidados Paliativos	M-4-0-33 a-b
12	Carta de Consentimiento Informado para el Código Verde	M-1-1-02 a-b
13	Autorización de Estudio Post-mortem (autopsia)	M-3-2-01
14	Consentimiento Válidamente Informado (Estomatología)	M-2-2-08 a-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA

**"CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION
PARA INGRESO HOSPITALARIO"**

Por este medio y con apoyo en lo previsto en los artículos 77, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, solicito la hospitalización de mi familiar cuyo nombre y número de registro aparecen en el recuadro superior de este documento, de _____ años de edad, con domicilio en:

toda vez que pretendo que sea atendido (a) en este Instituto Nacional de Pediatría, pues padece _____

Existe al efecto indicación por parte del médico: _____
del Departamento y/o Servicio de _____

Al efecto solicito y autorizo al **Instituto Nacional de Pediatría y a su personal**, para llevar a cabo, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que mi paciente requiera. Estoy enterado que dichos procedimientos diagnósticos y terapéuticos se llevarán de acuerdo con los preceptos de la legislación sanitaria vigente y con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Para los efectos legales a que haya lugar proporciono los datos siguientes:

Domicilio: _____

Teléfono: _____, acredito mi parentesco (en su caso, representación legal) mediante: _____

Exhibo como identificación: _____

Se suscribe la presente solicitud, en la Ciudad de México, Distrito Federal a los _____ días del mes de _____ del año _____.

M-0-36-a

PROTESTO LO NECESARIO

Firma: _____

Nombre completo: _____

TESTIGOS:

Nombre completo: _____

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Firma: _____

Firma: _____

ELABORO:

Nombre: _____ Clave: _____ Firma: _____

M-0-36-b

ADESOGRAFO	
NOMBRE (S) DEL PACIENTE _____	

REGISTRO: _____	EDAD _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO
INFORMACIÓN GENERAL**

En _____ a _____ de _____ del 201____.

El (La) que suscribe Sr. (a) _____

En mi carácter de Paciente Familiar Representante legal

Manifiesto que el Dr. _____
me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y
pronóstico de mi padecimiento en: _____

Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento(s):

Los beneficios esperados son:

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:

Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros
para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este
programa es publicada, no será identificado por nombre.

El (La) que suscribe _____ en pleno uso
de mis Facultades, manifiesto estar debidamente enterado (a) del contenido del presente
documento, para lo cual firmo para constancia y efectos legales a que haya lugar.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre

Firma

Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESÓGRAFO

NOMBRE (M) DEL PACIENTE _____

REGISTRO _____ EDAD _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES
DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE TRANSFUSIÓN
DE SANGRE ALOGÉNICA**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____ con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada _____, sea sometido a "Transfusión con sangre alogénica".

Se ha hecho de mi conocimiento mi paciente necesita o es posible que necesite transfusiones de productos sanguíneos y me ha explicado los riesgos que pueden producirse en caso de no recibir este tratamiento. Se me explicó que el procedimiento de transfusión consiste en la aplicación de sangre estudiada y negativa para agentes infectantes de las siguientes enfermedades: Sífilis, Chagas, VIH, VHC, Brucella. Sin embargo existe un riesgo, este es muy bajo (inferior a 1 por cada 95.000 transfusiones), pero no nulo, de contraer infecciones por los virus de la hepatitis C, hepatitis B, inmunodeficiencia humana (SIDA) u otros menos frecuentes a través de la transfusión. Se me explicó que todos los productos que se utilizan en el Instituto Nacional de Pediatría para este procedimiento, están leucorreducidos para disminuir el riesgo de transmisión de virus (Citomegalovirus), la aloinmunización y reacciones febriles asociadas al acto transfusional y todas las plaquetas están radiadas.

La sangre que se utiliza, para almacenarse requiere de ser mezclada con un anticoagulante, y que para aplicarse deberá de usarse un filtro de transfusión.

Para que la transfusión se lleve a cabo, a mi paciente se le realizarán previamente: Toma de muestra de sangre para realizar análisis y determinar su grupo sanguíneo ABO y RH, pruebas de compatibilidad sanguínea y todas las pruebas que se consideren necesarias para evitar o disminuir posibles complicaciones inmunohematológicas como consecuencia de transfusiones previas.

Se me explicó además que existen efectos adversos asociados a la transfusión como son : Reacciones alérgicas (inmediatas o tardías), debido al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños receptor, reacciones febriles no hemolíticas, de las cuales las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar; riesgo de transmisión de agentes infecciones en periodo de "ventana" (Tiempo en el

cual aún no es posible detectarlo en la sangre del donador pero que ya puede ser infectante), y por tanto existe una mínima posibilidad de contagio. Esto a pesar de que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para detectar sangre contaminada son máximas en el banco de Sangre.

También se me explicó que puede haber reacción hemolítica transfusional por: Presencia de anticuerpos irregulares o la probabilidad mínima de que exista incompatibilidad ABO y muy raramente estas reacciones pueden ser graves o muy graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso paro cardiorespiratorio).

Se me informó también que en caso de presentarse cualquier reacción adversa inmediata y grave, existe personal altamente entrenado para tratar a mi paciente y administrar los medicamentos y la atención que requiera.

En caso de ser aceptada la transfusión, el personal responsable a cargo de mi paciente, tiene el compromiso de vigilar la transfusión con respecto a: Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos; fecha y hora de inicio y finalización de cada transfusión; control de la transfusión. En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente.

Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como, del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.

POR LO TANTO, DECLARO QUE:

El médico me explicó de manera clara y completa los motivos de la necesidad de realizar la/las transfusión(es) sanguínea (s), sus riesgos, sus beneficios y otras alternativas.

1. He recibido información amplia sobre el procedimiento de transfusión de sangre y sus componentes, con respuesta a todas mis preguntas y estoy satisfecho(a) con la explicación.
2. Ejerciendo mi derecho de autonomía y libre de presiones: Por ello conociendo los beneficios y riesgos de este tratamiento, liberando de toda responsabilidad al personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Pediatría.

_____ SI ACEPTO LA(S) TRANSFUSION(ES) _____ NO ACEPTO LA(S) TRANSFUSION(ES)

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en recibir la transfusión de sangre alogénica.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento. El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESOGRAFO

NOMBRE (S) DEL PACIENTE _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
 SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y
 TEJIDOS DONADOR O DONANTE VIVO**

El C. _____ por mi propio derecho, de manera libre, voluntaria e informada, y con apoyo en los previsto en los artículos 313, 314, 315, 316, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326 y demás relativos y aplicaciones de la Ley General de Salud, en relación a lo previsto en los artículos 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 29 y demás relativos y aplicaciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, manifiesto mi voluntad para que se disponga a título gratuito de _____, el día _____ de _____ del 200____, y le sea trasplantado el mismo al o (la) menor _____, con _____ años _____ meses de edad, y de sexo _____, con expediente clínico número _____, internado (a) en la cama _____, del servicio de _____ este Instituto Nacional de Pediatría.

Para dichos efectos y bajo protesta de decir verdad manifiesto:

- I. Tener mi domicilio en: _____
- II. Que en este acto autorizo al (los) Doctor (es) _____, quienes intervendrán en el procedimiento para que se realice el trasplante.
- III. Que el (la), menor guarda conmigo un parentesco de _____
- IV. Que se me ha explicado detalladamente la naturaleza de los procedimientos médico-quirúrgicos que se le practicarán.
- V. Que se me ha explicado ampliamente los riesgos inherentes al trasplante, así como las consecuencias que pueden originarse y las probabilidades de éxito, lo cual hemos comprendido y tenemos plena conciencia.

Complicaciones en el Donante Vivo de Trasplante Renal

- Muerte (0.02 %)
- Reintervención quirúrgica 1%
- Neumotorax 2.4 %
- Fiebre 22 %
- Atelectasia
- Infecciones de la herida quirúrgica 12 a 21 %
- Infecciones tracto respiratorio 9%
- Infecciones de vías urinarias 1 %
- Sangrado 4 a 6 %
- Linfocele 2 %
- Hernia de pared 2 %
- Pancreatitis por irritación mecánica e ileo paralítico 1 %

Rev. 0

M-1-4-20 a

VI. Se me ha explicado que durante los procedimientos pueden presentarse imprevistos que varíen el tratamiento original, por consecuencia autorizo para que se le realicen todos aquellos que eventualmente se requieran.

Enterado del contenido y alcance del presente documento y estando conforme con el mismo, se firma en la Ciudad de México, D.F., a los _____ del mes _____ del 200_____.

Nombre del donador o donante: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza del procedimiento con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

**HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA
SEROLÓGICA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH**

El que suscribe el padre o tutor del paciente _____
con número de **Registro** _____ **Servicio** _____ **Cama** _____
en el Instituto Nacional de Pediatría, manifiesto que he recibido asesoría acerca de la
infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de
Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Además tuve la oportunidad de hacer algunas preguntas, cuyas respuestas fueron
satisfactoriamente respondidas por el médico tratante de este Instituto.

Así mismo he recibido información sobre las ventajas y desventajas de esta prueba y el
significado de un resultado negativo, positivo o indeterminado.

Me han indicado también que todos los datos que proporcione al médico o al Instituto
Nacional de Pediatría, serán utilizados de manera estrictamente confidencial, y si es mi
voluntad, considerarlos de manera anónima.

Tomando en cuenta lo anterior doy mi consentimiento para que se realice la prueba de
detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a mi hijo y a mi en caso de que
se requiera.

Nombre y firma del Padre

**Nombre y firma del Médico
Tratante**

Fecha

M-3-0-11

ADESÓGRAFO	
NOMBRE (S) DEL PACIENTE _____	
REGISTRO _____	EDAD _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA
COORDINACIÓN DE QUIRÓFANOS

**CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____
con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada
_____ se le efectúe un acto anestésico, con la finalidad de llevar a
cabo el procedimiento: _____

Al realizarse bajo anestesia le brinda los beneficios de no causar dolor, al igual que el control escrito, de la constantes vitales para seguridad de mi paciente, el cual puede presentar complicaciones de leves, hasta severas, posibles riesgos y complicaciones inherentes a todo procedimiento médico quirúrgico bajo anestesia.

RIESGOS Y COMPLICACIONES EN ANESTESIOLOGIA

- Multifunciones (dificultad para encontrar una vena útil para la aplicación de sueros).
- En caso de requerir monitorización más especializada (invasiva) debido a la gravedad del paciente se utilizarán métodos como son:
 - Instalación de un catéter al corazón (catéter central) para medir la presión venosa central con la posibilidad de lesionar estructuras vecinas como son: nervios, arterias, venas, pulmon y/o provocar trastornos cardiacos del ritmo o su pared.
 - Instalación de un catéter en una arteria para la medición de gases sanguíneos y presión arterial continua, pudiendo lesionar nervios, con lesión temporal o permanente de la extremidad, así como la posibilidad de obstrucción vascular.
- Respuesta alérgica al anestésico local (desde salpullido hasta la muerte).
- Daño de los nervios transitorio o permanente irectamente relacionado con la técnica anestésica o con la instalación o presencia de catéter epidural (anestesia en columna).

- Respuesta inesperada, no deseada los medicamentos aplicados para anestesia regional que pueden provocar desde efectos leves hasta severo que ponga en peligro la vida o incluso provoquen fallecimiento.
- Respuesta indeseable a los medicamentos utilizados para inducción anestésica y mantenimiento que puede causar suspender la cirugía.
- Ruptura y/o extracción de piezas dentales, lesión de mucosa de boca y nariz.
- Imposibilidad para colocar el tubo en la tráquea que conlleva a la traqueotomía o traqueostomía (herida quirúrgica en la tráquea) de urgencia para salvaguardar la vida del paciente.
- Dificultad o imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente, con probabilidad de daño y una serie de complicaciones que provoque fallecimiento.
- Respuesta inadecuada a los fármacos utilizados, en el procedimiento anestésico, con posibilidad de daño, local, regional o sistemático de la posibilidad de daño.
- Posibilidad de MUERTE y otras posibles complicaciones:

Estoy informado que el ó los procedimientos serán efectuados por:

Así como el personal designado por la Institución, de igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que atenderá al paciente pueden ser sustituidos por necesidades del Instituto, del departamento o servicio, sin que por ello esta autorización pierda sus alcances y efectos legales.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida de los procedimientos quirúrgicos, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar al Dr. _____, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de la realización de procedimientos quirúrgicos. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión_____.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del tratamiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

ÉTICA

El médico me explicó que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta Carta de Consentimiento y la he leído completamente.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en la realización de los procedimientos anestésicos ya descritos.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESÓGRAFO	
NOMBRE (S) DEL PACIENTE: _____	

REGISTRO _____	EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE
DIÁLISIS PERITONEAL**

Fecha: _____

Quien suscribe la presente, en pleno uso de mis facultades mentales, en mi carácter de padre (madre, familiar responsable o representante legal del paciente), solicito y autorizo a los médicos del servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría a los medios que consideren pertinente y al personal de salud del Instituto nacional de Pediatría lo que sea necesario para que se le realice a mi paciente el procedimiento de "diálisis peritoneal" (tratamiento sustitutivo de la función renal, y como tal, tiene el beneficio de preservar la vida durante el tiempo que dure la falla renal, ya sea esta temporal o permanente, que pueda recuperarse o no). El tratamiento puede tener los riesgos que a continuación se indican y entiendo:

1. Complicaciones en el acceso a peritoneo: sangrado, infecciones en el sitio de colocación o en el túnel con posibles infecciones sistémicas; obstrucción y a veces ruptura de este acceso.
2. Hipertensión o hipotensión en relación con el volumen de extracción de líquido peritoneal.
3. Baja o incremento de peso por exceso o deficiencia de agua, acompañada de hipertensión o hipotensión.
4. Posibilidad de adquirir infecciones virales como hepatitis A, B, C, D o bacterianas.
5. Arritmias cardíacas por cambios en el volumen de los líquidos corporales y en la concentración de electrolitos, asimismo en el equilibrio ácido-base.
6. Insuficiencia coronaria o insuficiencia cardíaca secundaria a los cambios de presión arterial y/o a los cambios hidro-electrolíticos.
7. Anemia, la cual puede tratarse con eritropoyetina, hierro y vitamínicos, así como en ocasiones con transfusiones, con las posibles complicaciones de estas. Esta anemia puede ser secundaria a la enfermedad propia a al sangrado que el paciente pueda tener al llevar a cabo el tratamiento.
8. Obstrucción del catéter de diálisis peritoneal por fibrina o detritus celulares impidiendo la entrada y/o salida del líquido de diálisis peritoneal.

9. Procesos adquiridos infecciosos adquiridos al realizar los recambios de diálisis peritoneal, o al cambiar la línea de transferencia.

COMPROMISOS:

1. Presentarse puntualmente a la hora indicada en su carnet de citas
2. Aceptar las indicaciones que se den a los pacientes
3. traer sus medicamentos, bolsas de diálisis peritoneal, y líneas de transferencia.
4. Higiene personal muy estricta, especialmente en el sitio de la entrada del catéter, y al realizar los recambios de diálisis peritoneal.
5. Apegarse al tratamiento médico y dietética.
6. higiene familiar y de la casa, principalmente en el lugar donde el paciente se realiza los cambios de solución de diálisis peritoneal.
7. Evitar contacto con animales.

MANIFIESTO expresamente que el médico tratante me ha explicado detalladamente en palabras comprensibles para mí, el efecto y la naturaleza del tratamiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios, otras soluciones alternativas de tratamiento, así como las molestias que puede sentir (el paciente) con motivo del tratamiento, en el entendido que el médico tratante ha contestado satisfactoriamente todas las preguntas que libremente he formulado acerca del tratamiento, sus riesgos y beneficios y demás información que al respecto debo conocer y atender asimismo, comprendo que el tratamiento no obvia la necesidad de llevar a cabo un tratamiento medicamentoso y dietética estricto, y que podrá retrasarse o reprogramarse el tratamiento en caso de que el mismo deba ser proporcionado a otra persona que la requiera en caso de urgencia, lo cual comprendo y acepto.

RECONOZCO que durante el tratamiento puede surgir condiciones no prevista que hagan necesaria la realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos distintos al tratamiento aquí autorizado, por lo que de manera expresa SOLICITO Y AUTORIZO al personal médico del Instituto Nacional de Pediatría, y a los médicos que este designe así como a todo el personal de dicho instituto, para que en colaboración con los médicos tratantes realicen cualquier otro procedimiento médico y/o quirúrgico que sea necesario para el tratamiento de dichas condiciones adversas no previstas, incluyendo procedimientos como biopsias y transfusiones de sangre, entre otros. En caso de complicaciones durante el tratamiento SOLICITO Y AUTORIZO a los médicos tratantes para que soliciten la ayuda necesaria de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

Me ha sido informado que los médicos, enfermeras y demás equipo de salud realiza el procedimiento de diálisis peritoneal a las normas establecidas. Asimismo, he podido aclarar todas mis dudas acerca del presente documento y sus alcances, comprendiendo totalmente el sentido y contenido del mismo, por lo que en plena conciencia, la firmo en la Ciudad de México Distrito Federal, en la fecha que se indica en el presente documento que ha sido completamente requisitado ante mi presencia y los testigos abajo anotados.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida del procedimiento, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar al Dr. _____, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de la realización de los procedimientos. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión _____.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del procedimiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

ÉTICA

El médico me explicó que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta carta de consentimiento y la he leído completamente.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en la realización de los procedimientos ya descritos.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____
Firma: _____ Firma: _____
Domicilio: _____ Domicilio: _____
Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____
Nombre del Médico: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S) DEL PACIENTE: _____

REGISTRADO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE HEMODIÁLISIS**

Fecha: _____

Nombre del Médico tratante autorizado en el presente documento _____

Quien suscribe la presente, en pleno uso de mis facultades mentales, en mi carácter de Padre (Madre), (familiar responsable o representante legal del paciente), solicito y autorizo al médico cuyo nombre aparece al inicio del presente documento y a los médicos que el considere pertinente y al personal de salud, lo que sea necesario para que se realice en mi paciente el "Procedimiento de Hemodiálisis" (tratamiento sustitutivo de la función renal y que como tal, tiene el beneficio de preservar la vida durante el tiempo que dure la falla renal, ya sea esta temporal o permanente que puede recuperarse o no). El tratamiento de mérito puede tener los riesgos que a continuación se indican y entiendo:

1. Complicaciones en el acceso vascular, como trombosis o sangrado, infecciones en el sitio de punción y a veces ruptura de este acceso, ya sea injerto o vascular propio.
2. Complicaciones sistémicas en la coagulación, trombosis o sangrado.
3. Hipertensión o hipotensión en relación con el volumen sanguíneo.
4. Baja de peso por extracción de agua, acompañado o no de hipotensión.
5. Posibilidad de adquirir infecciones virales como Hepatitis A, B, C o D.
6. Arritmias cardíacas por cambios en el volumen de los líquidos corporales y en la concentración de electrolitos, así como del equilibrio ácido-base.
7. Pérdidas de sangre por coagulación en el dializador o por sangrado, secundario a la administración de heparina, o por existencia de trastornos previos en la coagulación.
8. Insuficiencia coronaria o insuficiencia cardíaca secundarias a los cambios en la presión arterial y/o a los cambios hidro-electrolíticos.

9. Fallas mecánicas en las máquinas con interrupción o retraso del tratamiento, inherentes a los cambios de corriente que existen en la Ciudad de México, a pesar de la planta eléctrica de emergencia que se encuentra dentro de las instalaciones.
10. Anemia, la cual puede tratarse con eritropoyetina, hierro y vitamínicos, así como en ocasiones con transfusiones, con las posibles complicaciones de éstas. Esta anemia puede ser secundaria a la enfermedad propia o al sangrado que el paciente pueda tener por la anticoagulación que es indispensable para llevar a cabo el tratamiento.

Estoy enterado(a) de que para la realización del procedimiento deberé traer los siguientes utensilios para su cuidado durante la hemodiálisis:

1. Deberá ajustarse al horario que se le indique.
2. Traer camiseta o corpiño, bermuda o pijama y pantunflas.
3. Aceptar la máquina que se le asigne al paciente (no es fija).
4. Traer su termómetro y medicamentos (de su tratamiento).
5. Higiene personal.
6. Cuidados del catéter o la fistula.
7. Apegarse al tratamiento médico y dietético.
8. Pagos al corriente.

Estoy informado que el ó los procedimientos serán efectuados por:

Así como el personal designado por la Institución, de igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que atenderá al paciente pueden ser sustituidos por necesidades del Instituto, del departamento o servicio, sin que por ello esta autorización pierda sus alcances y efectos legales.

MANIFIESTO expresamente que el Médico Tratante me ha explicado detalladamente en palabras comprensibles para mí, el efecto y la naturaleza del tratamiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios, otras soluciones alternativas al tratamiento, así como las medidas que puede sentir el paciente con motivo del tratamiento, en el entendido que el Médico Tratante ha contestado a mi satisfacción todas las preguntas que libremente he formulado acerca del Tratamiento, sus riesgos, beneficios y demás información que al respecto debo conocer y entender. Asimismo, comprendo que el tratamiento no obvia la necesidad de llevar a cabo un tratamiento medicamentoso y dietético estricto, y que podrá retrasarse o reprogramarse el tratamiento en caso de que el mismo deba ser proporcionado a otra persona que lo requiera en caso de urgencia, lo cual comprendo y acepto.

Rev. 1

M-1-4-11 b

RECONOZCO que durante el tratamiento pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesaria la realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos distintos al tratamiento aquí autorizado, por lo que de manera expresa SOLICITO Y AUTORIZO al Médico Tratante, a los médicos que este designe, así como al personal del Instituto Nacional de Pediatría, para que en colaboración con el Médico Tratante, realicen cualquier otro procedimiento médico y/o quirúrgico que sea necesario para el tratamiento de dichas condiciones adversas no previstas, incluyendo procedimientos como biopsias, transfusiones de sangre, entre otros. En caso de complicaciones durante el Tratamiento, SOLICITO Y AUTORIZO al Médico tratante para que solicite la ayuda necesaria a otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

Me ha sido informado que los médicos, enfermeras y demás equipo de salud, realiza el procedimiento de Hemodiálisis de acuerdo a las normas establecidas. Asimismo, he podido aclarar todas mis dudas acerca del presente documento y sus alcances, comprendiendo totalmente el sentido y contenido del mismo, por lo que en plena conciencia, la firmo en la Ciudad de México Distrito Federal, en la fecha que se indica en el presente documento que ha sido completamente requisitado ante mi presencia y los testigos abajo anotados.

PADRE: _____ MADRE: _____
Nombre completo y Firma Nombre completo y Firma

Familiar Responsable o Representante Legal: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibi copia de Carta de Consentimiento Informado.

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESÓGRAFO	
NOMBRE (AJ) DEL PACIENTE: _____	
REGISTRO: _____	EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN
DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____ con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada _____ se le realicen los siguientes procedimientos quirúrgicos los cuales me han sido amplia y suficiente explicados:

Con anestesia: Local ____ regional ____ sedación ____ general ____

Estoy enterado y acepto que tales **procedimientos quirúrgicos**, forman parte del manejo que el paciente requiere y los beneficios que con ellos se pretenden obtener, pueden ser: completar el estudio y diagnóstico del padecimiento, o lograr mejoría parcial o total de la función de las estructuras intervenidas o prevenir el daño o afección de órganos y tejidos, o mejorar el aspecto corporal o la calidad de vida del enfermo de acuerdo a la naturaleza del padecimiento en sí. Del mismo modo estoy consciente y acepto que la medicina, la anestesiología y la cirugía no son ciencias exactas y por lo tanto, no hay garantías en cuanto a los resultados de al practica de estas disciplinas.

He sido informado que los riesgos más importantes que el paciente correrá en virtud de su estado clínico actual, la naturaleza de su enfermedad y de los procedimientos a los que será sometido además de los **inherentes a todo procedimiento diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o anestesiólogo, como pueden ser, sangrado, infección local o sistémica, lesión de estructuras vecinas alteraciones metabólicas, hidroeléctricas o equilibrio ácido-base, hipoxia, reacciones de hipersensibilidad a fármacos o material de curación, dehiscencia de heridas, lesión y/o pérdida de estructuras anatómicas, además de:** _____

Incluso la muerte, también estoy consciente y acepto que existe riesgo de complicaciones o contingencias adicionales, derivadas de factores intrínsecos o extrínsecos del paciente, así como situaciones de urgencia que pueden presentarse en cualquier momento durante y posterior al manejo del paciente y que no son previsibles; ante lo cual autorizo al personal de la institución para que actúe con libertad prescriptiva bajo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Estoy informado de los procedimientos quirúrgicos serán efectuados por:

así como el personal designado por la Institución, de igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que atenderá al paciente pueden ser sustituidos por necesidades del Instituto del Departamento y/o Servicio, sin que por ello ésta autorización pierda sus alcances y efectos legales.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida de los procedimientos quirúrgicos, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar al Dr. _____, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de la realización de procedimientos quirúrgicos. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión _____.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del tratamiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

ÉTICA

El médico me explicó que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta carta de consentimiento y la he leído completamente.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en la realización de los procedimientos quirúrgicos ya descritos.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESÓGRAFO	
NOMBRE(S) DEL PACIENTE _____	
REGISTRO _____	EDAD _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE HEMATO-ONCOLOGÍA
SERVICIO DE ONCOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE INICIO DE
TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA PARA
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____
con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada
_____, sea sometido a "Tratamiento a Base de Quimioterapia".

La enfermedad que tiene mi hijo(a) es una enfermedad neoplásica (cáncer), en la actualidad no se conoce una causa por la cual inicia el proceso de transformación neoplásica, sin embargo este tipo de enfermedades, por si solas pueden causar la muerte en pocos días a meses, por infiltración y diseminación a múltiples órganos, causando alteración y diseminación a múltiples órganos, causando alteración en la funciones de estos. Por lo anterior y con la finalidad de mejorar sus expectativas de vida el paciente debe iniciar tratamiento en el servicio del Instituto Nacional de Pediatría.

Dada la biología de la enfermedad, su extensión y las características del paciente las posibilidades de curación son de _____.

Para poder alcanzar este porcentaje es necesario iniciar el tratamiento a base de quimioterapia, que se realiza con medicamentos que tienen como objetivo destruir la células neoplásicas, sin embargo tiene otros efectos como baja en la defensas, anemia, baja de plaquetas, alteraciones del sistema nervioso, alteraciones cardiacas (arritmias, insuficiencia cardiaca), crisis convulsivas, reacciones alérgicas, pancreatitis, complicaciones abdominales, coagulación intravascular diseminada, entre otras, las cuales pueden ser graves.

Por la baja en la defensas, el paciente puede tener complicaciones infecciosas serias, las cuales pueden incluir mucositis, colitis neutropenica, neumonia, fisuras y abscesos perianales, estas complicaciones pueden llegar a graves, llegando a requerir incluso de su manejo en terapia intensiva, con posibilidades altas de muerte. Se me ha explicado que ha pesar del adecuado tratamiento, la enfermedad por tratarse de un proceso canceroso, puede no tener respuesta o progresar el tratamiento, empeorando el pronóstico, inicial del paciente.

He entendido y no me quedan dudas de la información recibida por parte de los médicos del servicio de oncología. Acepto iniciar el tratamiento conociendo los riesgos que esta implica y las posibilidades de mortalidad de mi hijo.

Rev. 0

M-6-0-26 a

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida durante el tratamiento, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar a la Dra. Rocio Cárdenas Cardós, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de participar en este programa de tratamiento. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión 1339, o al 10 41 78 30.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del tratamiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

REVISIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA

Este protocolo de tratamiento con quimioterapia ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética Institucional.

El médico me explico que en caso de tener evidencia de algún riesgo, será informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta carta de consentimiento y la he leído completamente.

El firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en participar en el "Tratamiento a base de quimioterapia".

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____
Firma: _____ Firma: _____
Domicilio: _____ Domicilio: _____
Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____
Nombre del Médico: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESOGRAFO

NOMBRE (O DEL PACIENTE) _____

RESISTRO _____ EDAD _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA
DIVISIÓN DE DESARROLLO Y
ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE INGRESO AL
PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Por este medio y con fundamento en lo previsto por las normas medicas y éticas actuales, otorgo al Instituto Nacional de Pediatría mi autorización como madre, padre o tutor, directamente responsable del paciente _____, con registro _____, para que se le proporcionen cuidados paliativos, que me han sido suficientemente explicados, considerados como el tratamiento adecuado para la condición actual de mi paciente.

Estoy enterado y consciente que mi hijo padece una enfermedad irremediable, avanzada, fuera de tratamiento curativo y que requiere de las medidas terapéuticas que le proporcionen el mayor bienestar, tratando que su calidad de vida sea la mejor posible y que no tenga sufrimientos innecesarios, y estoy de acuerdo en que no se realicen estudios ni se apliquen medidas de tratamiento que no le proporcionen ningún beneficio y esto incluye que no se le realice intubación endotraqueal, reanimación cardiopulmonar en caso de paro cardiorrespiratorio.

Estoy informado que mi paciente será tratado con la mayor consideración y respeto y que esta forma de tratamiento es acorde a la dignidad que poseemos todos los seres humanos.

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado en que consisten los cuidados paliativos, por lo que estoy de acuerdo en dar mi autorización para que estos se lleven a cabo.

Nombre completo: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

Nombre completo: _____
Parentesco: _____
Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____	Nombre: _____
Firma: _____	Firma: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Identificación: _____	Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado con un lenguaje común lo que implican los cuidados paliativos. El (la) _____ y El (la) _____ han comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____ Ext. _____
Nombre del Médico: _____
Firma: _____
Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.



Instituto Nacional de Pediatría
DIRECCIÓN MÉDICA
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

**"Carta de Consentimiento
Informado para el Código Verde"**

Por este medio y con fundamento en lo previsto por las normas médicas y éticas actuales, otorgo al **Instituto Nacional de Pediatría** mi autorización como madre, padre o tutor, directamente responsable del paciente cuyo nombre y registro aparecen en el recuadro superior para que se le proporcionen cuidados paliativos, que me han sido suficientemente explicados, considerados como el tratamiento adecuado para la condición de mi paciente.

Estoy enterado y consciente que mi hijo padece una enfermedad irremediable, avanzada, fuera de tratamiento curativo y que requiere las medidas terapéuticas que le proporcionen el mayor bienestar tratando que su calidad de vida sea la mejor posible y que no tenga sufrimientos innecesarios y estoy de acuerdo en que no se realicen estudios ni se apliquen medidas de tratamiento que no le proporcionen ningún beneficio y esto incluye que no se le realice reanimación cardiopulmonar en caso de parocardiorrespiratorio.

Estoy informado que mi paciente será tratado con la mayor consideración y respeto y que esta forma de tratamiento es acorde a la dignidad que poseemos todos los seres humanos.

Se otorga el presente Consentimiento Bajo Información en la Ciudad de México, Distrito Federal el día ____ del mes de _____ del año _____.

PROTESTO LO NECESARIO

Asentimiento del Paciente: _____

Nombre Completo: _____

Parentesco: _____ Firma: _____

Nombre Completo: _____

Parentesco: _____ Firma: _____

M-1-1-02 a

TESTIGOS

Nombre completo: _____

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Firma: _____

Firma: _____

Elaboró

Nombre: _____

Clave: _____

Firma: _____

M-1-1-02 b



Instituto Nacional de Pediatría

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
"AUTORIZACION DE ESTUDIO POST-MORTEM (AUTOPSIA)"

NOMBRE:	_____	
EDAD:	_____ SEXO:	_____
REGISTRO:	_____	
MEDICO SOLICITANTE:	_____	
NUMERO DE ESTUDIO:	_____	

México, Distrito Federal a ____ de _____ de ____.

En los términos del artículo 345 de la Ley General de Salud*, **autorizo** y solicito a los patólogos y médicos de este Instituto, a realizar el estudio postmortem completo (autopsia) y en su caso, de estimarse médicamente útil, que se conserven los tejidos, del cuerpo de:

(Nombre del Paciente)

con quien me une un lazo de parentesco de _____.

Manifiesto que he sido informado (a) acerca de la naturaleza general y los propósitos del procedimiento y que todas las preguntas que he realizado me han sido contestadas satisfactoriamente y por tanto otorgo esta autorización **libre e informadamente**.

Entiendo que será enviado un informe completo de la autopsia a los médicos tratantes y que podré disponer de esta información, a través de los médicos o directamente del Servicio de Patología. Entiendo también que cualquier información que se derive de la autopsia será estrictamente confidencial en la medida en que la Ley lo permita y que tal información, en caso de ser participada a la comunidad médica, respetará el anonimato de mi hijo (a) o familiar.

La autorización que extiendo se encuentra: Sin restricciones: Con restricciones:

OTORGANTE

Nombre: _____
Edad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____
Domicilio: _____
Firma: _____



Huella del pulgar derecho

TESTIGOS

Nombre: _____
Edad: _____
Domicilio: _____
Firma: _____

Nombre: _____
Edad: _____
Domicilio: _____
Firma: _____

* Artículo 345 de la Ley General de Salud:
Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos, se requiere la orden o autorización del disponente secundario correspondiente, de conformidad con lo que establezcan las disposiciones aplicables, salvo que exista orden por escrito del disponente originario.

M-3.2-01

ADESÓGRAFO
NOMBRE (S) DEL PACIENTE _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE
INFORMADO**

Con esta fecha el personal (médico odontológico, alumnos, etc.) de esta institución realizaron a _____, (parentesco _____) una historia clínica en la cual respondí en forma verídica y se me informó de los posibles riesgos y complicaciones que los tratamientos dentales conllevan y estoy consciente de:

1. Las condiciones físicas en las que se encuentra entendiendo todo al alcance y consecuencia que llevan consigo los procedimientos dentales propuestos para su atención, así como los riesgos que implican reacciones alérgicas, hemorragias, infecciones, reacciones secundarias al empleo de medicamentos, hasta la pérdida de funciones corporales o de la vida.

De igual forma me doy cuenta de que existen otros riesgos, en particular asociados con los procedimientos propuestos para el (ella) y que estos aumentan en caso de enfermedades sistémicas crónicas o en caso de traumatismos.

2. Estoy consciente que durante el (los) procedimiento (s) que se realizarán, puede haber otros riesgos y complicaciones no discutidos con anterioridad. También entiendo que durante el diagnóstico o procedimiento propuesto pueden presentarse condiciones imprevistas, que a su vez requieran de procedimientos adicionales, por lo que autorizo, en caso necesario, a que se realicen. Admito que no se me han ofrecido promesas, ni garantías acerca de los resultados esperados por el tratamiento a efectuarse.

Entiendo el alcance y consecuencias que llevan consigo los procedimientos y tratamientos y una vez leída esta forma: **AUTORIZO** a (médico, odontólogo, alumno, etc.) que realice los procedimientos necesarios para la atención odontológica de

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

CITA	FECHA	PROCEDIMIENTO PROGRAMADO	OBSERVACIONES

Nombre y firma del Estomatólogo Pediatra

Fecha

El padre (o su tutor) firma aceptando que los datos aquí referidos son verdaderos, liberándonos (a la institución y al Cirujano Dentista tratante), de toda responsabilidad profesional, civil o penal, si es que la ha omitido o falseado dato o comentario alguno, de su estado de salud general y estomatológico o del padecimiento o razón que es motivo de la consulta actual y que pudiera comprometer o alterar la buena evolución de los procedimientos médico estomatológico aquí aplicados.

El padre o tutor acepta y firma de conformidad, estando informado de los beneficios y complicaciones que pueden existir durante el tratamiento:

Nombre y firma del Paciente o Tutor

Fecha

AOP

EVALUACIÓN DE PACIENTES

AOP

Evaluación de pacientes

Evaluación de
Pacientes

VALORACIÓN Y REVALORACIÓN DEL PACIENTE

AOP 1. / AOP 1.1 / AOP 4. Información necesaria para la valoración por cada disciplina clínica.

AOP 1.2 Valoraciones iniciales al paciente / Valoración psicológica / Evaluación social y económica.

AOP 1.3 Valoraciones médicas y de enfermería.

AOP 1.3.1 Valoraciones a pacientes de urgencias.

AOP 1.4 / AOP 1.4.1 Tiempos establecidos para valoraciones y revaloraciones.

AOP 1.5.1 Valoraciones de pacientes quirúrgicos.

AOP 1.6 Valoración nutricional / Valoración funcional.

AOP 1.7 Valoración de poblaciones especiales.

AOP 1.8 Valoraciones especializadas.

AOP 1.8.2 Valoración del dolor.

AOP 1.5.1 Evaluación preanestésica y pre quirúrgica.

AOP 4. Análisis e integración de las evaluaciones.

AOP 2. Revaloraciones / marcos de tiempo.

Planificación del Alta

AOP 1.8.1 Identificación de pacientes críticos / planeación del alta desde la admisión.

AOP 2. Revaloraciones para la planificación del alta.

Información al paciente

AOP 4.1 Información sobre resultados de evaluaciones y diagnóstico confirmado.

Expediente Clínico

AOP 1.5 / AOP 1.5.1 Evaluaciones documentadas en expediente / marcos de tiempo.

AOP 1.8 Documentación de evaluaciones especializadas.

Competencias y Educación del Personal

Personal calificado para:

ACC 1.6 Realizar la valoración nutricional / valoración funcional.

AOP 3. Realizar evaluaciones y revaloraciones.

AOP

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Políticas para la Evaluación Inicial de Pacientes (Estándar AOP.1.2)

Propósito:

Realizar una evaluación multidisciplinaria dentro de las primeras 24 horas de hospitalización del paciente que ayude a detectar las necesidades de salud y a planificar su atención.

Políticas:

Historia Clínica

- Responsable: Médico residente supervisado por Médico Adscrito.
- Contenido:
 - Ficha de identificación: nombre, edad, fecha de nacimiento, número de expediente, fecha de elaboración, diagnóstico (CIE 10), Servicio que la elabora, procedencia del paciente e informante.
 - Motivo de consulta.
 - Padecimiento actual.
 - Principales síntomas y signos.
 - Antecedentes patológicos.
 - Antecedentes neonatales.
 - Alimentación.
 - Crecimiento y desarrollo.
 - Inmunizaciones.
 - Antecedentes familiares.
- Marco de tiempo
 - Se realiza al momento del ingreso (inmediatamente) y se documenta en las primeras 24 horas.

La Historia Clínica contiene información vigente por 5 años, si durante ese tiempo se llega a internar nuevamente el paciente sólo se actualizarán datos en la Nota de Ingreso en el marco de tiempo descrito, después de los 5 años se realiza actualización de la Historia Clínica.

- Formato:
 - Historia Clínica M-0-31 a-d.
 - Hoja de transferencia M-0-29 a-b.
 - Evaluación Inicial M-5-2-06 a-d.
 - Ingreso Hospitalario M-4-4-05.

Exploración Física

- Responsable: Médico residente supervisado por Médico Adscrito.
- Contenido:
 - Signos vitales y somatometría:
 - Peso y percentil.
 - Talla y percentil.
 - Perímetro cefálico y percentil.
 - Pulso.
 - Tensión arterial.
 - Frecuencia respiratoria.
 - Temperatura.
 - Exploración Física:
 - Inspección general.
 - Cabeza y cuello.
 - Tórax.
 - Abdomen.
 - Genitales.
 - Músculo-esquelético.
 - Piel y anexos.
 - Sistema nervioso y órgano de los sentidos (evaluación del desarrollo).
 - Diagnósticos.
 - Planes: diagnóstico, terapéutico y educativo.
 - Pronóstico.
 - Responsable y supervisión
- Marco de tiempo:
 - Se realiza al momento del ingreso (inmediatamente) y se documenta en las primeras 24 horas.

La Historia Clínica contiene información vigente por 5 años, si durante ese tiempo se llega a internar nuevamente el paciente sólo se actualizarán datos en la Nota de Ingreso en el marco de tiempo descrito, después de los 5 años se realiza actualización de historia clínica.

- Formato:
 - Historia Clínica M-0-31 a-d.
 - Hoja de transferencia M-0-29 a-b.
 - Evaluación Inicial M-5-2-06 a-d.
 - Ingreso Hospitalario M-4-4-05.
 - Peso para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años).
 - Peso para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años).
 - Longitud para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años).
 - Longitud para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 2 años).
 - Estatura para la edad niñas. Percentiles (2-5 años).
 - Estatura para la edad niños. Percentiles (2-5 años).
 - Perímetro craneal para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años).
 - Perímetro craneal para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años).
 - Peso para la edad niñas. Percentiles (5-10 años).
 - Peso para la edad niños. Percentiles (5-10 años).
 - Estatura para la edad niñas. Percentiles (5-19 años).
 - Estatura para la edad niños. Percentiles (5-19 años).
 - Peso para la longitud niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años).
 - Peso para la longitud niños. Percentiles (nacimiento a 2 años).
 - Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años).
 - Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años).
 - IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años).
 - IMC para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años).
 - IMC para la edad niñas. Percentiles (5 -19 años).
 - IMC para la edad niños. Percentiles (5- 19 años).

Evaluación de Enfermería

- Responsable: Enfermera.
- Contenido:
 - Signos vitales:
 - Temperatura.
 - Pulso.
 - Respiración.
 - Presión arterial.
 - Peso.
 - Valoración céfalo caudal.
 - Perímetro cefálico.

- Perímetro abdominal.
- Signos y síntomas.
- Estado general del paciente.
- Medicamentos.
- Líquidos parenterales.
- Líquidos orales.
- Dieta.
- Fórmula.
- Presis.
- Evacuaciones.
- Vómitos y succiones.
- Drenajes.
- Estudios de laboratorio y de gabinete.
- Reactivos en orina.
- Sangre.
- Marco de tiempo:
 - Al ingreso del paciente, en los primeros 60 minutos se realizará la toma de signos vitales y la valoración céfalo-caudal.
 - Las demás evaluaciones se documentan en las primeras 24 horas.
- Formato:
 - Hoja de información Clínica de Enfermería M-1-04-a-b.
 - Hoja de cuidados intensivos M-5-1-05-a-b.

Evaluación Social

- Responsable: Trabajo Social.
- Contenido:
 - Edad.
 - Escolaridad.
 - Derechohabiencia.
- Marco de tiempo:
 - Se realiza al momento del ingreso y se documenta en las primeras 24 horas.
 - Posteriormente se completará la evaluación social exhaustiva identificando el tipo de familia, la etapa de desarrollo de la familia, su funcionalidad y la pertenencia a un grupo o institución.
- Formato:
 - Estudio Socio-Económico M-4-1-35 a-b.
 - Estudio Social M-4-1-20.
 - Notas subsecuentes M-4-1-17.

Evaluación Económica

- Responsable: Trabajo Social.
- Contenido:
 - Ocupación del Jefe de Familia.
 - Antigüedad en el empleo.
 - Empleo fijo o eventual.
 - Seguridad social.
 - Ingresos económicos mensuales de los miembros de la familia (sumatoria de los ingresos de todos los miembros de la familia).
 - Egresos económicos mensuales (alimentación, vivienda, agua, teléfono, luz, combustibles, transporte, gastos escolares, gastos en salud, servicios domiciliarios, otros gastos).
 - Vivienda (tipo de vivienda, tipo de tenencia, servicios intradomiciliarios, servicios públicos, material de construcción, número de personas por dormitorio y número de habitaciones).
- Marco de tiempo:
 - Se documenta en las primeras 24 horas de su internamiento.
- Formato:
 - Estudio Socio-Económico M-4-1-35 a-b.

Evaluación Cultural

- Responsable: Trabajo Social.
- Contenido:
 - Religión.
 - Lengua nativa.
 - Lugar de residencia (lugar de procedencia y zona de ubicación).
 - Estado de salud familiar (número de enfermos, tiempo de enfermedad del paciente y estado de salud de los miembros de la familia y lugar de tratamiento familiar).
 - Algún miembro de la familia presenta limitaciones físicas o cognitivas.
 - Método de control de fertilidad.
- Marco de tiempo:
 - Se documenta en las primeras 24 horas de su internamiento.

- Formato:
 - Estudio Socio-Económico M-4-1-35 a-b.

Evaluación Psicológica

- Responsable: Médico residente supervisado por Médico Adscrito.
- Contenido: Esta evaluación se efectúa como parte de la Historia Clínica o nota de ingreso valorando los aspectos emocionales en lactantes mayores, escolares y adolescentes, si es detectado algún problema se realiza interconsulta a Psicología.

En pacientes críticos no se realiza la evaluación psicológica ya que la condición del paciente no lo permite.

- Marco de tiempo:
 - Se realiza al momento del ingreso (inmediatamente) y se documenta en las primeras 24 horas.
- Formato:
 - Historia Clínica M-0-31 a-d.
 - Hoja de transferencia M-0-29 a-b.
 - Evaluación Inicial M-5-2-06 a-d.
 - Ingreso Hospitalario M-4-4-05.

Evaluación Nutricional Inicial

- Responsable: Médico residente supervisado por Médico Adscrito.
- Contenido: Esta evaluación se efectúa mediante:
 - Peso, talla y perímetro cefálico.
 - Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).

En pacientes neonatos, lactantes, pre-escolares y escolares:

- Cuando se detecta un IMC por debajo de la percentil 5 se interconsulta a equipo de apoyo nutricio (conformado por: Médico y Licenciado en Nutrición).
- Cuando se detecta un IMC por arriba de la percentil 90 se interconsulta a la Clínica de Obesidad.

En pacientes adolescentes:

- Cuando se detecta un IMC por debajo de 18 se interconsulta a equipo de apoyo nutricional (conformado por: Médico y Licenciado en Nutrición).
- Cuando se detecta un IMC por arriba de 25 se interconsulta a la Clínica de Obesidad.
- En las áreas críticas se realiza valoración antropométrica cuando sea factible (cuando no haya limitante para la interpretación del peso y es posible poner la talla).
- Los pacientes que requieren alimentación parenteral por su patología o gravedad se interconsulta a Gastronomía.
- Marco de tiempo: al ingreso del paciente durante las primeras 6 horas de su internamiento y durante la estancia del paciente si presenta cambios.
- Formato:
 - Historia Clínica M-0-31 a-d
 - Ingreso Hospitalario M-4-4-05
 - Peso para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)
 - Peso para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)
 - Longitud para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)
 - Longitud para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)
 - Estatura para la edad niñas. Percentiles (2-5 años)
 - Estatura para la edad niños. Percentiles (2-5 años)
 - Perímetro craneal para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)
 - Perímetro craneal para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)
 - Peso para la edad niñas. Percentiles (5-10 años)
 - Peso para la edad niños. Percentiles (5-10 años)
 - Estatura para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)
 - Estatura para la edad niños. Percentiles (5-19 años)
 - Peso para la longitud niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)
 - Peso para la longitud niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)
 - Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años)
 - Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años)
 - IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)
 - IMC para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)

- IMC para la edad niñas. Percentiles (5 -19 años)
- IMC para la edad niños. Percentiles (5- 19 años)

Evaluación de Tamizaje Funcional

- Responsable: Médico residente supervisado por Adscrito
- Contenido: Esta evaluación se efectúa como parte de la Historia Clínica o nota de ingreso.

En niños menores de 15 meses, se realiza mediante la identificación de:

- Desarrollo típico del habla.
- Desarrollo típico del juego.
- Desarrollo físico típico.
- Signos en el desarrollo físico.

En menores de 7 años, se realiza con la escala Denver, donde se identifica:

- Movimiento grueso.
- Lenguaje.
- Motor fino de adaptación.
- Personal-social.

En pacientes críticos no se realiza la evaluación funcional ya que la condición del paciente no lo permite.

- Marco de tiempo:
 - Se realiza al momento del ingreso (inmediatamente) y se documenta en las primeras 24 horas.
- Formato:
 - Historia Clínica M-0-31 a-d
 - Escala de Desarrollo de Denver

Criterios para identificar a pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales

- Responsable: Médico residente supervisado por Adscrito
- Contenido: Evaluación estomatológica.

La evaluación estomatológica se indica en pacientes hospitalizados con las siguientes patologías:

- Oncológicos en tratamiento.
- VIH.
- Inmunodeficiencias congénitas.
- Cardíacas.
- Neurológicas incapacitantes.

- Hematológicas.
- Hemofilia.
- Leucemia.
- Marco de tiempo: Primeras 24 horas de haber ingresado el paciente y durante la estancia del paciente si lo requiere.
- Formato: Historia Clínica del Servicio de Estomatología M-2-0-29 a-b.

Criterios para identificar a pacientes que requieren la planeación temprana del alta

- Responsable: Médico residente supervisado por Adscrito, Enfermería y Trabajo Social.
- Contenido: La planeación temprana del alta se realiza en:
 - Pacientes:
 - Cuadriparéticos y/o con necesidades de aspiración.
 - Terminales.
 - Que requieren aspiración de secreciones.
 - Con estomas.
 - Neurológicos.
 - Y pacientes que por su patología van a requerir a su egreso:
 - Tanque de Oxígeno.
 - Bombas de infusión.
 - Camas ortopédicas.
 - Ventiladores.
 - Nebulización.
- Marco de tiempo: En las primeras 24 horas de haber ingresado el paciente y durante su estancia.
- Formato:
 - Plan de Alta de Enfermería M-7-0-24-a.
 - Identificación del Paciente con Requerimientos Especiales para el Alta.

Evaluación del Dolor

- Responsable:
 - Para Neonatos se utiliza “COVERS Neonatal PainScale” actualmente en proceso de validación, realizada por Neonatólogos Pediatras y Médicos residentes de Neonatología supervisados por Adscrito y se efectúa doble verificación de la evaluación.
 - Para pacientes pediátricos es Enfermería.
- Contenido:
 - Para neonatos se utiliza la escala “COVERS Neonatal PainScale”.
 - Para pacientes pediátricos hasta los 11 años se utiliza la escala de Wong Baker (caritas).
 - Para pacientes pediátricos mayores de 12 años se utiliza la Escala Visual Análoga (EVA).
- Marco de tiempo:
 - Se realiza al momento del ingreso (inmediatamente) y se documenta en las primeras 24 horas.
- Formato:
 - Escala de valoración del dolor en pediátricos M-7-0-36-a-b.

Evaluación del Riesgo de Caídas

- Responsable: Enfermería.
- Contenido: Se realiza mediante la escala de valoración de riesgo en el paciente pediátrico Downton modificada, que evalúa las siguientes variables:
 - Edad.
 - Antecedentes de caídas previas.
 - Medicamentos.
 - Déficit sensorial.
 - Estado mental.
 - Marcha y equilibrio.
 - Estado clínico.
 - Si el cuidador conoce las medidas de prevención.

Todo paciente neonato y lactante menor se considera de alto riesgo de caídas, por lo que no se requiere revalorar el riesgo.

- Marco de tiempo: Se realiza al momento del ingreso (inmediatamente) y se documenta en las primeras 24 horas.

Durante su estancia se revalora al menos en cada turno.

- Formato: Escala de valoración de riesgo de caída en el paciente pediátrico Downton modificada. M-7-0-37 a-b.

Identificación de necesidades de educación

- Responsable: Enfermería.
- Contenido: Se identifican necesidades de educación del paciente y/o familiar mediante una pregunta abierta como ¿requiere información mayor sobre su enfermedad, cuidados, tratamientos, complicaciones o secuelas?. Independientemente de lo anterior, se busca intencionadamente si existe necesidad de educación en:
 - Orientación a la hospitalización.
 - Precauciones estándar.
 - Lavado de manos.
 - Prevención de infecciones intrahospitalarias.
 - Participación en el cuidado del paciente.
 - Medidas de seguridad para el paciente.
 - Uso adecuado de mobiliario y aparatos hospitalarios.
 - Orientación de los cuidados en el hogar.
- Marco de tiempo: En las primeras 24 horas de haber ingresado el paciente y según evolución.
- Formato: Educación al paciente y su familia M-7-0-30 a-b.

Identificación de barreras para el aprendizaje

- Responsable: Personal de Salud que esté en contacto con el paciente.
- Contenido: Se identifican las siguientes barreras:

- Idioma y/o dialecto.
- Religión.
- Tipo de familia.
- Etapa de desarrollo de la familia.
- Funcionalidad de la familia.
- Pertenencia a un grupo o institución.
- Barreras emocionales y motivaciones.
- Ingresos y egresos económicos.
- Vivienda.
- Limitaciones físicas (visuales, auditivas y verbales) y cognitivas.
- Marco de tiempo: En las primeras 72 horas de haber ingresado el paciente.
- Formato:
 - Estudio Social M-4-1-20. Actualización del estudio social cada 3 años.
 - Notas Subsecuentes M-4-1-17. Actualización de las notas en cada ingreso del paciente
- Responsable: Enfermería
- Contenido: Se identifican las siguientes barreras:
 - Habilidad para realizar algún procedimiento.
- Marco de tiempo: En las primeras 24 horas de haber ingresado el paciente.
- Formato: Educación al paciente y su familia M-7-0-30 a-b.

Identificación de la disposición para aprender

- Responsable: Personal de Salud que esté en contacto con el paciente.
- Contenido: La disposición del paciente y/o familiar es mediante la identificación de su voluntad para recibir información, su interés en colaborar en el proceso de atención y su estado emocional.
- Marco de tiempo: Se realiza al momento del ingreso y se documenta en las primeras 24 horas.
- Formato: Educación al paciente y su familia M-7-0-30 a-b.

Estándares de Referencia:

AOP.1 Las necesidades de atención médica de todos los pacientes se identifican a través de un proceso de evaluación inicial.

Elemento Medible:

1. Las políticas y procedimiento definen qué información debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados, cómo obtenerla y dónde documentarla.

AOP.1.2 A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

Elemento Medible:

1. Se cuenta con políticas y procedimientos que guían la evaluación inicial del paciente.

AOP.1.4 Las evaluaciones se completan en el marco de tiempo establecido por la organización.

1. Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de la evaluación inicial y revaloraciones en todos los entornos y servicios.

AOP.1.6 A todos los pacientes se les realiza una valoración de tamizaje del estado nutricional y de su funcionalidad y, cuando se identifican riesgos, se les realiza una evaluación exhaustiva.

1. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional exhaustiva.
4. El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva.

AOP.1.8 La evaluación inicial permite identificar a los pacientes en quienes es necesario realizar evaluaciones especializadas adicionales.

1. Se cuenta con criterios que ayudan a identificar si el paciente necesita evaluaciones especializadas adicionales.

AOP.1.8.1 La evaluación inicial identifica aquellos pacientes en quienes es crítico planificar el alta de manera temprana.

1. Existe una lista de criterios para identificar, como parte de la valoración inicial, a aquellos pacientes en quienes es crítica la planificación del alta.

AOP.3 Las evaluaciones y revaloraciones son realizadas por personal calificado.

5. Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes están definidas por escrito.

Referencias Bibliográficas

- NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NOM-007-SSA2-2010 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño.
- Manual de Procedimientos de Dirección Médica.
- Manual de Procesos Operativos e Instrucciones de Trabajo Medicina Crítica.
- Manual de Instrucciones de Trabajo Generales. Cuidados Enfermeros. Subdirección de Enfermería.
- Manual de Procedimientos de Trabajo Social.
- Iván L. Hand, Laurece Noble, Donna Gers. Care Covers Neonatal Pain Scale: Development and Validation. HindawiPublishinCorporation. International Journal of Pediatrics. Vol. 2010

Anexos Formatos AOP

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Historia Clínica	M-0-31 a-d
2	Hoja de Transferencia	M-0-29 a-b
3	Evaluación Inicial	M-5-2-06 a-d
4	Ingreso Hospitalario	M-4-4-05
5	Percentiles OMS :	
	Peso para la edad niñas	Percentiles (nacimiento a 5 años)
	Peso para la edad niños	Percentiles (nacimiento a 5 años)
	Longitud para la edad niñas	Percentiles (nacimiento a 2 años)
	Longitud para la edad niños	Percentiles (nacimiento a 2 años)
	Estatura para la edad niñas	Percentiles (2-5 años)
	Estatura para la edad niños	Percentiles (2-5 años)
	Perímetro craneal para la edad niñas	Percentiles (nacimiento a 5 años)
	Perímetro craneal para la edad niños	Percentiles (nacimiento a 5 años)
	Peso para la edad niñas	Percentiles (5-10 años)
	Peso para la edad niños	Percentiles (5-10 años)
	Estatura para la edad niñas.	Percentiles (5-19 años)
	Estatura para la edad niños.	Percentiles (5-19 años)
	Peso para la longitud niñas.	Percentiles (nacimiento a 2 años)

	Peso para la longitud niños	Percentiles (nacimiento a 2 años)	
	Peso para la estatura niñas.	Percentiles (2-5 años)	
	Peso para la estatura niños.	Percentiles (2-5 años)	
	IMC para la edad niñas.	Percentiles (nacimiento a 2 años)	
	IMC para la edad niños.	Percentiles (nacimiento a 5 años)	
	IMC para la edad niñas	Percentiles (5 -19 años)	
	IMC para la edad niños	Percentiles (5- 19 años)	
6	Hoja de Información Clínica de Enfermería		M-1-04-ab
7	Hoja de Cuidados Intensivos		M-5-1-05 a-b
8	Estudio Socioeconómico		M-4-1-35 a-b
9	Estudio Social		M-4-1-20 Medsys
10	Notas Subsecuentes		M-4-1-17
11	Hoja de Desarrollo de Denver		
12	Historia Clínica del Servicio de Estomatología		M-2-0-29 a-d
13	Plan de Alta de Enfermería		M-7-0-24
14	Formato de Identificación del Paciente con Requerimientos Especiales para el Alta		M-0-64
15	Escala de Valoración del Dolor en Pacientes Pediátricos		M-7-0-36 a-c
16	Escala de Dolor para Neonatos		*Escala en validación
17	Valoración de Riesgo de Caída		M-7-0-37 a-b
18	Educación al Paciente y su Familia		M-7-0-30 a-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
DIRECCION MEDICA
"HISTORIA CLINICA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____

PROCEDENCIA: _____

DELEGACION: _____ CODIGO POSTAL: _____

INFORMANTE	MA	PA	AB	OT	FECHA ACTUAL	DIA	MES	AÑO	AÑO	EDAD ACTUAL	DIA	MES	AÑO	AÑO

DOMICILIO: _____ SEXO: 1 MASCULINO 2 FEMEMINO

OTROS: _____

I N T E R R O G A T O R I O

I. MOTIVO DE LA CONSULTA

II. PADECIMIENTO ACTUAL

III. SINTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES

IV. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

M-0-31-a

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS			
1.- EMBARAZO Y PARTO			
2.- NEONATO INMEDIATO			
PESO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GS		TALLA	<input type="text"/>
		CM	
3.- ALIMENTACION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
4.- MEDICINA PREVENTIVA			
VI. ANTECEDENTES FAMILIARES			

M-0-31-b

EXPLORACION FISICA

I. SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA													
PESO		OR		PERC		TALLA		PERC		CCEFALICA		PERC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PULSO		TENSION ART.				F. RESP.		TEMP.					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
II. INSPECCION GENERAL													
III. CABEZA Y CUELLO													
IV. TORAX													
V. ABDOMEN													

M-0-31-c

VI. GENITALES

VII. MUSCULO ESQUELETICO

VIII. PIEL Y ANEXOS

IX. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

X. DIAGNOSTICOS

XI. PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO

ELABORADO POR: _____
SUPERVISADO POR: _____

NOMBRE	CLAVE	CATEGORIA	FIRMA

M-0-31-d



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DIRECCION MEDICA
SISTEMA DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA
"HOJA DE TRANSFERENCIA"

DATOS GENERALES:	
FECHA: _____	CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: _____ FOLIO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	
NOMBRE DEL FAMILIAR O INFORMANTE: _____	
PARENTESCO: _____	
DERECHOHABIENTE DE: _____	I.M.S.S. _____ I.S.S.S.T.E. _____ OTRO _____ NINGUNO _____
UNIDAD MEDICA A LA QUE SE ENVA: _____	
DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	
UNIDAD MEDICA QUE REALIZA LA TRANSFERENCIA: _____	
DOMICILIO: _____	
TELEFONO: _____	
DATOS CLINICOS: FC _____ FR _____ T. _____ PESO _____ TALLA _____	
MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA: _____	
RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO: _____	

EXPLORACION FISICA: _____	

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____	

TRATAMIENTO ESTABLECIDO: _____	

RECOMENDACIONES: _____	

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFERENCIA: _____	
CLAVE: _____	FIRMA: _____
NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA: _____	
CLAVE: _____	FIRMA: _____

M-0-29-a

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO DE: _____

RESUMEN DE LA VALORACION DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE REALIZA LA VALORACION: _____

CLAVE: _____ **FIRMA:** _____

M-0-29-b



Instituto Nacional de Pediatría
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS
"EVALUACION INICIAL"

No. DE FOLIO O EXPEDIENTE

NOMBRE: _____

EDAD (A/M/D): _____ SEXO (M/F):

FECHA: HORA:

INFORMACION DE TRASLADO	RESPUESTA DEL GRUPO DE ATENCION			
<p>TRANSPORTE:</p> <p><input type="checkbox"/> AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> AMBULATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> AMBULANCIA <input type="checkbox"/> REFERIDO/MEDICO</p> <p><input type="checkbox"/> HELICOPTERO <input type="checkbox"/> REFERIDO/HOSPITAL</p> <p><input type="checkbox"/> POLICIA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> MEDICO QUE ACEPTO: _____</p> <p>MECANISMO DE LESION:</p> <p><input type="checkbox"/> ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO</p> <p><input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Abrás <input type="checkbox"/> Adelante</p> <p><input type="checkbox"/> Cinturón puesto <input type="checkbox"/> Bolsa aire inflada</p> <p><input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN MOTOCICLETA</p> <p><input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero</p> <p><input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Aditamentos de protección</p> <p>Velocidad del vehículo _____ (Km/h)</p> <p><input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN BICICLETA</p> <p><input type="checkbox"/> Al frente <input type="checkbox"/> Abrás <input type="checkbox"/> Casco</p> <p><input type="checkbox"/> ACCIDENTE PEATONAL</p> <p><input type="checkbox"/> CAIDA: _____ (mts.)</p> <p><input type="checkbox"/> HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO</p> <p><input type="checkbox"/> ARMA BLANCA <input type="checkbox"/> APLASTAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> QUEMADURAS <input type="checkbox"/> ASALTO</p> <hr/> <p>OTROS: _____</p> <p>PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS</p> <p><input type="checkbox"/> Cánula orofaríngea <input type="checkbox"/> nasofaríngea</p> <p><input type="checkbox"/> Cánula orotraqueal <input type="checkbox"/> nasotraqueal No.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cricotiroidotomía <input type="checkbox"/> traqueostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Oxígeno _____ (L/min.)</p> <p><input type="checkbox"/> Acceso venoso: <input type="checkbox"/> Perif. <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Intraoseo</p> <p><input type="checkbox"/> Líquidos IV (Cantidad y tipo): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre (Cantidad y tipo): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Reanimación CP: _____ (min.)</p> <p><input type="checkbox"/> Pantalón antichoque</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda NG Sonda urinaria</p> <p><input type="checkbox"/> Tubo torácico: <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> No.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos: _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Collar cervical</p> <p><input type="checkbox"/> Inmovilización <input type="checkbox"/> T. Corta <input type="checkbox"/> T. Larga</p> <p><input type="checkbox"/> Férulas:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	SERVICIO	NOMBRE	HORA DE LLAMADA	HORA DE ARRIBO
Alergia				
Cardiología				
Cirugía				
C. Plástica				
Endocrinología				
Estomatología				
GastroNutric.				
Hematología				
Infectología				
Inmunología				
M. Interna				
Nefrología				
Neonatología				
Neumología				
Neurocirugía				
Neurología				
Oftalmología				
Oncología				
Ortopedia				
Otorrino.				
Psiquiatría				
T. Intensiva				
Urología				
PADECIMIENTO ACTUAL				

M-5-2-06-a

ANTECEDENTES	NEUROLOGICO	ESCALA DE TRAUMA PEDIATRICA																		
PADECIMIENTO DE BASE: _____ FAMILIARES: _____ NEONATALES: _____ ALERGICOS: _____ INMUNIZACIONES: <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Sabin <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Tetraim. <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tétanos. Fecha última dosis: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros: _____ MEDICAMENTOS: _____ PATOLOGICOS: _____ HORARIO ULTIMO ALIMENTO: _____ F.U.M.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ESCALA DE GLASGOW 1.Apertura ocular Espontanea 4 A la voz 3 Al dolor 2 Negativa 1 2.Respuesta verbal Orientado 5 Confuso 4 Palabras inappr. 3 Incomprensible 2 Nula 1 3.Respuesta motora Obedece ordenes 6 Mov. Con objetivo 5 Solo retiro 4 Flexion 3 Extension 2 Ninguna 1 PUNTAJE TOTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.Peso (Kg) <10 1 10-20 1 >.20 2 2.Via aerea Intubado -1 Canula orofaringea 1 Normal 2 3.Presion arterial <50mm Hg -1 50-90 mmHg 1 >90mmHg 2 4.Nivel de conciencia Comatoso -1 Obnubilado 1 Alerta 2 5.Heridas o Fracturas Severas o expuestas 0 Multiples -1 Leves 1 Ninguna 2 PUNTAJE TOTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
EVALUACION INICIAL																				
VIA AEREA Y VENTILACION: <input type="checkbox"/> PERMEABLE <input type="checkbox"/> OBSTRUIDA <input type="checkbox"/> SIMETRICA <input type="checkbox"/> ASIMETRICA FRECUENCIA RESP.(min.): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SILVERMAN ANDERSON: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TRAQUEA SIMETRICA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SONIDOS RESP.: DER. IZQ. Presentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Claros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminuidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Est. Roncantes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Est. Crepitantes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
CIRCULACION F. CARDIACA (min.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T.A.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COLORACION DE PIEL Y MUCOSAS: <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Ictericas <input type="checkbox"/> Acrocianosis <input type="checkbox"/> Cianosis central CARACTERISTICAS DEL PULSO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Debil <input type="checkbox"/> Ausente Sitio: _____ Temperatura: <input type="checkbox"/> Central(°C): _____ <input type="checkbox"/> Periferica(°C): _____ PIEL Y MUCOSAS: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Humeda <input type="checkbox"/> Edema LLENADO CAPILAR (Seg.): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
REACCIONES PUPILARES <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OD Tamaño</td> <td style="text-align: center;">OI Tamaño</td> </tr> <tr> <td>Reactivas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> </tr> <tr> <td>Mioticas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> </tr> <tr> <td>Lentas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> </tr> <tr> <td>Dilatadas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> </tr> <tr> <td>No reactivas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> _____ mm</td> </tr> </table>				OD Tamaño	OI Tamaño	Reactivas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm	Mioticas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm	Lentas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm	Dilatadas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm	No reactivas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm
	OD Tamaño	OI Tamaño																		
Reactivas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm																		
Mioticas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm																		
Lentas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm																		
Dilatadas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm																		
No reactivas	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> _____ mm																		
IDENTIFICACION DE LAS LESIONES <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>1 Laceración</td> <td>6 Fx. Expuesta</td> <td>11 Edema</td> </tr> <tr> <td>2 Abrasión</td> <td>7 H.P. Arma Fuego</td> <td>12 Amputación</td> </tr> <tr> <td>3 Hematoma</td> <td>8 H. Penetrante</td> <td>13 Avulsión</td> </tr> <tr> <td>4 Confusión</td> <td>9 Quemadura</td> <td>14 Dolor</td> </tr> <tr> <td>5 Deformidad</td> <td>10 Lesión por frío</td> <td></td> </tr> </table>			1 Laceración	6 Fx. Expuesta	11 Edema	2 Abrasión	7 H.P. Arma Fuego	12 Amputación	3 Hematoma	8 H. Penetrante	13 Avulsión	4 Confusión	9 Quemadura	14 Dolor	5 Deformidad	10 Lesión por frío				
1 Laceración	6 Fx. Expuesta	11 Edema																		
2 Abrasión	7 H.P. Arma Fuego	12 Amputación																		
3 Hematoma	8 H. Penetrante	13 Avulsión																		
4 Confusión	9 Quemadura	14 Dolor																		
5 Deformidad	10 Lesión por frío																			

M-5-2-06b

EXPLORACION FISICA		PESO(gma):	TALLA (cms):	P. CEF.(cms):
CABEZA: _____				
MAXILO-FACIAL: _____				
CUELLO/COLUMNA: _____				
TORAX: _____				
ABDOMEN/PERINE: _____				
MUSCULO/ESQUELETICO: _____				
NEUROLOGICO: _____				
ESTUDIOS PARACLINICOS Y TRATAMIENTO ESTABLECIDO				
HORA	LABORATORIO	HORA	GABINETE	PROCEDIMIENTOS
	HTO		LAT. CUELLO	OXIGENO (L/min)
	B. HEMATICA		NADADOR	TUBO OROTRAQUEAL
	PLAQUETAS		TORAX	TUBO NASOTRAQUEAL
	TP/TPT		PELVIS	CRICOTIRODOTOMIA
	TIPO SANG.		COLUM. TORACICA	TORACOSTOMIA
	QUIMICA SANG.		COLUM. LUMBAR	COLLAR CERVICAL
	Na, k, Cl.		ODONTOIDES	TABLA: <input type="checkbox"/> Corta <input type="checkbox"/> Larga
	DROGAS		CRANEO	DRENAJE PLEURAL
	E. G. O.		SERIE FACIAL	* Gasto der.:
	HIV		MANDIBULA	* Gasto izq.:
	P. EMBARAZO		ABDOMEN	ACCESO VENOSO
	OTRAS		EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/> Periférico. Sitio: Calib.
			UROG. EXCRET.	<input type="checkbox"/> Central. Sitio: Calib.
			CISTOGRAFIA	<input type="checkbox"/> Intraosea. Sitio: Calib.
			URETROGRAMA	Intraqueal
			ARTERIOGRAMA	PERICARDIOCENTESIS
			AORTOGRAMA	ELECTROCARDIOGRAMA
			TC CRANEO	SONDA NASOGASTRICA
			TC TORAX	*Retorno:
			TC ABDOMEN	* Caract.:
				SONDA URINARIA
				*Retorno:
				* Caract.:
				LAVADO PERITONEAL
				LAVADO GASTRICO
				CARBON ACTIVADO
				SUTURAS
				FERULAS

M-5-2-06-c

INGRESOS Y EGRESOS		GASES SANGUINEOS																		
I. HOSPITAL * Sol. Hartman o Fisiológica Total: _____ ml. * Sol. R. Calcagneo Total: _____ ml. * Sangre total Total: _____ ml. * Paquete glob. Total: _____ ml. * Plasma fresco Total: _____ ml. * Plaquetas Total: _____ ml. * Crioprecipit. Total: _____ ml. * Factor VIII Total: _____ ml. * Albumina 5% Total: _____ ml.	I. PREHOSPITAL * Orina _____ ml. * SNG _____ ml. * Sangre _____ ml. TOTAL: _____ ml. II. HOSPITAL * Orina _____ ml. * SNG _____ ml. * Sangre _____ ml. * Evacuac. _____ ml. TOTAL: _____ ml.	HORA	TIPO	Ph	PCO2	PO2	Sat	HCO3	FIO2	Oxímetro										
		MEDICAMENTOS																		
		HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	RUTA	OBSERVACIONES														
		DIAGNOSTICO(S): _____																		

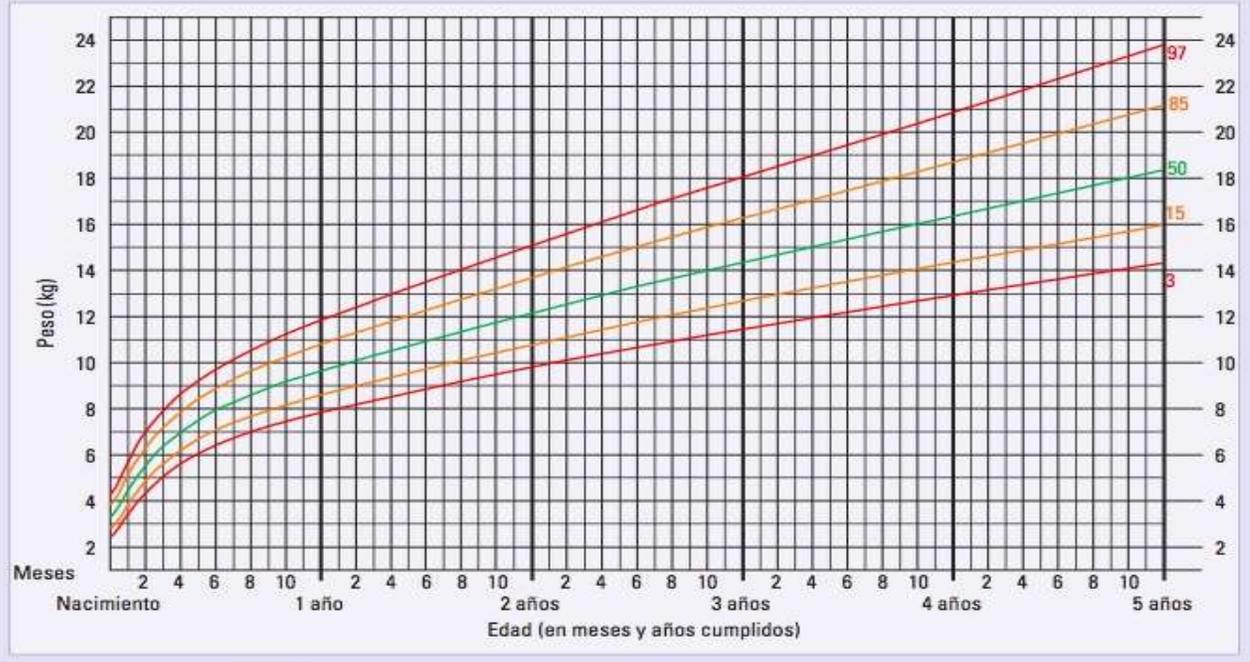
EVOLUCION CLINICA Y HEMODINAMICA																				
HORARIO	PRES. ART.	PAM	F.C.	RITMO	PULSOS	F.RESP.	TEMP. CTRL.	TEMP. PERIF.	OXIMETRIA	PetCO2	PVC	GASTO URINARIO	LLENADO CAPILAR	ESCALA DE COMA	1 Ocular	2 Verbal	3 Motora	Total (1+2+3)	Pupila Der.	Pupila Izq.
												HORA DE EGRESO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		MEDICO:						
												Cama: _____		CLAVE:						
												Hospital: _____		FIRMA:						
												Egreso a domicilio: <input type="checkbox"/>								
												Defuncion, Autopsia: <input type="checkbox"/>								
* MODIFICADO DE HOJA DE SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON TRAUMA. ATLS COURSE 1993:361-364.																				

Peso para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)



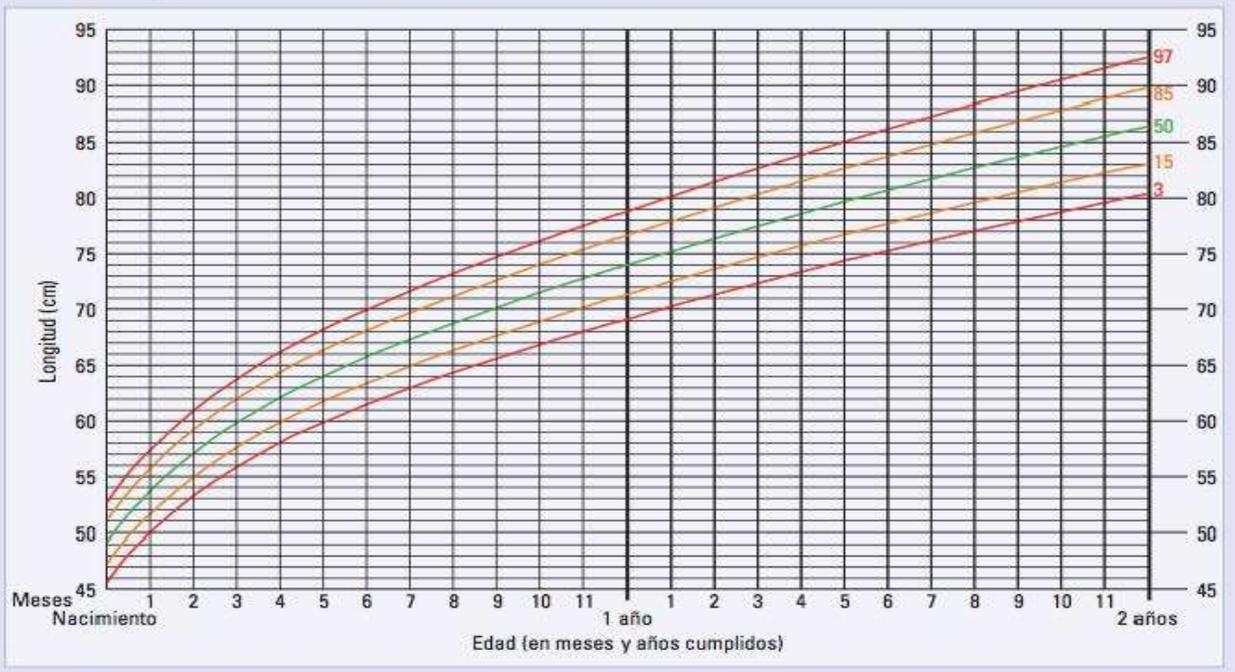
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)



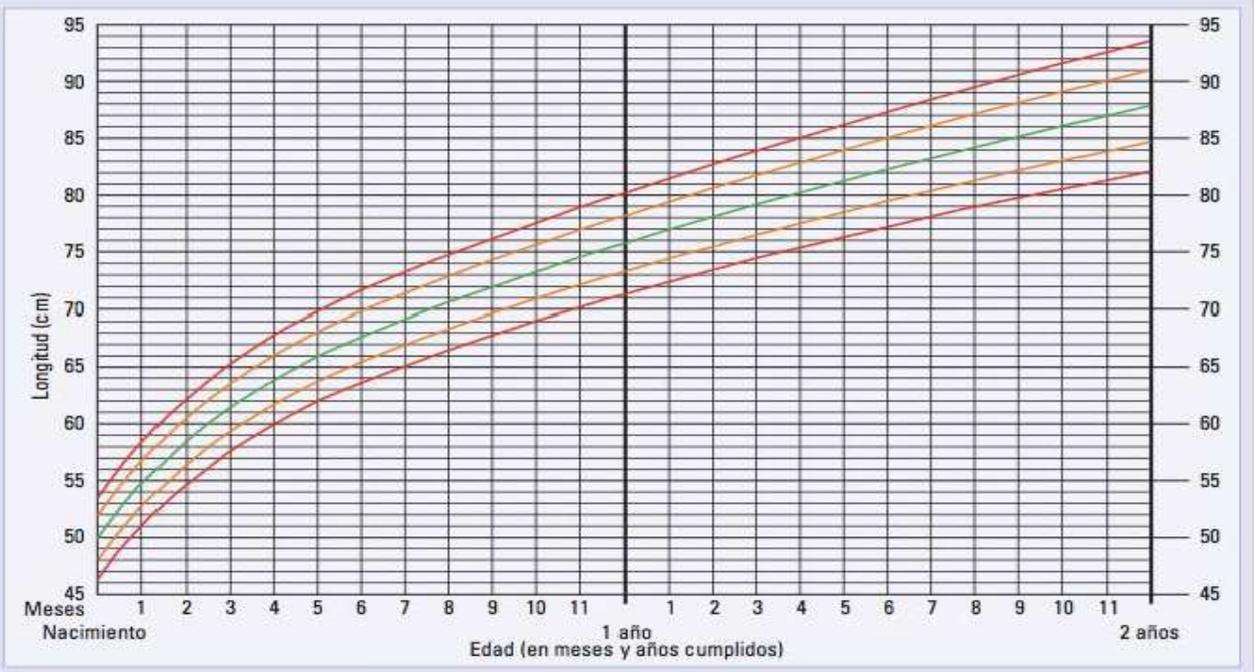
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



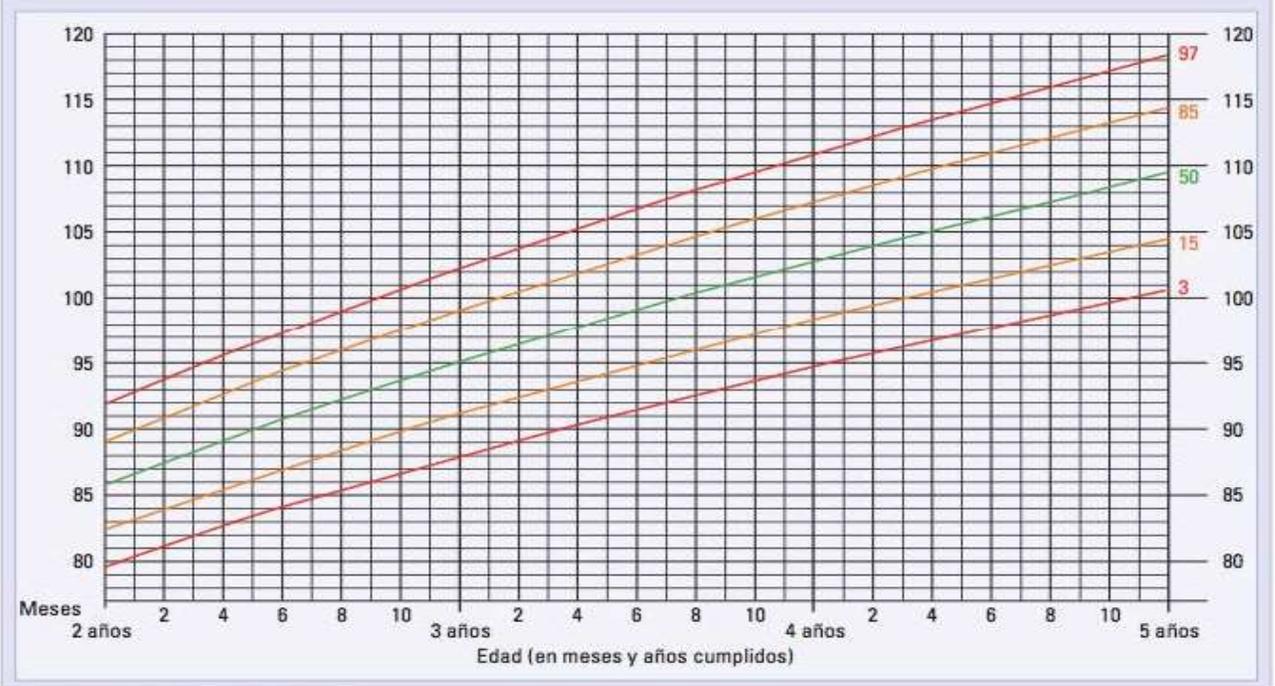
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



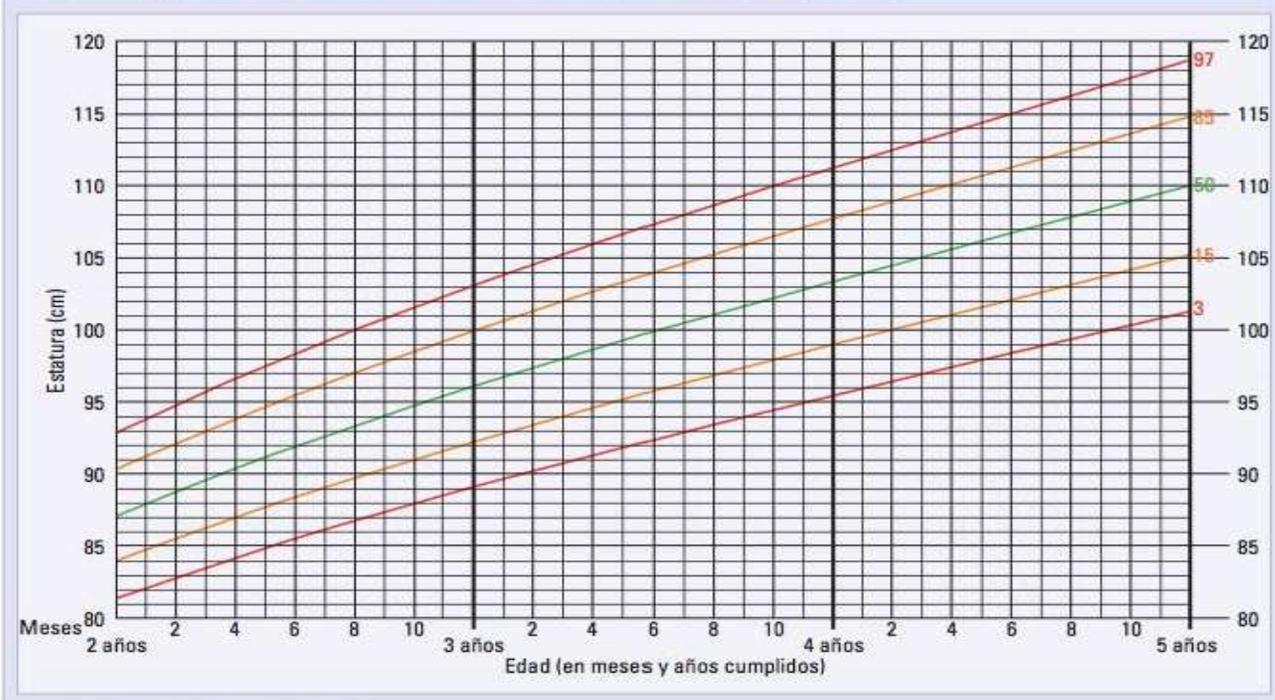
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niñas. Percentiles (2-5 años)



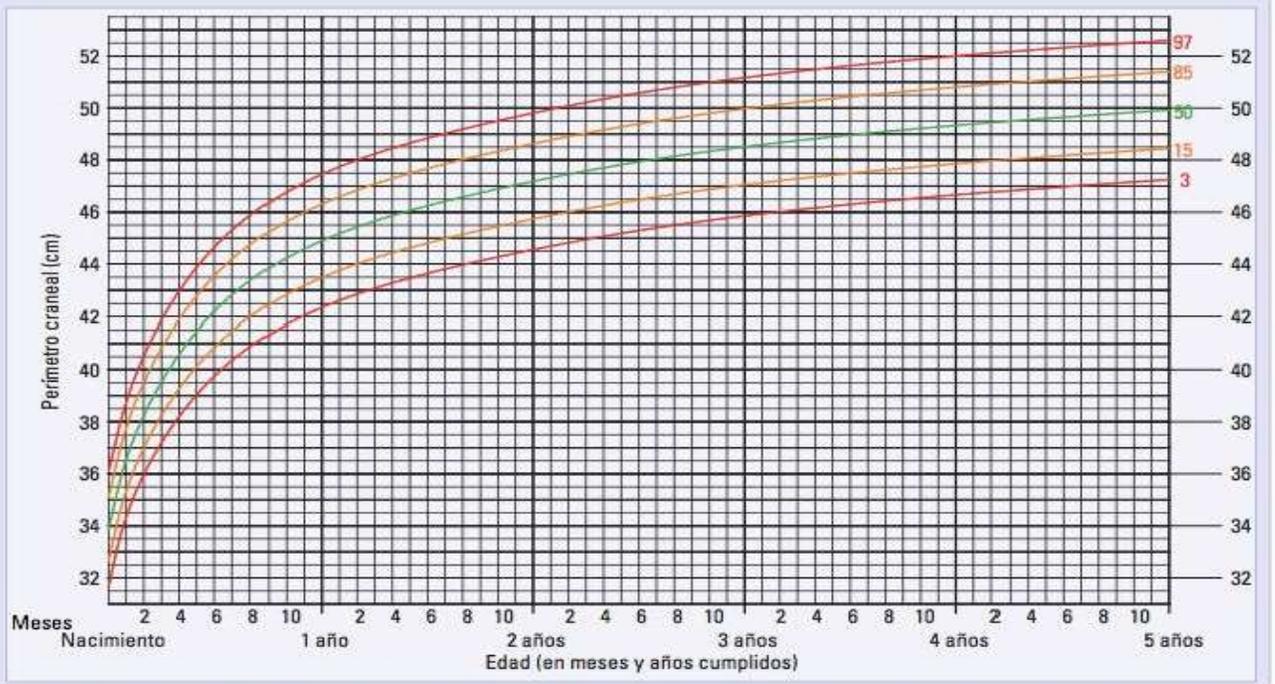
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niños. Percentiles (2 a 5 años)



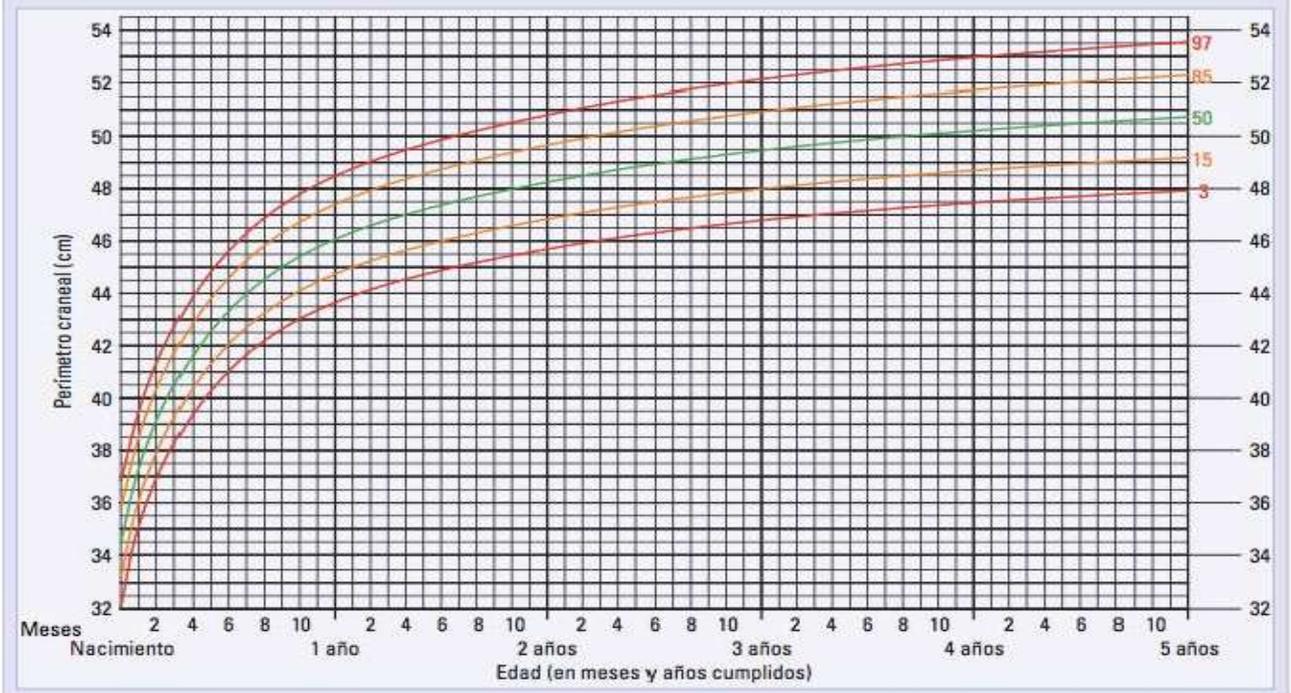
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Perímetro craneal para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)



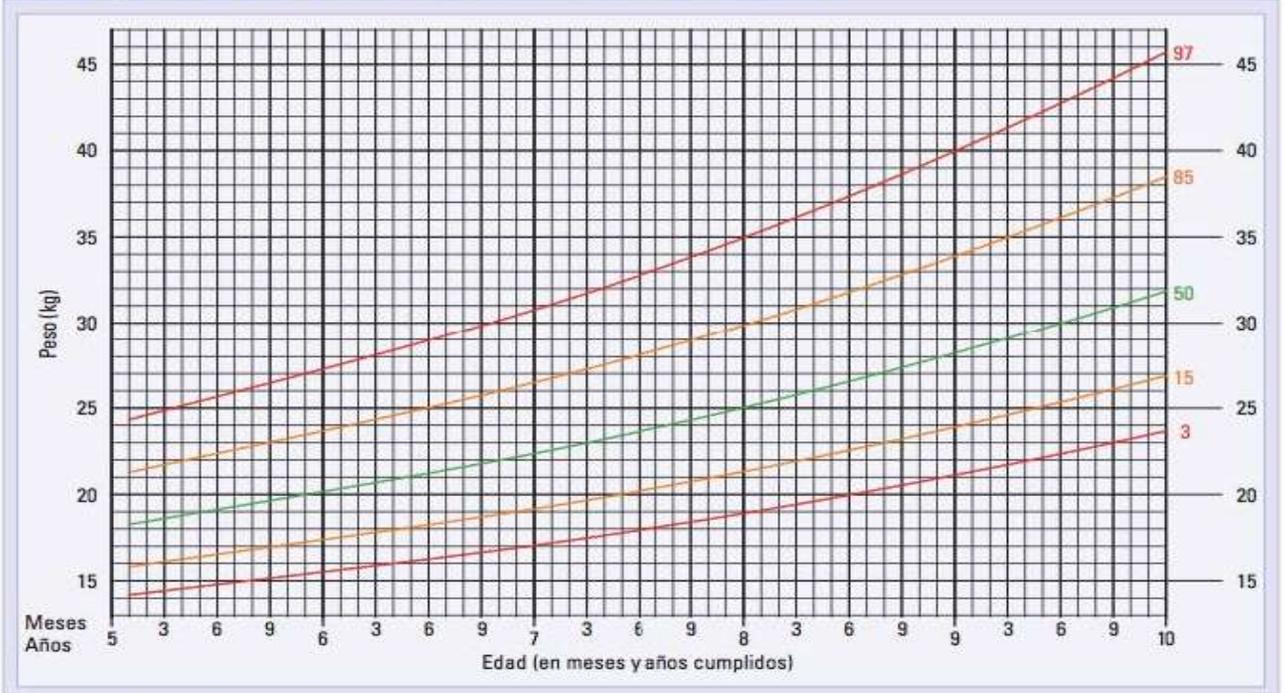
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Perímetro craneal para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)



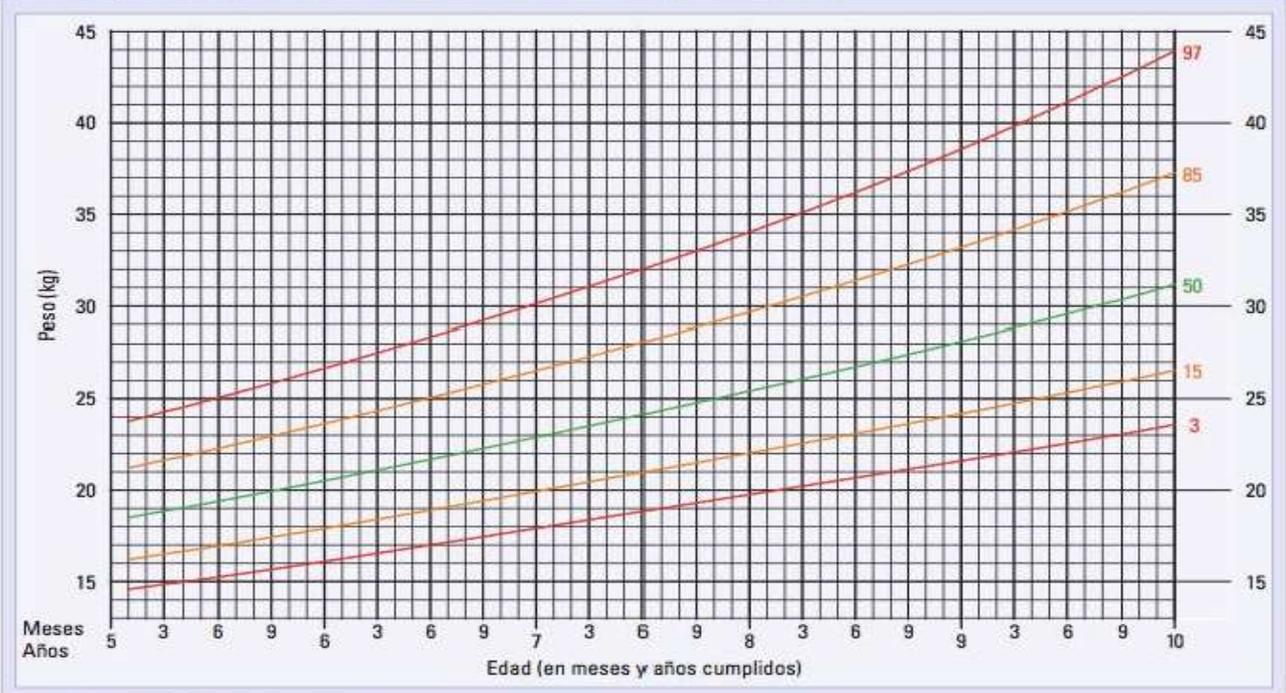
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la edad niñas. Percentiles (5-10 años)



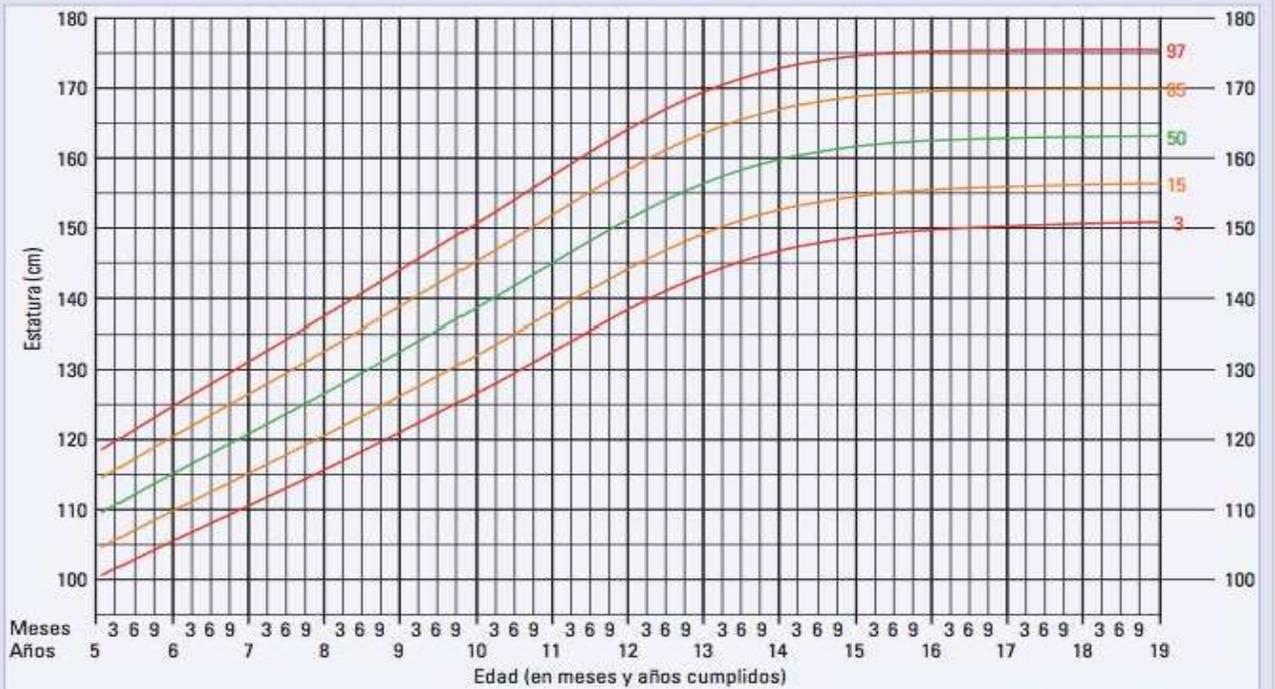
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la edad niños. Percentiles (5-10 años)



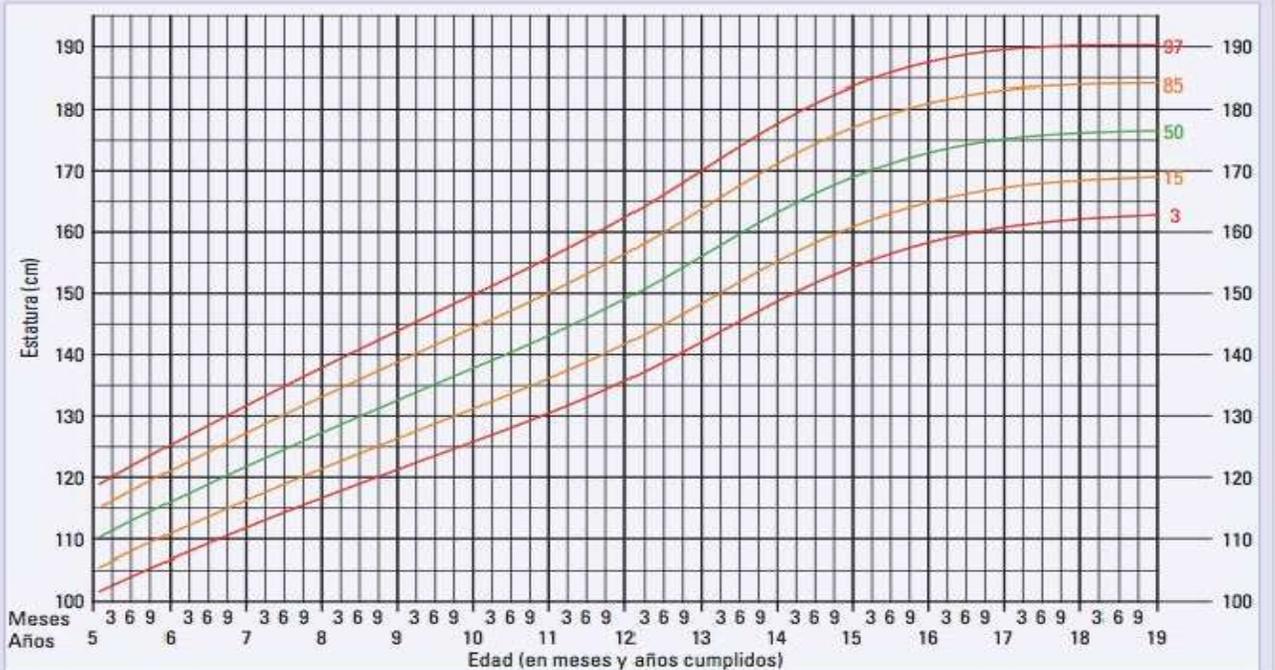
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



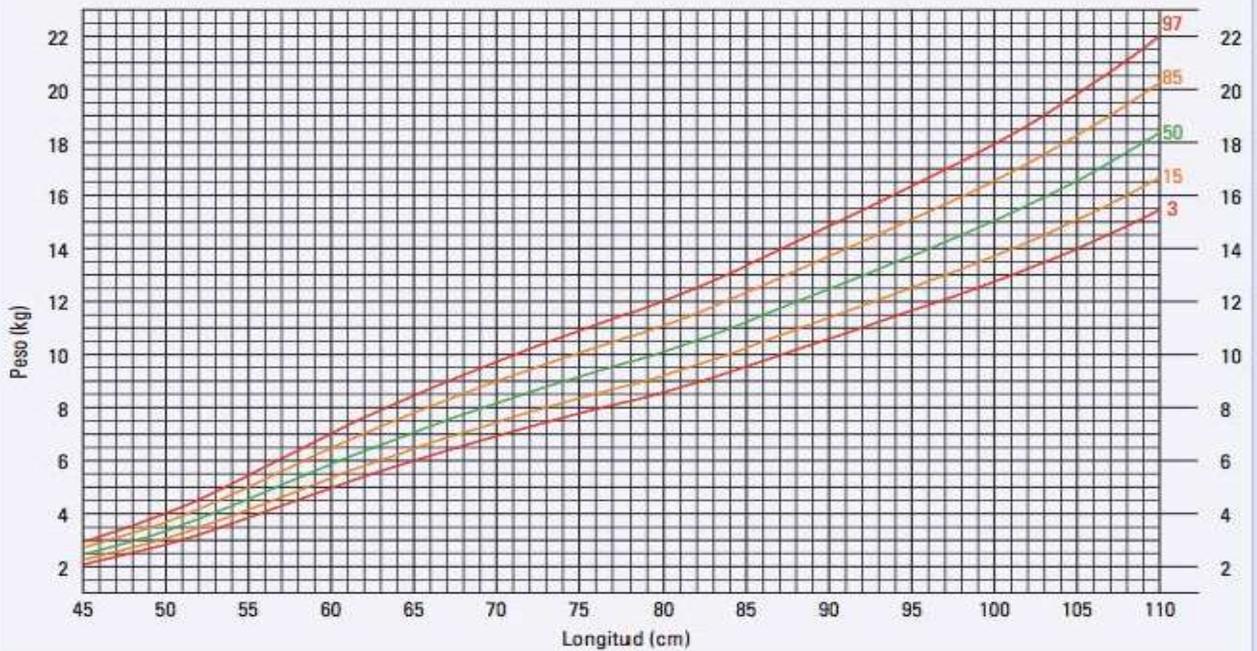
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niños. Percentiles (5-19 años)



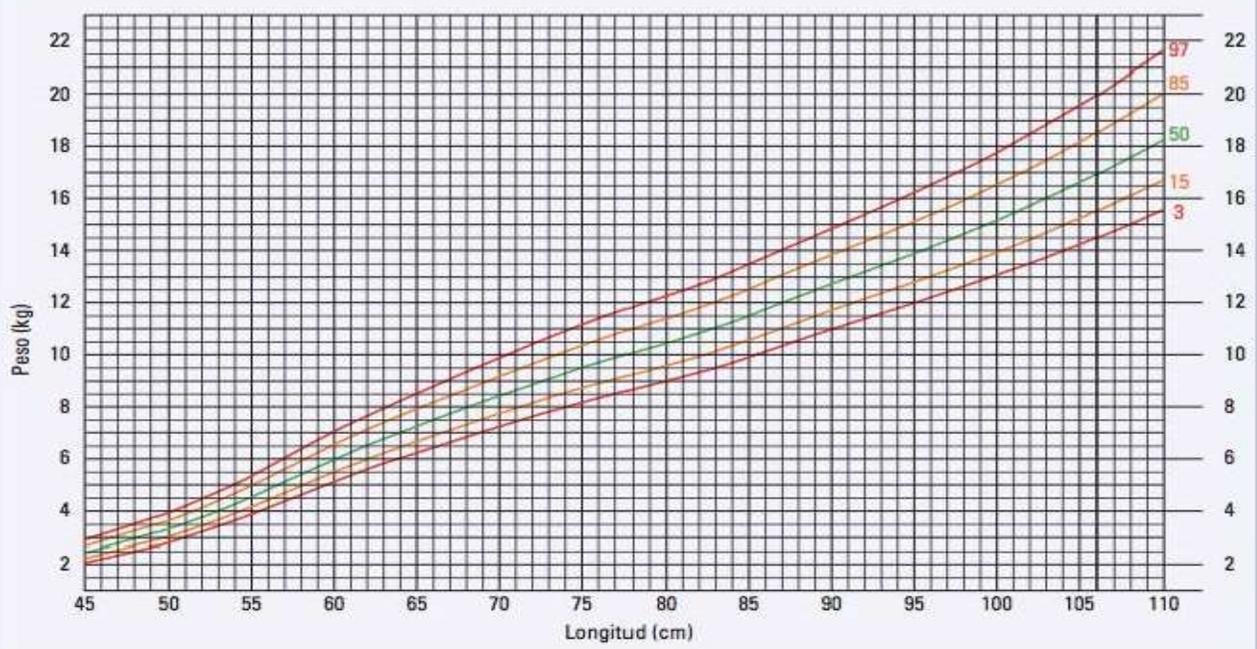
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la longitud niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



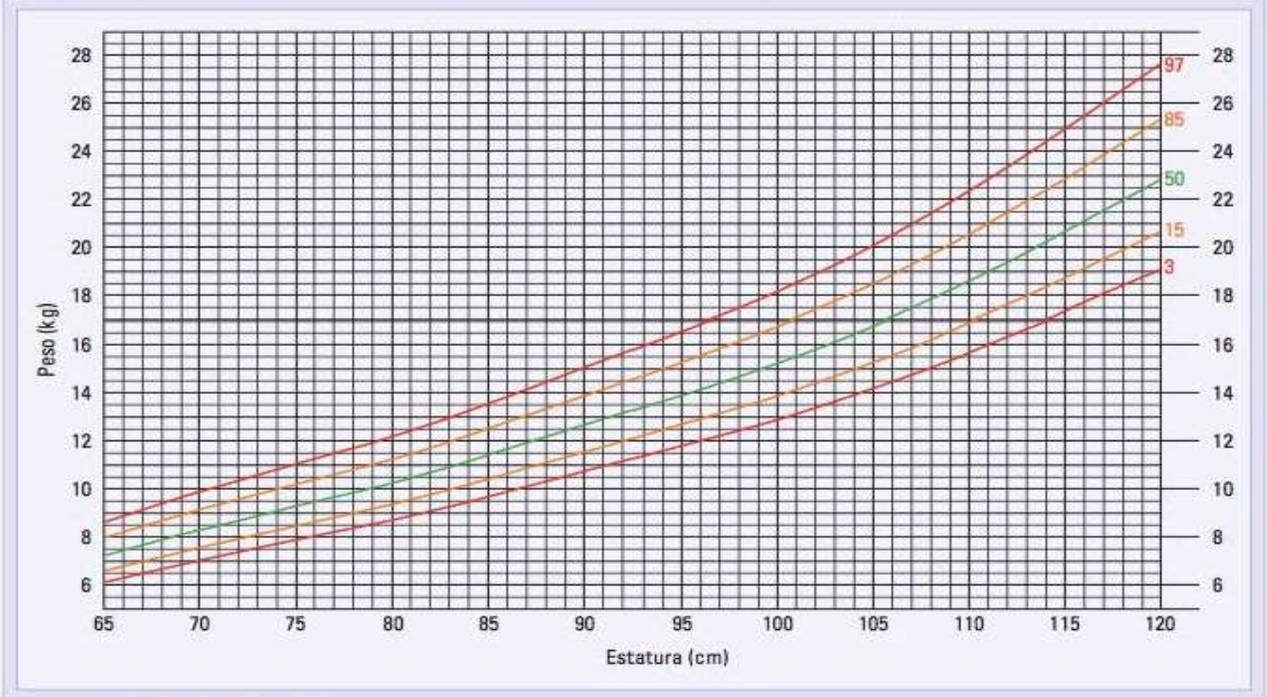
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la longitud niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



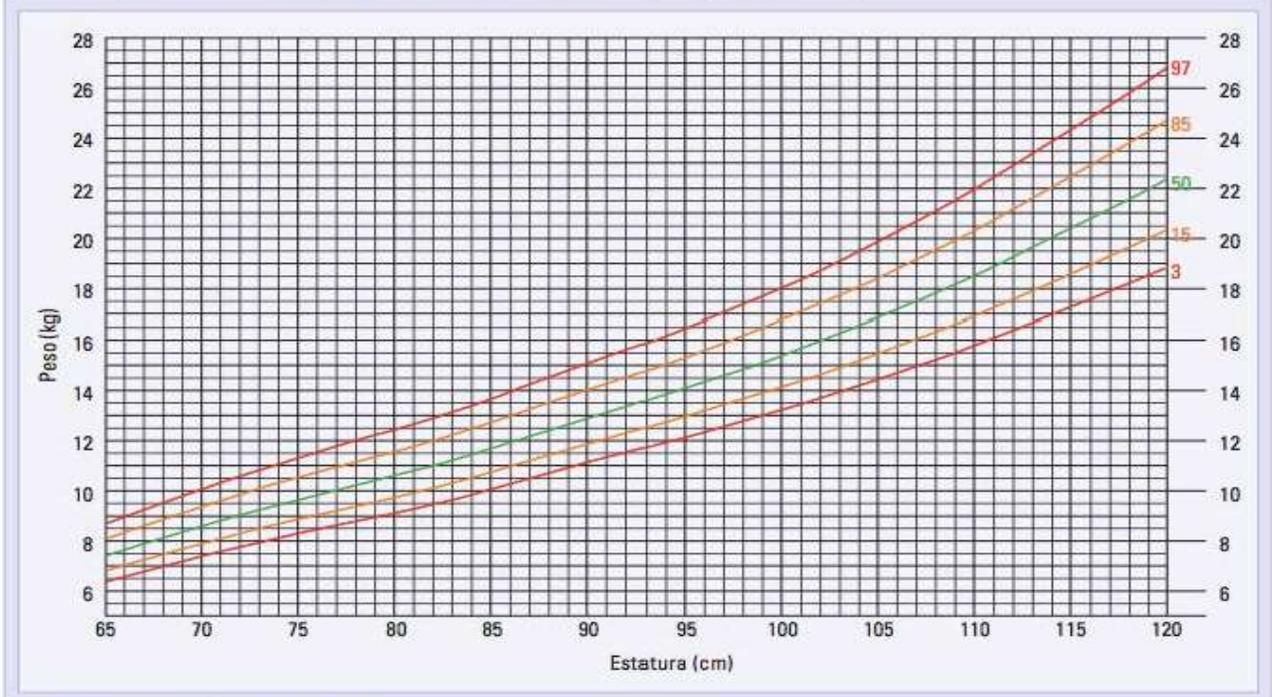
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años)



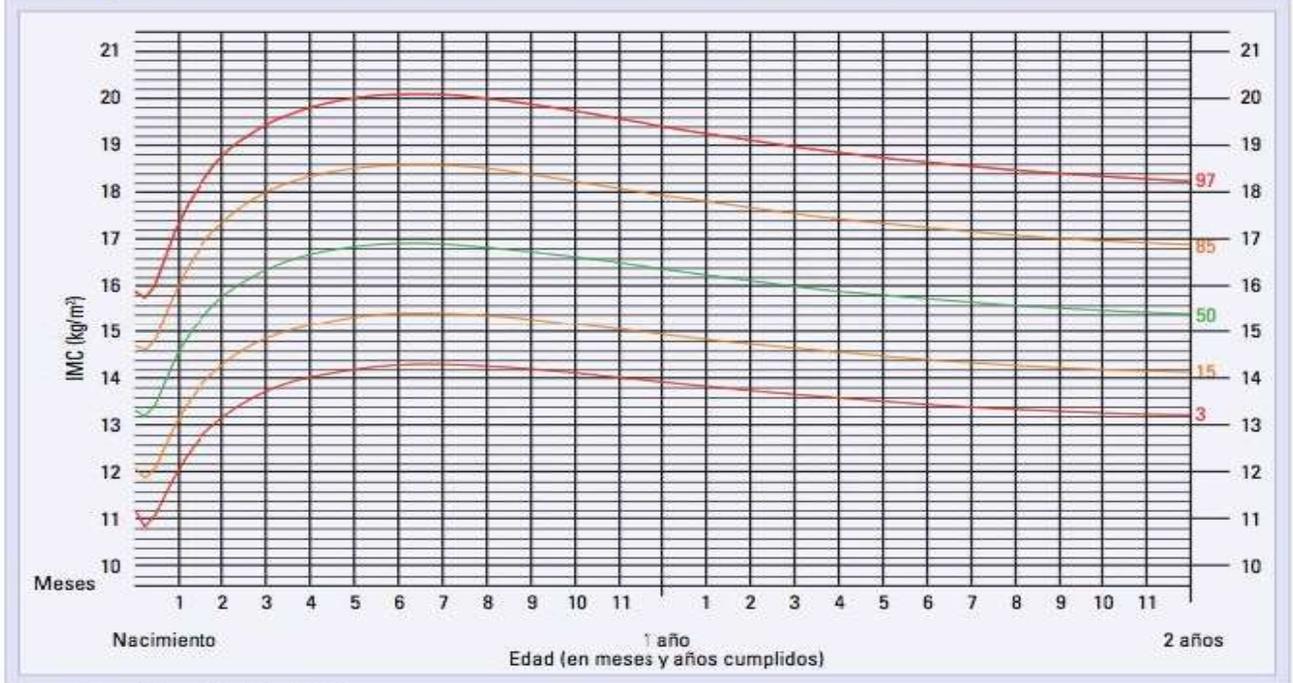
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años)



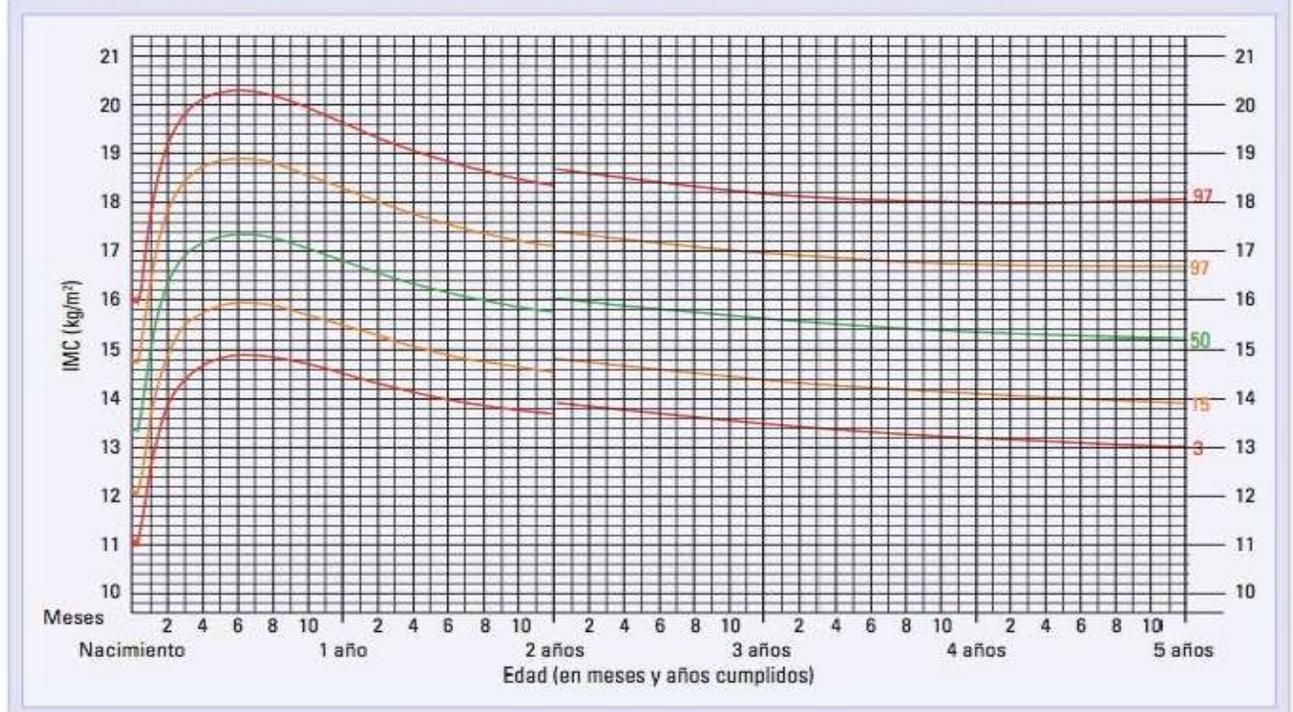
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



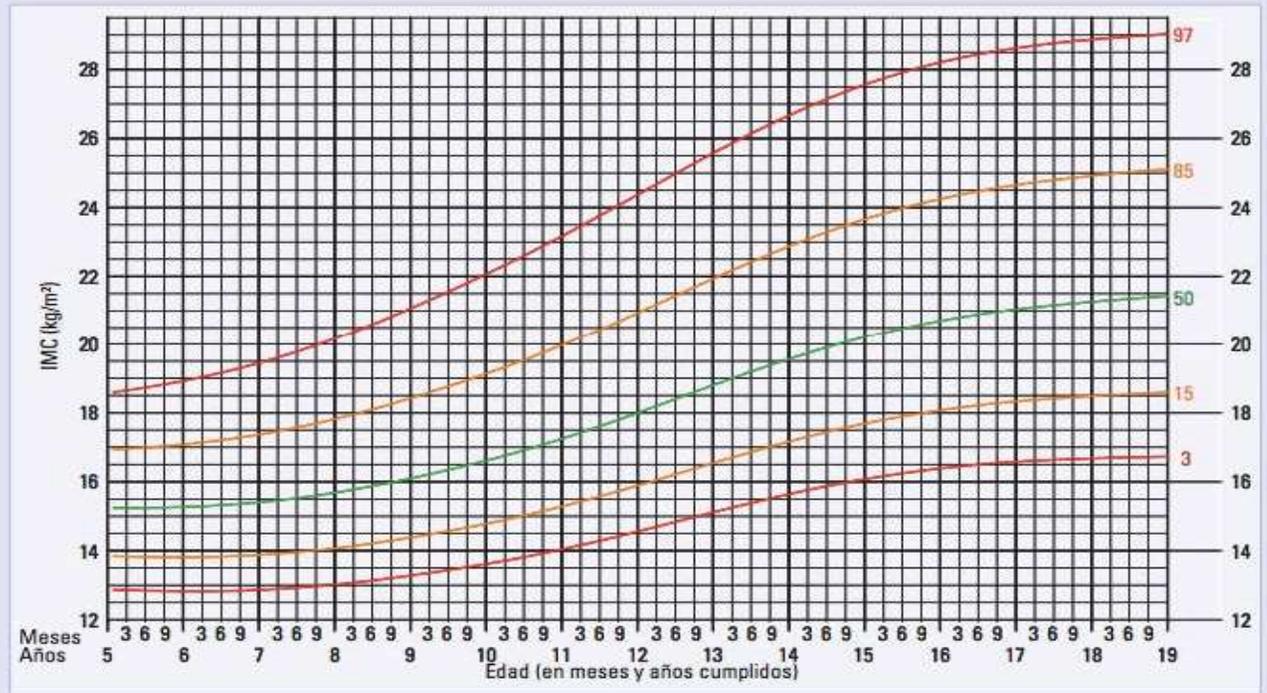
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)



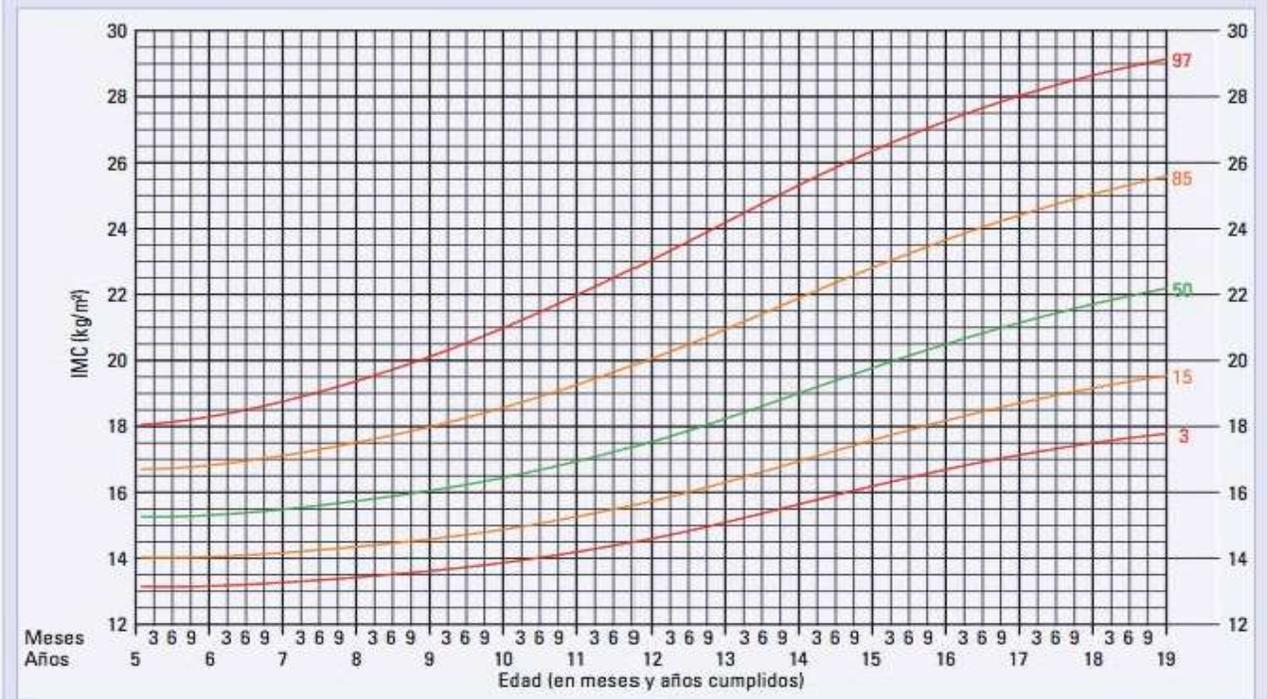
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

IMC para la edad niños. Percentiles (5-19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

--



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

"INFORMACION CLINICA DE ENFERMERIA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____ CAMA: _____

DIAGNOSTICO: _____

FECHA																					
DIAS HOSPITALIZACION																					
TEMPERATURA	TI	TC	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	
	34																				
	33	40																			
	32																				
	31	39																			
	30																				
	29	38																			
	28																				
	27	37																			
	26																				
	25	36																			
	24																				
PULSO																					
RESPIRACIÓN																					
TENSIÓN ARTERIAL		/																			
PESO																					
PERIMETRO																					
M E D I C A M E N T O S																					
TRATAMIENTO																					
L I Q U I D O S																					
DIETA																					
FORMULA																					

M-0-1-04-a

FECHA									
LIQUIDOS ORALES									
URESIS									
EVACUACIONES									
VÓMITO SUCCIONES									
DRENAJES									
LABORATORIO									
ESTUDIO Y/O INTERVENCION QUIRURGICA									
REACTIVOS									
TOTAL INGRESOS									
TOTAL EGRESOS									
BALANCE									
OBSERVACIONES Vo. Bo.									
1 F E R N O	SIGNOS Y SINTOMAS								
	ACCIONES DE ENFERMERÍA								
ENFERMERA: NOMBRE:			CLAVE:				FIRMA:		
2 E T U R N O	SIGNOS Y SINTOMAS								
	ACCIONES DE ENFERMERÍA								
ENFERMERA: NOMBRE:			CLAVE:				FIRMA:		
3 E T U R N O	SIGNOS Y SINTOMAS								
	ACCIONES DE ENFERMERÍA								
ENFERMERA: NOMBRE:			CLAVE:				FIRMA:		

M-0-1-04-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA
"UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

1. _____
2. _____
3. _____

INGRESOS

SOLUCIÓN "X" PERDIDA HEMORRÁJICA PARA REPONER:

PERÍODO CON: _____

SOLUCIÓN "Y" BASE

SOLUCIÓN "Z" CARGAS PARAS:

10 20 30

GLUCOSA

FISIOLÓGICA

SOLUCIÓN "W" MEDICAMENTOS EN INFUSIÓN CONTINUA

SOLUCIÓN "V" ALIMENTACIÓN PARENTERAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO: _____

FECHA HORA:	CAMA:	EDAD:	SEXO:	PESO ACTUAL:	S.C.:	PESO PEARL:	TIPO:	OBSERVACIONES Y PROCEDIMIENTOS (PRIME CADA TIRADA)	TIPO	PARENTERALES					ALBUFICINA	LAVADO DE CATE TER	ALIMENTOS			TOTAL DE			
										A	B	C	D	E			VALOR	EDAD	HORA	INGRESOS	TOTAL		
																						TIPO	CANTIDAD
08:00																							
09:00																							
10:00																							
11:00																							
12:00																							
13:00																							
14:00																							
15:00																							
16:00																							
17:00																							
18:00																							
19:00																							
20:00																							
21:00																							
22:00																							
23:00																							
00:00																							
01:00																							
02:00																							
03:00																							
04:00																							
05:00																							
06:00																							
07:00																							

MSH-2

B=BLANCE
D=DURSO
Vg o NO
E=ENACUACION
Vg o NO

RESPIRADOR
F= PRESION
AF= ALTA FRECUENCIA
IS= VENTILACION SOPORTE
V= VOLUMEN

VIA AEREA
N= NORMAL
T= TRAO, ESTOMA
CC= CAMBIAO CEFALICA
DT= OROTRAGICAL

TPO DE VENTILACION
E= ESPONTANEA
CPAP= PRESION POSITIVA CONTINUA
NI= MANDATORIA INTERMITENTE
A= ASISTIDA

C= CONTROLADA
CP= CONTROLADA CON RELAJACION MUSCULAR
PS= PRESION DE SOPORTE
BPAP= PRESION POSITIVA DE LA VIA AEREA DE DOS NIVELES

H	PERIODO HORAS	DIAGNOSTICO						SIGNOS Y SINTOMAS						EXAMENES LABORATORIOS						TRATAMIENTO									
		RESPIRATORIO		CARDIOVASCULAR		GASTROINTESTINAL		NEUROLOGICO		HEPATO BILIAR		RENAL		HEMATOLOGICO		QUIMICA		FISIOLOGICO		INFECCIONES		OTROS		MEDICACIONES		FISIOTERAPIA		CIRUGIA	
		RESPIRACION	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES	TAPORES
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
21																													
22																													
23																													
24																													
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
TRABAJO SOCIAL
"ESTUDIO SOCIOECONÓMICO"**

Página: 1
Fecha: 06/04/2015 10:07 AM

Expediente: _____ Historia: 1058894 Servicio: CLINICA GENERAL, DEPARTAMENTO DE
Nombre del Paciente: _____ Fecha Nacimiento: 14/03/2010 Edad: 4 años, 0 meses, 22 días
Fecha de Ingreso: _____ Sexo: MASCULINO Nacionalidad: _____ Edo. Nac: _____
Religión: CATOLICA Lengua Nativa: _____ Escolaridad: DESCONOCIDA Derecho de Residencia: OTRO
Domicilio Actual: _____
Calle y número exterior/interior _____ Colonia _____ C. P. _____
Delegación/Moto: _____ Estado: _____ Teléfono: _____
Responsable _____ Parentesco: null
Domicilio Responsable: _____
Padre: _____ Edad: 0 Edo Civil: _____ Escolaridad: _____
Madre: _____ Edad: 0 Edo Civil: _____ Escolaridad: _____

CRITERIOS PARA CLASIFICAR

I. OCUPACION

Ocupación: DESEMPLEADO (O) Antigüedad: _____ Empleado: _____
Comentarios: _____

II. INGRESOS Y EGRESOS

Jefe de Familia:	_____	\$ 0.00
Esposo(s):	_____	\$ 0.00
Hijo (a):	_____	\$ 0.00
Otros:	_____	\$ 0.00
Total de Ingresos:	_____	\$ 0.00 <input type="checkbox"/>
No. de Miembros por Familia:	_____	
Situación Económica:	_____	EQUILIBRIO %
Relación Ingreso-Egreso:	_____	0.00 <input type="checkbox"/>

Egreso Mensual

Alimentación:	_____	\$ 0.00
Vivienda:	_____	\$ 0.00
Agua:	_____	\$ 0.00
Teléfono:	_____	\$ 0.00
Luz y Comb.:	_____	\$ 0.00
Transporte:	_____	\$ 0.00
Glos Escolares:	_____	\$ 0.00
Glos en Salud:	_____	\$ 0.00
Servicios. Dom.:	_____	\$ 0.00
Otros gastos:	_____	\$ 0.00
Total Egresos:	_____	\$ 0.00

III. VIVIENDA

Tipo de tenencia:	PRESTADA	<input type="checkbox"/>
Servicio Intradomiciliarios:	CUATRO SERVICIOS O MAS	<input type="checkbox"/>
Servicios Públicos:	PROTECCION INSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/>
Material de Construcción:	LAMINA DE CARTON O MADERA	<input type="checkbox"/>
Número de Personas por Dormitorio:	PROTECCION INSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/>
Número de Habitaciones:	PROTECCION INSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/>
Tipo de Vivienda:	CASA O DEPARTAMENTO CLASE MEDIA(H)	<input type="checkbox"/>
IV. LUGAR DE RESIDENCIA		
Lugar de Procedencia:	DISTRITO FEDERAL(CR)	<input type="checkbox"/>
Zona de Ubicación:	PROTECCION INSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE SALUD FAMILIAR

Numero de Enfermos

Tiempo de Enfermedad del

Paciente:

Tiene Otra Enfermedad: el

Paciente

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Estado de salud integrantes de la familia

Lugar de tratamiento familiar:

¿Algún miembro de la familia presenta limitaciones físicas o cognitivas?

Método de control de fertilidad

Derechos habiente de Seguridad Social

IMSS

¿Cuenta con seguro de gastos médicos?

Total de Puntos:

Diagnostico:

T.S.: LUIS MIGUEL MERINO JIMENEZ

Paciente Referido:

(NINGUNO)
993

Diagnostico Social:

Clasificación

Estoy de acuerdo con la clasificación asignada y manifiesto que la información proporcionada es veraz y fiel a la realidad por lo que sujeto su verificación.

Nombre y Firma del Entrevistado

M-4-1-35 b

	Nivel	Nombre	No. Historia	No. Expediente
	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Cama
				Hoja Num. _____

Calle y Número: INSURGENTES SUR Colonia: INSURGENTES CUICUILCO Ciudad: MEXICO Estado: DISTRITO FEDERAL Municipio: COYOACAN C.P.: 04530 Teléfono: 58847026

ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ELABORACION: _____ FECHA DE IMPRESION: _____

Diagnostico: null

DATOS DEL PACIENTE

SERVICIO: _____	FECHA DE _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ESCOLARIDAD: _____	REGISTRADO: _____	DIAGNOSTICO MEDICO _____
TIEMPO DE RESIDENCIA _____	ENTRE QUE CALLES VIVE: _____	DOMICILIO TEMPORAL: _____
FUENTE DE INFORMACION _____	PARENTESCO: _____	CERECOHABIENTE _____
PROG. APOYO SOCIAL: _____	RELIGION: _____	

I. SALUD FAMILIAR

ADRES _____	HERMANOS _____	OTROS (Rama Materna y Rama Paterna) _____
VACUNAS DEL MENOR: _____	¿ACTUALMENTE ESTAN BAJO CONTROL MEDICO? _____	¿EN DONDE SE HA REALIZADO ESTUDIOS DE Papanicolaou _____
¿EXISTE CONTROL NATAL? _____	MÉTODO USADO _____	Estudio de Postata _____
Colposcopia NO	Mastografía NO	NO
Otro (Especifique) _____	HIGIENE: _____	

II. ALIMENTACIÓN

COMIDAS AL DIA _____	DESAYUNO _____	COMIDA _____	CENA _____
Pollo _____	Pescado _____	Res _____	Huevo _____
Frijol _____	Leche _____	Atún _____	Soya _____
Tortilla _____	Pan _____	Papas _____	Avena _____
Pastas _____	Aros _____	Car. Industrializados _____	Verduras _____
Frutas _____	AGUA: _____	DESINFECTACION DE LOS ALIMENTOS: _____	

V. ECONOMIA FAMILIAR

OCUPACION DEL PROVEEDOR ECONOMICO _____	ANTIGUEDAD _____	TIPO _____
LUGAR DE TRABAJO: _____	HORARIO: _____	TEL: _____
Ingresos Padre _____	Egresos _____	Egresos Vestido _____
Ingresos Madre _____	Egresos Renta _____	Egresos Medicamentos _____
Ingresos Otros _____	Egresos Luz y Agua _____	Egresos Recreación _____
Total de Ingresos: 1 _____	Egresos _____	Egresos Abonos _____
Egresos Transporte _____	Otros Egresos _____	
		Total de Egresos: 1 _____

VI. VIVIENDA

ZONA _____	TIPO _____	EN CASO DE OTROS ESPECIFIQUE _____
------------	------------	------------------------------------

	Nivel	Nombre	No. Historia	No. Expediente
	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Cama
				No. Expediente 000001
				Hoja Num. _____

VI. VIVIENDA

Nº. DE CUARTOS	MAT. CONSTRUCCIÓN PISO	PANEDES	TECHO
CONTROL DE ESCRETAS	COCINA	NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO	DISPOSICION DE BASURA
FRECUENCIA	ANIMALES DOMESTICOS Perros	En caso de otros Especifique (animales)	PRESENCIA DE PLAGAS
En caso de SI Especifique (plagas)	CONTROL Otros Servicios Medicos	ESPECIFIQUE (CONTROL) TIEMPO DE TRASLADO	ACCESO A SERVICIOS MEDICOS Centro de Salud
Hosp. General ESPACIOS QUE CONTAMINEN CERCA DE LA VIVIENDA			MOBILIARIO

IX PLAN SOCIAL

NOMBRE Y CLAVE TRABAJADORA SOCIAL

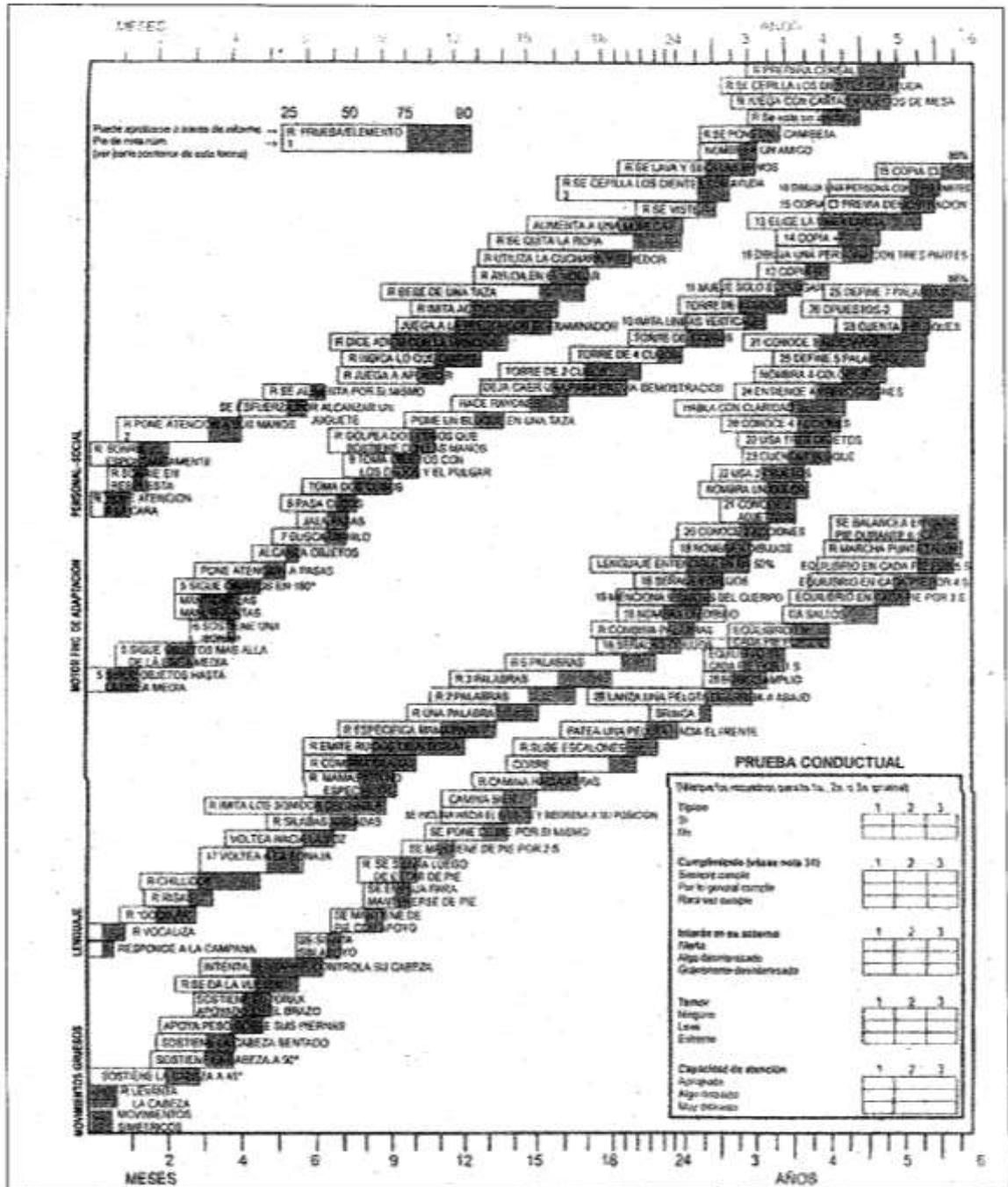


Figura 1. Escala de Denver, hoja de captación.

Tabla 1
Escala de Denver, áreas de evaluación

Escala de desarrollo de Denver II			Escala de desarrollo de Denver II		
MOTOR GRUESO	EDAD	APRUEBA SI NO	MOTOR FINO ADAPTATIVO	EDAD	APRUEBA SI NO
Levanta la cabeza 45°: (n - 6a)	-----	-----	Fija y sigue con la mirada 90°: (n - 5a)	-----	-----
Sostiene la cabeza: (5a - 2m 2a)	-----	-----	Junta las manos: (7m - 2m 2a)	-----	-----
Se rueda o voltea: (4a - 5m 1a)	-----	-----	Sujeta la soga: (2m 2a - 3m 2a)	-----	-----
Se sienta sin apoyo: (6m 2a - 8m 2a)	-----	-----	Alcanza objetos: (4m 1a - 5m 2a)	-----	-----
Se para sujetado: (5m - 4m)	-----	-----	Transfiere objetos de una mano a otra: (5m - 7m)	-----	-----
Se para sin apoyo: (9m 2a - 13m 1a)	-----	-----	Recoge objetos con dedo-pulgar (pizca): (6m 2a - 10m)	-----	-----
Caminata libre: (11m - 14m 2a)	-----	-----	Carebates espontáneamente: (12m - 16m)	-----	-----
Caminata hacia atrás: (13m - 16m 2a)	-----	-----	Torre de 2 cubos: (14m - 16m)	-----	-----
Corre: (13m 2a - 19m 2a)	-----	-----	Vacía objetos de una botella o recipiente: (12a - 19m)	-----	-----
Sube escaleras: (13m 2a - 21m 2a)	-----	-----	Torres de 4 cubos: (16m - 3a)	-----	-----
Patea la pelota: (15m 1a - 23m)	-----	-----	Inserta línea vertical: (2a 2m - 3a)	-----	-----
Salta en su lugar: (21m - 2a 1a)	-----	-----	Copia un círculo: (3a 2m - 4a)	-----	-----
Salta hacia adelante 25 cm: (2a 1a - 3a)	-----	-----	Dibuja 3 partes de una persona: (3a 4m - 4a 6m)	-----	-----
Se balancea en un pie 2 segundos: (2a 1m - 3a 2m)	-----	-----	Copia una cruz: (3a 4m - 4a 9m)	-----	-----
Marcha punta-talón hacia adelante: (2a 9m - 5a 6m)	-----	-----	Dibuja 6 partes de una persona: (4a 2m - 5a 7m)	-----	-----
Se balancea en un pie 8 segundos: (4a - 6a)	-----	-----	Copia un cuadrado: (4a 9m - 6a)	-----	-----
TOTAL	-----	-----	TOTAL	-----	-----

n = nacimiento
s = semanas
m = meses
a = años

Modificado de: Denver Developmental Screening Test (Denver II). WK Frankenburg, et al.: *Pediatrics* 1992;89:91

Escala de desarrollo de Denver II			Escala de desarrollo de Denver II		
PERSONAL SOCIAL	EDAD	APRUEBA SI NO	LENGUAJE	EDAD	APRUEBA SI NO
Observa la cara: (n - 4a)	-----	-----	Responde a ruidos: (n - 2a)	-----	-----
Sonríe espontáneamente: (n - 4a)	-----	-----	Vocaliza sin letras: (n - 4a)	-----	-----
Sonríe en respuesta: (2a - 7a)	-----	-----	Ríe: (8a - 2m)	-----	-----
Precisa su propia mano: (2a - 3a)	-----	-----	Grita (no llora): (1m 2a - 3m 2a)	-----	-----
Resiste le quiten un juguete: (4m - 8m)	-----	-----	Voltea hacia la voz: (9m 2a - 6m 2a)	-----	-----
Se lleva pan o galleta a la boca: (4m 2a - 6m 2a)	-----	-----	Imita sonidos del lenguaje: (6m 2a - 13m 2a)	-----	-----
Dice adios con la mano: (3m 2a - 14m)	-----	-----	Mamá o papá no específicos: (6m 2a - 8m)	-----	-----
Indica deseos sin letras: (7m - 13m)	-----	-----	Mamá o papá específicos: (7m 2a - 13m)	-----	-----
Boba de una taza: (6m - 14m 2a)	-----	-----	Sete palabras además de mamá o papá: (7m 2a - 21m)	-----	-----
Imita actividades domésticas: (16m - 16m)	-----	-----	Combina palabras: (16m 2a - 2a)	-----	-----
Usa cuchara o tenedor: (13m - 20m)	-----	-----	Usa 2 verbos y adjetivos: (23m - 3a 3m)	-----	-----
Se quita ropa: (13m 2a - 2a)	-----	-----	Da su nombre completo: (2a - 3a 10m)	-----	-----
Se lava y seca las manos: (16m - 3a)	-----	-----	Comprende y amplía 3 adjetivos: (2a 9m - 5a 3m)	-----	-----
Se pone ropa: (21m - 2a 2m)	-----	-----	Nombra 4 colores: (3a - 4a 9m)	-----	-----
Nombra un amigo: (2a 1m - 3a 2m)	-----	-----	Comprende dos analogías opuestas como frío-calor, mamá-papá, día-noche, etc.: (3a 7m - 5a 9m)	-----	-----
Se viste sin ayuda (se abotonan): (3a - 4a 6m)	-----	-----	Define de 5 a 7 objetos de acuerdo a una categoría general, uso, forma o materiales: (3a 7a - 6a)	-----	-----
TOTAL	-----	-----	TOTAL	-----	-----

n = nacimiento
s = semanas
m = meses
a = años

Modificado de: Denver Developmental Screening Test (Denver II). WK Frankenburg, et al.: *Pediatrics* 1992;89:91



Instituto Nacional de Pediatría

SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA

HISTORIA CLINICA

NOMBRE : _____ Fecha : _____
 DIMINUTIVO : _____ Cama : _____
 DOMICILIO : _____ Tel: _____
 Nombre del Padre o tutor: _____ Servicio: _____
 Escolaridad del niño: _____ Edad : _____
DIAGNOSTICO DE BASE : _____ Sexo: M F Talla: _____ cm
 Motivo de la consulta : _____ Peso _____ Kg.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES



- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Nacimiento: Normal Sí () No () Causa _____ Peso _____ Kg _____
 Seno materno: Sí () No () Tiempo _____
 Utilizó Biberón: Sí () No () Tiempo _____
 Utilizó Chupón: Sí () No () Tiempo _____
 Alimentación: _____ Toxicomanías: _____
 Higiene: _____ Habitación: _____

CUADRO DE INMUNIZACIONES ;	VACUNA	1a.Dosis	2a.Dosis	3ra Dosis	Refuerzo
	SABIN	2 meses	4 meses	6 meses	*
	D. P. T.	2 meses	4 meses	6 meses	2 Y 4 Años
	ANTISARAMPION	9 meses			6 años
	B. C. G.	Desde recién nacido a 5 Años.			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedades propias de la infancia : _____
 Transfusionales: Fecha: _____ Causa: _____
 Quirúrgicos: Fecha: _____ Causa: _____
 Hospitalarios: Fecha: _____ Causa: _____
 Neoplásicos: Fecha: _____
 Alérgicos: Alimentos _____ Fármacos _____
 Tiene alguna enfermedad Si () No () Fecha _____ Dx. _____
 Tiene tratamiento médico Si () No ()

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
DERECHO													IZQUIERDO					
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			

IMPRESION RADIOGRAFICA: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

PLAN DE TRATAMIENTO

18 _____	28 _____
17 _____	27 _____
16 _____	26 _____
15 55 _____	25 65 _____
14 54 _____	24 64 _____
13 53 _____	23 63 _____
12 52 _____	22 62 _____
11 51 _____	21 61 _____
41 81 _____	31 71 _____
42 82 _____	32 72 _____
43 83 _____	33 73 _____
44 84 _____	34 74 _____
45 85 _____	35 75 _____
46 _____	36 _____
47 _____	37 _____
48 _____	38 _____

EXAMEN REALIZADO POR: _____ AUTORIZADO POR: _____

PROTESIS o MANTENEDORES DE ESPACIO _____

PREVENCION ESPECIFICA: _____

INSPECCIÓN GENERAL

Facies: _____ Constitución: _____
 Marcha: _____ Fonción: _____
 Estado de atención: _____ Higiene: _____

CABEZA Y CUELLO

Tipo de cráneo: _____ Patrón crecimiento: _____
 Implantación cabello: _____ Cejas: _____
 Implantación orejas: _____ Pestañas: _____
 Ojos: _____ Nariz: _____
 Cuello: Tamaño _____ Forma _____ Rigidez: _____
 Tráquea central: _____ Tiroides _____
 Ganglios: Cervicales SI NO Submandibulares SI NO Occipitales SI NO

ATM

Apertura Bucal: _____ Movilidad: _____ Ruidos: _____
 Brincos: _____ Simetría: _____

CAVIDAD BUCAL

Labios: Forma: _____ Volumen: _____ Coloración: _____
 Hidratación: _____ Integridad: _____

MUCOSA EN GENERAL

Revestimiento: _____
 Masticatoria: _____
 Especializada: (LENGUA): _____ Frenillos: _____
 Saliva:
 Cantidad y calidad: _____
 Glándulas salivales: Volumen _____ Permeabilidad _____
 Parodonto: _____
 Paladar duro: _____ Paladar Blando: _____

Oclusión:

C Angle/P	Terminal	Der.	Izq.	Sobremordida vertical	mm
I	Recto			Sobremordida horizontal	mm
II	Distal			Forma del arco sup.	
III	Mesial			Forma del arco inf.	
	Mesial E.				
Mordida cruzada	Anterior	Posterior	Derecha	Izquierda	Osea Dental
Mordida abierta	Anterior	Posterior	Derecha	Izquierda	
Hábitos bucales nocivos	Dedo	Lengua	Bruxismo	Resp. Oral	Otros
Ortopantomografía	Fechas: _____				
Cefalograma lateral	Fechas: _____				
Anomalías dentarias:	_____				
Fístulas	Dehisencias	Fenestraciones			_____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Edad: _____ Servicio: _____ Cama: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de egreso: _____

La información que a continuación le proporcionamos es muy importante para la continuidad de los cuidados de su hijo (a) en el hogar y favorecer su recuperación.

AGENTE DE AUTOCUIDADO: _____ PARENTESCO: _____
 ENFERMERA RESPONSABLE: _____

1. ACCIONES DE AUTOCUIDADO ESPECÍFICAS

1. Baño: Esponja () Tina () Regadera ()
2. Alimentación: oral () Sonda oro o nasogástrica () Gastrostomía ()
3. Curación de Sonda: () Tipo de sonda:
4. Cuidados a Catéter: () Tipo de catéter:
5. Curación de Herida Quirúrgica ()
6. Aspiración de secreciones ()
7. Fisioterapia respiratoria () Nebulizaciones ()
8. Cuidados a aparatos y dispositivos ortopédicos ()
9. Vigilancia de datos de compromiso vascular ()
10. Cuidados a estomas ()
11. Otro:

2. MEDICAMENTOS				3. CITAS		
MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	FECHA	HORA	SERVICIO
1					0	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

4. MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS		5. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Cambio de ropa diario ✓ Lavado de manos antes de consumir alimentos y después de ir al baño ✓ lavar y desinfectar alimentos ✓ Mantener habitación limpia y libre de polvo ✓ Evitar estar en contacto con personas enfermas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No acudir a lugares concurridos o conglomerados ✓ Evitar corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura ✓ Evitar mascotas dentro de la habitación ✓ Acudir a medicina preventiva para vacunas ✓ Otro: 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal estado general • Fiebre • Dolor • Pérdida del estado de alerta • Sangrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de coloración de la herida quirúrgica • Dificultad para respirar • Otro:

EN CASO DE DUDA FAVOR DE COMUNICARSE AL (0155) 10840900. A LA EXTENSIÓN : _____

SERVICIO: _____ ¡CON GUSTO LO ATENDEREMOS!

Rev. 1

M-7-0-24



**Instituto Nacional de Pediatría
Dirección Médica**

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE CON
REQUERIMIENTOS ESPECIALES PARA EL ALTA**

Instrucciones de llenado.

Este formato deberá ser llenado para aquellos pacientes que por su patología van a requerir a su egreso bombas de infusión, camas ortopédicas, cuadriparéticos y/o con necesidades de oxígeno, pacientes en situación terminal, que requieren aspiración de secreciones y enfermos de la Clínica de Estomas.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente: _____

Número de Registro del Expediente Clínico: _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días. **Sexo:** Femenino Masculino

Fecha de llenado del formato: ____ / ____ / ____
Dia Mes Año

**MARCAR CON UNA CRUZ LOS RECUADROS DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS QUE
EL PACIENTE NECESITARÁ A SU EGRESO**

- Silla de ruedas
- Muletas
- Aparato ortopédico
- Cama ortopédica
- Bomba de Infusión
- Tanque de O₂
- Aspirador
- Respirador
- Ambulancia para traslado
- Concentrador de oxígeno
- BIPAP
- Otro (Especifique): _____

Nombre del Médico tratante: _____

Firma: _____ **No. de Credencial:** _____

Nombre de la Trabajadora Social: _____

Firma: _____ **No. de Credencial:** _____

I



Instituto Nacional de Pediatría
Subdirección de Enfermería
“Escala de valoración del dolor en pacientes pediátricos”

Servicio _____
Cama _____ Edad _____

ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR

III

0 Dolor nulo 2 Poco dolor 4 Dolor moderado 6 8 10 Mucho dolor

Duración del dolor	
Agudo	
Crónico	
Tipo de dolor	
Continuo	
Intermitente	

IV

Medios físicos
Aplicación de calor o frío
Actividad física
Inmovilización
Técnicas cognoscitivo conductuales
Música terapia
Aroma terapia

Medios químicos
Administración de fármacos

II

Escala numérica (EVA)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poco dolor			Dolor moderado			Mucho dolor			

V

Fecha	Hora	Resultado de la valoración	Intervenciones de enfermería	Fármacos	Localización del dolor	Nombre de enfermera

Instrucciones de llenado de la hoja de valoración del dolor en pacientes pediátricos

- I. Sitio para colocación de adhesografo del paciente
- II. Escala numérica **EVA**, la cual se realizará en pacientes mayores de 12 años.
- III. Escala de valoración del dolor de caritas

1 sin dolor	1-2 duele un poco	2-4 duele un poco más	3-6 duele aún mas	4-8 duele mucho	5-10 el peor dolor
-------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-----------------	--------------------

- IV. Intervenciones que realiza cuando el paciente presenta dolor
- V. Fecha y hora de cuando se realiza la valoración del paciente

Nota: La aplicación de la escala del dolor se verificará cuando se realice la valoración cefalocaudal al inicio del turno, cuando se detecte dolor la valoración se realizará a los 15 minutos posterior a la intervención de enfermería o a la Ministración de medicamentos y posteriormente cada dos horas hasta que el dolor haya disminuido y/o desaparecido.

En los pacientes con intervención quirúrgica y/o invasiva se realizará en forma rutinaria al recibir al paciente.

Duración:

Agudo: es de corta duración se presenta en forma no esperada, con escaso componente psicológico.

Crónico: Ilimitado en su duración, se presenta sobre todo en pacientes crónicos.

Localización.

Se anotará la zona del cuerpo donde presenta el dolor.

Instrucciones de llenado de la hoja de valoración del dolor en pacientes pediátricos

- I. Sitio para colocación de adhesografo del paciente
- II. Escala numérica **EVA**, la cual se realizará en pacientes mayores de 12 años
- III. Escala de valoración del dolor de caritas

1 sin dolor	1-2 duele un poco	2-4 duele un poco más	3-6 duele aún mas	4-8 duele mucho	5-10 el peor dolor
-------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-----------------	--------------------

- IV. Intervenciones que realiza cuando el paciente presenta dolor
- V. Fecha y hora de cuando se realiza la valoración del paciente

Nota: La aplicación de la escala del dolor se verificará cuando se realice la valoración cefalocaudal al inicio del turno, cuando se detecte dolor la valoración se realizará a los 15 minutos posterior a la intervención de enfermería o a la Ministración de medicamentos y posteriormente cada dos horas hasta que el dolor haya disminuido y/o desaparecido.

En los pacientes con intervención quirúrgica y/o invasiva se realizará en forma rutinaria al recibir al paciente.

Duración:

Agudo: es de corta duración se presenta en forma no esperada, con escaso componente psicológico.

Crónico: Ilimitado en su duración, se presenta sobre todo en pacientes crónicos.

Localización.

Se anotará la zona del cuerpo donde presenta el dolor

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Departamento de Neonatología
Escala de Dolor para Neonatos

Diagnostico: _____ Edad: _____

Instrucciones para la evaluación.

- El evaluador se debe colocar donde pueda observar claramente al paciente.
- Frecuencia de evaluación:
- Cuidados Intensivos neonatales: Dentro de la 1^{era} hora de ingreso y posteriormente cada 4 horas.
 - Después de cirugía: Cada hora en las primeras 24 horas después de cirugía. Cada 4 horas hasta 48 horas después de la cirugía.
 - Repita a los 30 minutos después de la intervención (confort, analgesia, etc.).
 - Cada evaluación y acciones a tomar deben ser documentadas.

	0	1	2
Llanto	No.	Agudo o llanto visible.	Inconsolable o difícil de consolar.
Requerimiento de Oxígeno	No. Respiración normal o confortable.	Fio ₂ < 30%. Incremento < 20%. Cambios en el patrón respiratorio.	Fio ₂ > 30%. Incremento > 20%. Cambios muy significativos en el patrón respiratorio.
Signos vitales	Frecuencia cardíaca y/o presión arterial en límites normales para la edad. No apnea o bradicardia.	Frecuencia cardíaca y/o presión arterial con incremento < 20% de la basal. Apneas o bradicardias presentes.	Frecuencia cardíaca o presión arterial con incremento > 20% de la basal. Incremento en la frecuencia y severidad de apneas o bradicardias
Expresión	Normal o músculos faciales relajados.	Muecas, pequeño abultamiento entre cejas, aprieta los ojos, surco nasolabial.	Mueca, gruñido-gemido, moderado-severo. Abultamiento entre cejas, aprieta los ojos, surco nasolabial muy marcado.
Descanso	Duerme el mayor tiempo.	Se despierta a intervalos frecuentes, intranquilo.	Despierta constantemente, aun cuando no este perturbado.
Señales de peligro	Relajado.	Brazos/piernas flexionadas o extendidas	Agitado, arqueado.

Fecha	Hora	Resultado de valoración	Acciones a tomar	Medidas de confort	Nombre y clave quien realizo

Resultado **0-4**: Continuar tratamiento actual o considerar suspender analgesia.

Resultado **5-8**: Instituir medidas de alivio.

Puntuación **9 o más**: Requieren medidas de confort y analgesia.

ANALGESIA	SEDACIÓN	PARALISIS	MEDIDAS DE CONFORT
Acetaminofén	Midazolam	Vecuronio	R : Reposicionar al bebe
Fentanil		Pancuronio	C : Confort, proporcionar contención, y apoyo a las extremidades
Ketorolaco		Rocuronio	D : Disminución de estímulos ambientales. (luz, ruido, actividades alrededor del neonato)
Lidocaina			V : Calmar con la voz
Bupivacaina			S : Succión no nutritiva
			K : Cargar con técnica canguro
			L : Lactancia

ACCIONES A TOMAR**A**: Analgesia.**S**: Sedación.**P**: Parálisis.**C**: Medidas de confort.**N**: Ninguna.

*Formato en evaluación.

1



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

“Valoración de riesgo de caída”

2. Servicio: _____ 3. Cama: _____
4. Diagnóstico: _____ 5. Edad: _____

Escala de valoración de riesgo de caída en el paciente pediátrico Downton modificada.

Variable	Indicador	Puntaje
6. Edad	Menor de 6 años	3
	Mayor de 6 años	1
7. Caídas previas	No	0
	Si	1
8. Medicamentos	Ninguno	0
	Diuréticos	1
	Sedantes	1
	Hipotensores	1
	Anticonvulsivantes	1
	Relajantes	1
	Hipoglucemiantes	1
	Quimioterapia	1
	Analgesia epidural	1
9. Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones visuales	1
	Debilidad muscular	1
10. Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitado	1
	Irritable	1
	Retraso psicomotor	1
11. Marcha y equilibrio	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	2
12. Estado clínico	Normal	0
	Desarticulación	2
	Dispositivos ortopédicos	2
	Dispositivos vasculares	1
	Ayuno prolongado	1
13. El cuidador conoce las medidas de prevención	Si	0
	No	1

14. Valoración de riesgo de caída		
Escala de calificación	Puntos	Color de riesgo
Bajo	0-3	Verde
Alto	Más de 3	Rojo

15. Medidas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

- Sensibilizar a los padres y familiares sobre medidas de seguridad para evitar accidentes.
- No dejar al paciente solo, acompañarlo cuando vaya al sanitario o a la regadera.
- Mantener siempre arriba barandales de cama, cuna o camilla.
- Utilizar sujetadores, sábanas en forma de columpio y/o aditamentos de seguridad del paciente.
- Identificar los factores de riesgo de caída en cada paciente.
- No dejar bultos ni juguetes voluminosos dentro de la cuna del paciente.
- Vigilar mantenimiento adecuado en sillas de ruedas, tripiés, barandales de cunas y camillas, y bancos de altura.

Rev. 0

M-7-0-37 a

16.Fecha									
17.Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
18.Puntuación									
19.Tipo de riesgo									
20 Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Edad: _____ Servicio: _____ Cama: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

TIPO DE EDUCACIÓN	SI	NO	MEDIO	PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	FECHA	FIRMA	ENFERMERA QUE PROPORCIONA LA EDUCACION	FIRMA	TURNO
Orientación a la hospitalización									
Precauciones estándar									
Lavado de manos									
Prevención de infecciones intrahospitalarias									
Participación en el cuidado del paciente									
Medidas de seguridad para el paciente									
Uso adecuado de mobiliario y aparatos hospitalarios									
Orientación a los cuidados en el hogar									

EDUCACIÓN ESPECIALIZADA POR SERVICIO

TIPO DE EDUCACIÓN	SI	NO	MEDIO	PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	FECHA	FIRMA	ENFERMERA QUE PROPORCIONA LA EDUCACION	FIRMA	TURNO

COP

ATENCIÓN DE PACIENTES

ATENCIÓN DE PACIENTES

Prestación de la atención para todos los pacientes (Atención Uniforme)

COP 1. Políticas, procedimiento, leyes y reglamentos guían la atención uniforme.
COP2/COP2.1/COP2.2/COP2.3/COP2.4 Coordinación e integración de la atención (planificada, documentada y actualizada). **INFORMACIÓN AL PACIENTE**
COP 2.4 Resultados de la atención, tratamiento, imprevistos.

Pacientes y Servicios de Alto Riesgo

Cop.3 Identificación de pacientes de alto riesgo.
Políticas y procedimientos guían la atención de pacientes:
COP3.1 Emergencias
COP3.2 Que requieren servicios de RCP
COP 3.3 En el uso manipulación, administración de sangre y hemoderivados, priorización en situaciones críticas, disponibilidad 365 días-24 hrs
COP3.4 Comatosos o con soporte vital
COP3.5 Enfermedades contagiosa o inmunodeprimidos
COP3.6 Dializados
COP3.7 Pacientes con sujeción
COP 3.8 Mayores, con discapacidad, niños y población en riesgo de abuso, urgencias neonatales, cuidados intensivos
COP 3.9 con quimioterapia o medicación de alto riesgo

Terapia de Alimentos y Nutrición

COP 4. Los alimentos o nutrición administrados en el establecimiento son adecuados de acuerdo al estado y necesidades del paciente.
COP 4.1 La preparación, manipulación, almacenamiento, distribución, conservación de acuerdo a reglamentación vigente.
COP 5. Administración y control de la terapia nutricional

Manejo del Dolor y Pacientes Terminales

COP 6. Manejo del dolor: Identificación de pacientes, atención conforme a guías/ Acupuntura.
COP 7./ COP 7.1/ COP 7.2 Enfermedades Terminales: atención adecuada a las necesidades del paciente y la familia, respeto a las necesidades y preferencias del paciente y su familia, apoyo y orientación espiritual, atención alternativa, factores de riesgo de los sobrevivientes, atención sensible en autopsia y donación de órganos, participación del paciente y su familia durante el proceso.

ATENCIÓN DE PACIENTES

Salud Reproductiva, Materna y Perinatal

COP 8. Políticas y procedimientos:

Atención a la salud de la mujer en todas las etapas de su vida reproductiva.

APEO, salud sexual, violencia familiar, detección oportuna de cáncer, atención del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido (vacunación, tamiz neonatal).

COP 8.1 Interrupción del embarazo, cesárea, legrado.

COP. 8.2/8.3 Políticas, procedimientos, marcos legales y éticos

COP.8.4 Atención a emergencias obstétricas y neonatales neonatal.

Expediente Clínico

COP 2.1 Atención planeada/ atención prestada

COP 2.2 Órdenes médicas (indicación, justificación)

COP 2.3 Procedimientos

COP 4. Órdenes de alimentación (todos los pacientes)

COP 5. Terapia nutricional

Medicina Complementaria : Acupuntura

COP 9. Políticas y procedimientos:

Pacientes con sobrepeso y obesidad

COP 10. Políticas y procedimientos:

Educación y Capacitación

COP 3. Personal capacitado para pacientes/ servicios de alto riesgo

COP 4. Educación a familiares sobre suministros y limitaciones de la dieta

COP 6. Educación a pacientes, familiares y personal sobre manejo del dolor

COP 3.2 Personal capacitado en reanimación neonatal (Tococirugía) RCP avanzado (Servicios Críticos).

COP

ATENCIÓN DE PACIENTES

Política que estandariza las órdenes/indicaciones para la atención del paciente (Estándar COP.2.2)

Propósito:

Registrar las órdenes/indicaciones en el expediente clínico de manera estandarizada, con el fin de asegurar que estén accesibles para que la atención se otorgue de manera oportuna.

Políticas:

Todas las órdenes/indicaciones deberán:

- Ser emitidas por el Médico Adscrito o por Médico residente supervisado por Adscrito, en las guardias serán los residentes de mayor jerarquía.
- Contener: nombre completo del paciente y número de registro (MISP 1), sexo y edad, así como fecha, hora, nombre completo, clave y firma del Médico que la elabora y del Médico que supervisa.

La indicación de estudios de gabinete requerirá una justificación clínica para su realización.

Las prescripciones de medicamentos deben incluir como mínimo:

- Identificación del paciente (nombre completo y el número de registro).
- Peso, talla, superficie corporal y edad del paciente.
- Fecha de elaboración, departamento o servicio clínico, número de cama del paciente y diagnóstico del paciente.
- Nombre genérico del medicamento, dosis, forma farmacéutica (presentación), frecuencia y vía de administración.
- Duración del tratamiento en días, especificando la dosis exacta para cada administración en lugar de la dosis diaria total, entre paréntesis se debe especificar el número de días que lleva el tratamiento.
- Cantidades de principio activo expresadas en masa (g, mg, µg, ui) y no en número de unidades de la forma farmacéutica.

- En el caso de medicación dosificada el médico realiza el cálculo y registra en las órdenes la dosis específica.
- Nombre, clave, cédula profesional y firma del médico que hizo la prescripción, así como de cualquier cambio en ellas.
- Las indicaciones de hospitalización y consulta externa no podrán contener abreviaturas.
- Las recetas deberán contener, además de los datos para la prescripción: Folio de la receta y centro de costo.
- Se indicará en el expediente el motivo por el cual se deberá continuar el tratamiento o adicionar un medicamento, absteniéndose de utilizar PRN (por razón necesaria) para la prescripción de medicamentos.
- El personal médico que prescriba medicamentos de nombre parecido deberá agregar después del nombre del medicamento “(*LASA)”.

Las notas médicas deberán integrarse cronológicamente en el expediente clínico, deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

La nota médica inicial en urgencias deberá contener lo siguiente:

- Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- Signos vitales.
- Motivo de la atención.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Resultados relevantes de los estudios de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Tratamiento y pronóstico.

La nota médica de evolución se desarrollará con metodología SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan) conteniendo al menos lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico.
- Signos vitales.
- Resultados relevantes de los estudios de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.

- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.
- En los casos en que el paciente requiera interconsulta por Médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el Médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el Médico especialista.

La nota médica de ingreso en hospitalización deberá contener lo siguiente:

- Signos vitales.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Resultados de estudios, de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- Tratamiento y pronóstico.

Estándar de Referencia

Estándar COP.2.2 Los profesionales que participan en la atención del paciente registran las órdenes /indicaciones, sugerencias y recomendaciones en los formatos correspondientes que se integran en el expediente clínico, en un lugar uniforme.

Elementos Medibles de COP.2.2

1.- Se cuenta con una política que estandariza las órdenes/indicaciones para la atención del paciente, la cual establece:

- a) toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos.
- b) quien está autorizado a emitir órdenes
- c) donde deben ubicarse las órdenes dentro del expediente clínico
- d) que tipo de órdenes/indicaciones requieren una justificación explícita para su realización.

Referencias Bibliográficas

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Listado de pacientes y Servicios de alto riesgo

(Estándar COP.3)

Propósito:

Identificar a los pacientes y Servicios de alto riesgo del INP con el propósito de desarrollar políticas que guíen su atención.

Listado:

- Pacientes que presenten alguna urgencia.
- Servicios de Reanimación.
- Uso de Sangre y Hemocomponentes.
- Pacientes Comatosos.
- Pacientes en Soporte Vital.
- Pacientes con Enfermedades Contagiosas.
- Pacientes Inmunodeprimidos.
- Pacientes Dializados.
- Pacientes con Sujeción.
- Pacientes pediátricos dependientes, en riesgo de abuso y con discapacidad.
- Pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.

Estándar de Referencia

COP.3 Las Políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.

Elemento Medible

1.- Los líderes del establecimiento identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.

Políticas para la atención de pacientes en situación de urgencia (Estándar COP3.1)

Propósito:

Brindar atención efectiva a los pacientes en situación de urgencia.

a) Planeación de la Atención.

- **Generalidades:**

- La urgencia se define como: todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.
- Atención inicial de urgencia: Son aquellas intervenciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia.
- Atención de urgencias: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
- En el INP se considerará como paciente en situación de urgencia a todo aquel que presente dificultad respiratoria, alteración circulatoria o hemodinámica, alteración neurológica o del estado de conciencia. Para los casos de paro cardiorrespiratorio ver política de pacientes que requieren reanimación.

- **Detección**

- Ante la detección de una situación de urgencia en pacientes, familiares, trabajadores o visitantes, el personal Médico y de Enfermería valorará el estado de conciencia, si tiene vía aérea permeable, si ventila y si existe compromiso del aparato circulatorio (pulso y frecuencia cardíaca) y solicita el apoyo de camilleros para el traslado inmediato del paciente (en camilla o silla de ruedas) al Servicio de Urgencias, donde se le dará la atención pertinente.
- En el caso de que el evento se presente en un paciente en el área de hospitalización la atención se brindará en el área.

- **Atención**

- En el Servicio de Urgencias o de hospitalización se realizará una valoración clínica exhaustiva y se dará la atención según la causa identificada.
- En caso de que la urgencia presente un paciente del Instituto se realizará y registrará una nota médica en el expediente clínico del paciente que explique el estado de salud con el que llegó al Servicio y los procedimientos que se efectuaron.
- Se informará al familiar, tutor o representante legal del paciente, con la frecuencia que el caso amerite, sobre la condición de salud, manejo y tratamiento a seguir.
- En el caso de los adultos, familiares, trabajadores o visitantes se realizará un resumen médico de la atención que se le brindó y/o nota de referencia/traslado, para que acuda al Servicio Médico que le corresponda.

b) Documentación necesaria.

- Nota de evolución M-0-03-a-b.

c) Consentimiento especial.

- No aplica.

d) Monitorización.

- Signos vitales: Estado de conciencia, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria y Temperatura.

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Médico Pediatra Especializado en Urgencias o Médico residente de Urgencias con capacitación en PALS y Reanimación Neonatal.

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado.

- Camilla para traslado.
- Silla de ruedas.
- Tanque de oxígeno.

- Carro de paro cardio-respiratorio completo. *Verformato para la recepción e integración del carro de paro y Guía para la preparación de medicamentos para la atención de parada cardiorrespiratoria y/o emergencia pediátrica.*

Estándar de Referencia

COP .3.1 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.

Referencias Bibliográficas.

- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Manual de Procesos Operativos e Instrucciones de Trabajo Medicina Crítica.

Políticas para la reanimación en pacientes neonatales (Estándar COP3.2)

Propósito

Establecer los lineamientos que guían la reanimación de pacientes neonatales en el INP.

a) Planeación de la Atención:

Generalidades:

- Pacientes neonatales: todo paciente menor a 28 días de vida.
- Paro Cardio Respiratorio (PCR): Interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio. (OPS)
- Definición operacional PCR: Apnea o respiración agónica (jadeando) y /o frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto.
- El equipo de respuesta inmediata para la atención de un neonato en paro cardio-respiratorio se conforma por tres profesionales de la salud.

Detección.

- Ante la presencia de un neonato con apnea, respiración agónica (jadeando) o frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto(lpm), se debe iniciar la reanimación.

Procedimiento

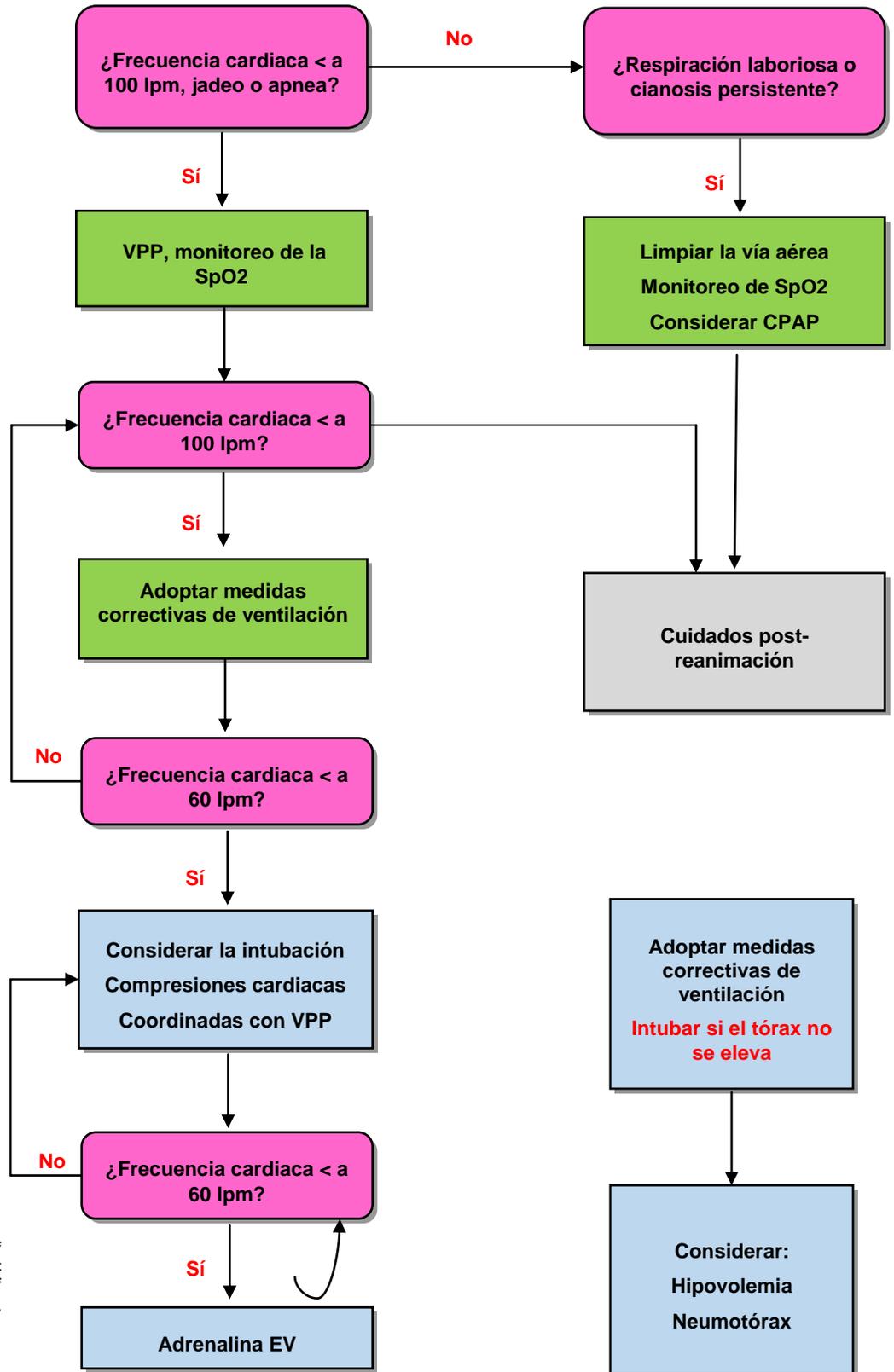
- La atención seguirá la nemotecnia y secuencia ABCD.
- Se iniciará la monitorización de frecuencia cardiaca y oximetría de pulso. lo antes posible.
- **A**: Vía aérea permeable. Neonato en decúbito dorsal, con cabeza en posición recta. Si hay obstrucción por secreciones: aspirar.
- **B**: Ventilación con presión positiva. Puede hacerse con: bolsa- elemento de seguridad-mascarilla o bolsa-elemento de seguridad-cánula endotraqueal. La ventilación se dará por 30 segundos y se evaluará esfuerzo respiratorio y frecuencia cardiaca; en caso de apnea o bradicardia menor a 100 lpm se

continuará con ventilación; en caso de frecuencia cardíaca menor a 60 lpm se agregarán compresiones torácicas. Verificar la efectividad de la ventilación; si el neonato no está intubado, considerar la intubación. Para valorar la necesidad de oxígeno adicional se utiliza la oximetría de pulso; el sensor se debe colocar en la extremidad superior derecha (muñeca o palma).

- **C:** Compresiones torácicas. Realizarse en el tercio inferior del esternón con una profundidad de aproximadamente un tercio del diámetro antero-posterior del tórax. Se han descrito dos técnicas:
 - La compresión con 2 pulgares y los demás dedos rodeando el tórax, con apoyo en la parte posterior de tórax (la técnica de 2 pulgares con las manos rodeando).
 - La compresión con 2 dedos de una mano y la segunda mano sosteniendo la parte posterior.

La relación compresión-ventilación de 3:1 (90 compresiones alternando 30 ventilaciones). Deben darse ciclos de 1 minuto y evaluar nuevamente esfuerzo respiratorio y frecuencia cardíaca. En caso de continuar frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto se indicará adrenalina.

- **D:** Drogas. La única droga indicada es la adrenalina, la cual se usa de 10 a 30 microgramos por kilo de peso en bolo. Se debe realizar una dilución 1:10,000, la cual se obtiene diluyendo una ampolleta de adrenalina de 1 ml con 9 ml de solución salina. De esta dilución, se usará 0.1 a 0.3 ml por kilogramo de peso para obtener la dosis referida.
- En caso de asistolia mayor a 10 minutos lo adecuado es suspender la reanimación.
- El algoritmo a seguir para reanimación en pacientes neonatales es el siguiente:



Fuente: American Academy of Pediatrics / American Heart Association. TextBook of Neonatal Resuscitation, 6th Ed. Illinois: AAP/AHA, 2010.

b) Documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.

- Se permiten órdenes verbales durante el procedimiento.
- Terminado el procedimiento deberá consignarse en las siguientes hojas:
 - **Hoja de Cuidados intensivos M-5-1-05 a-b.**
 - **Notas de Evolución M-0-03 a-b.**

c) Consentimiento informado especial.

- No aplica

d) Monitorización del paciente.

Durante el evento:

Frecuencia cardiaca y oximetría de pulso.

Después del evento:

Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso, presión arterial, gasto urinario. Gasometría

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Médicos, Residentes y Enfermeras con curso de reanimación neonatal vigente avalado por la Secretaría de Salud o ser instructor del mismo.

f) Disponibilidad de equipo especializado.

- Carro de Paro (*Ver formato para la recepción e integración del carro de paro y Guía para la preparación de medicamentos para la atención de parada cardiorrespiratoria y/o emergencia pediátrica.*)

Estándar de Referencia:

Estándar COP.3.2. Las políticas y los procedimientos guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.

Referencias Bibliográficas

American Academy of Pediatrics / American Heart Association. TextBook of Neonatal Resuscitation, 6th Ed. Illinois: AAP/AHA, 2010.

Políticas para la reanimación en pacientes pediátricos (COP.3.2)

Propósito:

Establecer los lineamientos que guían la reanimación de pacientes pediátricos en el INP.

a) Planeación de la Atención:

Generalidades:

De acuerdo a la American Heart Association/American Academy of Pediatrics para el manejo de la reanimación se considera:

- Lactantes entre 1 mes y 1 año.
- Pacientes pediátricos entre 1 y 8 años.

Paro Cardio Respiratorio (PCR): Interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio. (OPS)

Paro Cardio Respiratorio (PCR): El cese de la circulación sanguínea causada por ausencia o ineficacia de la actividad cardíaca mecánica y ausencia de la respiración (respiración agónica – jadeante), así como pérdida de la conciencia (AHA, AAP).

Reanimación Cardio Pulmonar: Serie de pasos sistematizados con el objetivo de reestablecer la función ventilatoria y circulación espontáneas. (AHA, AAP).

Asegurar RCP de calidad:

- Lograr comunicación efectiva con el equipo.
- Garantizar la efectividad de las compresiones torácicas (profundidad y frecuencia adecuadas).
- Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones.
- Permitir la expansión torácica después de cada compresión.
- Asegurar que la ventilación no sea excesiva.

Desfibrilación (DF): Descarga eléctrica de alto voltaje (2-4 J/Kg) que produce una despolarización en las células del miocardio permitiendo que las células del marcapasos fisiológico del corazón reanuden un ritmo organizado con retorno a la circulación espontánea.

Cardioversión (CV): Descarga eléctrica sincrónica de alto voltaje (0.5 - 1 J/Kg) que produce una despolarización en las células del miocardio permitiendo que las células del marcapasos fisiológico del corazón reanuden un ritmo organizado.

El equipo de respuesta inmediata para la atención de un paciente pediátrico en PCR se conforma por 4 - 6 personas.

Roles:

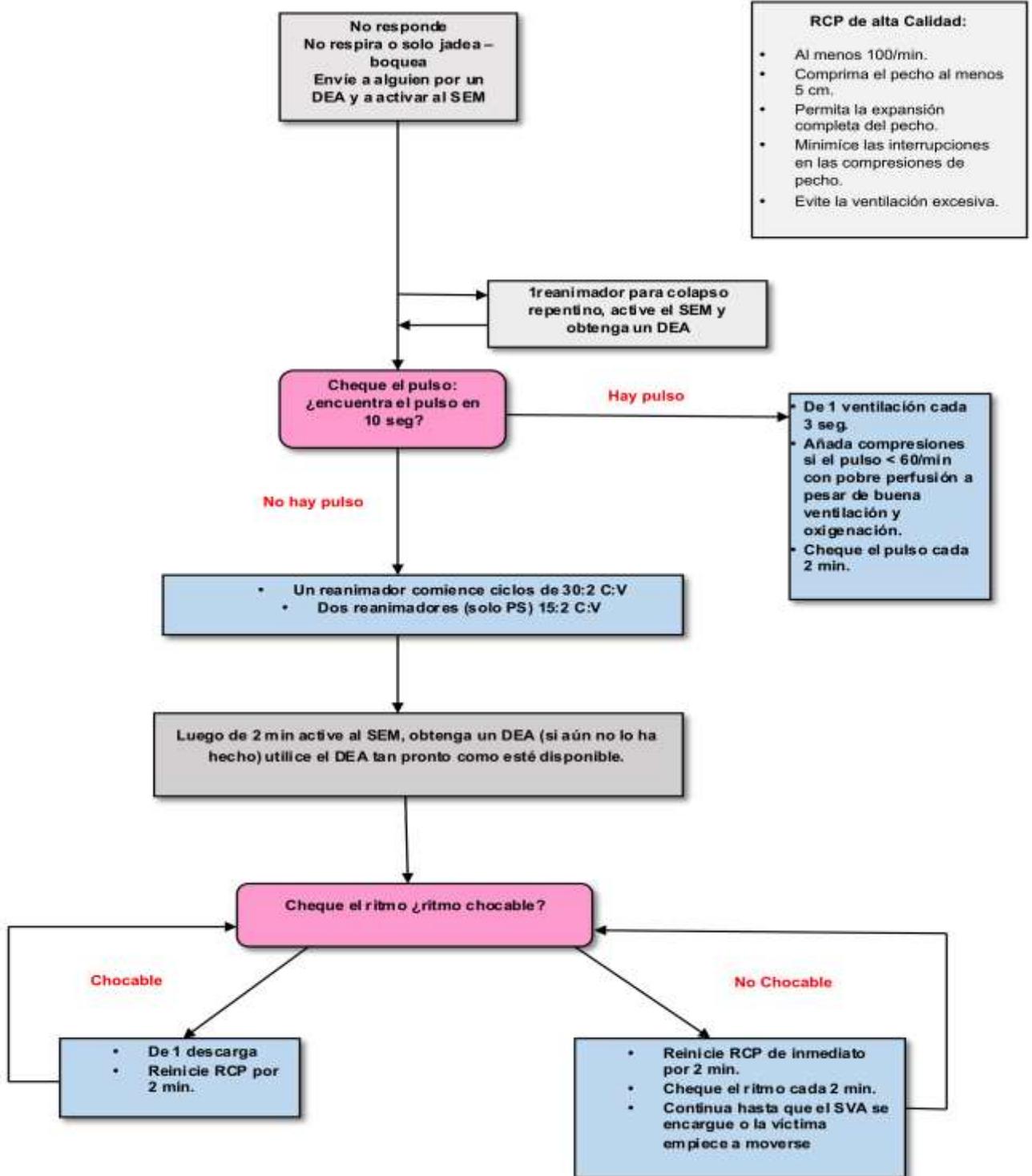
- Líder – Vía Aérea: Médico.
- Compresiones: Médico y/o Enfermera.
- Acceso vascular y medicamentos: Médico y/o Enfermera.
- Monitor y desfibrilador, registro de tiempo y eventos: Enfermera.

El personal de salud al percatarse de que el paciente no respira da inicio al Soporte Vital Básico (SVB). Secuencia de inicio: Circulación, Vía Aérea y Ventilación (CAB) conforme a lo siguiente:

Componentes	Niño mayor de 8 años	Niño entre 1 a 8 años	Lactante de 1 mes a 1 año
Reconocimiento	No respira		
	No se palpa pulso carotideo en no más de 10 segundos.		No se palpa pulso braquial en no más de 10 segundos.
Frecuencia de compresiones	Al menos 100 por minuto		
Profundidad de las compresiones	Al menos 5 cm (2 pulgadas)	Comprimir la mitad inferior del esternón, utilizando el talón de la mano Al menos 1/3 del diámetro anteroposterior al menos 5 cm (2 pulgadas)	Comprimir con dos dedos (medio y anular), un dedo por debajo de una línea imaginaria intermamilar Al menos 1/3 del diámetro anteroposterior al menos 4 cm (1 ½ pulgadas)
Expansión de la pared torácica	Dejar que se expanda totalmente entre una compresión y otra. Los reanimadores deben turnarse en la aplicación de las compresiones cada 2 minutos.		
Relación compresión / ventilación (hasta que se coloque un dispositivo avanzado para vía aérea)	30:2 1 o 2 reanimadores	30:2 un solo reanimador O 15:2 dos reanimadores	
Ventilación con dispositivo avanzado	1 ventilación cada 6 a 8 segundos (8 – 10 ventilaciones por minuto) De forma asincrónica con las compresiones torácicas Aproximadamente 1 segundo por ventilación Elevación torácica visible		
Vía Aérea	Inclinación de la cabeza y elevación del mentón (Si se sospecha de traumatismo se realiza tracción mandibular)		

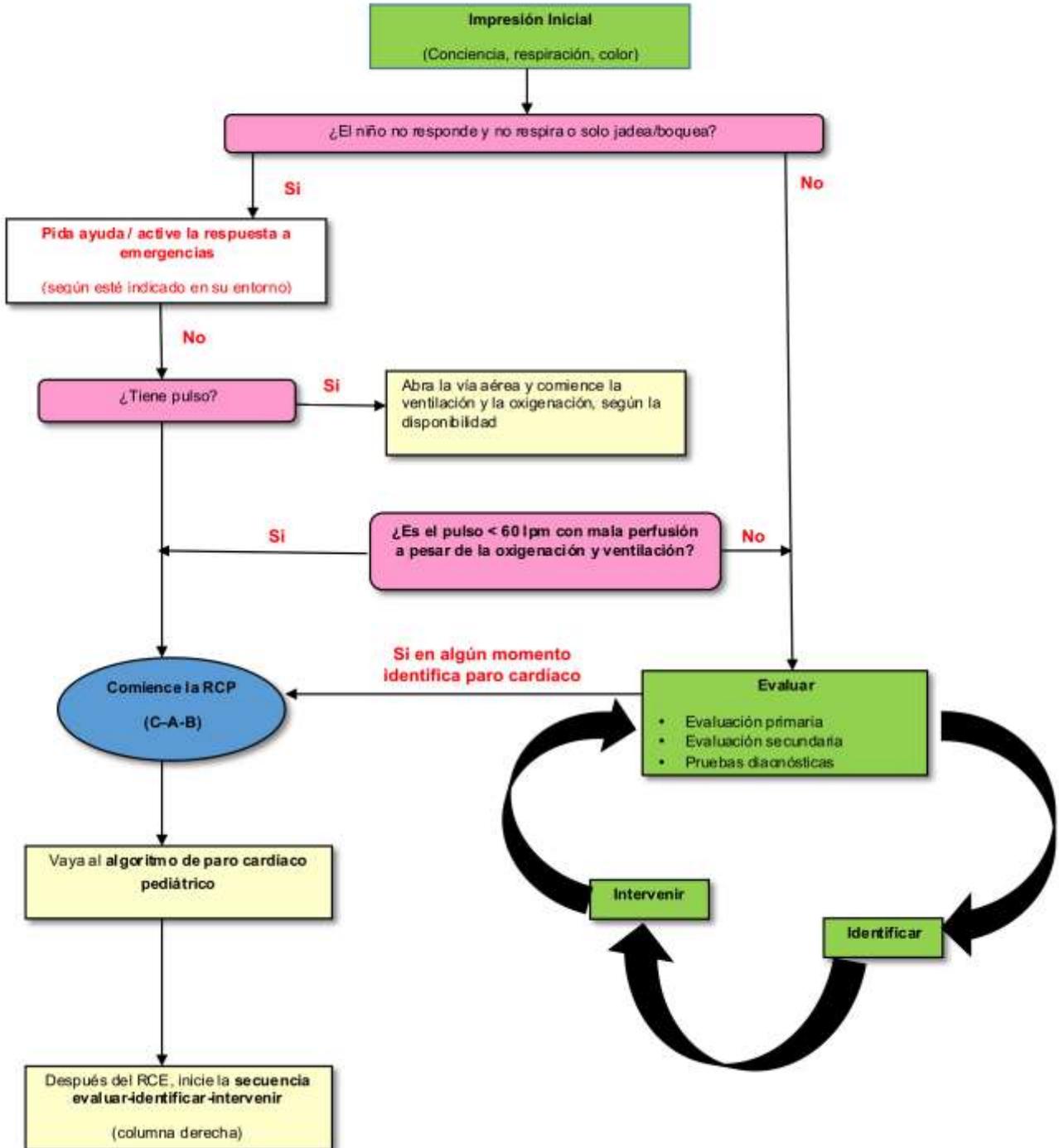
La atención se brinda conforme a los siguientes algoritmos:

Algoritmo de Soporte Vital Básico (SVAP/PALS)



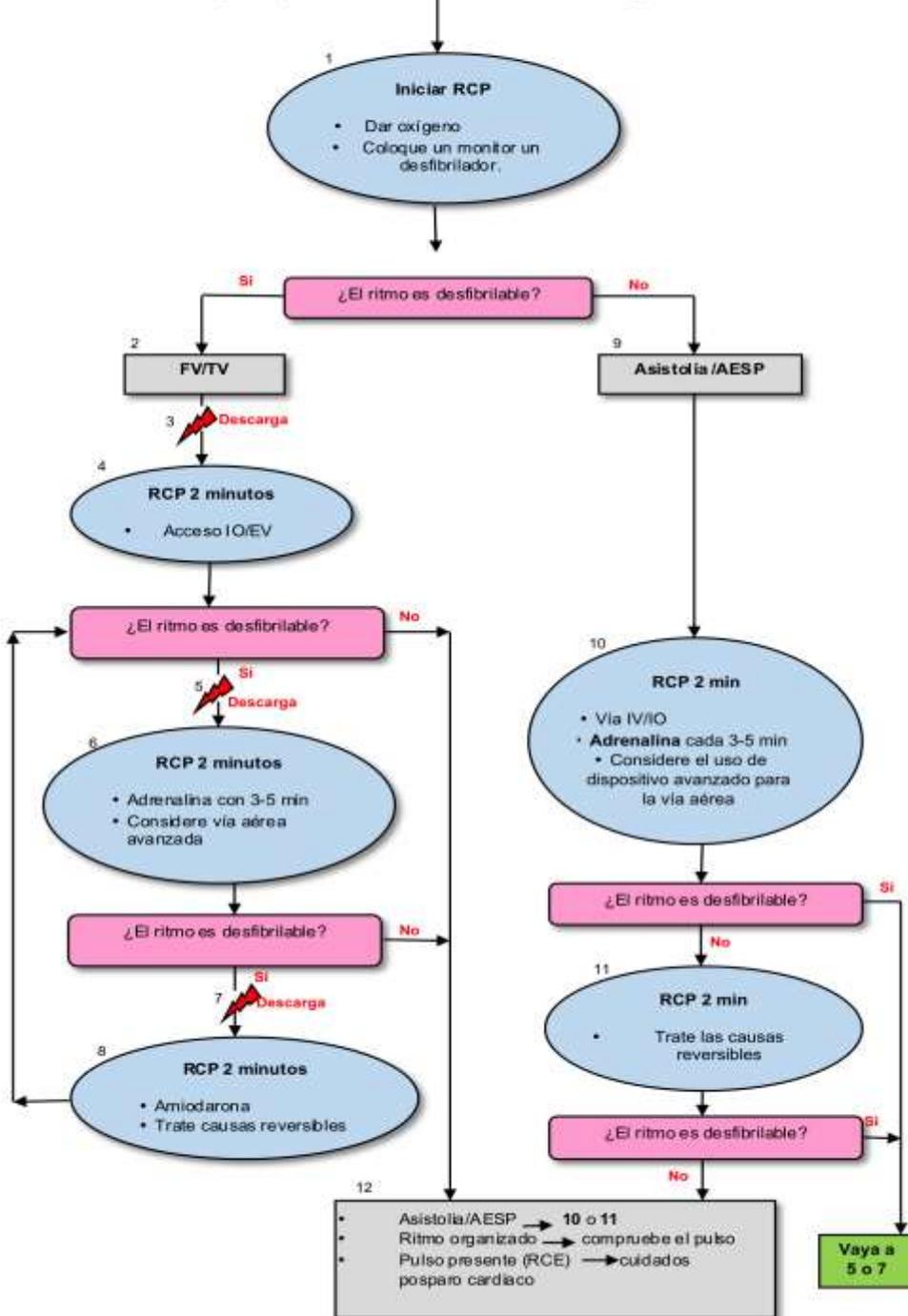
Algoritmo de enfoque sistemático en soporte vital avanzado (SVAP/PALS)

Describe el protocolo de atención de un niño con enfermedades o lesiones graves



Algoritmo de Paro Cardíaco Pediátrico (SVAP/PALS)

Grite por ayuda/active el sistema de emergencia médica



Dosis/Detalle

RCP de calidad

- Comprima fuerte (> 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax) y rápido (como mínimo 100 cpm) y permita una expansión torácica completa.
- Reduzca al mínimo las interrupciones de las compresiones.
- Evite una ventilación excesiva.
- Cambie de reanimador cada 2 minutos.
- Si no se usa un dispositivo avanzado para la vía aérea, la relación compresión es de 15:2. Si se usa un dispositivo avanzado para la vía aérea, 8-10 ventilaciones por minuto con compresiones torácicas continuas.

Energía de descarga para la desfibrilación

Primera descarga de 2 J/Kg, segunda descarga de 4 J/Kg, descargas posteriores de > J/Kg y máximo de 10 J/Kg o dosis para adultos.

Farmacoterapia Adrenalina, dosis IO/IV: 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración 1:10000). Repita cada 3 o 5 minutos. Si no existe vía IV/IO, puede administrar dosis endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración 1:1000)

• **Amiodarona, dosis IV/IO:** bolo de 5 mg/Kg durante el paro cardíaco. Puede repetirse hasta 2 veces para FV/TV sin pulso refractaria.

Dispositivo avanzado para la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo avanzado para la vía aérea supraglótica.
- Capnografía capnometría de forma de onda para confirmar o monitorizar colocación de tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo avanzado para la vía aérea, administre 1 ventilación cada 6-8 segundos (8-10 ventilaciones por minuto)

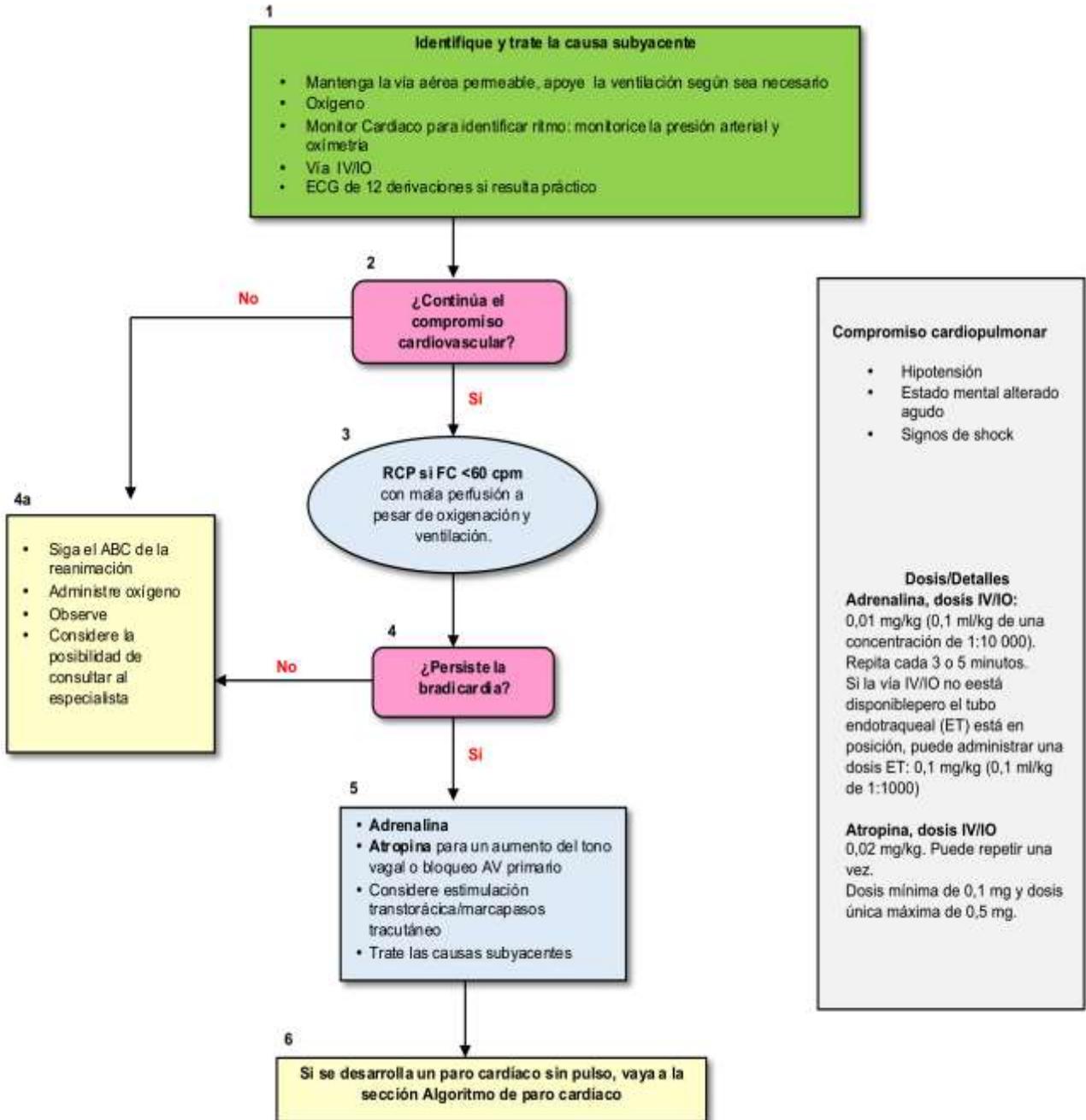
Retorno de la circulación

- Pulso y presión arterial
- Ondas espontáneas de presión arterial con monitorización intraarterial.

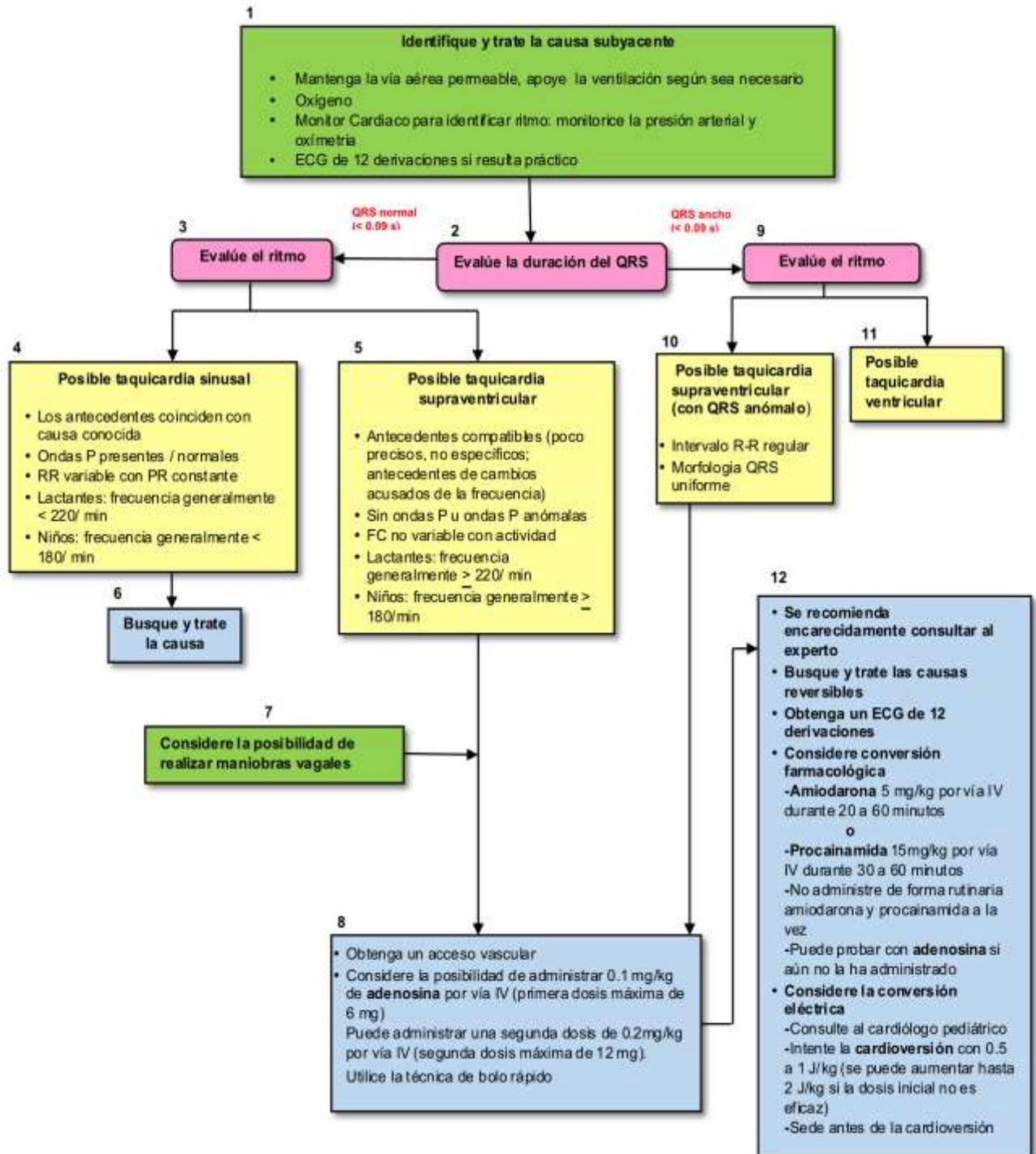
Causas reversible

- Hipovolemia
- Hipoxia
- Hidrogenión (acidosis)
- Hipoglucemia
- Hipo-/hiperpotasemia
- Neumotórax a tensión
- Taponamiento cardíaco
- Toxinas
- Trombosis pulmonar
- Trombosis coronaria

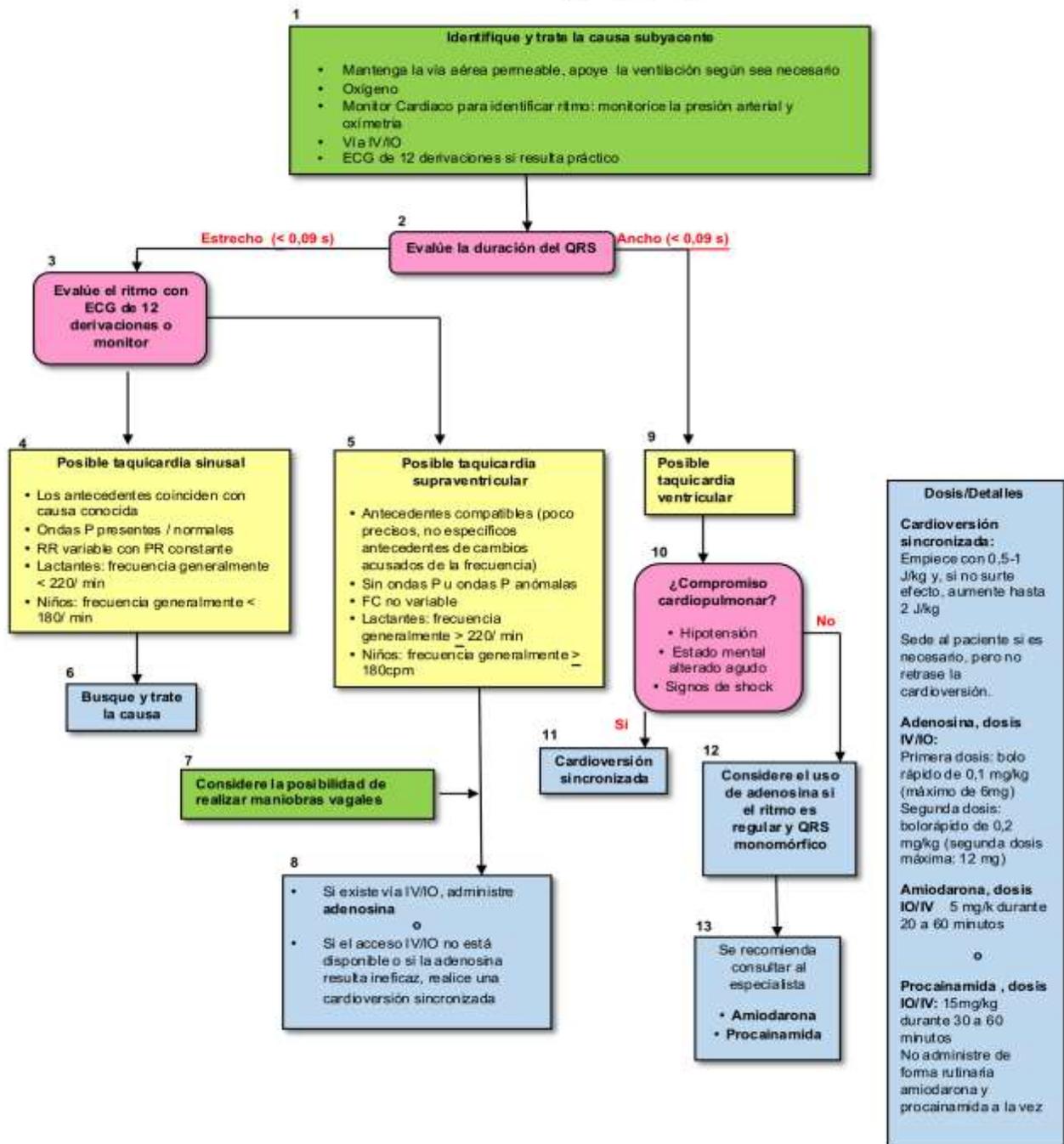
Algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso y mala perfusión. (SVAP/PALS)



Algoritmo de taquicardia pediátrica con pulso y perfusión adecuada (SVAP/PALS)



Algoritmo de taquicardia Pediátrica con pulso y mala perfusión
(SVAP/PALS)



b) Documentación necesaria

- Se permiten órdenes verbales durante el procedimiento de reanimación.
- Terminado el procedimiento deberá consignarse en las siguientes hojas:
 - **Hoja de Cuidados intensivos M-5-1-05 a-b.**
 - **Notas de Evolución M-0-03 a-b.**

c) Consentimiento especial

No aplica.

d) Monitorización durante la reanimación:

- Presencia de pulsos.
- Registro de actividad eléctrica cardíaca: ECG.

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención

Personal Médico, Enfermería y residentes certificados en el curso de Soporte Vital Básico (SVB) y Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS).

f) Equipo para la reanimación cardio pulmonar.

Carro de Paro (Ver formato para la recepción e integración del carro de paro y Guía para la preparación de medicamentos para la atención de parada cardiorrespiratoria y/o emergencia pediátrica.)

Estándar de Referencia

Estándar COP.3.2. Las políticas y los procedimientos guían los servicios de reanimación en todo el establecimiento.

Referencias Bibliográficas

American Heart Association. American Academy of Pediatrics. Libro del proveedor. Soporte vital avanzado pediátrico. 2012.

American Heart Association. American Academy of Pediatrics. Libro del proveedor. Soporte vital básico. 2012.

Velázquez J. R. y Plascencia J. O. RCP para enfermería – Carro de Paro - Código de Emergencia. Intersistemas. 2014.

Política para el Uso de Sangre y Hemocomponentes (COP 3.3)

Propósito:

Transfundir sangre y hemocomponentes de forma segura.

Políticas:

a) Planeación de la atención:

- Generalidades

Definición de Productos sanguíneos: Término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos, tales como concentrado eritrocitario, plasma fresco, plasma congelado, crioprecipitados etc.

El abasto de sangre en el INP garantiza el uso y administración de sangre las 24 horas del día los 365 días del año con:

- La donación de los familiares de los pacientes atendidos en el INP.
- Por promoción de la donación voluntaria y altruista.
- EL Banco de Sangre del INP garantiza el abasto de productos sanguíneos para la atención de los pacientes.
- Cuando se requieren hemocomponentes de grupos sanguíneos poco frecuentes y no contamos con el/los productos necesarios para el paciente se solicita apoyo a otros Bancos de Sangre de Instituciones dependientes de la Secretaría de Salud, iniciando por las más cercanas como son los Institutos Nacionales de Salud hasta conseguir el/los productos necesarios para cubrir las necesidades.

Solicitud de hemocomponentes

- **El tiempo de respuesta ante una urgencia es inmediato** es decir, se entrega el /los concentrados de eritrocitarios con pruebas incompletas en un tiempo no mayor a 3 minutos, previa entrega del formato **Hoja de requerimiento urgente de sangre** que debe ser llenado por el Médico y la muestra del paciente.

- El Banco de Sangre continua realizando las pruebas cruzadas hasta su término y en caso de detectarse algún problema se notifica inmediatamente al Médico.
- El tiempo estimado de solicitud de ordinaria es de 2 horas.
- En caso de solicitar la transfusión de hemocomponentes de familiares directos se explica en el momento el riesgo de producir enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión.
- Bajo ninguna circunstancia el Banco de Sangre cede a inquietudes que pongan en riesgo la vida del paciente.
- Los hemocomponentes se transportan en contenedores térmicos hacia todas las áreas del INP.
- Los productos sanguíneos se entregan en las condiciones adecuadas para ser transfundidos inmediatamente.
- De acuerdo a la NOM 253-SSA1-2012 los productos sanguíneos no pueden estar fuera del banco de sangre más de 4 horas y en caso de que se presente esta situación a los hemocomponentes se les dará destino final.
- En caso de que el paciente rechace la transfusión (por motivos culturales o religiosos) el Médico tratante explica el riesgo de la decisión al padre o tutor. Este procedimiento es manejado por el área de hospitalización y Trabajo Social. El Médico tratante pone una nota en el expediente clínico del paciente detallando la situación y decisión tomada al igual que el pronóstico esperado del paciente.
- Las pruebas cruzadas se realizan para todos los pacientes no importando procedimiento ni tipo de hemocomponente solicitado. La solicitud de la prueba puede ser ordinaria o urgente.

Previo al acto Transfusional

- La Enfermera que recibe el componente sanguíneo realiza :
- Lavado de manos con la técnica establecida.
- Toma y registra signos vitales y los registra en el **Informe de Control**

Transfusional M-3-021

- Realiza doble verificación del componente sanguíneo con los datos del paciente (nombre y número de registro), así como la etiqueta del componente sanguíneo, grupo y Rh y coteja en las indicaciones médicas el volumen y componente sanguíneo solicitado.
- Avisa al paciente y/o familiar (si las condiciones clínicas del paciente lo permiten) el procedimiento a realizar.

Acto transfusional

- La Enfermera realiza lavado de manos y se coloca guantes.
- Suspende soluciones de base (si es que las tuviera).
- Introduce filtro estándar de 170 a 210 micras, inserta bayoneta en el dispositivo de la bolsa del componente sanguíneo, purga el equipo, coloca etiqueta que indique la hora de inicio.
- Conecta el dispositivo al acceso vascular e inicia la infusión del componente sanguíneo.
- No debe conectarse en Y ninguna solución y/o medicamento en la misma vía donde se está efectuando la transfusión.

Recomendaciones clínicas generales para el acto transfusional de componentes sanguíneos:

- Deberá ser transfundido con filtro estándar (170-210 micras).
- No debe ser calentado.
- Suspender de inmediato ante una reacción transfusional.
- Dejar constancia de la transfusión y/o reacción transfusional.
- La velocidad de la administración dependerá de la situación clínica de cada paciente sin exceder de cuatro horas.

Reacciones transfusionales:

- Suspender de manera inmediata la transfusión del componente sanguíneo
- Mantener un acceso venoso permeable

- Identificar el tipo de reacción transfusional
- En caso de sospechar de reacción transfusional se deberá tomar muestra sanguínea (un tubo con anticoagulante y uno sin anticoagulante) y se deberá llevar al Banco de Sangre.
- Devolver al banco de sangre el remanente del producto transfundido y el equipo de transfusión.
- Tomar muestra de orina y enviarla al laboratorio clínico.
- Acompañado de un breve resumen del paciente que incluya, diagnóstico del paciente, medicamentos administrados tipo de reacción transfusional que se sospecha.

b) Documentación Necesaria

1. Indicación médica de transfusión en el expediente clínico.
2. Solicitud de transfusión sanguínea M-3-4-08.
3. Informe de control transfusional M-3-021.
4. Hoja de registro de transfusiones de sangre y/o componentes M-2-0-11 a-b.

c) Consentimiento Informado

Consentimiento informado para hemotransfusión.

d) Monitorización

Toma de Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura antes, durante y después del acto transfusional.

Al término del acto transfusional la Enfermera registra el volumen transfundido, la duración y si existió alguna eventualidad.

e) Competencias o Aptitudes del Personal

Médico Pediatra Hematólogo.

Médico Pediatra.

Enfermera especializada o auxiliar capacitada en actos transfusionales.

f) Equipo Especializado

Filtro estándar de 170 a 210 micras.

Estándar de Referencia

COP 3.3 Las políticas y los procedimientos guían la atención de pacientes en quienes se administra sangre y/o hemoderivados.

Elementos Medibles

1. Hay políticas y procedimientos que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.
2. Las políticas procedimientos priorizan situaciones críticas.
3. Las políticas y procedimientos garantizan la existencia de sangre y hemoderivados las 24 horas del día los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.
4. La sangre y los hemoderivados se administran conforme a las políticas y procedimientos.

Referencias Bibliográficas

- NOM 253-SSA1-2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Guía para el uso clínico de la sangre. Edición 2007, Secretaría de Salud. Agrupación mexicana de medicina Transfusional. Agrupación Mexicana para el estudio de La Hematología.

Política para la atención de pacientes comatosos y en soporte vital (COP 3.4)

Propósito:

Brindar atención del paciente en estado de coma con base en su etiología para dar el tratamiento correspondiente.

Políticas:

a) Planeación de la atención:

- Generalidades
 - En el INP se identifica, se inicia tratamiento y se ingresa al Servicio que corresponda de acuerdo a la etiología y/o sospecha etiológica. Si existe indicación ingresara al Departamento de Terapia Intensiva.
 - Si no hay espacio físico en Terapia Intensiva, el paciente continuara su tratamiento en piso a cargo del Médico tratante.
 - En el INP la identificación de un paciente en estado de coma se lleva a cabo con la escala de Glasgow.
- Definiciones

Coma: Alteración aguda del estado de vigilia en el cual los pacientes responden primitivamente o no responden a los estímulos nocioceptivos, sin despertarse, que puede llegar a la ausencia de todos los reflejos.

Estado de inconciencia: Situación clínica que lleva al paciente a una disminución del estado de alerta normal, que puede presentarse en diferentes grados :

- Letargia : dificultad para mantener espontáneamente un nivel de vigilia adecuado y estable. Se suele asociar con estados de agitación.
- Obnubilación: el paciente despierta ante estímulos externos no dolorosos.
- Estupor: el paciente despierta sólo con estímulos nocioceptivos.

En la práctica , la palabra coma se emplea como sinónimo de trastorno de conciencia, pudiendo tener distinta profundidad.

- Detección:

ESTRUCTURAL.

- Traumatismo.
- Infecciones: abscesos, empiemas.
- Vascular: hemorragias, trombosis, infartos.
- Tumores.
- Hidrocefalia.

NO ESTRUCTURAL.

- Encefalopatía hipóxico-isquémica: paro cardiorrespiratorio, shock, casi ahogamiento, asfixia perinatal, arritmia cardiaca, intoxicación por cianuro o monóxido de carbono, insuficiencia respiratoria.
- Infección del SNC : meningitis, encefalitis.
- Encefalopatía hipertensiva.
- Metabolopatía : errores innatos del metabolismo, hipoglucemia e hiperglucemia, falla hepática, S. de Reye, uremia, hiperamonemia, trastornos electrolíticos.
- S. Hemolítico – urémico.
- Intoxicaciones.
- Convulsiones y estado postconvulsivo.

- Diagnóstico.

El paciente en coma se manifiesta con lo siguiente:

- Disminución del nivel de conciencia.
- Incapacidad para despertar.
- Falta de respuesta a estímulos.
- Movimientos o posturas anormales.

Anamnesis: Curso temporal, manifestaciones iniciales, posibilidad de traumatismo, ingesta de fármacos, exposición a tóxicos.

- Comienzo Súbito: origen vascular (HSA o Infarto Cerebral).
- Progresión Rápida desde signos hemisféricos en minutos u hrs: Hemorragia Intracerebral.
- Curso Prolongado para llegar a coma (días, semanas, meses) : Tumor, absceso, Hematoma Subdural Crónico.
- Precedido por un estado confusional o delirio agitado sin signos de lateralización: Trastorno Metabólico.

- Exploración

Signos de Trauma:

- Signo de Battle.
- Hemotímpano.
- Rinorrea u Otorrea.
- Hundimiento Craneal.
- Equimosis periorbitaria.
- Equimosis retrofaríngea.
- Hematoma subgaleal.

Exploración General
Tensión Arterial.
Signos de Irritación Meníngea.
Fondo de ojo.
Temperatura.

HIPOTERMIA	HIPERTERMIA
Intoxicación	Estado epiléptico
Hipoglucemia	Lesión en hipotálamo
Encefalopatía de Wernicke	Hemorragia pontina

Exploración neurológica:

NIVEL DE CONCIENCIA:

Escala de Glasgow Modificada para Lactantes.

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA	PUNTUACIÓN
APERTURA OCULAR	Espontánea	4
	Al hablarle	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
VERBAL	Baluceo	5
	Irritable, llanto	4
	Llanto al dolor	3
	Quejido al dolor	2
	Ninguna	1
MOTORA	Movimientos espontáneos normales	6
	Retiro al tocarlo	5
	Retiro al dolor	4
	Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3
	Extensión anormal (rigidez de descerebración)	2
	Ninguna	1

Adaptado de :Lieh-Lai MW: Limitations of the Glasgow Coma Scale in predicting outcome in children with traumatic brain injury. J Pediatr 1992;120:195-199.

Escala de Glasgow modificado en niños.

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA	PUNTUACIÓN
APERTURA OCULAR	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos inespecíficos	2
	Ninguna	1
MOTORA	Movimientos espontáneos normales	6
	Localiza dolor	5
	Retiro al dolor	4
	Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3
	Extensión anormal (rigidez de descerebración)	2
	Ninguna	1

Adaptado de :Lieh-Lai MW: Limitations of the Glasgow Coma Scale in predicting outcome in children with traumatic brain injury. J Pediatr 1992;120:195-199.

PATRÓN RESPIRATORIO

Cheyene- Stokes : Períodos hiperventilación seguida por períodos de apnea.

Lesiones supratentorial extensa e intoxicaciones.

Kussmaull : Hiperventilación neurógena central. Lesiones de tronco alto y comas metabólicos.

Apnéutica: Pausas en inspiración. Lesión de tronco bajo, comas metabólicos.

Atáxica: Irregular, caótica. Lesión bulbar extensa.

TAMAÑO Y REACTIVIDAD PUPILAR

TAMAÑO	RESPUESTA A LA LUZ	INTERPRETACION
Midrasis unilateral	Poca reactividad	Herniación uncal o trauma
Midrasis bilateral	No reactivas o lentas	Mala perfusión central ,muerte cerebral, lesión III par bilateral, intoxicación con atropina
Isocóricas	No reactivas a la luz	Lesión mesencefálica
Miosis	Reactivas a la luz	Lesión en Diencefalo, trastornos metabólicos, barbitúricos
Miosis puntiforme	No reactivas a la luz	Lesión póntica

RESPUESTA A ESTIMULACION CORNEAL

Su presencia refleja integridad de la vía aferente (VII par), vía aferente (V par) y conexiones pontinas. Todo ello originado en la protubereancia.

RESPUESTA MOTORA AL DOLOR

Mioclónías o temblores	Afección cortical difusa de origen tóxica o metabólica
Falta de respuesta unilateral	Lesión hemisférica
Falta de respuesta bilateral	Lesiones del tronco encefálico
Miembros superiores en flexión y abducción . DECORTICACIÓN	Afectación de la vía corticoespinal o coma metabólico
Miembros superiores en extensión y pronación : DECEREBRACIÓN	Afectación del tronco o coma metabólico grave

- Pruebas complementarias:
 - BH, coagulación, bioquímica, perfil hepático, CPK, ES, CA, gasometría arterial, EGO, amilasa, lipasa, dímero D, PCR.
 - Rx. de Tórax y ECG.
 - Hemocultivo y Urocultivo.
 - Estudios Toxicológicos en sangre y orina.
 - Pruebas de imagen: USTransfontanelar, TAC, RMN, Angiografía.
 - LCR.
 - Pruebas Electrofisiológicas: EEG, PE.

- Tratamiento:

El paciente en coma es un paciente grave cuyas funciones vitales están amenazadas. Éstas son prioritarias por lo que el abordaje inicial parte del ABC : asegurar una vía permeable y una función cardiorrespiratoria eficaz. Mediante las siguientes acciones:

1. Asegurar vía aérea: Intubación si tiene escala de coma de Glasgow de 8 o menos, apnea, obstrucción e hipoventilación.
2. Hemodinámica : TA M adecuada para la edad.
3. Ventilación y Oxigenación adecuadas: PaO₂>80 mmHg . PaCO₂ 30 a 35 mmHg.-
4. Inmovilización cervical si hay sospecha o evidencia de lesión cervical.
5. Evitar aspiración mediante colocación de sonda nasogástrica

6. Favorecer mínimo gasto metabólico: normotermia, combatir crisis convulsivas.
7. Corregir trastornos hidroelectrolíticos y equilibrio ácido – base.
8. Soporte nutricional temprano.
9. Protección ocular.
10. Valoración neurológica cada media hora en las primeras hrs con la Escala de Glasgow.
11. Vigilar y evitar complicaciones :úlceras de estrés, diabetes insípida, infecciones, hiponatremias.

- Diagnóstico Diferencial de coma

	SENSORIO	CONCIENCIA	CICLO DE VIGILIA Y SUEÑO	MOVIMIENTOS	RESPIRACIÓN AUTÓNOMA	EEG
COMA	Ausente	Ausente	Ausente	No intencional	Si	Lento variable
MUERTE CEREBRAL	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	No	Plano
CAUTIVERIO	Presente	Completa	Presente	Tetraparesia	Si	De vigilia
ESTADO VEGETATIVO	Presente	Ausente	Presente	No intencional	Si	Lento variable

b) Documentación necesaria

Nota de Evolución M-0-03 a-b.

c) Consentimiento especial

No aplica.

d) Monitorización

Una vez estabilizado el paciente se deberá realizar monitoreo cerebral:

- Exploración clínica.
- Pruebas de laboratorio.
- Técnicas neuro–radiológicas.
- Medir PIC.
- Presión de Perfusión Cerebral.
- EEG convencional y registro continuo.
- PE : somato sensoriales y de tronco cerebral
- Diferencia arterio – yugular de oxígeno.

e) Competencias o aptitudes del personal

Médico Pediatra especializado en Terapia Intensiva.

Médico Pediatra especializado en Urgencias Pediátricas.

Médico Pediatra especializado en Neurología Pediátrica.

Médico Pediatra especializado en Neurocirugía Pediátrica.

f) Uso de equipo especializado

Ventilador.

Estándar de referencia

Estándar COP.3.4 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital.

Referencias Bibliográficas

Lieh-Lai MW: Limitations of the Glasgow Coma Scale in predicting outcome in children with traumatic brain injury. J Pediatr 1992;120:195-199.

**Políticas que guían la atención de los pacientes con enfermedades
infectocontagiosas e inmunodeprimidos dentro del INP
(COP.3.5)**

Propósito

Establecer las medidas del manejo de pacientes con enfermedades infecto contagiosas y pacientes inmunodeprimidos con riesgo de infección dentro del INP.

a) Planeación de la Atención:

Generalidades:

Enfermedad infecciosa se define como: Enfermedad clínicamente manifiesta del hombre, resultado de una infección.

Enfermedad transmisible: cualquier enfermedad debida a un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de ese agente o los productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal, o indirectamente por conducto de una planta o animal huésped intermediario, de un vector o del ambiente inanimado, y que se puede transmitir a otra persona o animal.

Inmunodepresión: estado anormal del sistema inmunológico, que se traduce en disminución de la resistencia e infecciones.

De acuerdo a vigilancia epidemiológica y el análisis de riesgos el CIAAS, se consideran áreas de:

- Alto riesgo de infección por el tipo de pacientes y procedimientos a los Servicios: Unidad de trasplante de células hematopoyéticas, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, Cirugía Cardiovascular, Unidad de Neonatología, Nefrología, Unidad de Cuidados Intensivos.
- Riesgo moderado: Hematología, Inmunología y Oncología, Infectología.

Detección:

- Ante la sospecha de un caso de enfermedad transmisible se notificará al CIAAS para corroborar el caso.
- Se realiza toma de estudios, dependiendo del tipo de infección.
- La identificación de casos también se realiza mediante la vigilancia activa.

En el INP las precauciones estándar y específicas son:

Precauciones estándar:

- Higiene de manos.
- Uso de cubre-bocas o mascarilla: Para disminuir el riesgo de transmitir microorganismos patógenos al aire. El objetivo es proteger al paciente y al personal de infecciones adquiridas por vía gotas y aérea no identificadas al realizar procedimientos médicos. Debe colocarse antes de la bata y los guantes.
- Uso de bata: Es una barrera de protección que evita que los gérmenes patógenos se transmitan de superficies contaminadas a superficies limpias. Protege al personal de salud y a un paciente con estado inmunológico deficiente.
- Uso de guantes. Proteger al paciente y personal de contaminación con microorganismos no identificados que se transmiten por medio de las manos. Reducir el “Riesgo Potencial” de transferir microorganismos al paciente o personal.

Aislamiento protector

Estandarización de aislamiento protector para el manejo de pacientes de alto riesgo e inmunocomprometidos.

El Servicio de hospitalización indicará en el expediente el aislamiento protector, duración y en qué consiste, en caso de no indicar tiempo de duración se considerará el aislamiento protector durante toda la hospitalización del paciente y este consistirá en uso de bata, cubre-bocas y por supuesto la higiene de manos.

1.- Los pacientes en donde se llevará a cabo aislamiento protector están divididos en tres grandes grupos: pérdida severa de integridad de piel, inmunodeficientes y pacientes con trasplante (**véase cuadro 6**).

Cuadro 6. Indicaciones de Aislamiento Protector.

<p>Pacientes con pérdida severa de la integridad de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quemadas (mayor del 25% de superficie corporal) • Sx de Stevens Johnson • Necrólisis epidérmica tóxica (Sx Lyell) • Epidermólisis bulosa grave • Fascitis necrozante • Pioderma gangrenoso • Dermatitis ampollosas (Sx de Reiter) • Sx de choque tóxico • Pénfigo • Pénfigo ampoloso
<p>Pacientes Inmunodeficientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primarias • Secundarias • Pacientes neutropénicos con < de 500 NT • Pacientes en tratamiento con quimioterapia altamente aplasante con < de 500 NT • Pacientes con fiebre y neutropenia con o sin foco infeccioso
<p>Pacientes con trasplantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trasplante de Células Hematopoyéticas Progenitoras • Trasplante Renal

2.- El procedimiento para llevar a cabo el aislamiento protector es el siguiente(**véase figura 2**):

- El Médico del Servicio indicará en el expediente mediante nota el aislamiento protector y duración de este.
- Las medidas de aislamiento consisten en higiene de manos, el uso de bata y cubrebocas, excepto en los casos donde no se considere el uso de cubre bocas por indicación de Médico tratante.
- El CIAAS pondrá un cartel indicando el aislamiento protector del paciente.

Figura 2. Procedimiento para llevar a cabo el aislamiento protector



- En todo paciente que no tenga indicación escrita en el expediente se retirará el aislamiento.
- Los Subdirectores de los diferentes Servicios deberán difundir la información al personal a su cargo para que se lleve a cabo esta política.
- Estas indicaciones serán las únicas en las que se puede utilizar aislamiento protector de acuerdo a lo acordado previamente con los Servicios y evaluado en la reunión mensual del CIAAS.

Precauciones estándar: indicaciones de uso de bata, guantes y cubre-bocas para:

Drenaje y secreciones:

- El uso de mascarilla o cubre-bocas está indicado en caso de aspiración de secreciones o se tenga el riesgo de salpicaduras.
- El uso de bata está indicado cuando existe posibilidad de mancharse con secreciones.
- El uso de guantes está indicado para la manipulación de secreciones.
- Las manos deben lavarse antes y después de tocar al paciente u objetos potencialmente contaminados y antes de atender a otro paciente.
- Los objetos contaminados con material infectante deben descartarse o empaquetarse y rotularse antes de enviarlos para su descontaminación y reprocesamiento.

Precauciones específicas de aislamiento:

Aislamiento de paciente infecto-contagioso:

El objetivo es evitar la transmisión de enfermedades identificadas, tanto a pacientes como a trabajadores de la salud, a través de medidas razonables y efectivas.

El personal del CIAAS acude al Servicio en el turno matutino donde se encuentra el paciente con sospecha de una enfermedad transmisible para corroborar el caso e informan al personal Médico y Jefa de Enfermeras del Servicio sobre el padecimiento, el tipo de precaución estándar o específica de aislamiento, en este último caso se indicará la duración del mismo, coloca cartel donde se advierte del tipo de precaución específica y medidas que deben seguirse.

El Médico Infectólogo o residente de Infectología del CIAAS valoran al paciente y colocan nota médica en el expediente, registrando las indicaciones del aislamiento (medidas, duración y motivo del aislamiento) (Ver Cuadro 1). Si la detección se hace por la tarde o noche el Médico Residente de Infectología que se encuentre de guardia realiza la indicación del aislamiento, el cual es revisado por el CIAAS en turno matutino.

Cuadro 1. Tipo de Precaución específica de aislamiento en casos y contacto de enfermedades más frecuentes en el INP

Infección	Tipo de precaución	Estado del paciente	Duración de precauciones	Observaciones
Exantemas inespecíficos	Específicas gotas	Caso	5 días	Se extiende el tiempo de precauciones específicos (aislamiento) dependiendo del resultado de laboratorio y del diagnóstico final. Si el exantema desaparece en horas Y no se reactiva durante las siguientes 48 horas. Retirar precauciones específicas (aislamiento)
		Contacto	10 días	Dependiendo del resultado de laboratorio del caso se extienden precauciones específicas de acuerdo a la etiología.
Parvovirus	Específica gotas	Caso	Desaparición del exantema o durante la hospitalización, cuando aparece la enfermedad crónica en un paciente inmunocomprometido o 7 días.	Paciente inmunocompetente o inmunocomprometido con IgM positivo que presenta exantema
		Caso	(NO requiere aislamiento)	Si el paciente tiene IgM positivo sin que presente exantema.
		Contacto	21 días	Inicia al 5° día de la exposición y persiste al día 21
Varicela	Específicas Contacto + Aérea	Caso	Hasta que las lesiones estén en fase de costra	Cuando desaparezcan las lesiones vesiculares y estén en fase de costra.
		Contacto	21 días	Iniciando al 7° día de exposición hasta el día 21. Exposición dos días previos a la aparición de vesículas.
		Contacto	21 días	Inmunocomprometidos desde el contacto hasta el día 21.
Herpes zoster	Específicas de contacto	Caso	Hasta que las lesiones estén en fase de costra	Inmunocompetente
	Específicas Contacto + Aérea	Caso	Hasta que las lesiones estén en fase de costra	Inmunocomprometido
		Contacto	21 días	En inmunocomprometidos se aísla el ambiente; en pacientes inmunocompetentes, solo al paciente con precauciones de contacto.

Continúa Cuadro 1.

Infección	Tipo de precaución	Estado del paciente	Duración precauciones	Observaciones
Herpes Simple	Estándar	Caso		Si es diseminado o severo, precauciones de contacto hasta que las lesiones estén secas o en fase de costra.
Difteria Faringea Cutánea	Específica Gotas-Contacto	Caso	Tratamiento y cultivo negativo	Hasta que dos cultivos tomados en 24hrs. sean negativos.
Influenza	Específico gotas	Caso	5 días, en inmunocomprometidos mientras dure la enfermedad	Los primeros 5 días después de haber iniciado el cuadro, en pacientes inmunocomprometidos no se ha definido la duración de las precauciones. Se ha observado una prolongada eliminación de virus por varias semanas.
		Contacto	10 días	De contacto 10 días a partir del contacto
Sarampión	Específicas Aérea-Contacto	Caso	7 días	Los primeros 7 días después de inicio del cuadro o hasta desaparición del exantema: 3-4 semanas cuando todas sean costras y estén separadas.
		Contactos	21 días	Del día 5 después de la exposición hasta el día 21.
Rubéola	Específicas Aérea	Caso	7 días	Los primeros 7 días después de iniciado el cuadro o hasta la desaparición del exantema.
		Contacto	21 días	Del día 5 después de la exposición hasta el día 21.
Parotiditis	Específica Gotas	Caso	5-9 días	Los 5 o 9 días después de iniciado el cuadro o hasta la desaparición del exantema.
		Contacto	25 días	Hasta el día 25
Encefalitis viral Meningitis aséptica	Estándar			
Gastroenteritis	Específicas Contacto	Caso	Hasta remisión del cuadro enteral	Uso de precauciones de contacto para manejo de pañales y excreciones durante la duración de la enfermedad o hasta el control del brote (Adenovirus, Campylobacter, Vibrio cholerae, Norovirus, Giardia, E. coli, Cryptosporidium)
Rotavirus	Específicas Contacto	Caso	Hasta remisión del cuadro enteral	Rota test de control negativo por eliminación prolongada del virus.

Continúa Cuadro 1.

Infección	Tipo de precaución	Estado del paciente	Duración de precauciones	Observaciones
C. difficile	Específicas Contacto	Caso	Hasta remisión del cuadro enteral	Durante la enfermedad, retiro de antibióticos si es apropiado; uso de agua y jabón para higiene de manos y no soluciones alcoholizadas que no tienen actividad esporicida.
Hepatitis A Aguda Fulminante Crónica agudizada	Específica Contacto	Caso	14 días	En pacientes incontinentes o que utilicen pañales durante la hospitalización, menores de 3 años. En pacientes de 3 a 14 años, 2 semanas después de iniciado el cuadro clínico. Mayores de 14 años de edad por una semana después de los síntomas.
CMV, Epstein Barr	Estándar			
SxCoqueluch oide	Específicas Gotas	Casos	5 días	Los primeros 5 días después de iniciado el cuadro. Resultado de laboratorio, lo descarta.
		Contactos	21 días	Dependiendo del resultado de laboratorio, se retira si se descarta tosferina.
Tosferina	Específicas Gotas	Casos	5 días	Los primeros 5 días después de iniciado el cuadro.
		Contactos	21 días	Hasta el día 21.
Bacteriemias u organismo multiresistentes. B cepacia	Específicas Contacto	Casos	24 – 48 h	24 a 48 horas posterior a la iniciación del tratamiento o cuando el hemocultivo de control es negativo.
Meningitis Bacteriana	Específicas contacto	Casos	24-48 h	Hasta determinar etiología: entéricos gramnegativos. En neonatos, por hongos, listeria, S pneumoniae M. tuberculosis, precauciones estándar.
Meningitis N meningitidis o H. Influenzae	Específicas Gotas	Casos	24-48 h	48 horas posterior a la iniciación de tratamiento o si el hemocultivo de control es negativo. Mascarilla para realizar intubación, quimioprofilaxis en caso de exposición a secreciones nasofaríngeas sin usar medidas de protección. En caso de enfermedad meningococcica: sepsis, neumonía o meningitis, seguir las precauciones específicas de contacto señaladas.

Continúa Cuadro 1.

Infección	Tipo de precaución	Estado del paciente	Duración de precauciones	Observaciones
Tuberculosis (Tb) pulmonar familiar ≥ 12 años	Específicas Aérea	Casos	4-6 semanas	4-6 semanas después de iniciado el tratamiento o 3 baciloscopias negativas
		Contactos		Realizar búsquedas de Tb en familiares
Tuberculosis Cutánea ≥ 12 años	Específicas Contacto + Aérea	Casos	4-6 semanas	4-6 semanas de iniciado el tratamiento Suspensión del drenaje de la lesión, tres cultivos negativos, mejoría clínica importante.
Tuberculosis meníngea ≥ 12 años	Específicas Aérea	Casos		Al descartar tuberculosis en familiares visitantes
Neumonía mycoplasma	Específica gotas	Casos	Durante la enfermedad	
Sífilis	Específica Contacto Estándar	Casos	48 h	Contacto recibe tratamiento sólo si estuvo en contacto con lesión húmeda
		Contacto	Ninguno	
Escabiosis	Específica Contacto	Caso	5 días	24 horas después de terminado el tratamiento.
Pediculosis	Específica Contacto	Caso	24 h	24 h después de terminado el tratamiento
Absceso	Específica Contacto	Caso	Hasta que no haya drenaje	Abscesos con abundante drenaje hasta que ya no lo haya o se pueda cubrir, abscesos con moderado drenaje precauciones estándar.

Fuente: Hernández-Orozco HG. Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas. Acta Pediátrica México 2012;33(2) 89

Letrero de Precauciones específicas de aislamiento de contacto.
Se coloca en el cuarto del paciente o al pie de su cama si se encuentra en una sala (Figura 1).

Figura. 1 Precauciones para aislamiento por contacto

PRECAUCIONES POR CONTACTO

Realice las siguientes indicaciones en pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedades transmitidas por contacto directo o indirecto.

ANTES DEL CONTACTO

HIGIENE DE MANOS

USO DE BATA

USO DE GANTES NO ESTÉRILES
AL TENER CONTACTO CON
SECRECIONES O FLUÍDOS

DESPUÉS DEL CONTACTO

RETIRE LOS GANTES
DESPUÉS DEL CONTACTO
CON FLUÍDOS Y SECRECIONES

RETIRE LA BATA Y
CUÉLGUELA CON LA
COSTURA HACIA AFUERA

HIGIENE DE MANOS

Comité de Infecciones extensión 1511

PRECAUCIONES POR CONTACTO

INICIA:
TERMINA:

Las precauciones de contacto deberán mantenerse hasta que lo indique el Comité de Infecciones.

Ejemplos:

- > Pacientes colonizados o infectados por bacterias multiresistentes como: *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *E. faecium*, *B. cepacia*.
- > Infecciones de piel como:
 - Impétigo, abscesos, celulitis, úlceras por presión infectadas y heridas quirúrgicas infectadas sólo cuando tienen abundante secreción.
 - Escabiosis, pediculosis, Tb cutánea en caso de piel expuesta, sífilis con lesión húmeda.
- > Otros procesos infecciosos como: gastroenteritis, rotavirus, hepatitis "A".
- > Gastroenteritis por *Clostridium difficile*, "Higiene de manos estricto con agua y jabón". **YA QUE EL ALCOHOL GEL NO ACTÚA EN ESTOS CASOS.**

Recomendaciones adicionales

1. Traslade al paciente lo menos posible, en caso de ser necesario, notifique al servicio correspondiente. **Coloque previamente bata al paciente.**
2. Utilice material y equipo de uso exclusivo para el paciente y no lo comparta con otros pacientes.
3. Al egreso del paciente solicite limpieza exhaustiva del área, así como desinfección del equipo utilizado con el paciente.

Comité de Infecciones extensión 1511

Letrero de Precauciones específicas de aislamiento por gotas.
Se coloca en el cuarto del paciente o a la entrada de la sala (Figura 2).

Figura 2. Precauciones por Gotas.

PRECAUCIONES POR GOTAS

Realice las siguientes indicaciones en pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedades que se transmiten por gotas.

ANTES DE ENTRAR	AL SALIR
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> HIGIENE DE MANOS </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> HIGIENE DE MANOS </div>
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> USO DE CUBREBOCAS </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: x-small;"> RETIRE LA BATA Y CUÉLGUELA CON LA COSTURA HACIA ADENTRO </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> USO DE BATA </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: x-small;"> DESECHE EL CUBREBOCAS </div> </div>

Comité de Infecciones extensión 1511

PRECAUCIONES POR GOTA
INICIA:
TERMINA:

Ejemplos:

1. Enfermedad invasiva por *Neisseria meningitidis* (meningitis, neumonía y sepsis), meningitis por *Haemophilus influenzae*.
2. Otras infecciones:
 - ♦ Bacterianas: tosferina o escarlatina.
 - ♦ Virales: parotiditis, parvovirus B 19, rubeola, influenza.

Recomendaciones adicionales

1. Uso de guantes en caso de manejo de secreciones.
2. Traslade al paciente lo menos posible, en caso de ser necesario, notifique al servicio correspondiente. **Coloque previamente cubrebocas y bata al paciente.**
3. Utilice material y equipo de uso exclusivo para el paciente y no lo comparta con otros pacientes.
4. Al egreso del paciente solicite limpieza exhaustiva del área, así como desinfección del equipo utilizado con el paciente.
5. Se requiere cuarto individual, de no contar con él, agrupe sólo pacientes de la misma patología y procure una distancia de más de un metro entre paciente y paciente.

Letrero de Precauciones específicas de aislamiento respiratorio.
Se coloca en el cuarto del paciente o a la entrada de la sala (Figura 3).

Figura 3. Precauciones por Vía Aérea.

PRECAUCIONES POR VÍA ÁREA

Realice las siguientes indicaciones en pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedades transmitidas por vía aérea.

ANTES DE ENTRAR

HIGIENE DE MANOS

USO DE CUBREBOCAS

USO DE BATA

AL SALIR

HIGIENE DE MANOS

DESECHAR SÓLO EL CUBREBOCAS SIMPLE

ETIQUETE Y GUARDE EL CUBREBOCAS DE ALTA EFICIENCIA*

RETIRE LA BATA Y CUÉLGUELA CON LA COSTURA HACIA ADENTRO

NOTA: Uso de cubreboca de alta eficiencia para el personal que está en contacto estrecho con el paciente. Por ejemplo: enfermera y médico que lo atienden.
*Se deberá etiquetar y colocar el cubrebocas en una bolsa de plástico a la entrada del ambiente.

Comité de Infecciones extensión 1511

PRECAUCIONES POR VÍA AÉREA

INICIA:

TERMINA:

Ejemplo:
Tuberculosis pulmonar.
Sarampión.

Recomendaciones adicionales

1. El cubrebocas de alta eficiencia deberá ser utilizado por el personal de salud que tiene mayor contacto con el paciente: enfermera y médico que lo atienden.
2. Usar guantes no estériles en caso de manejo de secreciones.
3. Traslade al paciente lo menos posible, en caso de ser necesario, notifique al servicio correspondiente.
Coloque previamente cubrebocas al paciente.
4. Utilice material y equipo de uso exclusivo para el paciente y no lo comparta con otros pacientes.
5. Al egreso del paciente, solicite limpieza exhaustiva del área, así como desinfección del equipo utilizado con el paciente.
6. Se requiere cuarto individual, de no contar con él, agrupe sólo pacientes de la misma patología y procure una distancia de más de un metro entre paciente y paciente.
7. Cuando se indique el aislamiento en niños pequeños (que no expectoran) es por sospecha de caso índice en la familia.

Letrero de Precauciones específicas Mixtas (de contacto y vía aérea)
Se coloca en el cuarto del paciente o a la entrada de la sala (Figura 4).

Figura 4. Precauciones en condiciones mixtas.

PRECAUCIONES MIXTAS DE CONTACTO Y VIA ÁREA

Realice las siguientes indicaciones en pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedades transmitidas por contacto y vía aérea.

ANTES DE ENTRAR	AL SALIR
HIGIENE DE MANOS	HIGIENE DE MANOS
USO DE CUBREBOCAS	RETIRE LA BATA Y CUÉLGUELA CON LA COSTURA HACIA ADETRÁS
USO DE BATA	DESECHE GUANTES Y CUBREBOCAS
USO DE GUANTES NO ESTÉRILES	

Comité de Infecciones extensión 1511

PRECAUCIONES MIXTAS
INICIA:
TERMINA:

Ejemplos:
Varicela
Herpes zoster en pacientes inmunodeprimidos.

► Recomendaciones adicionales

1. Traslade al paciente lo menos posible, en caso de ser necesario, notifique al servicio correspondiente. **Coloque previamente cubrebocas al paciente.**
2. Utilice material y equipo de uso exclusivo para el paciente y no lo comparta con otros pacientes.
3. Al egreso del paciente, solicite limpieza exhaustiva del área, así como desinfección del equipo utilizado con el paciente.
4. Se requiere cuarto individual, de no contar con él, agrupe sólo pacientes de la misma patología y procure una distancia de más de un metro entre paciente y paciente.

Aislamiento Estricto.

Éste aislamiento no se ha instalado en el Instituto hasta el momento. Aplica a padecimientos que pudieran requerir éste tipo de aislamiento: Difteria faríngea, fiebre de Lassa y otras fiebres hemorrágicas vírales como del virus Marburg, neumonía con peste, viruela.

Consideraciones:

En todos los casos se debe advertir al personal del área donde llega el paciente, el tipo de Precaución Específica de Aislamiento que debe usar el paciente durante su traslado.

No debe retirarse el cartel de aislamiento hasta que se realice la limpieza del área posterior al egreso del paciente o termino de aislamiento.

Manejo de reingreso hospitalario:

El Médico deberá investigar y determinar en el paciente el antecedente de contacto con enfermedad transmisible que requiere precaución específica de aislamiento con el propósito de establecer el aislamiento correspondiente al ingreso del paciente.

Pacientes inmuno-comprometidos en Consulta Externa

Para los pacientes inmunocomprometidos de los Servicios de Oncología, Cirugía oncológica, inmunología y reumatología la consulta se efectuará en la planta principal para evitar la deambulación por zonas de riesgo, y en los casos de inmunosupresión severa o de cursar con cuadro infeccioso los pacientes deberán colocarse cubrebocas.

Paciente en Consulta Externa con sospecha de enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica.

En casos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, el Servicio de Epidemiología es el encargado de notificar e implementar las medidas para su prevención, control y seguimiento de los casos y contactos, según se establezca en la NOM-017-SSA2-2012.

Todos los casos sospechosos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica deberán ser notificados **en forma inmediata** al Servicio de Epidemiología y se deberán aplicar las medidas de precaución específicas del caso y contacto antes descritas. **Ver documento anexo de Padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y periodicidad del reporte, que aplican al Instituto Nacional de Pediatría.**

b) Documentación necesaria

Nota de Evolución M-0-03 a-b

c) Consentimiento especial

No aplica

d) Monitorización

Vigilancia de las precauciones específicas de aislamiento (duración y características) establecidas por el CIAAS aún después de que el paciente haya egresado del aislamiento y hasta que se efectúe la desinfección completa del cuarto.

En pacientes con infección de transmisión comunitaria se realizará seguimiento de apego al tratamiento prescrito y a las precauciones establecidas, así como también al tratamiento y precauciones para los contactos.

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención

Médico Epidemiólogo

Enfermera con preparación en Epidemiología

Médico residente en Infectología

Médico Pediatra Infectólogo

Enfermera

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado

Cuarto de aislamiento

Estándar de referencia:

Estándar COP.3.5. Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades infecto contagiosas e inmunodeprimidos.

Bibliografía

- Hernández-Orozco HG. Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas. Acta Pediatría México 2012;33(2) 89-93
- INP. (2010). Manual de integración, funcionamiento y operación del comité de infecciones nosocomiales “Políticas y mecanismo de precauciones estándar”. México. p. 25
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica
- OMS. (2003). Guía Práctica. Prevención de infecciones nosocomiales (2ª ed.). Malta.

Políticas que guían la atención de los pacientes en hemodiálisis (COP3.6)

Propósito

Ofrecer una alternativa de tratamiento sustitutivo de la función renal para pacientes pediátricos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que se encuentran inscritos en el programa de Trasplante Renal del INP.

Políticas

A) Planeación de la atención:

a) Generalidades

Hemodiálisis: procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de membrana sintética (filtro de hemodiálisis).

Trasplante renal: procedimiento quirúrgico-terapéutico de la Insuficiencia renal crónica, en el que se injerta al paciente un riñón de donador vivo o cadavérico.

Enfermedad Renal Crónica: Disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular o por un aclaramiento de creatinina estimados < 60 ml/min/1,73m², o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. (GPC K/DOQ 2008)

Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la Nacional Kidney Foundation

Estadio	Descripción	Filtración Glomerular (FG)(ml/min1,73m ³)
-----	Riesgo aumentado de ERC	≥60 con factores de riesgo*
1	Daño renal + con FG normal	≥90
2	Daño renal + con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo Renal	< 15 o diálisis

*Factores de riesgo de ERC historia familiar de ERC, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, bajo nivel educativo o social.

Daño renal alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente una proteinuria/albuminuria persistente (índice albúmina/creatinina) > 30 mg/g, alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en los productos de imagen.

- Identificación. Ante la detección de un paciente con Insuficiencia renal, ya sea en el área de hospitalización, urgencias **Solicitud de Interconsulta M-0-05** o en consulta externa (pacientes referidos de otros niveles o porque llegan por su propio interés), se realiza la valoración por parte del Servicio de Nefrología con análisis de la Historia clínica y exámenes de laboratorio y gabinete como:
 - Química Sanguínea (BUN, creatinina sérica, electrolitos séricos),
 - Biometría Hemática
 - Gasometría venosa
 - Parathormona
 - Ferrocínica
 - USG Renal
 - PA de tórax
 - Electrocardiograma.

Y si se considera pertinente una valoración más exhaustiva, indicará estudios complementarios para la integración del diagnóstico etiológico.

- Diagnóstico: Debe enfocarse en corroborar elevación de azoados, anemia, acidosis metabólica, trastornos electrolíticos y documentar cronicidad por datos de riñones pequeños y osteodistrofia renal; así como evaluar la presencia de complicaciones como: Insuficiencia cardiaca, edema agudo pulmonar.
- Si el paciente ingresa por urgencias se realiza estabilización hemodinámica y metabólica con diálisis peritoneal aguda, considerándose indicaciones absolutas la presencia de:
 - Uremia con manifestaciones neurológicas de encefalopatía (trastornos conductuales, somnolencia, crisis convulsivas, coma) y/o sangrado de mucosas (epistaxis, hematemesis, melena)
 - Hipervolemia (hipertensión arterial, edema agudo pulmonar y datos de encefalopatía hipertensiva).
 - Hiperkalemia.
 - Intoxicaciones
 - Síndrome de lisis tumoral
- Después de realizarse al procedimiento se evalúa ingreso al Programa de Hemodiálisis Peritoneal Crónica

Criterios de ingreso al Programa de Hemodiálisis

En el INP ingresarán al programa de Diálisis Peritoneal Crónica, los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) e y que presenten síntomas que no puedan eliminarse por medio de tratamientos conservadores y que no puedan someterse a Diálisis Peritoneal por las siguientes causas:

1.- Por contraindicación de Diálisis Peritoneal: Antecedente de cirugía abdominal, presencia de tumor abdominal, presencia de cirugías derivativas, peritonitis, patologías del tracto intestinal).

2.- Por cambio de tratamiento sustitutivo de diálisis (de diálisis peritoneal a hemodiálisis)

- Tunelitis recurrente sin respuesta a tratamiento antibiótico
- Peritonitis recurrente sin respuesta a tratamiento antibiótico
- Peritonitis micótica.

Patologías más frecuentes de ERCT en el INP:

Nefropatías Glomerulares	Origen congénito	Síndromes Hereditarios	Otros
Glomerulonefritis crónica	Uropatía obstructiva	Alport	Tumor de Wilms
Glomeruloesclerosis focal y segmentaria	Reflujo vesicoureteral		Necrosis tóxica
Glomerulonefritismembranoproliferativa	Vejiga Neurogénica		Necrosis cortical
Glomerulonefritis rápidamente progresiva	Enfermedad poliquística renal		
Glomerulonefritis membranosa			
Lupus eritematoso			
Nefropatía por IgA			
Púrpura de Henoch-Schonlein			
Síndrome hemolítico urémico			

Contraindicaciones para ingreso al Programa de Hemodiálisis:

Niños con peso < 10Kg se contemplará ingreso a hemodiafiltración mientras exista una contraindicación para diálisis peritoneal.

a. Procedimiento

- **Registro:** Todos los pacientes que hayan sido aceptados deberán registrarse en el **Protocolo de Ingreso a la Unidad de Hemodiálisis M-1-4-05** y en la **Hoja de Información General de Hemodiálisis M-1-4-04** además de realizarse los siguientes laboratorios:
 - Serología viral (VIH, antígeno de superficie de la Hepatitis B y anticuerpos contra el virus de Hepatitis C)
 - Biometría Hemática completa
 - Electrolitos séricos (Na, K, Cl, CO₂, P)
 - Química Sanguínea de tres elementos (glucosa, urea y creatinina) depuración de creatinina,
 - Radiografía de tórax y electrocardiograma.

- Acceso vascular: Se solicitará al Departamento de Cirugía Pediátrica la colocación de acceso vascular:
 - Realización de fístula arterio-venosa
 - Catéter de Hemodiálisis (En éste caso el Médico Nefrólogo también podrá realizar éste procedimiento)
- Admisión al programa y calendarización de citas: Una vez que el paciente llegue con su acceso vascular, en caso de fístula arteriovenosa debe esperarse a que madure 15 días) el Médico Nefrólogo realiza una exploración física e interrogatorio además de revisar los estudios de laboratorio. Los pacientes que se encuentran hospitalizados, se espera que mejore su estado clínico y a su egreso, se programa como externo a su tratamiento de 2 a 3 días a la semana.
- Preparación para la sesión: El Médico Nefrólogo y/o Residente escribe las indicaciones específicas para cada paciente en la **Hoja de Control de Hemodiálisis M-1-4-06 a-b** para dar inicio su sesión.
- Inicio de la sesión: La Enfermera del Servicio de Nefrología revisa las indicaciones médicas y programa la máquina considerando tiempo de hemodiálisis, volumen de ultrafiltración (peso que el paciente debe eliminar durante el tratamiento) concentración de sodio en el líquido de diálisis y dosis de heparina, flujo sanguíneo, monitoreo de cifras de Tensión Arterial.
- Recibe al paciente y al familiar toma signos vitales (Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Presión arterial), peso y lo registra en la **Hoja de Control de Hemodiálisis M-1-4-06 a-b**, posteriormente realiza una verificación pre-procedimiento de:
 - Procedimiento y paciente correctos.
 - Disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con la identificación del paciente.
 - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y dispositivos médicos necesarios.
 - Las alergias del paciente.
 - El riesgo de hemorragia.
 - El filtro correcto.
 - La identificación del acceso vascular.
- La Enfermera se coloca cubre bocas y realiza lavado de manos.
- Coloca al paciente en el reposet, con cubre bocas, y se instala brazaletes para control de tensión arterial.
- Si el paciente tiene catéter retira la cubierta que protege la vía del catéter.

- Si el paciente tiene fístula, proporciona posición confortable y funcional al brazo del paciente para colocación de 2 agujas.
- Se realiza lavado de manos, se coloca guantes, prepara mesa de trabajo con técnica aséptica, cubre con campo estéril y prepara equipo y material.
- Se coloca campo estéril para aislar vía de acceso del paciente, realiza asepsia del catéter y se verifica permeabilidad.
- Si el paciente porta fístula aplica anestesia local antes de puncionar con las agujas para hemodiálisis.
- En éste momento la Enfermera toma el primer tiempo de coagulación y laboratorios indicados.
- Se despinzan las líneas del catéter y líneas del sistema extracorpóreo del dializador, se enciende bomba rotatoria de la máquina para que circule la sangre.
- Se acciona bomba de heparina que infundirá dosis de mantenimiento/hora
- Se administra bolo inicial de heparina para evitar la coagulación de la sangre en el sistema. Se deja cómodo al paciente, se retira equipo de trabajo y realiza lavado de manos.

Durante el procedimiento

- La Enfermera se encarga de:
 - Ministrar medicamentos
 - Toma de tiempos de coagulación
 - Registro cada 15 minutos de :
 - Tensión Arterial,
 - Frecuencia Cardiaca,
 - Parámetros de la máquina programados
 - Presencia de complicaciones durante el procedimiento
 - Vigilancia del estado hemodinámico del paciente y presencia de reacciones adversas, si presenta cambios informa de manera verbal al Médico y sigue indicaciones para corregir y mejorar síntomas (hipotensión, hipertensión arterial, calambres, náuseas, vómitos etc).
 - Vigilar que el bicarbonato y concentrado de ácido se mantengan en niveles adecuados para el buen funcionamiento de la máquina

Todo debe quedar registrado en la **Hoja de Control de Hemodiálisis (M-1-4-06-a-b)**.

Retiro del paciente

- La Enfermera se lava las manos y prepara equipo y material para el retiro del paciente de la máquina
- Retorna la sangre contenida en el sistema extracorpóreo (dializador y líneas) una vez que haya transcurrido el tiempo del tratamiento.
- Retira las líneas y protege vías del catéter con “técnica aséptica”
- Prepara la mesa con campo estéril, coloca equipo y material (jeringas, agujas, soluciones antisépticas, solución salina y heparina, y realiza asepsia de las líneas del catéter)
- Permeabiliza las líneas con solución salina, pasa bolo de heparina para evitar formación de coágulos en los lúmenes del catéter coloca tapones, cubre gasa y látex para proteger las líneas.
- Realiza curación del sitio de inserción del catéter, pesa al paciente y registra datos en **Hoja de Control de Hemodiálisis M-1-4-06-a-b.**
- El Médico Nefrólogo da indicaciones al paciente y al familiar de las medidas higiénico-dietéticas y registra los sucesos acontecidos durante el procedimiento en la **Nota de Evolución M-0-03-a-b.**

b) Documentación Necesaria

- Control de Hemodiálisis M-1-4-06-a-b.
- Protocolo de Ingreso a Hemodiálisis M-1-4-05.
- Información General de hemodiálisis M-1-4-04.
- Nota de Evolución M-0-03 a-b.

c) Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para autorización de Hemodiálisis M-1-4-11a-b.

Carta consentimiento bajo información M-0-30 a-b.

d) Monitorización

- Al Inicio del tratamiento se realiza:
 - Serología viral (VIH, antígeno de superficie de la Hepatitis B y anticuerpos contra el virus de Hepatitis C)
 - Biometría Hemática completa
 - Electrolitos séricos (Na, K, Cl, CO₂, P)
 - Química Sanguínea de tres elementos (glucosa, urea y creatinina)
 - Depuración de creatinina
 - Radiografía de tórax
 - USG renal

- Monitorización del paciente en cada sesión de hemodiálisis incluye lo siguiente:
 - Peso del paciente pre y post diálisis.
 - Presión arterial pre, trans y post diálisis.
 - Temperatura pre y post diálisis.
 - Frecuencia cardiaca pre, trans y post diálisis.
 - Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.
 - Signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis (disnea, dolor torácico, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres).
 - Valoración del acceso vascular pre, trans y post diálisis.
- Cada 2 semanas BH, QS, ES Transferrina y determinación de Parathormona.
- Cada 4 semanas adecuación de diálisis y se valora estado nutricional.

e) Competencias o Aptitudes del Personal

- Médico Nefrólogo Pediatra con certificado de especialidad y cédula profesional legalmente expedidos para inserción de catéter por punción, y procedimiento de Hemodiálisis.
- Cirujano Pediatra para realizar la fístula arteriovenosa
- Enfermera con especialidad en Nefrología o personal profesional y técnico que demuestre documentalmente haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses.

f) Equipo Especializado

- Sistema de Osmosis Inversa para obtener: Agua “altamente Purificada” con respecto a la pureza química y microbiana.
- Área para estaciones de Hemodiálisis.
- Estación de Hemodiálisis para paciente.
- Máquina para Hemodiálisis.
- Monitor para vigilar signos vitales (TA, FC, Temperatura, Ritmo cardiaco).
- Sillón para Hemodiálisis.
- Tarja por cada estación.
- Mueble con entrepaños, cajones y puertas.
- Toma de agua “altamente purificada”.
- Drenaje adecuado.
- Toma de corriente eléctrica.
- Tomas para oxígeno, aire.
- Control de temperatura (estable y agradable).

Material de Consumo

- Dializadores (diferentes tamaños).
- Juegos de líneas arterio-venoso para dializaciones.
- Concentrado ácido para hemodiálisis.
- Fórmula con potasio 2mEq, formula sin potasio.
- Bicarbonato en polvo (fórmula de acuerdo al tipo de máquina).
- Agujas para hemodiálisis.
- Catéteres sub-clavios para hemodiálisis temporales y permanentes.
- Solución salina 0.9% bolsas de 1000ml y 250ml.
- Soluciones antisépticas (yodopovidoma o jabón quirúrgico).
- Hipoclorito de sodio 6%.
- Vinagre.
- Formol o ácido peroxiacético y peróxido de hidrógeno.
- Agua oxigenada.
- Éter, alcohol.
- Jeringas 20cc, 10cc, 5cc, 3cc , 1cc.
- Agujas hipodérmicas 20, 21, 22, 25 y 26.
- Macrogoteros.
- Tela adhesiva, micropore, tegaderm.
- Torundas, gasas, campos, batas quirúrgicas.
- Guantes cubrebocas.
- Heparina, agua inyectable.
- Medicamentos para urgencias.
- Tubos para exámenes de laboratorio.
- Termómetro.
- Estetoscopio.
- Máquina para procesar el lavado de dializador.
- Carro de reanimación cardio/pulmonar.
- Básculas.
- Máquina para lavado de dializadores.
- Refrigerador.

Estándar de Referencia 3.6

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes dializados en el establecimiento (diálisis peritoneal y hemodiálisis en unidad de hemodiálisis, hospitalización y/o terapias intensivas).

Elementos Medibles:

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes dializados.
2. Los pacientes dializados reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Referencias Bibliográficas

NOM-152-SSA1-1996, Que establece las especificaciones sanitarias de los catéteres rígidos para diálisis peritoneal infantil y adulto.

NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

Guías de práctica clínica de la NationalKidneyFoundation.

Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo Subdirección de Medicina INP
Abril 2012.

**Políticas que guían la atención de los pacientes en quienes se realiza diálisis
peritoneal
(COP 3.6)**

Diálisis Peritoneal**Propósito**

Ofrecer una alternativa de tratamiento sustitutivo de la función renal para pacientes pediátricos con Insuficiencia Renal que se encuentran inscritos en el programa de diálisis peritoneal del INP.

A. Planeación de la atención:**Definiciones**

Diálisis peritoneal: Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de la membrana peritoneal.

Trasplante renal: procedimiento quirúrgico-terapéutico de la Insuficiencia renal crónica, en el que se injerta al paciente un riñón de donador vivo o cadavérico

Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT): Disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular o por un aclaramiento de creatinina

estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. (GPC K/DOQI, 2008).

Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la Nacional Kidney Foundation.

Estadio	Descripción	Filtración Glomerular (FG)(ml/min1,73m ³)
-----	Riesgo aumentado de ERC	≥ 60 con factores de riesgo*
1	Daño renal con FG normal	≥ 90
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo Renal	< 15 o diálisis

*Factores de riesgo de ERC historia familiar de ERC, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, bajo nivel educativo o social.

- Identificación. Ante la detección de un paciente con Insuficiencia renal, ya sea en el área de hospitalización, urgencias **Solicitud de Interconsulta M-0-05** o en consulta externa (pacientes referidos de otros niveles o porque llegan por su propio interés), se realiza la valoración por parte del Servicio de Nefrología con análisis de la Historia clínica y exámenes de laboratorio y gabinete como:
 - Química Sanguínea (BUN, creatinina sérica, electrolitos séricos).
 - Biometría Hemática.
 - Gasometría venosa.
 - Parathormona.
 - Ferrocínica.
 - USG Renal.
 - PA de tórax.
 - Electrocardiograma.

Y si se considera pertinente una valoración más exhaustiva, indicará estudios complementarios para la integración del diagnóstico etiológico.

- **Diagnóstico:** Debe enfocarse en corroborar elevación de azoados, anemia, acidosis metabólica, trastornos electrolíticos y documentar cronicidad por datos de riñones pequeños y osteodistrofia renal; así como evaluar la presencia de complicaciones como: Insuficiencia cardiaca, edema agudo pulmonar.
- Si el paciente ingresa por urgencias se realiza estabilización hemodinámica y metabólica con diálisis peritoneal aguda, considerándose indicaciones absolutas la presencia de:
 - Uremia con manifestaciones neurológicas de encefalopatía (trastornos conductuales, somnolencia, crisis convulsivas, coma) y/o sangrado de mucosas (epistaxis, hematemesis, melena)
 - Hipervolemia (hipertensión arterial, edema agudo pulmonar y datos de encefalopatía hipertensiva).
 - Hiperkalemia.
 - Intoxicaciones
 - Síndrome de lisis tumoral
 - Insuficiencia renal aguda secundaria a medicamentos quimioterapéuticos.

- **Criterios de ingreso al programa de Diálisis Peritoneal**

En el INP ingresarán al programa de Diálisis Peritoneal, los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal y que presenten síntomas que no puedan eliminarse por medio de tratamientos conservadores

Dentro de las patologías más frecuentes de ERCT en el INP se encuentran:

Nefropatías Glomerulares	Origen congénito	Síndromes Hereditarios	Otros
Glomerulonefritis crónica	Uropatía obstructiva	Alport	Tumor de Wilms
Glomerulosclerosis focal y segmentaria	Reflujo vesicoureteral		Necrosis tóxica
Glomerulonefritismembranoproliferativa	Vejiga Neurogénica		Necrosis cortical
Glomerulonefritis rápidamente progresiva	Enfermedad poliquística renal		
Glomerulonefritis membranosa			
Lupus eritematoso			
Nefropatía por IgA			
Púrpura de Henoch-Schonlein			
Síndrome hemolítico urémico			

Procedimiento de Ingreso al Programa de Diálisis Peritoneal:

- **Registro:** Todos los pacientes que hayan sido aceptados deberán ser registrados en el Programa de Diálisis Peritoneal, además deberán realizarse los siguientes laboratorios:

- Serología viral (VIH, antígeno de superficie de la Hepatitis B y anticuerpos contra el virus de Hepatitis C)
- Biometría Hemática completa
- Electrolitos séricos (Na, K, Cl, CO₂, P)
- Química Sanguínea de tres elementos (glucosa, urea y creatinina)
- Depuración de creatinina,
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma.

- Colocación de Catéter

Se solicitará al Departamento de Cirugía Pediátrica la colocación del catéter Tenckhoff.

En caso que la colocación sea por punción el Médico Nefrólogo también podrá realizar éste procedimiento

1. La colocación de catéter tipo Tenckhoff se realiza en área quirúrgica y el procedimiento se anotará en el formato de la **Hoja de la Enfermería para paciente Quirúrgico M-2-0-10 a-b.**
2. El cirujano Pediatra realiza el procedimiento quirúrgico de acuerdo al Procedimiento de Programación e Intervención Quirúrgica
3. La Enfermera Traslada al paciente del quirófano a su cama y efectúa toma de signos vitales y peso.
4. Mantiene al paciente en reposo absoluto y vigila que no exista sangrado en la herida quirúrgica. Fija el catéter con jareta.
5. De preferencia debe iniciar tratamiento con diálisis peritoneal 72 hrs después de haber sido instalado el catéter “blando”, sólo en caso de urgencia se inicia tratamiento a las 24 hrs. Con catéter “rígido”, la diálisis peritoneal inicia de inmediato

- Procedimiento de Diálisis

Se escriben las indicaciones específicas en el formato **Hoja de Diálisis Peritoneal M-7-0-15** para la sesión de diálisis peritoneal de cada paciente, así como en el **Órdenes médicas M-0-25 a-b.**

- Se prepara equipo y explica al paciente el procedimiento, realiza lavado de manos y traslada al paciente al cuarto clínico.

- Se coloca cubrebocas al paciente, prepara mesa con campo estéril y materiales con técnica aséptica.
- Se cerciora que el catéter esté pinzado, retira protección del extremo del catéter. Conecta la línea de transferencia a la bolsa de Diálisis peritoneal, despinza para purgar esta, vuelve a pinzar y deja protegida con un tapón el extremo que va al catéter.
- Se realiza cepillado de extremo del catéter con solución antiséptica por 3 minutos. Se enjuaga para eliminar restos de antiséptico, retira el tapón y cambia guantes.
- Se vierte solución antiséptica en un frasco estéril e introduce el extremo del catéter, después de 3 minutos se enjuaga y seca el extremo del catéter para eliminar antiséptico, se colocan jeringas de 3cc. “despinzar” catéter, aspirar el líquido contenido en el catéter “pinzar catéter”. Se desecha jeringa con otra jeringa de 3cc repite este paso, hasta que el líquido obtenido se verte en otro frasco y se envía para cultivo de líquido peritoneal.
- Se coloca línea de transferencia
- Se prepara material en el cuarto de diálisis peritoneal, explica al paciente el procedimiento y lo traslada al cuarto de diálisis peritoneal.
- Si el estado clínico del paciente es crítico, el procedimiento se realiza en su cama, tomando precauciones.
- Realiza las siguientes actividades:
 - Lavado de manos
 - Se calienta bolsa en horno de microondas por dos minutos, descubre línea de transferencia
 - Se coloca bolsa de solución de diálisis peritoneal con las letras hacia abajo, toma la pinza cerrada con una mano y con la otra sujeta la bolsa protectora; con el extremo de la pinza rasga la misma iniciando del ángulo superior izquierdo al ángulo inferior derecho, elimina la bolsa protectora, despegar y desprende sin desenrollar las líneas.
 - Se enrolla la bolsa de drenaje (para despegar esta de la bolsa de solución de diálisis peritoneal), dejando dentro las líneas, desenrolla la bolsa.
 - Se toma el extremo de las líneas con una mano, sin tocar el tapón protector del conector.
 - Se coloca la bolsa de drenaje con la otra mano debajo de la bolsa de solución de diálisis peritoneal.

- Se coloca el anillo del tapón protector en el dedo anular o medio de su mano dominante y con los dedos pulgar e índice toma el tapón de la línea de transferencia en el sitio marcado (no rebase el límite), manteniendo en posición vertical hacia abajo.
- Afloja con la mano contraria el tapón protector de la línea de transferencia (minicap) jala con fuerza y precaución la línea para desprender (tapón protector), de inmediato cae el minicap, en caso contrario lo retira, realiza la conexión de la línea de la bolsa con la línea de transferencia.
- Cuelga la bolsa de solución de diálisis peritoneal en el tripeé.
- Coloca la bolsa de drenaje en la palangana, parte inferior sobre escalerilla.
- Rompe la válvula (tangible) de la línea de la bolsa de solución de diálisis peritoneal, para que deje fluir la bolsa de solución a la bolsa de drenaje por cinco segundos y pince de inmediato la línea.
- Abre la línea de transferencia girando tapón azul, drena el líquido contenido en cavidad peritoneal (10 a 15 minutos), realiza pince de la línea de drenaje.
- Realiza despince de la línea de la bolsa de solución de diálisis peritoneal e infunde la cantidad indicada (utiliza báscula) durante tres o cinco minutos.
- Realiza pince al terminal la infusión deja el tiempo indicado para permanencia.
- Realiza lavado de manos y utiliza cubre-bocas
- Identifica que el extremo del tapón esté bien cerrado antes de abrir el sobre.
- Abre cuidadosamente y dobla sus extremos hacia fuera, cuidado de que el tapón se sostiene, en la mano y con esta misma sostiene línea de transferencia con la otra mano, desconecta y coloca el minicap con cuidado para no contaminar.
- Pesa la bolsa, desecha el líquido al drenaje y registra datos en la **Hoja de Diálisis Peritoneal M-7-015**.
- Durante el procedimiento vigila reacciones del paciente a la diálisis Peritoneal.
- Seguimiento en Consulta Externa cada mes y se realiza los laboratorios, en caso de disfunción del catéter se realizará adecuación de diálisis.

B. Documentación Necesaria

Hospitalización Hoja de Diálisis Peritoneal M-7-0-15

Información Clínica de Enfermería M-0-1-04 a-b

Notas de Evolución M-0-03 a-b

Órdenes médicas M-0-25 a-b

Hoja de Enfermería para paciente quirúrgico M-2-0-10

C. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para autorización de Diálisis Peritoneal M-1-4-08a-b

D. Monitorización

- Al Inicio del tratamiento Serología viral, antígeno superficie Hepatitis B y anticuerpos contra el virus de Hepatitis Biometría Hemática, Química Sanguínea (BUN, creatinina sérica, electrolitos séricos) depuración de creatinina, Ferrocínética, PA de tórax, electrocardiograma.
- Cada 2 semanas Biometría Hemática, Química Sanguínea (BUN, creatinina sérica, electrolitos séricos) Ferrocínética y se valora estado nutricional.

E. Competencias o Aptitudes del Personal

- Médico Nefrólogo Pediatra con certificado de especialidad y cédula profesional legalmente expedidos para inserción de catéter por punción, y procedimiento de Diálisis.
- Médico Pediatra con especialidad en Terapia Intensiva.
- Médico Pediatra con especialidad en Urgencias Pediátricas.
- Cirujano Pediátrico para realizar inserción de catéter
- Enfermera con especialidad en Nefrología o personal profesional y técnico que demuestre documentalmente haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en diálisis por un periodo mínimo de 6 meses.

F. Equipo Especializado

- Solución diálisis peritoneal “bolsa gemela de 2 litros. Concentración de glucosa 1.5%, 2.5% o 4.25
- Pinzas para el manejo de bolsas de diálisis peritoneal
- Tapón para línea de transferencia
- Palangana con campo limpio
- Horno de microondas báscula
- Máquina cicladora

- Casete desechable
- Solución diálisis peritoneal concentración de glucosa 1.5%, 2.5% o 4.25% bolsa de 6 litros
- Cubre bocas
- Pinzas para el manejo de bolsa de diálisis peritoneal
- Tapón para línea de transferencia
- Línea para drenaje o recipiente capacidad 5 litros.
- Kit catéter Tenckhoff
 - Catéter
 - Aguja introductora
 - Guía de alambre de acero inoxidable
 - Jeringa, conector, pinza
 - Escalpelo
 - Vaina/dilatador
 - Estilete de tunelización
 - Adaptador
 - Tapón

Estándar de Referencia

COP. 3.6. Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes dializados en el establecimiento (diálisis peritoneal y hemodiálisis en unidad de hemodiálisis, hospitalización y/o terapias intensivas)

Elemento Medible:

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes dializados

Referencias Bibliográficas

NOM-152-SSA1-1996, Que establece las especificaciones sanitarias de los catéteres rígidos para diálisis peritoneal infantil y adulto.

NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

Guías de práctica clínica de la National Kidney Foundation

Manual de Procedimientos e Instrucciones de Trabajo Subdirección de Medicina INP
Abril 2012

Políticas para la sujeción de pacientes (COP.3.7)

Propósito:

Disminuir el riesgo de caídas en pacientes que presenten alteraciones como agitación psicomotriz, confusión o desorientación, así como, al realizar procedimientos invasivos u otro tipo de tratamientos.

a) Planeación de la Atención.

Generalidades:

Sujeción: cualquier método de inmovilización mecánico que restringe el movimiento, actividad física o acceso normal a su cuerpo.

Pacientes en quienes se valorará la indicación de sujeción:

- Pacientes con agitación psicomotriz
- Pacientes con sedación.
- Pacientes con alto riesgo de caída.
- Menor de 6 años.

Indicaciones de la sujeción:

- Conducta violenta de un paciente con peligro para sí mismo o para los demás.
- Agitación no controlable con medicamentos.
- Negativa a portar drenajes, sondas y/o demás requerimientos de apoyo médico de soporte vital, siempre y cuando el paciente no sea capaz de comprender, entender y desistir de dichas intervenciones, esto es que su juicio esté comprometido por aspectos médicos.
- Situaciones que representen una amenaza para su integridad física, por su negativa a descansar, beber, dormir, siempre y cuando el paciente no sea capaz de comprender, entender y desistir de dichas intervenciones, esto es que su juicio esté comprometido por aspectos médicos.
- Contención temporal para recibir la medicación, realizar técnicas y colocar sondas, siempre y cuando el paciente no sea capaz de comprender, entender y desistir de dichas intervenciones, esto es que su juicio esté comprometido por aspectos médicos.

- Todo paciente con riesgo de caída, deberá ser valorado en forma individual y aplicar la técnica de sujeción que más convenga a él. (ver políticas de MISP 6).

Contraindicaciones:

- No se utilizará como medida coercitiva para pacientes molestos con conductas inadecuadas.
- Cuando existe una situación de violencia delictiva, en dicha circunstancia se dará aviso a las autoridades correspondientes.
- Rechazo de la familia a que se lleve a cabo la sujeción.

Lineamientos:

- La sujeción debe ser indicada por el Médico en el expediente clínico y ser actualizada como mínimo cada 24 horas.
- La sujeción deberá utilizarse como último recurso y solo cuando los beneficios potenciales de la misma sean mayores al daño previsto.
- La sujeción deberá efectuarse bajo consenso del equipo de salud a cargo del paciente (Médico y Enfermera).
- El paciente (aun cuando aparentemente no comprenda) y el familiar deberán ser informados del motivo del procedimiento, y de igual forma se le deberá avisar cuándo se retirarán los implementos de sujeción.

En caso de que el paciente presente conducta agresiva o violenta:

- Deberán tranquilizar al paciente: se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas. Mientras, se debe vigilar y distraer la atención del paciente, colocándose el personal a una distancia adecuada y siguiendo un plan de actuación.
- Se le informará en tono firme de que está perdiendo el control y que la finalidad del procedimiento es la limitación de posibles daños a sí mismo o a terceros.

Preparación del personal:

- Despojarse de los objetos peligrosos para la integridad física del paciente y del personal (anteojos, relojes, pulseras, aretes, etc).
- Evitar la presencia de público: si lo hubiera, el paciente puede adoptar una actitud más heroica que si está solo.

Actitud del personal:

- Se va a reducir al paciente con intención terapéutica, no como un castigo. Por lo tanto, se actuará de forma profesional. Con actitud enérgica pero respetuosa, evitando golpear o humillar al paciente.

Sujeción:

- Cada persona del equipo de salud tiene asignada una extremidad. Se sujetarán las extremidades en la zona más distal, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones.
- Los nudos del sujetador deben deshacerse con facilidad y rapidez, verificando que las sujeciones no se aprieten con el movimiento del niño.
- Las extremidades superiores e inferiores deberán fijarse mediante los sujetadores.
- La sujeción de las extremidades inferiores deberá ser con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetar los tobillos.
- En la sujeción de las extremidades superiores, los brazos deberán estar extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de este.
- La sujeción del tronco se debe realizar firmemente con una sábana clínica, teniendo extrema precaución de no dificultar o limitar la ventilación.
- Los sujetadores deberán atarse al borde lateral de la cama, nunca deberá hacerse este procedimiento en los barandales.
- Registrar la razón de la contención, la duración y la respuesta del paciente mientras esté sujeto en la hoja de sujeción.
- De ser posible, la habitación del paciente con sujeción deberá estar lo más cerca de la central de Enfermería.
- Antes de suspender la sujeción, el Médico deberá evaluar el estado de agitación psicomotriz y la indicación de suspensión de la misma deberá asentarse en el expediente clínico y documentarse por el personal de Enfermería en el formato de sujeción.
- El retiro de la sujeción deberá realizarse por la Enfermera responsable del paciente y posterior a ello realizar vigilancia continua para revalorar sujeción.

- Sujeción terapéutica:
 - Un miembro del equipo, deberá estar siempre visible para el paciente, tranquilizándolo.
 - Se deberá seleccionar el sujetador adecuado para la edad, peso y talla del paciente, o bien la sábana que se utilizará para el columpio del lactante y tela adhesiva.
 - Coloca el primer sujetador por detrás de la espalda del paciente para que éste quede a la altura de los brazos y sea sujeto a la altura de los brazos por arriba de las muñecas. El segundo sujetador colocarlo por debajo de las piernas, arriba de los tobillos.
 - La sujeción deberá realizarse al paciente con las piernas y brazos extendidos y ligeramente abiertos –en posición anatómica correcta- los tobillos y las muñecas deberán sujetarse a una parte fija de la cama.
 - Sujetar entrelazando gentil y firmemente con tela adhesiva las abrazaderas de los sujetadores, tanto los superiores como los inferiores.
 - El tronco se sujetará con la sábana clínica, cuidando que no esté flojo (podría deslizarse y ahorcarse), ni muy apretado (dificulta la respiración).
 - Sujeta al paciente con una sábana en forma de columpio cuando el paciente es lactante, el columpio se realizará con una sábana clínica, deberá doblarse en forma horizontal, la cual quedará fija por debajo del colchón de la cabecera y la parte restante se pasará desde la parte posterior del paciente pasando por las piernas hasta llegar a su cintura y se fijará a esta altura en forma de pañal.
 - La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa en el antebrazo y también recibir líquidos o alimentos.
 - Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada, para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
 - Monitorizar las sujeciones para mantener la comodidad y seguridad del paciente.
 - Cuando el paciente esté bajo control, se irán eliminando progresivamente las restricciones.
 - La sujeción debe mantenerse el menor tiempo posible.

- Sujeción abdominal:
 - La sujeción abdominal permite al paciente la mayor libertad de movimientos en la cama, con la mayor seguridad.
 - Puede instalarse sin complicaciones, antes o después de que el paciente se haya acostado.
 - La superior se coloca alrededor de la cintura del paciente y la parte inferior se sujeta a la cama, conforme a lo siguiente:
 - Colocar sábana clínica alrededor de la cintura del paciente.
 - Cruce la sábana por detrás.
 - Anudar la sábana a ambos lados del bastidor de la cama.
 - El paciente podrá girar 90° hacia cada lado sin peligro de caída.
- Sujeción lateral:
 - La sujeción lateral se puede regular individualmente.
 - Impide que el cuerpo ruede hacia la derecha o izquierda y permite fijar el cuerpo boca arriba, boca abajo o de lado.
 - Se realiza mediante la sujeción con sábanas clínicas.
- Sujeción de las manos:
 - Las muñequeras sirven para sujetar una o ambas manos a la cama.
 - La muñequera tiene un almohadillado blando y agradable, evitando así lesiones en las muñecas.
- Sujeción de los pies:
 - La sujeción de los pies sirve para fijar de forma relajada o firme uno o ambos pies.
 - De igual funcionamiento y características que el sujetador de las manos.
 - Se realiza fijando relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies, teniendo cierta libertad de girar el cuerpo.

b) Documentación necesaria.

- Nota de Evolución M-0-03 a-b.
- Hoja de Cuidados Intensivos M-5-1-05 a-b.
- Hoja de Información clínica de Enfermería M-0-1-04 a-b.
- Valoración de riesgo de caída M-7-0-37 a-b.

c) Consentimiento especial.

- Consentimiento informado.

d) Monitorización.

- Verificar que los nudos se encuentren correctos y que no lastimen al paciente, inicialmente a los 15 minutos y posteriormente cada 4 horas para revalorar que se continúe con la sujeción o se retire.
- Monitorizar: cianosis, lesiones dérmicas, presencia de pulso radial y pedio, estado de conciencia del paciente.

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

- Ninguna.

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado.

- Sujetadores de tela de algodón
 - Chico.
 - Grande.

Bibliografía:

1. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J. Nurs Stud* 1998;35(3):184-913.
2. Physical restraint – Part1: use in acute and residencial care. Best Practice Information Sheet Vol 6 Issue 3 2002. www.joannabriggs.edu.au.
3. Esteves R, Basset M, Guerrero M et al. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Enf. Neurol.* 2011; 10(1): 32-38.

Políticas que guían la atención de los pacientes vulnerables y con discapacidad en el INP (Estándar COP.3.8)

Propósito

Guiar la atención de pacientes vulnerables y con riesgo de abuso como recién nacidos, lactantes y niños con discapacidad.

a) Planificación de la atención

Generalidades:

Paciente vulnerable: Recién nacidos, lactantes, pacientes pediátricos bajo sedación y pediátricos con discapacidad son considerados como pacientes de alto riesgo porque generalmente no pueden expresarse bien o por sí mismos, en algunos casos no entienden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones respecto a su atención, o en ocasiones su movilidad está disminuida.

Paciente con discapacidad: Paciente que tiene impedida o entorpecida alguna de sus actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones cognitivas o físicas.

Atención a pacientes vulnerables:

Es necesario establecer medidas que minimicen el riesgo en la atención médica de los pacientes vulnerables y con discapacidad. Se deben evitar factores estresantes que dificulten la adaptación de los mismos a la enfermedad, procedimientos y hospitalización.

Algunos de estos factores son:

- La pérdida de control del paciente por:
 - la separación del entorno habitual.
 - separación física de los padres o cuidadores.
 - la realización de procedimientos invasivos.
 - pérdida de la intimidad, pérdida de la imagen corporal.
- Falta de comprensión del proceso de atención, por ser una nueva y compleja experiencia.
- Sentimiento de enfermedad.

Las medidas a desarrollar para evitar o disminuir los efectos de los factores estresantes son:

- El acompañamiento de los padres o cuidador, siempre que sea posible.

- Familiarizar el entorno del paciente con objetos personales siempre y cuando no incrementen riesgos en la atención médica, por ejemplo: incrementar el riesgo de infección.
- Proporcionar educación pedagógica a los niños con larga estancia hospitalaria para que mantengan el ritmo escolar y realicen actividades recreativas que desvíen su atención de la enfermedad.
- Informar con razonable anticipación de los procedimientos que se vayan a realizar, independientemente del grado de comprensión del paciente o familiar.
- Respetar alguna necesidad especial o adicional respecto a la intimidad del paciente.

En los pacientes vulnerables es necesario determinar la actuación a seguir ante:

- Valoración del dolor (Ver política de manejo del dolor). En la valoración de pacientes vulnerables es necesario tomar en cuenta las observaciones aportadas por los padres/cuidador.
- Valoración auditiva:
 - La historia clínica completa deberá estar dirigida a determinar las causas probables de la discapacidad auditiva y sus repercusiones en el lenguaje.
 - Las alteraciones o patologías de origen congénito que conducen a la discapacidad auditiva, deben diagnosticarse antes de los 3 meses de edad.
 - Los estudios o pruebas audiológicas que pueden ser realizados para el diagnóstico y evaluación del grado de discapacidad auditiva son:
 - Campo libre.
 - Audiometría tonal.
 - Logoaudiometría.
 - Impedanciometría.
 - Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral.
 - Emisiones otoacústicas.
 - Estudios de valoración y registro de las características de la voz.
 - En la evaluación médica de esta discapacidad deben detectarse y tratarse los problemas de:
Lenguaje que afecta la relación del ser humano con el medio que lo rodea, Lectura-escritura
Voz y habla.

- Valoración de pacientes con discapacidad:

1.- Se realiza historia clínica completa con énfasis en el neurodesarrollo y padecimientos congénitos adquiridos que condicionan algún grado y tipo de deficiencias.

En la exploración física se evalúa lo siguiente:

- Arcos de movimiento, plantoscopia, trotismo y perimetría.
- Examen manual muscular, marcha, actividad refleja.
- Reflejos osteotendinosos, postura.

2.- Los pacientes son enviados a interconsulta de diferentes subespecialidades para el manejo multidisciplinario y se decide si ingresa a terapia física y/u ocupacional, las cuales pueden ser: Individual, grupal de enseñanza.

3.- Se establece pronóstico rehabilitatorio con énfasis en la CIF IA pediátrica.

- Deficiencia

- Discapacidad.
- Actividad, participación.
- Medio ambiente (barrera o facilitador).

- Dieta: Es necesario realizar una evaluación nutricional exhaustiva para evitar complicaciones por desnutrición durante la estancia hospitalaria de este tipo de pacientes. Se deben evitar alimentos que puedan producir atragantamiento como cacahuates, avellanas, etc.

- Realización de intervenciones y procedimientos: La técnica y preparación de los mismos deben ser adaptadas a los pacientes neonatales, lactantes y/o con discapacidad.

Los padres o responsables podrán acompañar a estos pacientes hasta el momento de la realización del procedimiento, incluso mientras se realiza si es necesario.

La coordinación de exploraciones y pruebas en los pacientes vulnerables debe ser aún más exhaustiva por el riesgo que conllevan en el proceso de atención.

- Medicación: en la prescripción y administración de medicamentos en pacientes neonatales y lactantes, las precauciones y medidas de seguridad deben extremarse, sobre todo por el riesgo de manejo de dosis acorde a la edad, peso y enfermedades agregadas del niño.

- Seguridad del entorno: los medicamentos y productos peligrosos deben estar almacenados fuera del alcance de los pacientes vulnerables, los enchufes deberán estar protegidos y los lugares de acceso restringido deberán estar controlados. El mobiliario debe ser seguro para evitar lesiones (mesas con esquinas redondeadas, camas de acuerdo a la edad, peso y talla, barandales, etc.).

Los juguetes no deberán tener bordes filosos ni conformarse por piezas pequeñas, con el fin de evitar accidentes, además deberán limpiarse con frecuencia con el fin de evitar contaminación cruzada.

Para pacientes con dificultad de movimiento los accesos deben ser cómodos y seguros, con rampas y ascensores.

- Ante una catástrofe se debe prestar especial atención a pacientes vulnerables, asegurándose que estén acompañados en todo momento.

b) Documentación necesaria

Estudio social M-4-1-20.

Nota de evolución M-0-03-a-b.

Escala de valoración del dolor en pacientes pediátricos M-7-0-36-a-b.

c) Consentimiento especial

No aplica.

d) Monitorización

Dependiendo la patología; en el caso específico de Discapacidad Auditiva se llevará a cabo vigilancia y seguimiento de la evolución del déficit auditivo, para detener oportunamente la progresión del mismo.

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención

Médico Pediatra.

Enfermera.

Psicólogo.

Trabajadora Social.

Médico en Rehabilitación con especialidad en Rehabilitación Pediátrica .

Licenciados en Terapia Física.

Licenciados en Terapia Ocupacional.

Técnicos en Terapia Física.

Técnicos en Terapia Ocupacional.

Lic. en Nutrición

Psiquiatra de Niños y Adolescentes.

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado

- Área de hidroterapia: Tina de remolino para miembro superior e inferior, tina de Hubbard, tanque terapéutico, mesa de tratamiento.
- Área de electroterapia: Baño de parafina, compresas frías, compresas húmedo-calientes, equipo de electroestimulación, rayos infrarrojos, ultrasonido terapéutico, láser terapéutico, mesas de tratamiento.
- Área de mecanoterapia: Barras paralelas, colchón terapéutico, escaleras terapéuticas, barras suecas, espejo para postura, Mesa de tratamiento, polea doble, timón y escalerilla para hombro, mesa inclinable, equipo isocinético.
- Área de terapia ocupacional: Material y equipo para:
 - Ampliar arcos de movimiento de hombro.
 - Para aumentar fuerza de hombro.
 - Para lograr coordinación en el movimiento del hombro.
 - Para ampliar arcos de movimiento en codo.
 - Para aumentar fuerza en codo.
 - Para coordinación en movimiento del codo.
 - Para aumentar arcos de movimiento de la muñeca.
 - Para aumentar fuerza en muñeca.
 - Para coordinación de muñeca.
 - Para aumentar fuerza de los dedos.
 - Para coordinación de movimiento de la mano.
 - Para aumentar arcos de movimiento de los dedos de la mano.
 - Espejo para postura.
- Área de terapia de lenguaje: Computadora con software para terapia de lenguaje, metrónomo, estimulador eléctrico con corriente farádica.

Estándar de referencia

Estándar COP.3.8. Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes adultos mayores, los pacientes con discapacidad y pacientes pediátricos.

Bibliografía

Manual de procedimientos de Consulta Externa

NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

Procedimiento para atención de pacientes vulnerables: ancianos, niños y discapacitados. Clínica de la Universidad de Navarra, organización acreditada por JCI.

Políticas que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia (Estándar COP.3.9)

a) Planificación de la atención

Definiciones:

Quimioterapia: Tratamiento médico efectuando con productos farmacéuticos. El término se emplea principalmente en el tratamiento de enfermedades infecciosas (Quimioterapia Anti infecciosa) y de las enfermedades neoplásicas.

Quimioterapia antineoplásica: Tratamiento con medicamentos contra las enfermedades neoplásicas.

Líquido Céfal Raquídeo: Líquido incoloro y transparente, ligeramente alcalino en el que están sumergidos los centros nerviosos de los vertebrados que llenan también los ventrículos del encéfalo y ejerce una acción protectora de aquellos órganos.

Diagnóstico

El procedimiento diagnóstico se realizará a cargo de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria (AQuA) a través del **Solicitud de Interconsulta M-0-05** ya sea solicitado a través de consulta externa o de algún Servicio de hospitalización.

El día de la realización de las pruebas diagnósticas, la Enfermera del Servicio recibe al familiar del paciente la Enfermera de hospitalización y acompaña al paciente con el Médico Anestesiólogo de la clínica del dolor donde se deberá llenar el **Consentimiento Bajo Información M-0-30-a-b**, para el procedimiento a realizar.

El Médico Anestesiólogo realiza la valoración del paciente, para sedarlo y aplicarle la anestesia además corrobora que se encuentra en ayuno (Ver política de sedación) antes de iniciar el procedimiento solicitado. Se deberá llenar los **formatos de Solicitud y aplicación de medicamentos en la Unidad de AQuA M-7021 a-b** y **Solicitud de aplicación de medicamentos en la Unidad de Clínica de Dolor M-7-0-22** y el **Índice Quirúrgico M-2-0-07**.

Posteriormente el Médico Oncólogo y/o el Médico residente de Oncología realiza los procedimientos solicitados, los cuales pueden ser:

- Aspirado de médula ósea.
- Biopsia de médula ósea.
- Punción lumbar diagnóstica.
- Punción lumbar para aplicación de medicamentos intratecales (con fines de aplicación de quimioterapia).

Una vez realizado el procedimiento se requisita el **Formato de Registro de Procedimientos M-6-0-08** donde se describe el procedimiento diagnóstico que fue realizado.

La Enfermera del Servicio acompaña al paciente al área de recuperación para que quede en observación.

Si el paciente **no** presentó complicaciones durante el procedimiento, una vez que se encuentre recuperado se da aviso al familiar o responsable del paciente que se puede retirar o envía al paciente para aplicación de quimioterapia (en caso de Punción lumbar para aplicación de medicamentos intratecales). En caso de que se trate de un paciente que se encuentra hospitalizado una vez terminado el procedimiento se da aviso al Servicio correspondiente para que acudan por el paciente.

Si el paciente **si** presentó complicaciones durante el procedimiento, Si el paciente es ambulatorio es referido a urgencias y en caso de que se encuentre hospitalizado, se enviará al Servicio que se encuentre ingresado. (Ver política de pacientes en situación de urgencia).

El mensajero del Servicio es el encargada de llevar las muestras de médula ósea o líquido cefalorraquídeo, al laboratorio de Hemato-oncología o al Departamento de patología cuando así se requiera. Y archiva los registros de los procedimientos realizados.

El encargado de la unidad de AQuA elabora el informe mensual de los procedimientos diagnósticos realizados en original y tres copias que se distribuyen de la siguiente manera:

- Original.- Archivo clínico.
- Copia 1 – Dirección médica.
- Copia 2 – Subdirección de Hemato-oncología.
- Copia 3 – Archivo de la unidad de AQuA.

Programación de aplicación de quimioterapia para pacientes referidos de Hematología y Oncología.

Registro

La Enfermera del Servicio de AQuA es la encargada de hacer la programación de la aplicación de quimioterapia, para realizarlo solicita al familiar / acompañante del paciente su **Receta Médica M-0-23** y registra en la **Solicitud de medicamentos y Libreta de Control:**

- Nombre del paciente
- Tratamiento a aplicar
- Nombre del Padre o tutor
- Teléfono

Posteriormente la Enfermera indica el día y hora de la aplicación, haciendo hincapié en la importancia de recibir el tratamiento con la periodicidad indicada, y en caso de que el paciente no acuda informe al Servicio que no asistirá un día antes.

La confirmación de citas se realizará 24 hrs. antes de la aplicación.

Todo paciente que ingresa al Servicio de AQUA para recibir un tratamiento ambulatorio serán identificados a través de un gafete (Ver MISP 1)

Solicitud de Medicamentos

La aplicación de quimioterapia será indicada por el Jefe de Servicio o el Médico adscrito tratante los Servicios de Oncología y Hematología, quien extenderá la receta correspondiente avalándola con su firma autóloga. Ningún Residente está autorizado para firmar las recetas, ni de manera autóloga, ni por poder, ni por ausencia, ni por cualquier otro medio

El Jefe de Servicio o adscrito que firme la receta será totalmente responsable de toda la prescripción y de cualquier efecto secundario, tóxico o adverso del medicamento o de su forma de empleo.

La receta deberá contar con el nombre completo del Médico tratante, su clave, el Servicio y su firma autóloga; nombre del paciente, registro, peso actualizado y el(los) quimioterapéutico(s), los cuales serán mencionados con su nombre genérico o cuando el medicamento no tenga la presentación de genérico intercambiable, por el nombre comercial, dosis exacta que se aplicará, dilución y medio (cuando no sean los habituales), tiempo de administración y días en que se aplicará (si es el caso).

Cualquier desviación en los fármacos autorizados, en sus dosis, diluciones o en su indicación terapéutica, deberá contar con la aprobación de la Dirección General del INP y/o de la Dirección Médica y/o de la Subdirección de Hemato-Oncología.

Todos los medicamentos antileucémicos o antitumorales se solicitarán al Centro de Mezclas (actualmente SAFE). Igualmente se solicitarán los medicamentos de soporte que se emplean en los pacientes del Seguro Popular.

La Enfermera revisa el tipo de medicamentos a aplicar los cuales pueden ser de dos tipos:

- Medicamentos que no requieren preparación, en este caso, realiza la solicitud vía electrónica para la fecha programada del paciente.
- Medicamentos que si requieren preparación, transfiere la **Solicitud de medicamentos** al área de preparación de Quimioterapia Antineoplásica.

En caso que se requiera realizar la cancelación de una mezcla, se deberá hacerlo antes de las 17:00hrs del día anterior de la aplicación para que no se efectúe su cobro.

Recepción de Medicamentos

La Enfermera del Servicio de AQuA recibe los medicamentos del centro de mezclas y verifica que sean los solicitados.

Verifica las solicitudes de los pacientes citados y confirma su asistencia.

En caso de que el paciente no haya acudido a la cita y éste se haya confirmado y se trate de un medicamento que puede ser utilizado en otro paciente, se anota en la solicitud de medicamento.

Aplicación de la Quimioterapia

La Enfermera del Servicio de AQuA, llama al paciente a la hora programada para recibir su tratamiento, lo acompaña con su familiar o responsable, le hace toma de signos vitales y en el área de canalización le realiza la colocación de equipo de venoclisis siempre acompañado por su familiar o la aplicación del medicamento en caso de que se trate medicamento de vía de administración en bolo.

Cada que se aplica un medicamento se realiza doble verificación incluso se hace con el familiar del paciente el cual cuenta con la receta médica para poder comprobar los medicamentos que serán ministrados a su familiar. Cuando se trata de dilución se lleva al paciente al área infusión para llevar a cabo el monitoreo del paciente .

En caso de suspenderse la aplicación del tratamiento, las áreas involucradas darán aviso a la Central de Enfermeras de AQuA, informando el porqué de la suspensión.

Recuperación del paciente

La Enfermera del Servicio de AQuA vigila al paciente durante la aplicación de la quimioterapia y al término de la misma.

Si el paciente **no** tuvo complicaciones, se informa al familiar que el paciente se puede retirar una vez recuperado.

Si el paciente **si** tuvo complicaciones, se envía a Urgencias o a Hospitalización (Si es que fue referido de la sala).

b) Documentación necesaria

- Solicitud de Interconsulta M-0-05.
- Solicitud de aplicación de medicamentos en la unidad de Clínica del Dolor M-7-0-22.
- Índice Quirúrgico M-2-0-07.
- Registro de Procedimientos M-6-0-08.
- Solicitud y Aplicación de Medicamentos en la Unidad de AQuA M-7-0-21.
- Receta Médica M-0-23.

c) Consentimiento especial

Carta de Consentimiento Bajo Información M- 0-30-a-b.

Consentimiento Informado para autorización de inicio de tratamiento con quimioterapia para pacientes oncológicos M-6-0-26 a-c.

d) Monitorización del paciente

Durante la aplicación de la quimioterapia, se vigilarán permanentemente las reacciones o alteraciones en el estado de salud del paciente, como:

- Reacciones alérgicas.
- Dificultad respiratoria.
- Fiebre.
- Hipotensión arterial.
- Vómito, náuseas.

e) Competencias o aptitudes necesarias del personal involucrado

Médico Anestesiólogo.

Médico Pediatra Oncólogo.

Médico Pediatra Hematólogo.

Enfermera.

f) Disponibilidad y uso de equipo especializado

N/A.

Estándar de Referencia

Estándar COP.3.9 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia, medicamentos experimentales y radiactivos.

Elementos Medibles

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo. □

Referencias Bibliográficas

Manual de procedimientos operativos e instrucciones de trabajo. Subdirección de Hemato-oncología. México 2014.

Políticas que guían el manejo del dolor (COP.6)

Propósito:

Brindar apoyo para el manejo efectivo del dolor de acuerdo a la edad.

a) Planeación de la Atención.

Generalidades:

- El INP respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados, estableciendo escalas de la evaluación del dolor para neonatos y pacientes pediátricos.

- Pacientes neonatos:
 - Por tratarse de un grupo de edad especial y ante la necesidad de contarse con una escala específica, actualmente en el Servicio de Neonatología se está validando la escala “COVERS Neonatal PainScale”, la cual consiste en el siguiente procedimiento:
 - El Médico se debe colocar donde pueda observar claramente al paciente.
 - La frecuencia de la evaluación en cuidados intensivos neonatales es dentro de la primera hora de ingreso y posteriormente cada 4 horas.
 - Después de cirugía cada hora en las primeras 24 horas y cada 4 horas hasta las 48 horas después de la cirugía.
 - Se debe repetir a los 30 minutos después de la intervención (confort, analgesia, etc.).

La escala “COVERS Neonatal PainScale” es la siguiente:

	0	1	2
Llanto	No.	Agudo o llanto visible.	Inconsolable o difícil de consolar.
Requerimiento de oxígeno	No. Respiración normal o confortable.	Fio ₂ < 30%. Incremento < 20%. Cambios en el patrón respiratorio.	Fio ₂ > 30%. Incremento > 20%. Cambios muy significativos en el patrón respiratorio.
Signos vitales	Frecuencia cardíaca y/o presión arterial en límites normales para la edad. No apnea o bradicardia	Frecuencia cardíaca y/o presión arterial con incremento < 20% de la basal. Apneas o bradicardias presentes.	Frecuencia cardíaca o presión arterial con incremento > 20% de la basal. Incremento en la frecuencia y severidad de apneas o bradicardias.
Expresión	Normal o músculos faciales relajados.	Muecas, pequeño abultamiento entre cejas, aprieta los ojos, surco naso labial.	Mueca, gruñido-gemido, moderado-severo. Abultamiento entre cejas, aprieta los ojos, surco naso labial muy marcado.
Descanso	Duerme el mayor tiempo.	Se despierta a intervalos frecuentes, intranquilo.	Despierta constantemente, aun cuando no este perturbado.
Señales de peligro	Relajado.	Brazos/piernas flexionadas o extendidas.	Agitado, arqueado.

- Cada evaluación y acciones a tomar deben ser documentadas.
 - Fecha.
 - Hora.
 - Resultado de valoración.
 - Acciones a tomar.
 - A: analgesia.
 - S: sedación.
 - P: parálisis.
 - C: medidas de confort.
 - N: ninguna
 - Nombre y clave de quien realizó.

- En pacientes neonatos con resultado en la evaluación del dolor de:
 - **0-4** se continuará con el tratamiento actual o se considerará suspender la analgesia;
 - **5-8** instituir medidas de alivio;
 - **9 o más** requieren medidas de confort y analgesia.

Analgesia: acetaminofén, fentanil, ketorolaco, lidocaína, bupivacaína.

Sedación: midazolam.

Parálisis: vecuronio, pancuronio, rocuronio.

Medidas de confort:

R: reposicionar al bebé.

C: confort, proporcionar contención, y apoyo a las extremidades.

D: disminución de estímulos ambientales (luz, ruido, actividades alrededor del neonato).

V: calmar con la voz.

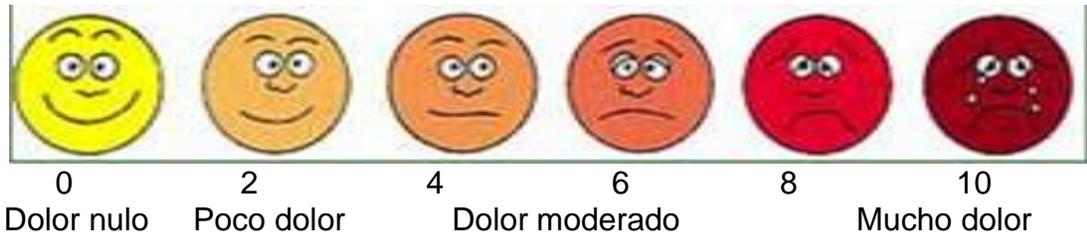
S: succión no nutritiva.

K: cargar con técnica canguro.

L: lactancia.

- Pacientes pediátricos:
 - La aplicación de la escala del dolor se verifica cuando se realiza la valoración cefalocaudal al inicio del turno.
 - Cuando se detecte dolor la valoración se realizará a los 15 minutos posterior a la intervención de Enfermería o a la ministración de medicamentos y posteriormente cada dos horas hasta que el dolor haya disminuido y/o desaparecido.
 - En los pacientes con intervención quirúrgica y/o invasiva se realizará en forma rutinaria al recibir al paciente por Enfermería.
 - Cada evaluación y acciones a tomar deben ser documentadas.
 - Fecha.
 - Hora.
 - Resultado de la valoración.
 - Duración del dolor (agudo, crónico).
 - Tipo de dolor (continuo, intermitente).
 - Intervenciones de Enfermería.

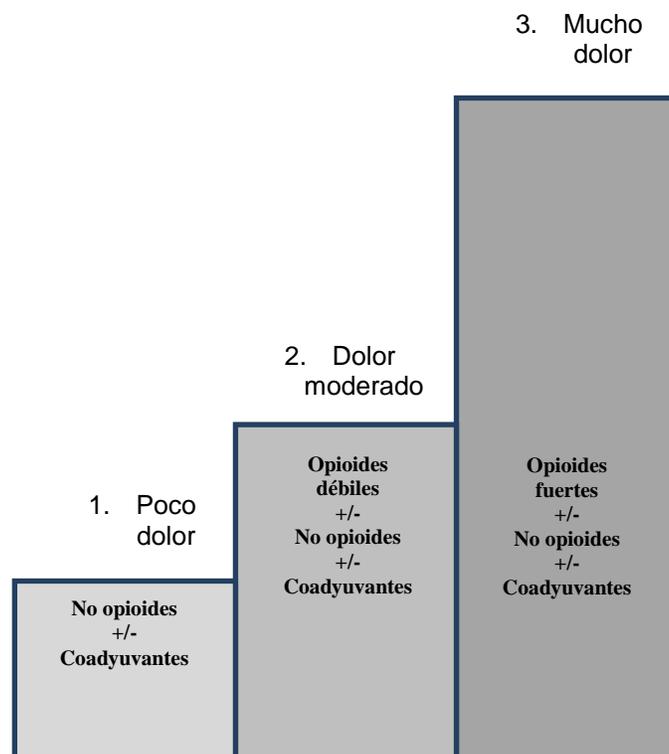
- Fármacos.
- Localización del dolor.
- Nombre de Enfermera.
- En pacientes pediátricos menores de 12 años se utilizará la escala de valoración del dolor de Wong Baker “caritas”.



- En pacientes pediátricos mayores de 12 años se utiliza la escala numérica EVA.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poco dolor			Dolor moderado				Mucho dolor		

- En pacientes pediátricos para el tratamiento del dolor se considerarán:



1º Escalón (poco dolor): No opioides +/- coadyuvantes.

2º Escalón (dolor moderado): Opioides débiles +/- No opioides +/- coadyuvantes.

3º Escalón (mucho dolor): Opioides fuertes +/- No opioides +/- coadyuvantes.

Medios físicos (tratamiento no farmacológico).

- Aplicación de calor o frío.
- Actividad física.
- Inmovilización.
- Técnicas cognoscitivo conductuales.
- Musicoterapia.
- Aromaterapia, etc.

Medios químicos (fármacos).

- No opioides.
- Opioides débiles.
- Opioides fuertes.
- Coadyuvantes.

No opioides.

- AINE (Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y derivados: aspirina, ibuprofeno, diclofenaco, ketorolaco.
- Otros: paracetamol o acetaminofén, metamizol (o dipirona).

Opioides débiles.

Tramadol, codeína, hidrocodona (o dihidrocodeinona, *vicodina*), dihidrocodeína (*dicodin*), oxicodona a dosis bajas, dextropropoxifeno, propoxifeno (*darvon*), y buprenorfina.

Opioides fuertes.

Morfina, hidromorfona, metadona, fentanilo, diamorfina, oxicodona de liberación retardada, heroína, levorfanol.

Fármacos coadyuvantes.

Antidepresivos, anticonvulsionantes o antiepilépticos, neurolépticos, ansiolíticos, esteroides, corticoides, relajantes musculares, calcitonina, antieméticos, antiespásticos y anestésicos locales.

b) Documentación necesaria.

- Escala de valoración del dolor en pacientes pediátricos M-7-0-36 a-b.
- Escala de Dolor para Neonatos COVERS *formato en evaluación.

c) Consentimiento especial.

Carta de consentimiento informado para autorización de procedimientos anestésicos M-2-6-08 a-d.

d) Monitorización.

Pacientes neonatos actualmente en validación (Valorada por 2 Médicos Neonatólogos o Médico Neonatólogo y residente de Neonatología):

- Llanto
- Requerimiento de oxígeno
- Signos vitales
- Expresión
- Descanso
- Señales de peligro

Frecuencia:

- Dentro de las 1era hora de ingreso y posteriormente cada 4 horas.
- Después de cirugía cada hora en las primeras 24 horas y cada 4 horas hasta las 48 horas después de la cirugía.
- Se debe repetir a los 30 minutos después de la intervención (confort, analgesia, etc.).

Pacientes pediátricos:

- Intensidad del dolor
- Localización del dolor
- Duración del dolor
- Tipo de dolor

Frecuencia:

- Al inicio de cada turno.
- Cuando se detecte dolor la valoración se realizará a los 15 minutos posterior a la intervención de Enfermería o a la ministración de medicamentos y posteriormente cada dos horas hasta que el dolor haya disminuido y/o desaparecido.
- En pacientes con intervención quirúrgica y/o invasiva se realizará al recibir al paciente por Enfermería.

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención.

Pacientes neonatos:

- Actualmente en validación y aplicada por Médico Neonatólogo y residentes de Neonatología.
- Pacientes pediátricos:
 - Enfermera.
 - Médico Pediatra.

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado

- No aplica.

Estándar de Referencia

Estándar COP.6 Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

Elementos Medibles de COP.6

1.- A todos los pacientes se les evalúa el dolor desde su evaluación inicial y se reevalúa de acuerdo a la política del establecimiento.

2.- Existe una política que guía el manejo del dolor en toda la organización y que incluye al menos lo siguiente:

- la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
- la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comuniquen de manera efectiva;
- las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera; (Ver PFR.6.4.1).
- los requisitos de control del paciente.
- las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
- la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Referencias Bibliográficas.

Hindawi Publishing Corporation, International Journal of Pediatrics, Volumen 2010, Artículo ID 496719, 5 páginas.

Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas.

Organización Mundial de la Salud. Escalera analgésica de la OMS.

Políticas que guían la atención a víctimas de violencia familiar (Estándar COP.8)

Propósito

Realizar una detección oportuna de pacientes que sufren violencia familiar.

Generalidades:

El Síndrome del Niño Maltratado se define como: Toda agresión u omisión intencional física, sexual, psicológica o negligencia contra una persona de menor edad, en cualquiera etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar; por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.

Detección:

Todo paciente que al ser atendido en los Servicios de Urgencias o de Consulta Externa con sospecha de violencia o maltrato, deberá ser interconsultado por la Clínica del niño maltratado (CAINM), y en el caso de evidencias o maltrato grave, se internará al paciente, mientras se efectúan las investigaciones necesarias e incluso la notificación al Ministerio Público.

Atención:

El Médico Adscrito y/o Médico Residente (CAINM) recibe solicitud de **Formato de interconsulta M-0-05** por sospecha de Síndrome del Niño Maltratado, del área de Urgencias o de cualquier Departamento o Servicio del INP. Si el niño presenta lesiones graves y riesgo alto de re-victimización, se recomienda hospitalización con el fin de alejarlo del agresor por el Servicio tratante y manejo interdisciplinario. Si no existe riesgo, se dará seguimiento por la Consulta Externa de CAINM.

Notificación:

El Médico que solicita la interconsulta a CAINM, realiza la **Notificación Médico Legal M-0-16**. La notificación de lesiones será llenada describiendo exclusivamente el tipo de lesiones, entrevista a los padres o cuidadores y al paciente cuando su edad o estado de salud lo permita, y entrega la notificación a Trabajo Social.

Intervención de CAINM

El Médico de CAINM corrobora que se haya efectuado la **Notificación Médico Legal M-0-16**. (sino se ha realizado, insistir al Médico tratante que lo realice) para hacerlo llegar a la Subdirección de Asuntos Jurídicos del INP para dar el seguimiento legal del menor.

El equipo interdisciplinario de CAINM con los datos obtenidos de la entrevista decide si será atendido en la Clínica.

Diagnóstico interdisciplinario

El Médico: realiza valoración del caso, se realiza la historia clínica, médica-social entrevistando a los padres o persona que lo acompaña y al paciente cuando su edad o estado de salud lo permite. Solicita estudios de laboratorios y gabinete si lo amerita, exploración física y analiza los indicios de maltrato para integrar el diagnóstico médico.

La Trabajadora Social de CAINM: en conjunto con la Trabajadora Social interconsultante realizan la investigación social **Estudio Socio-económico M-4-1-35**, **Estudio Social M-4-1-20** y **Notas subsecuentes M-4-1-17** con los datos recopilados en la entrevista y la visita domiciliaria (evaluación de condiciones de vivienda, comportamiento de la familia, adicciones, datos de violencia, espacio y entorno en el que se desarrolla el paciente), entrevista con fuentes colaterales (familiares cercanos, vecinos, escuelas, guarderías, etc.) para el apoyo del diagnóstico y confirmar la información.

Se identifican los factores de riesgo y protectores de la familia, y realiza visita domiciliaria cuando el paciente no acude a consultas de seguimiento y existe un alto riesgo de violencia en el hogar.

Puede suceder que la P.G.J. informe a través de solicitud escrita a la Trabajadora Social que el paciente queda bajo protección institucional, refiriéndolo a un albergue o que el paciente es integrado con los padres o bien con una red familiar.

La Trabajadora Social del Servicio de CAINM, informa al equipo multidisciplinario la situación legal de paciente para que a su vez lo comuniquen a los responsables del menor. Si el menor no radica en el Distrito Federal, establece contacto con el DIF Estatal y se registra en el expediente clínico.

Evaluación psicológica: se realiza una evaluación al menor y a los padres o cuidadores para conocer el estado de salud mental, identificar indicadores psicológicos de maltrato y factores de riesgo y lo registra en el expediente clínico.

En caso de tratarse de abuso psicológico o abandono emocional del niño, el formato para la notificación de acuerdo a la NOM-046-SSA2-2005, deberá ser llenado y llevado a la Subdirección de Asuntos Jurídicos del INP por el profesional de Psicología, una vez concluida la evaluación interdisciplinaria.

Al paciente se le realizará valoración nutricional: clínica, antropométrica y de alimentación.

Recepción de la notificación del Ministerio Público.

Se recibe ya sea en la Dirección médica o área de Trabajo Social el oficio del Ministerio público con el informe de egreso y a quien será entregado el paciente.

Se hace llegar una copia al Servicio tratante y a CAINM para anexarlo al expediente clínico.

Seguimiento en consulta externa

La Clínica de CAINM brinda la consulta de seguimiento médico, social, psicológico y nutricional al menor y su familia y registra en notas médicas del expediente clínico, además se registra en el **Informe Diario del Médico de CAINM M-1-1-05**.

Se elabora un reporte mensual con el número de intervenciones efectuadas, para su entrega al Departamento de Archivo Clínico.

Estándar de referencia:

Estándar COP .8 Existen políticas y procedimientos que guían la atención de la salud reproductiva.

Elemento medible

7. Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre la atención a víctimas de violencia familiar.

Referencias Bibliográficas

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Título Primero. Capítulo I. De los Derechos Humanos y sus Garantías. Artículo 1o

Artículo 4o. Principio del interés superior del niño.

Convención sobre los Derechos del Niño

Norma oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 contra la violencia familia, sexual y contra las mujeres.

Ley general de víctimas.

Guía. Detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad. México. Secretaria de Salud, 2011.

Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social. 2011

Políticas que guían la atención de los pacientes con obesidad (COP.10)

a) Planeación de la Atención:

Generalidades:

Obesidad: enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por el exceso de grasa corporal y un sin número de complicaciones en todo el organismo. Directamente relacionada con el desarrollo y evolución de enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, hipertensión arterial sistémica y otras más.

En el INP no se realiza cirugía bariátrica.

Detección:

En los casos de pacientes pediátricos se hace la determinación de obesidad por percentiles (peso y talla de acuerdo a edad) y en mayores de 2 años por Índice de Masa Corporal (IMC).

Atención:

En hospitalización y Servicio de urgencias:

El Médico adscrito al detectar un paciente con obesidad solicita interconsulta al Servicio de Clínica de Obesidad para su valoración, quien determina si es necesario manejarlos en el Instituto, para lo cual se indica su atención una vez que es dado de alta y se envía a consulta externa o si se considera que puede referirse a otros niveles para su atención se hacen a través del formato de referencia.

En consulta externa:

Se reciben referencias de otros niveles para su valoración y en su caso aceptación (ver política de admisión de pacientes ambulatorios) o a través del seguimiento de pacientes que fueron valorados durante su hospitalización y se les indicó que acudieran a Consulta Externa para su tratamiento.

Cuando el paciente es admitido en la Clínica de Obesidad:

Se realiza la valoración inicial en los siguientes rubros (Ver formato de evaluación clínica y diagnóstica):

- Ficha de identificación.
- Antecedentes perinatales.
- Antecedentes Personales No patológicos.
- Antecedentes Heredo-Familiares.
- Antecedentes Personales Patológicos.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Además se realiza la exploración física para obtener los siguientes datos:

- Peso.
- Talla.
- IMC.
- Perímetro abdominal.
- Frecuencia Cardíaca.
- Frecuencia Respiratoria.
- Tensión arterial.
- Temperatura.
- Fenotipo.
- Tórax.
- Soplos.
- Arritmias.
- Abdomen.
- Área hepática.
- Extremidades superiores e inferiores.
- Piel.
- Tanner.
- Entre otros.

Otros aspectos que se evalúan para realizar cambios de hábitos y el apoyo por parte de la familia para continuar con un estilo de vida saludable son:

- Decisión.
- Disposición.
- Disciplina.
- Disfrutar.
- Dependier.

Por último se indican estudios de laboratorio (para la obtención de valores para la evaluación bioquímica) y gabinete (USG hepático, Tele de Tórax y Rx extremidades)

Al término de la valoración y la obtención de un diagnóstico, el Médico determina el tratamiento a seguir y se proporciona información verbal y por escrito de las recomendaciones generales entre las cuales se encuentran:

- Masticar correctamente los alimentos de 30 a 40 veces por bocado.
- Comer sentado sin distracciones (sin videojuegos, televisión, celular), sin estrés.
- Realizar 4 comidas al día en pequeñas cantidades (Desayuno, Colación, Comida y Cena).
- Planear la preparación de alimentos con anticipación.

- Utilizar platos, cubiertos y vasos pequeños.
- No repetir porciones.
- Comprar los alimentos por porciones.
- Evitar consumo de comida rápida.
- Ingerir 2 Lts. de agua natural al día.
- Realizar mínimo 30 min de ejercicio diario 5 veces a la semana.

Además se emiten:

- Las recomendaciones para comer fuera de casa.
- Los alimentos desaconsejados
- El programa Fitt de actividad Física (dividida en tres fases para que sea gradual y evitar lesiones físicas).
- Se proporciona una hoja con las equivalencias de los diferentes grupos de alimentos, para que el paciente pueda utilizar como guía, ya que el plan de alimentación se indica con base a la distribución de equivalentes por tiempo de comida.

Seguimiento:

De acuerdo al tratamiento indicado y necesidad de valoraciones de cambios de hábitos, se establece la periodicidad de las consultas subsecuentes.

b) Documentación necesaria

Solicitud de Interconsulta M-0-05.

Nota de Evolución M-0-03 a-b.

c) Consentimiento especial

Para la clínica de obesidad en adolescentes se obtiene Consentimiento informado, Factores de apego a un programa de tratamiento de obesidad para adolescentes.

d) Monitorización

Dependiendo la patología que originó la obesidad se planifican las citas de seguimiento.

Los puntos abordar en la monitorización durante las consultas de seguimiento son:

- Alimentación (Si está siguiendo el plan indicado).
- La actividad física (si realiza la actividad física diaria y por cuanto tiempo).

- Los valores de:
 - AntiHTA.
 - Vit. D.
 - CLA/LEUC.
 - OME 3.
- Peso
- Talla
- IMC
- Perímetro cintura
- Índice cardiotorácico
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Tensión Arterial

e) Competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención

Médico Pediatra.
Médico Pediatra Internista
Médico Pediatra Endocrinólogo
Médico Pediátrico con Maestría en Ciencias
Psicólogo
Pasantes de Nutrición

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado

Báscula
Estadímetro
Cinta métrica

Estándar de referencia:

Estándar COP.10. Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Elemento medible

Existen políticas y procedimientos que guían el tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con sobrepeso y obesidad.

Referencias Bibliográficas.

Guía Vida saludable del INP

Anexos Formatos COP

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Nota de Evolución	M-0-03 a-b
2	Formato de Recepción e Integración del Carro de Paro.	
3	Hoja de Cuidados Intensivos	M-5-1-05 a-b
4	Control de Sangre	M-3-0-21
5	Solicitud de Productos Sanguíneos y Hemoderivados	M-3-4-08 a-b
6	Hoja de Registro de Transfusiones de Sangre y/o Componentes	M-2-0-11 a-b
7	Consentimiento Informado para Autorización de Transfusión de Sangre Alogénica	M-3-4-16-a-c
8	Listado de Padecimientos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica	
9	Solicitud de Interconsulta	M-0-05
10	Receta Médica	M-0-23
11	Hoja de Control de Hemodiálisis	M-1-4-06 a-b
12	Protocolo de Ingreso a Hemodiálisis	M-1-4-05
13	Información General de Hemodiálisis	M-1-4-04
14	Carta de Consentimiento Bajo Información General	M-0-30-a-b
15	Consentimiento Informado para autorización de Hemodiálisis	M-1-4-11a-d
16	Hoja de la Enfermería para Paciente Quirúrgico	M-2-0-10 a-b
17	Hoja de Diálisis Peritoneal	M-7-0-15
18	Consentimiento Informado para autorización de Diálisis Peritoneal	M-1-4-08 a-d
19	Órdenes médicas	M-0-25 a-b
20	Hoja de Información Clínica de Enfermería	M-0-1-04-a-b
21	Valoración de Riesgo de Caída	M-7-0-37 a-b

No.	Nombre del Formato	Clave
22	Escala de Valoración del Dolor en Pacientes Pediátricos	M-7-0-36 a-c
23	Escala de Dolor para Neonatos *formato en evaluación	
24	Solicitud y aplicación de medicamentos en la Unidad de AQUA	M-7-0-21 a-b
25	Consentimiento Informado para Autorización de inicio de Tratamiento con Quimioterapia para Pacientes Oncológicos	M-6-0-26 a-c
26	Solicitud de aplicación de Medicamentos en la Unidad de Clínica de Dolor	M-7-0-22
27	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Procedimientos Anestésicos	M-2-6-08 a-d
28	Índice Quirúrgico	M-2-0-07.
29	Formato de Registro de Procedimientos	M-6-0-08
30	Notificación Médico Legal	M-0-16
31	Informe Diario del Médico de CAINM	M-1-1-05

Título: Implementación de formatos estandarizados para el proceso de entrega-recepción de los equipos de carro de paro en los diferentes áreas de atención médica.

Responsables del Diseño, Desarrollo e Implementación.

M.G.S. María Gloria García Mendoza, Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería.
E.P. Esperanza Solórzano Ruiz, Adscrita a la Farmacia Hospitalaria.

Objetivo General.

Estandarizar la integración, el contenido y el equipamiento de los carros de paro en este Instituto, para así contribuir a mantenerlos funcionales y con el abasto suficiente de medicamentos, insumos y materiales para la atención oportuna y eficaz de la parada cardio-respiratoria o de cualquier otra emergencia médica que pudiera comprometer la vida del paciente pediátrico.

Objetivos Específicos

- Implementar las listas estandarizadas que de medicamentos, soluciones, material de curación y equipo, que deberán integrar los carros de paro de las áreas críticas, áreas de hospitalización, áreas de dx. y tx y Unidades quirúrgicas.
- Unificar los criterios entre los profesionales de enfermería responsables del proceso la recepción - entrega de los equipos de carro de paro y monitores desfibriladores.

Avangarden Sur No. 7890-C, Cód. Postal 04510, Delegación Coyacacán, C.P. 06702, México, D.F.
Tel. 52 (55) 5554-0234 Fax: 5255 5554-0234 www.inp.mx

Áreas de aplicación

Áreas de atención médica hospitalaria, ambulatoria, quirúrgica, de tx y diagnóstico, banco de sangre y consulta externa.

FORMATO PARA LA RECEPCIÓN E INTEGRACIÓN DEL CARRO DE PARO

Carro de paro con no. inventario: _____

Área o Servicio: _____

1. EQUIPO Y DOCUMENTOS			FECHA											
			/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	STOCK												
Carro de paro (limpio, completo y funcional)	Unidad	1												
Monitor desfibrilador (Completo, funcional y conectado a corriente eléctrica)	Unidad	1												
Juego de paletas (pediátricas y de adulto)	Unidad	1 juego c/u												
Juego de parchas	Unidad	1												
Tanque De Oxígeno tipo E, con Flujómetro, Manómetro Y Humificador (Lleno)	Unidad	1												
Tabla para reanimación	Unidad	1												
Jalea conductora	Tubo	1												
Gel antibacterial	Frasco	1												
Algoritmo para la reanimación cardiopulmonar básica pediátrica para el personal de salud	Unidad	1												
Algoritmo para la reanimación neonatal	Unidad	1												
Algoritmo de paro cardiaco sin pulso	Unidad	1												
Algoritmo de bradicardia en pediatría con pulso y pobre perfusión	Unidad	1												
Algoritmo de taquicardia en pediatría con pulso y pobre perfusión	Unidad	1												
Guía para la preparación de medicamentos	Unidad	1												
2. EQUIPO PARA EXPLORACIÓN Y AUSCULTACIÓN														
Lámpara de mano funcional (con pilas de repuesto)	Pieza	1												
Pinza de Magill	Pieza	1												

3. EQUIPO Y MATERIAL PARA LA VÍA AEREA			FECHA											
DESCRIPCION	PRESENTACION	STOCK	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Mango de laringoscopio (limpio y funcional)	Pieza	1												
Pilas de repuesto para mango de laringoscopio	Juego	1 jgo.												
Focos de repuesto para hoja de laringoscopio	Juego	1 jgo.												
Hoja de laringoscopio recta no. 0-00	Pieza	1 C/U												
Hoja de laringoscopio recta no. 1	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio recta no. 2	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio recta no. 3	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio recta no. 4	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio curva no. 1	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio curva no. 2	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio curva no. 3	Pieza	1												
Hoja de laringoscopio curva no. 4	Pieza	1												
Estilote para intubación de vía aérea difícil no. 12 y 14	Pieza	1 c/u	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Bolsa válvula Neonatal con reservorio y extensión, estéril	Pieza	1												
Bolsa válvula Pediátrica con reservorio y extensión, estéril	Pieza	1												
Bolsa válvula Adulto con reservorio y extensión, estéril	Pieza	1												
Mascarilla facial neonatal	Pieza	1												
Mascarilla facial para lactante	Pieza	1												
Mascarilla facial para escolar	Pieza	1												
Mascarilla facial para adulto	Pieza	1												
Cánula oro faríngeas de Guedel Neonatal (0-1)	Pieza	1 c/u												
Cánula oro faríngeas de Guedel Pediátrica (2-3)	Pieza	1 c/u												
Cánula oro faríngeas de Guedel Adulto (4)	Pieza	2												
Tubo endotraqueal con marca indeleble sin globo 2.5,3.0,3.5,4.0,4.5,5.0,5.5, 6.0,6.5,7.0, 7.5,8.0	Pieza	3 c/u												
Tubo endotraqueal con marca indeleble con globo 3.0,3.5,4.0,4.5,5.0,5.5,6.0,6.5,7.0,7.5, 8.0,8.5,9.0	Pieza	3 c/u												
Sonda para aspiración de secreciones 8,10,	Pieza	3 c/u												

12,14,16 frs.														
Sonda de alimentación 5 y 8 fr.	Pieza	3 c/u												
Sonda oro-naso-gástrica Levin 12,14,16 fr	Pieza	2 c/u												
Conector tipo SIMS delgado, transparente y estéril.	Pieza	3												
Gasas estériles	Paq. con 2 pzas. c/u	5 paq.												
Cubrebocas	Pieza	3												
Cubrebocas con visor	Pieza	3												
Guantes ambidiestros, desechables y estériles	Pieza	10												
Gafas protectoras (goggles)	Pieza	2												
Bata desechable	Pieza	2												
Campo estéril	Pieza	2												
Tela autoadherible o micropore	Pieza	1												
Tela adhesiva	Pieza	1												
Tela autoadhesiva (Tensoplast)	Pieza	1												
Electrodos pediátricos y adulto	Pieza	6												
Jalea lubricante	Pieza	1												

4. MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES			FECHA											
DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	STOCK	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Adrenalina 1mg/1ml	Ampula, sol. iny.	20												
Adenosina 6 mg/2 ml	Fco. Ampula, sol. iny.	2												
Atropina 1 mg/1ml	Ampula sol. iny.	5												
Amiodarona 150 mg/3ml	Ampula sol. iny.	3												
Bicarbonato de Sodio al 7.5 %	Ampula sol. iny.	10												
Bromuro de vecuronio 4mg /1 ml	Ampula sol. iny.	5												
Diazepam 10 mg/ 2ml	Ampula sol. iny.	2												
Gluconato de calcio - 1 gr/10 ml	Ampula sol. iny.	10												
Hidrocortisona - 100 mg/ 2 ml	Ampula sol. iny.	3												
Metilprednisolona - 500 mg/8 ml	Ampula sol. iny.	2												
Midazolam 15mg/3 ml	Ampula sol. iny.	5												
Naloxona 0.4 mg/ ml	Fco. Ampula, sol. iny.	2												
Lidocaina simple al 2 %, 20 mg/ 1 ml.	Fco. Ampula, sol. iny.	1												
Lidocaina Spray, envase con 115 ml, 10	Fco. Con dosificador	1												

Instituto Nacional de Pediatría, Unidad de Soporte Nutricional, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, D.F.
Tel: 52 (55) 5661-0911 Ext. 1273, www.inpediatria.gob.mx - 2014

grs. /100 ml.															
Sulfato de Magnesio amp. Iv 1gr/ 10 ml	Ampulá sol. lry.	10													
Sol. Glucosada Al 50 % / 100 ml	Fco. Ampula, sol. lry.	2													
Agua inyectable 10 ml	Ampula sol.lry.	10													
Agua inyectable, 500 ml	Frasco ampula	1													
Sol. salina 0.9 % 500 ml	Frasco ampula	1													
Sol.Hartman 500 ml	Frasco	1													
Almidón al 6 % 500 ml	Frasco	1													
Manitol al 20 %/250 ml	Fco. Ampula, sol. lry.	1													
Etiquetas adheribles	Pieza	15													

5. MATERIAL PARA ACCESO VASCULAR			FECHA												
DESCRIPCION	PRESENTACION	STOCK	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Aguja interósea de 14 a 18 G	Pieza	1 c/u													
Catéter venoso central 4.0 y 5.5 fr, 2.03 lumen	Pieza	1 c/u													
Catéter venoso periférico 20,22 y 24 G	Pieza	3 c/u													
Jeringa 5 ml	Unidad	5													
Jeringa 10 ml	Unidad	10													
Jeringa 20 ml	Unidad	5													
Agujas Hipodérmicas	Unidad	10													
Llave de tres vías con y sin extensión	Pieza	2 c/u													
Equipo estándar para venocisis macro y microgotero	Pieza	2 c/u													
Guantes para cirujano (7.0, 7.5 y 8.0)	Cartera con par	1 c/u													
Equipo para drenaje pulmonar	Pieza	1													
RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN E INTEGRACIÓN.	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA														

CONTROL DEL PROCESO ENTREGA – RECEPCIÓN DEL CARRO DE PARO

Servicio: _____

DÍA	FECHA	TURNO	OBSERVACIÓN	NO. CANDADO	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
Lunes	/ /	Primero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Martes	/ /	Segundo	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Miércoles	/ /	Tercero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Jueves	/ /	Primero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Viernes	/ /	Segundo	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Sábado	/ /	Tercero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Domingo	/ /	Primero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Lunes	/ /	Primero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Martes	/ /	Segundo	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Miércoles	/ /	Tercero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Jueves	/ /	Primero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Viernes	/ /	Segundo	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Sábado	/ /	Tercero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		
Domingo	/ /	Primero	<input type="checkbox"/> ABIERTO <input type="checkbox"/> CERRADO		



REPORTE DE INSUMOS UTILIZADOS

(Medicamentos, Soluciones, Dispositivos médicos y material de curación)

Servicio: _____

FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	REGISTRO	CAMA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD UTILIZADA	TURNO			RESPONSABLE NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
						1ER	2DO	3ER	
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									

Emergentes Sur No. 3709-4, Cal. Insurgentes Universidad, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 04510, México D.F.
Tel. 52 (55) 1364-0910 - Ext. 1275, www.pediatria.gob.mx - 2014

GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y/O EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	VELOCIDAD DE INFUSIÓN	SOL. COMPATIBLE	CANTIDAD EN ML.	CONCENTRACIÓN	PRECAUCIONES
Adrenalina	Ampula sol. inyectable 1 mg /1 ml (1:1000)	Intravenosa Intraósea	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salina 0.9 % 2. Sol. Glucosado 5%	Llevar a 10 ml con la solución.	1ml = 100 mcg.	* Proteger de la luz y aire. * No utilizar si se observa color marrón, o un precipitado. * Una vez diluida permanece estable por 24 hrs. en refrigeración o temperatura ambiente
Adenosina	Frasco ampula sol. inyectable 300 mcg/1 ml	Intravenosa Intraósea	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salina 0.9 % 2. Sol. Glucosado 5%	Puede utilizarse sin diluir.		Mantener a temperatura ambiente. No refrigerar ya que de lograr a la formación de cristales que se disuelven una vez que la solución adquiere la temperatura ambiente. Después de una dosis de adenosina se recomienda lavar la línea con unos 5 ml. de SSF. Desectar el sobrenadante.
Atropina	Ampula sol. inyectable 1mg/1ml (0000 mcg)	Intravenosa Intraósea	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salina 0.9 % 2. Sol. Glucosado 5% y 10%	Se recomienda NO diluir	1ml = 1000 mcg.	La administración lenta puede producir bradicardia. Proteger de la luz, no congelar, conservar entre 15-30°C.
Atropina	Ampula sol. inyectable 1mg/1ml	Endotraqueal		Agua inyectable (mejora la obtención)	Adicionar 3-5 ml		Estable 22 horas. A temperatura ambiente Después de cada administración se recomienda lavar con 1-5 ml de SSF o Agua dependiendo del tamaño del paciente.
Bicarbonato de Sodio	Ampula sol. inyectable al 7.5 % con 10 ml	Intravenosa	Inmediata (Bolo)	1. Agua inyectable 2. Sol. Gluc. al 5 %	Llevar a 20 ml	375mg/ml = 4.45mEq/ml	Mantener en refrigeración de 2 a 8 ° C 1 mEq de Bicarbonato de sodio=84mg 1g de Bicarbonato de sodio=12 mEq de iones Na ⁺ y bicarbonato.
Bromuro de potasio	Frasco ampula sol. inyectable 4mg/1ml	Intravenosa	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salina 0.9 % 2. Sol. Glucosado 5% y 10% 3. Sol. Mista	Llevar a 6 ml* Llevar a 2 ml	1 ml = 500 mcg. 2mg/ml = 2000 mcg/ml	Almacenar las vialas intactas entre 20 -25°C, proteger de la luz. Estable por 5 días a temperatura ambiente o en refrigeración cuando se necesitan horas.
Diazepam	Ampula inyectable 10 mg/2ml	Intravenosa	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salina 0.9 %	Llevar a 10 ml	1ml = 1 mg	La administración rápida puede causar depresión respiratoria o hipotensión. Si se administra en bolo a infantes y niños no exceder 1-2 mg/minuto
Cloruro de Calcio	Ampula sol. inyectable 1g/10 ml	Intravenosa	Inmediata (Bolo) Infusión continua	1. Sol. Glucosado 5 % 2. Sol. Salina 0.9 %	Llevar a 20 ml*	1 ml = 500 mg	Si el vial intacto presenta cristales, se recomienda colocarlo en baño de agua entre 80°- 80° C durante 15 a 30 minutos (o hasta que la solución sea clara).

			10-20 segundos				
Neirosartano	Frasco ampola sol. Inyectable 100 mg/2 ml.	Intravenosa I.M.	Inmediata (Bolo) Infusión continua	1. Sol. Cloruro 5 % 2. Sol. Salino 0.9 %	Reconstituir con el diluyente (Agua inyectable 2ml)	1ml = 50 mg	Administrar en al menos 30 segundos. La solución reconstituida permanece estable por 72 horas a temperatura ambiente o en refrigeración. Proteger de la luz.
Melipredonilo	Frasco ampola sol. Inyectable 500 mg/5 ml.	Intravenosa I.M.	Inmediata (Bolo: 2-5 minutos) Infusión Continua	1. Sol. Cloruro 5 % 2. Sol. Salino 0.9 % 3. Sol. Agua	Llevar a 40 ml*	1ml = 50 mg (máximo 25 mg/ml)	Reconstituir con el diluyente suministrado. Conservar a temperatura ambiente. Utilizar dentro de las 48 horas posteriores. La solución diluida permanece estable por 48 horas a temperatura ambiente o en refrigeración. No administrar grandes dosis en bolo ya que se puede presentar: hipotensión, arritmias, muerte súbita.
Milazolan	Ampula sol. Inyectable 15mg/3ml.	Intravenosa	Inmediata (Bolo: 2-5 minutos) Infusión continua	1. Sol. Cloruro 5 % 2. Sol. Salino 0.9 % 3. Sol. Agua	Llevar a 15 ml (máximo 30 ml, 0.5 mg/ml)	1 ml = 1 mg	Proteger de la luz. Estable a una concentración de 0.5 mg/ml por 24 horas en glucosa al 5% o solución salina y por 48 horas en Ringier Lactato.
Milozina	Ampula de 0.4 mg/ml.	Intravenosa I.M.	Inmediata/Bolo: 30 segundos, sin diluir Infusión continua e intermitente	1. Sol. Salino 0.9 %	Llevar a 10 ml (Bolo con dilución)	0.04mg/ml	La solución con 4 mg/ml permanece estable por 24 horas a temperatura ambiente. Proteger de la luz. No mezclar con soluciones alcalinas (bicarbonato).
Lidocaina	Sol. Inyectable al 2% 20 mg/1 ml.	Intravenosa	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salino 0.9 %	Puede usarse sin diluir.	20mg/ml	Estable 14 días a temperatura ambiente. No exceder 0.7mg/minuto o 50 mg/minuto
Lidocaina	Solución Spray con desinfectante. empaque con 15 ml, 15 jets /150 ml.	Endotraqueal	Inmediata (Bolo)	1. Sol. Salino 0.9 %			Llevar con 5 ml de Sol. Salino después de cada administración.

Instituto No. 3700-C, Cal. Insurgentes Cuatrimo, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500 México DF.
Tel. 52 (55) 7044-6900 Fax: 5273 www.pediatria.gob.mx - Mayo 2014

Sulfato de Magnesio	de Ampolla sol. Inyectable 1 gr/ml	Intravenosa Intracoelómica	Inyección continua e intermitente Inyección (Bolo)	1. Sol. Buzcanda 5 % 2. Sol. Salina 0.9 %	Llevar a 20 ml	0.5mg/ml 50 mg/ml	1g de sulfato de magnesio=39.6 mg de magnesio elemental=0.02 mEq de magnesio.
---------------------	------------------------------------	-------------------------------	---	--	----------------	----------------------	---

*Reconstituir primero y después llevar a la dilución requerida.

RESPONSABLES:

L.F. Miguel Hernández Salas, Adscrito a Farmacia Hospitalaria
M.E.S. María Gloria García Mendoza, Subjefe en Educación e Investigación en Ent.
E.P. Esperanza Salazarano Ruiz, Adscrita a Farmacia Hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Pediatric Advanced Life Support. American Heart Association
2. Lawrence A. Trissel, 2012. Hand Book on Injectable Drugs, 17 th Edición, American Society of Health-System Pharmacists.
3. Taketomo, Hodding, Krauss, 2012-2014. Pediatric & Neonatal Dosage Handbook, 20th edición, American Pharmacist Association.

B=BALANCE
D=DURESS
X/q, q/m
E=EVACUACION
X/q, q/m

RESPIRADOR
P= PRESION
AF= ALTA FRECUENCIA
VS= VENTILACION SOPORTE
V= VOLUMEN

VIA AEREA
N= NORMAL
T= TRACHEOSTOMIA
CC= CAMPAÑA CEFÁLICA
OT= OTOTRÓFICO

TIPO DE VENTILACION
E= ESPONTANEA
CPAP= PRESION POSITIVA CONTINUA
IMV= MANDATORIA INTERMITENTE
A= ASISTIDA

C= CONTROLADA
CR= CONTROLADA CON RELAJACION MUSCULAR
PS= PRESION DE SOPORTE
BIPAP= PRESION POSITIVA DE LA VIA AEREA DE DOS NIVELES

D	PERIODO		DURESS GASTRO				EVACUACIONES			DURESS					SINUSITIS	RESERVOIRIOS MEDICOS	ASISTENCIA VENTILACION						GABINETE					LABORATORIO					
	TITULO	PER. AL.	VM	SAC	ESFOLA	TIPO	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR			FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
21																																	
22																																	
23																																	
24																																	
25																																	
26																																	
27																																	
28																																	
29																																	
30																																	
31																																	
32																																	
33																																	
34																																	
35																																	
36																																	
37																																	
38																																	
39																																	
40																																	



Instituto Nacional de Pediatría

Av. Insurgentes Sur No. 3700-C, C.P. 04530, México D.F.
Tel.: 56-06-00-02, ext. 307, Directo 56-06-63-56.

"CONTROL DE SANGRE O FRACCION EN UNIDAD DE SERVICIO"

FECHA: _____ **DIAGNOSTICO:** _____

PARA UTILIZARSE EN:		VERIFICO DATOS DEL PACIENTE Y DEL PRODUCTO A TRANSFUNDIR	
Nombre del Paciente	Registro	Nombre y firma	
Cama	Servicio	NO SE UTILIZO, CAUSAS:	
TIPO SANGUINEO:		Vo. Bo. MEDICO	

PRODUCTOS A TRANSFUNDIR:

PROD.	REGISTRO	GPO.	PROD.	REGISTRO	GPO.	PROD.	REGISTRO	GPO.

NOMBRE DE QUIEN CRUZA EL PRODUCTO: _____

I M P O R T A N T E :

DEVUÉLVASE AL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD

- En caso de reacción transfuncional: Si es grado III o IV:
- Suspenda la Transfusión: rectifique la identidad de la bolsa del paciente.
 - Califique la reacción según:
 - Grado I (Urticaria)
 - Grado II (Fiebre)
 - Grado III (Escalofrío)
 - Grado IV (Dolor lumbar, angustia, otros)
 - Tome las muestras de sangre del paciente: una en tubo para citología hemática, (con anticoagulante EDTA) y otra en un tubo sin anticoagulante.
 - Envíe de inmediato la bolsa y las muestras de sangre al Servicio de Transfusión del Hospital.
- Duración de la Transfusión: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA	FIRMA DEL MEDICO		
Señale con una cruz el tipo de reacción. Si esta fue grado IV detalle los síntomas y, si se conoce la causa. En caso de reacción III o IV, avise inmediatamente al banco.			
	TRANSFUSION INICIAL	TRANSFUSION FINAL	
FECHA Y HORA TEMPERATURA F.C.			

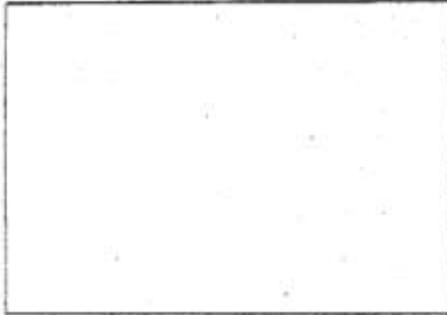
M-3-0-21

ADRESOGRAFO	Instituto Nacional de Pediatría DIRECCION MEDICA SUBDIRECCION SADYTRA BANCO DE SANGRE Av. Insurgentes Sur No. 3700- C, C.P. 04530, México DF. Tel.: 10 84 09 00 Ext. 1307, Directo 10 84 09 27 "SOLICITUD DE PRODUCTOS SANGUINEOS Y HEMODERIVADOS"																																	
FECHA	FECHA Y HORA EN QUE SE SOLICITA EL SERVICIO	RECIBIO: NOMBRE, CLAVE, HORA																																
SERVICIO SOLICITANTE	CAMA	FECHA DE ULTIMA TRANSFUSION:																																
DIAGNOSTICO CLINICO	PESO DEL PACIENTE	MEDICO QUE INDICA LA TRANSFUSION:																																
CLAVE CONCENTRADO ERITROCITARIO (250-300 ml por Unidad/ Hbr: 50-60%) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CE</th> <th>CANTIDAD SOLICITADA (ml)</th> <th>Unidades</th> <th>Form. Frac.</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800006</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>DATOS CLINICOS DEL PACIENTE:</p> HEMOGLOBINA (mg/dl) _____ HEMATOCRITO (%) _____ INDICACION: ANEMIA _____ SANGRADO _____ CIRUGIA _____ URGENTE PROGRAMADA OTROS _____ ESPECIFIQUE: _____	CE	CANTIDAD SOLICITADA (ml)	Unidades	Form. Frac.	800006				CLAVE CONCENTRADO PLAQUETARIO (50 ml por Unidad / 2.5x10¹⁰ plaquetas/ unidad) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CP</th> <th>CANTIDAD SOLICITADA (ml)</th> <th>Unidades</th> <th>Form. Frac.</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800007</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>AFE AFERESIS DE PLAQUETAS (>20ml / >2.0 X 10¹⁰ plaquetas/ unidad) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>AFE</th> <th>CANTIDAD SOLICITADA (ml)</th> <th>Unidades</th> <th>Form. Frac.</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800019</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>DATOS CLINICOS DEL PACIENTE:</p> PLAQUETAS (mm³) _____ INDICACION: SANGRADO: _____ SITIOS _____ PROFILAXIS _____ ALTERACION PLAQUETARIA _____ OTROS _____ ESPECIFIQUE: _____ </p>	CP	CANTIDAD SOLICITADA (ml)	Unidades	Form. Frac.	800007				AFE	CANTIDAD SOLICITADA (ml)	Unidades	Form. Frac.	800019				CLAVE PLASMA FRESCO CONGELADO (150-180 ml por Unidad) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>PF</th> <th>CANTIDAD SOLICITADA</th> <th>Millilitros</th> <th>Form. Frac.</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8000209</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>TIEMPO DE PROTROMBINA: _____ SEG _____ % TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA: _____ SEG _____ %</p> <p>INDICACION: SANGRADO: _____ SITIO _____ OTROS _____ ESPECIFIQUE: _____</p>	PF	CANTIDAD SOLICITADA	Millilitros	Form. Frac.	8000209			
CE	CANTIDAD SOLICITADA (ml)	Unidades	Form. Frac.																															
800006																																		
CP	CANTIDAD SOLICITADA (ml)	Unidades	Form. Frac.																															
800007																																		
AFE	CANTIDAD SOLICITADA (ml)	Unidades	Form. Frac.																															
800019																																		
PF	CANTIDAD SOLICITADA	Millilitros	Form. Frac.																															
8000209																																		
CLAVE CRIOPRECIPITADOS (C/UNIDAD CONTIENE 10 ML Y +100 UI de FVIII) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CR</th> <th>CANTIDAD EN UNIDADES</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800009</td> <td></td> </tr> </table> <p>DATOS CLINICOS DEL PACIENTE:</p> FIBROGENO _____ mg/dl TP _____ seg _____ % T Tp _____ seg INDICACION: SANGRADO: _____ SITIOS _____ AM OTROS _____ ESPECIFIQUE: _____	CR	CANTIDAD EN UNIDADES	800009		CLAVE FACTOR VIII (Fco. 250 UI) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>VIII</th> <th>UNIDADES</th> <th># FRASCOS</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800027</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>DATOS CLINICOS DEL PACIENTE:</p> NIVEL DE FACTOR _____ % INDICACION: Terapéutico: _____ Profiláctico _____ Sitio de Sangrado _____	VIII	UNIDADES	# FRASCOS	800027			CLAVE FACTOR IX (Fco. 600 UI) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>IX</th> <th>UNIDADES</th> <th># FRASCOS</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800028</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>DATOS CLINICOS DEL PACIENTE:</p> NIVEL DE FACTOR _____ % INDICACION: _____	IX	UNIDADES	# FRASCOS	800028			CLAVE ALBUMINA al 20% -25% <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>ALB</th> <th>cantidad en frascos</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800034</td> <td></td> </tr> </table> <p>DATOS CLINICOS DEL PACIENTE:</p> NIVEL DE ALBUMINA: _____ mg. / dl INDICACION: _____	ALB	cantidad en frascos	800034												
CR	CANTIDAD EN UNIDADES																																	
800009																																		
VIII	UNIDADES	# FRASCOS																																
800027																																		
IX	UNIDADES	# FRASCOS																																
800028																																		
ALB	cantidad en frascos																																	
800034																																		
SANGRE TOTAL RECONSTITUIDA <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>PF</th> <th>CE ml</th> <th>PF ml</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8000209</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">800006</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PF	CE ml	PF ml	TOTAL	8000209				800006				800053 CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CANTIDAD EN UNIDADES</th> </tr> <tr> <td>MÉDULA ÓSEA</td> </tr> <tr> <td>UNIDAD DE CORDÓN UMBILICAL</td> </tr> <tr> <td>SANGRE PERIFERICA</td> </tr> </table>	CANTIDAD EN UNIDADES	MÉDULA ÓSEA	UNIDAD DE CORDÓN UMBILICAL	SANGRE PERIFERICA	VALORACIÓN DEL MEDICO DE BANCO DE SANGRE <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; height: 100px;"></td> <td style="width:50%; height: 100px;"></td> </tr> </table>																
PF	CE ml	PF ml	TOTAL																															
8000209																																		
800006																																		
CANTIDAD EN UNIDADES																																		
MÉDULA ÓSEA																																		
UNIDAD DE CORDÓN UMBILICAL																																		
SANGRE PERIFERICA																																		
BT: _____ BD: _____ Bt: _____ INDICACION Exanguineotransfusión: _____ Bomba Extracorpórea _____ Otro: _____	NOMBRE, FIRMA Y CLAVE MEDICO ADSCRITO	NOMBRE, FIRMA Y CLAVE MEDICO RESIDENTE	NOMBRE, FIRMA Y CLAVE																															
Rev. 1			M-3-4-08 a																															

GRUPO SANGUINEO											INTERPRETACION	
SISTEMA Rh					SABO : PRUEBA DIRECTA							
	ANTI-D	CONTROL	FENOTIPO				ANTI-A	ANTI-B	ANTI-AB		AUTO-T	SUBGRUPO
Sr			C	c	E	e	Sr					Lectina A1
S/37°C							S/37°C					
S/C							SABO : PRUEBA INVERSA					
CAGH			C	c	E	e	S/37°C	Gr. A1	Gr. A2	Gr. B	Gr. O	Lectina H
GEL							Sr					

IMAGEN DE PRUEBAS CRUZADAS																		
REGISTRO	PRODUCTO	GPO/Rh	VOL (ml)	FEXT	F-CAD-	DISPONENTE	PRUEBA EN TUBO MAYOR			PRUEBA EN TUBO MENOR			CAGH		GEL		COMPATIBLE	
							Sr	S/37°C	S/C	Sr	S/37°C	S/C	D	R	D	R	SI	NO

<p>Rev. 1</p> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">SUPERVISO</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="font-size: 0.8em;">Nombre Clave Firma</p>	<p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">REALIZO PRUEBAS</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="font-size: 0.8em;">Nombre Clave Firma</p>
--	--



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA

HOJA DE REGISTRO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y/O COMPONENTES

DIAGNÓSTICO: _____

GPO Y RH: _____

OBSERVACIONES: _____

Fecha de la Transfusión	Tipo de unidad	No. de Unidad	Hora de Inicio	Signos Vitales			Hora de término	Volumen transf.	Nombre y firma de quien aplicó la transfusión	Estado general del paciente y observaciones
				TA	F.C.	Temp.				
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							

M-24-11a

Fecha de la Transfusión	Tipo de unidad	No. de Unidad	Hora de Inicio	Signos Vitales			Hora de término	Volumen transf.	Nombre y firma de quien aplicó la transfusión	Estado general del paciente y observaciones
				T.A	F.C.	Temp.				
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							
			Antes							
			Durante							
			Después							

RECOMENDACIONES:

1. Antes de cada transfusión deberá verificarse la identidad del receptor, así como que la unidad sea destinada para ese paciente.
2. No deberá agregarse a la unidad ningún medicamento para usos i.v., con excepción de solución salina (cloruro de sodio) al 0.9 %
3. La transfusión de cada unidad no deberá exceder 4 horas.
4. El servicio clínico deberá mantener la unidad en temperatura y condiciones adecuadas que aseguren su viabilidad y calidad.
5. En caso de presentarse una reacción transfusional inmediata de importancia clínica, suspender la transfusión, comunicarlo al médico encargado inmediatamente y a la brevedad, hacer el reporte al banco de sangre, siguiendo las instrucciones señaladas en el formato o etiqueta anexo a la unidad.
6. Los filtros deberán cambiarse cada 6 horas o cuando se hubiesen transfundido 4 unidades de concentrado de eritrocitos, plasmas o crioprecipitados.
7. En caso de no transfundir la unidad, regresaría al banco de sangre antes de que transcurran 2 horas a partir de su egreso.

M-20-11 b

ADESÓGRAFO	
NOMBRE (SI DEL PACIENTE)	

REGISTRO	EDAD
_____	_____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES
DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE TRANSFUSIÓN
DE SANGRE ALOGÉNICA**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____ con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada _____, sea sometido a "Transfusión con sangre alogénica".

Se ha hecho de mi conocimiento mi paciente necesita o es posible que necesite transfusiones de productos sanguíneos y me ha explicado los riesgos que pueden producirse en caso de no recibir este tratamiento. Se me explicó que el procedimiento de transfusión consiste en la aplicación de sangre estudiada y negativa para agentes infectantes de las siguientes enfermedades: Sífilis, Chagas, VIH, VHC, Brucella. Sin embargo existe un riesgo, este es muy bajo (inferior a 1 por cada 95.000 transfusiones), pero no nulo, de contraer infecciones por los virus de la hepatitis C, hepatitis B, inmunodeficiencia humana (SIDA) u otros menos frecuentes a través de la transfusión. Se me explicó que todos los productos que se utilizan en el Instituto Nacional de Pediatría para este procedimiento, están leucorreducidos para disminuir el riesgo de transmisión de virus (Citomegalovirus), la aloinmunización y reacciones febriles asociadas al acto transfusional y todas las plaquetas están radiadas.

La sangre que se utiliza, para almacenarse requiere de ser mezclada con un anticoagulante, y que para aplicarse deberá de usarse un filtro de transfusión.

Para que la transfusión se lleve a cabo, a mi paciente se le realizarán previamente: Toma de muestra de sangre para realizar análisis y determinar su grupo sanguíneo ABO y RH, pruebas de compatibilidad sanguínea y todas las pruebas que se consideren necesarias para evitar o disminuir posibles complicaciones inmunohematológicas como consecuencia de transfusiones previas.

Se me explicó además que existen efectos adversos asociados a la transfusión como son : Reacciones alérgicas (inmediatas o tardías), debido al efecto de determinados componentes (proteínas) del donante que son extraños receptor, reacciones febriles no hemolíticas, de las cuales las reacciones leves (fiebre, escalofríos) son relativamente frecuentes y fáciles de tratar; riesgo de transmisión de agentes infecciones en periodo de "ventana" (Tiempo en el

Rev. 0

M-3-4-16 a

cual aún no es posible detectarlo en la sangre del donador pero que ya puede ser infectante), y por tanto existe una mínima posibilidad de contagio. Esto a pesar de que la selección de donantes es muy cuidadosa y las precauciones para detectar sangre contaminada son máximas en el banco de Sangre.

También se me explicó que puede haber reacción hemolítica transfusional por: Presencia de anticuerpos irregulares o la probabilidad mínima de que exista incompatibilidad ABO y muy raramente estas reacciones pueden ser graves o muy graves y comprometer la vida del paciente (insuficiencia respiratoria, hipotensión grave o incluso paro cardiorespiratorio).

Se me informo también que en caso de presentarse cualquier reacción adversa inmediata y grave, existe personal altamente entrenado para tratar a mi paciente y administrar los medicamentos y la atención que requiera.

En caso de ser aceptada la transfusión, el personal responsable a cargo de mi paciente, tiene el compromiso de vigilar la transfusión con respecto a: Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos; fecha y hora de inicio y finalización de cada transfusión; control de la transfusión. En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente.

Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como, del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión.

POR LO TANTO, DECLARO QUE:

El médico me explicó de manera clara y completa los motivos de la necesidad de realizar la/las transfusión(es) sanguínea (s), sus riesgos, sus beneficios y otras alternativas.

1. He recibido información amplia sobre el procedimiento de transfusión de sangre y sus componentes, con respuesta a todas mis preguntas y estoy satisfecho(a) con la explicación.
2. Ejerciendo mi derecho de autonomía y libre de presiones: Por ello conociendo los beneficios y riesgos de este tratamiento, liberando de toda responsabilidad al personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Pediatría.

_____ SI ACEPTO LA(S) TRANSFUSION(ES) _____ NO ACEPTO LA(S) TRANSFUSION(ES)

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en recibir la transfusión de sangre alogénica.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento. El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

GRUPO: Enfermedades Transmisibles

Subgrupo: Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Difteria	X		X	X	X
Hepatitis vírica A			X		X
Hepatitis vírica B			X		X
Enteritis debida a rotavirus	X		X	X	X
Infecciones invasivas por <i>Haemophilus influenzae</i>	X		X	X	X
Poliomielitis	X		X	X	X
Rubéola	X		X	X	X
Sarampión	X		X	X	X
Meningitis meningocócica	X		X	X	X
Síndrome de Rubéola congénita	X		X	X	X
Tétanos	X		X	X	X
Tétanos neonatal	X		X	X	X
Tos ferina	X		X	X	X
Infección por virus del papiloma humano			X		
Enfermedad invasiva por neumococo	X		X		X
Influenza	X		X	X	X
Parotiditis infecciosa			X		
Varicela			X		&
Meningitis tuberculosa	X		X	X	X

Subgrupo: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias del Aparato Digestivo

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Absceso hepático amebiano			X		
Ascariasis			X		
Cólera	X	X	X	X	X
Enterobiasis			X		
Fiebre tifoidea			X		
Giardiasis			X		
Intoxicación alimentaria bacteriana			X		
Otras helmintiasis			X		
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios			X		
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas			X		
Otras salmonelosis			X		
Paratifoidea			X		
Shigelosis			X		

Subgrupo: Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas			X		
Infecciones respiratorias agudas			X		
Neumonías y bronconeumonías			X		
Otitis media aguda			X		
Tuberculosis respiratoria			X	X	X

Subgrupo: Enfermedades de Transmisión Sexual

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	X		X	X	X
Sífilis adquirida			X		
Sífilis congénita	X		X	X	X
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	X		X	X	X

Subgrupo: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Encefalitis equina venezolana	X		X		
Fiebre amarilla	X		X		X
Fiebre hemorrágica por dengue	X		X	X	X
Fiebre manchada	X		X		X
Fiebre por dengue			X	X	X
Fiebre del oeste del Nilo	X		X	X	X
Paludismo por <i>Plasmodium falciparum</i>	X		X	X	X
Paludismo por <i>Plasmodium vivax</i>			X	X	X
Peste	X		X		X
Tifo epidémico	X		X		X
Tifo murino	X		X		X
Otras rickettsiosis			X		X

Subgrupo: Zoonosis

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Brucelosis			X		
Cisticercosis			X		
Leptospirosis	X		X	X	X
Rabia humana	X		X	X	X
Teniasis			X		
Triquinelosis			X		

Subgrupo: Otras Enfermedades Exantemáticas

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Erisipela			X		
Escarlatina			X		

Subgrupo: Otras Enfermedades Transmisibles

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Conjuntivitis epidémica aguda hemorrágica			X		
Conjuntivitis			X		
Escabiosis			X		
Hepatitis víricas C			X		
Pinta (Mal del Pinto)			X		
Lepra			X	X	X
Meningoencefalitis amebiana primaria	X		X		
Otras hepatitis víricas			X		
Toxoplasmosis			X		
Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas)			X		X
Tuberculosis otras formas			X	X	X
Infecciones nosocomiales			X	X	X

Subgrupo: Otras Enfermedades de interés local, regional o institucional

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Leishmaniasis visceral			X		X
Leishmaniasis cutánea			X		X
Oncocercosis			X		X
Enfermedad por virus Chikungunya			X		X
Tracoma			X		X

GRUPO: Enfermedades Bajo Vigilancia Sindromática

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Enfermedad febril exantemática	X		X	X	X
Parálisis flácida aguda	X		X	X	X
Síndrome coqueluchoide	X		X	X	X
Síndrome febril			X		
Meningitis			X		
Golpe de calor			X		
Infecciones de vías urinarias			X		

GRUPO: Enfermedades No Transmisibles

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Adicciones			X	X	
Asma			X		
Bocio endémico			X		
Cirrosis hepática			X		
Diabetes mellitus insulino dependiente (tipo I)			X		
Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II)			X		
Efectos adversos temporalmente asociados a vacunas (ETAV)	X		X	X	X
Enfermedad alcohólica del hígado			X		
Enfermedad cerebrovascular			X		
Enfermedad isquémica del corazón			X		
Fiebre reumática aguda			X		
Hipertensión arterial			X	X	
Hipotermia			X	X	
Intoxicación aguda por alcohol			X		
Intoxicación por monóxido de carbono			X		X
Contacto traumático con avispones, avispas y abejas			X		
Intoxicación por picadura de alacrán			X	X	
Intoxicación por plaguicidas			X	X	
Intoxicación por ponzoña de animales			X		
Gingivitis y enfermedad periodontal			X	X	
Quemaduras			X		
Úlceras, gastritis y duodenitis			X		

Subgrupo: Enfermedades Neurológicas y de Salud Mental

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Depresión			X		

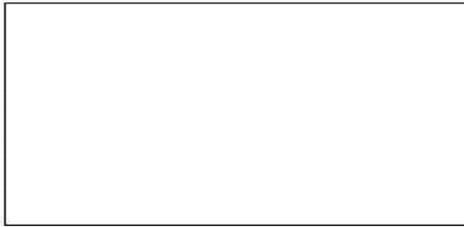
Subgrupo: Accidentes

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Accidentes de transporte en vehículos con motor			X		&
Peatón lesionado en accidente de transporte			X		&
Herida de arma de fuego y punzocortantes			X		&
Mordedura de perro			X		&
Mordedura de otros mamíferos			X		&
Mordedura de serpiente			X		&
Lesiones por violencia intrafamiliar			X		

GRUPO: Eventos de riesgo a la salud

Padecimiento	Periodicidad de la Notificación			Sistema Especial	Estudio Epidemiológico
	Inmediata	Diaria	Semanal		
Eventos hidrometeorológicos				X	
Eventos geológicos				X	
Eventos emergentes y reemergentes para la salud humana				X	
Otros eventos de alto impacto				X	

X = Indicado según NOM-017-SSA2
& = Por necesidades institucionales.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

“SOLICITUD DE INTERCONSULTA”

Favor de llenar con máquina o usar letra de molde

Fecha: _____

Urgente

Sí

No

Hora de la solicitud de Interconsulta: _____

Cama: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Departamento y/o Servicio al que solicita la Interconsulta: _____

Departamento y/o Servicio solicitante: _____

Diagnóstico de Base: _____

Motivo de la Interconsulta: _____

Resumen clínico: _____

Nombre completo del Médico Solicitante: _____ Clave: _____

Firma: _____

Hora de recepción al Servicio Interconsultado: _____

Hora en que el Médico del servicio recibió la Interconsulta: _____

Nota: Las interconsultas urgentes se realizarán dentro de las primeras 2 horas y las no urgentes se realizarán dentro de las primeras 24 horas a partir de la hora de la recepción de la interconsulta al servicio que la solicita.
La nota de interconsulta es la evidencia documental e expediente clínico de su realización e in tiempo y forma. Es susceptible de ser realizada por el Comité de Expediente Clínico.

M-0-05

ADESÓGRAFO

NOMBRE (R): _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
Insurgentes Sur No. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Delegación Coyoacán, C.P. 04530, México D.F.
Tel. (55) 1084-0900



RECETA MÉDICA

FECHA: _____ HORA: _____ EXT: _____

DIAGNÓSTICO: _____ TÍTULO EXPEDIDO POR: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. EMPLEADO: _____
ESPECIALIDAD: _____ CED. PROFESIONAL: _____

RX

1

2

3

4

_____ FIRMA

SELLO INSTITUCIONAL

Rev. 2

M-0-23

ADESÓGRAFO

NOMBRE (R): _____

REGISTRO: _____ EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
Insurgentes Sur No. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Delegación Coyoacán, C.P. 04530, México D.F.
Tel. (55) 1084-0900



RECETA MÉDICA

FECHA: _____ HORA: _____ EXT: _____

DIAGNÓSTICO: _____ TÍTULO EXPEDIDO POR: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NO. EMPLEADO: _____
ESPECIALIDAD: _____ CED. PROFESIONAL: _____

RX

1

2

3

4

_____ FIRMA

SELLO INSTITUCIONAL

Rev. 2

M-0-23

1.- OBSERVACIONES Y ORDENES MEDICAS:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DIAGNOSTICO: _____

MOTIVO DE LA HEMODIALISIS: _____

Quantifique clínicamente de + a ++++ los siguientes parámetros:

Edema _____	Acúfenos _____	Apetito _____	Diarrea _____
Cefalea _____	Fosfenos _____	Sed _____	Tos _____
Nauseas _____	Disnea _____	Sueño _____	Dolor _____
Vómito _____	Prurito _____	Debilidad _____	Disestesias _____

Otras observaciones _____

2.- EXPLORACION FISICA

PRE HEMODIALISIS

P.A. _____

Pulso _____

Rs Cs _____

Tórax _____

Abdomen _____

Palidez _____

Edema _____

Reflejos Ost. _____

Otras Observaciones _____

POST HEMODIALISIS

P.A. _____

Pulso _____

Rs Cs _____

Tórax _____

Abdomen _____

Palidez _____

Edema _____

Reflejos Ost. _____

Otras Observaciones _____

3.- INDICACIONES ESPECIALES PARA HEMODIALISIS

Hs. Diálisis _____ Preparación de Heparinas _____ Heparina dosis inicial _____

Heparina dosis de mantenimiento _____ Heparización Regional _____

Protamina Regional _____ Bicarbonato / Acetato _____ Potasio Dializante _____

Peso / Remover _____ Flujo Sanguíneo _____ Flujo / Dializante _____

Transfusión _____ Diálisis / Secuencial _____

Exámenes de Laboratorio _____

Otros _____

4.- COMPLICACIONES DURANTE LA HEMODIALISIS

Escalofrío _____	Cefalea _____	Alergias _____	Dolor Precordial _____
Nauseas _____	Hipotensión _____	Somnolencia _____	Hemorragia _____
Vómito _____	Calambres _____	Hipertensión _____	Paro Respiratorio _____
Fiebre _____	Disnea _____	Dolor Abdominal _____	Paro Cardíaco _____

Algún otro dato que llamó la atención _____

MEDICO: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____

M-1-4-06-b



Instituto Nacional de Pediatría

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA

"PROTOCOLO DE INGRESO A LA UNIDAD DE HEMODIALISIS"

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Externo: _____ Interno: _____

Diagnóstico/s: _____

Motivo de la Hemodiálisis: _____

Alergias: _____

Procedencia: Hospital: _____ Ciudad: _____ País: _____

Tipo de acceso Vascular: F.A.V. _____ Injerto: _____ Catéter: _____

De ser Catéter: Diga quién lo instaló y cuando _____

De ser Fistula A.V. indique si existe alguna recomendación importante para la colocación de las agujas: _____

Qué médico realizó la F.A.V.: _____ Clave: _____ Firma: _____

Fecha: _____

EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO RECIENTES

Hb _____ Hct _____ Plaquetas _____ Leucocitos _____ Co2 _____ Ph _____

Na _____ K _____ Cl _____ Creatinina _____ Nitrógeno Uréico _____

Marcadores de Hepatitis: _____ HIV _____

Grupo y Rh _____ Fecha última Transfusión _____ ¿Por qué? _____ No. Unidad Transf. _____

¿Padece VARICELA? Si _____ No _____ ¿Recibió Vacuna? Si _____ No _____ Aplicación: _____

¿Padece HEPATITIS? Si _____ No _____ ¿Recibió Vacuna? Si _____ No _____

De haber sido vacunado, indique hace cuanto tiempo: _____

De lo contrario indique cuando puede iniciarse la vacunación con _____ Dosis _____ mcg .

Con el esquema establecido en la unidad de Hemodiálisis. _____

ESQUEMA	Día 0 _____	1 Dosis
	1 Mes _____	2 Dosis
	2 Mes _____	3 Dosis
	3 Mes _____	4 Dosis
	6 Mes _____	5 Dosis

Por razones de seguridad no se aceptan resultados Verbales o de otros laboratorios (Marcadores de Hepatitis y HIV).

MEDICO: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____

M-1-4-05

ADESÓGRAFO	
NOMBRE(S) DEL PACIENTE: _____	
REGISTRO: _____	EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO
INFORMACIÓN GENERAL

En _____ a _____ de _____ del 201____.

El (La) que suscribe Sr. (a) _____

En mi carácter de Paciente Familiar Representante legal

Manifiesto que el Dr. _____
me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y
pronóstico de mi padecimiento en: _____

Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento(s):

Los beneficios esperados son:

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:

Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

El (La) que suscribe _____ en pleno uso de mis Facultades, manifiesto estar debidamente enterado (a) del contenido del presente documento, para lo cual firmo para constancia y efectos legales a que haya lugar.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

ADESÓGRAFO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE HEMODIÁLISIS**

Fecha: _____

Nombre del Médico tratante autorizado en el presente documento _____

Quien suscribe la presente, en pleno uso de mis facultades mentales, en mi carácter de Padre (Madre), (familiar responsable o representante legal del paciente), solicito y autorizo al médico cuyo nombre aparece al inicio del presente documento y a los médicos que el considere pertinente y al personal de salud, lo que sea necesario para que se realice en mi paciente el "Procedimiento de Hemodiálisis" (tratamiento sustitutivo de la función renal y que como tal, tiene el beneficio de preservar la vida durante el tiempo que dure la falla renal, ya sea esta temporal o permanente que puede recuperarse o no). El tratamiento de mérito puede tener los riesgos que a continuación se indican y entiendo:

1. Complicaciones en el acceso vascular, como trombosis o sangrado, infecciones en el sitio de punción y a veces ruptura de este acceso, ya sea injerto o vascular propio.
2. Complicaciones sistémicas en la coagulación, trombosis o sangrado.
3. Hipertensión o hipotensión en relación con el volumen sanguíneo.
4. Baja de peso por extracción de agua, acompañado o no de hipotensión.
5. Posibilidad de adquirir infecciones virales como Hepatitis A, B, C o D.
6. Arritmias cardíacas por cambios en el volumen de los líquidos corporales y en la concentración de electrolitos, así como del equilibrio ácido-base.
7. Pérdidas de sangre por coagulación en el dializador o por sangrado, secundario a la administración de heparina, o por existencia de trastornos previos en la coagulación.
8. Insuficiencia coronaria o insuficiencia cardíaca secundarias a los cambios en la presión arterial y/o a los cambios hidro-electrolíticos.

9. Fallas mecánicas en las máquinas con interrupción o retraso del tratamiento, inherentes a los cambios de corriente que existen en la Ciudad de México, a pesar de la planta eléctrica de emergencia que se encuentra dentro de las instalaciones.
10. Anemia, la cual puede tratarse con eritropoyetina, hierro y vitamínicos, así como en ocasiones con transfusiones, con las posibles complicaciones de éstas. Esta anemia puede ser secundaria a la enfermedad propia o al sangrado que el paciente pueda tener por la anticoagulación que es indispensable para llevar a cabo el tratamiento.

Estoy enterado(a) de que para la realización del procedimiento deberé traer los siguientes utensilios para su cuidado durante la hemodiálisis:

1. Deberá ajustarse al horario que se le indique.
2. Traer camiseta o corpiño, bermuda o pijama y pantunflas.
3. Aceptar la máquina que se le asigne al paciente (no es fija).
4. Traer su termómetro y medicamentos (de su tratamiento).
5. Higiene personal.
6. Cuidados del catéter o la fístula.
7. Apegarse al tratamiento médico y dietético.
8. Pagos al corriente.

Estoy informado que el ó los procedimientos serán efectuados por:

Así como el personal designado por la Institución, de igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que atenderá al paciente pueden ser sustituidos por necesidades del Instituto, del departamento o servicio, sin que por ello esta autorización pierda sus alcances y efectos legales.

MANIFIESTO expresamente que el Médico Tratante me ha explicado detalladamente en palabras comprensibles para mí, el efecto y la naturaleza del tratamiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios, otras soluciones alternativas al tratamiento, así como las medidas que puede sentir el paciente con motivo del tratamiento, en el entendido que el Médico Tratante ha contestado a mi satisfacción todas las preguntas que libremente he formulado acerca del Tratamiento, sus riesgos, beneficios y demás información que al respecto debo conocer y entender. Asimismo, comprendo que el tratamiento no obvia la necesidad de llevar a cabo un tratamiento medicamentoso y dietético estricto, y que podrá retrasarse o reprogramarse el tratamiento en caso de que el mismo deba ser proporcionado a otra persona que lo requiera en caso de urgencia, lo cual comprendo y acepto.

Rev. 1

M-1-4-11 b

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

POST-OPERATORIO

Hora de Ingreso: _____ Hora de Egreso: _____ Intervención Quirúrgica Realizada: _____

	Ingreso a Recuperación	Primer Turno	Segundo Turno	Tercer Turno
Temperatura				
Pulso o frecuencia Card.				
Respiración				
Tensión Arterial				
Líquidos por vía endovenosa				
Sito y condiciones de la venoclisis				
Líquidos por vía oral				
Herida quirúrgica, apósitos y vendajes				
Orina				
Evacuaciones				
Vómitos				
Medicamentos				
Observaciones				
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre

M-2-0-10 b

ADESÓGRAFO	
NOMBRE(S) DEL PACIENTE: _____	
REGISTRO: _____	EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE
DIÁLISIS PERITONEAL**

Fecha: _____

Quien suscribe la presente, en pleno uso de mis facultades mentales, en mi carácter de padre (madre, familiar responsable o representante legal del paciente), solicito y autorizo a los médicos del servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría a los medios que consideren pertinente y al personal de salud del Instituto nacional de Pediatría lo que sea necesario para que se le realice a mi paciente el procedimiento de "diálisis peritoneal" (tratamiento sustitutivo de la función renal, y como tal, tiene el beneficio de preservar la vida durante el tiempo que dure la falla renal, ya sea esta temporal o permanente, que pueda recuperarse o no). El tratamiento puede tener los riesgos que a continuación se indican y entiendo:

1. Complicaciones en el acceso a peritoneo: sangrado, infecciones en el sitio de colocación o en el túnel con posibles infecciones sistémicas; obstrucción y a veces ruptura de este acceso.
2. Hipertensión o hipotensión en relación con el volumen de extracción de líquido peritoneal.
3. Baja o incremento de peso por exceso o deficiencia de agua, acompañada de hipertensión o hipotensión.
4. Posibilidad de adquirir infecciones virales como hepatitis A, B, C, D o bacterianas.
5. Arritmias cardíacas por cambios en el volumen de los líquidos corporales y en la concentración de electrolitos, asimismo en el equilibrio ácido-base.
6. Insuficiencia coronaria o insuficiencia cardíaca secundaria a los cambios de presión arterial y/o a los cambios hidro-electrolíticos.
7. Anemia, la cual puede tratarse con eritropoyetina, hierro y vitamínicos, así como en ocasiones con transfusiones, con las posibles complicaciones de estas. Esta anemia puede ser secundaria a la enfermedad propia a al sangrado que el paciente pueda tener al llevar a cabo el tratamiento.
8. Obstrucción del catéter de diálisis peritoneal por fibrina o detritus celulares impidiendo la entrada y/o salida del líquido de diálisis peritoneal.

9. Procesos adquiridos infecciosos adquiridos al realizar los recambios de diálisis peritoneal, o al cambiar la línea de transferencia.

COMPROMISOS:

1. Presentarse puntualmente a la hora indicada en su carnet de citas
2. Aceptar las indicaciones que se den a los pacientes
3. traer sus medicamentos, bolsas de diálisis peritoneal, y líneas de transferencia.
4. Higiene personal muy estricta, especialmente en el sitio de la entrada del catéter, y al realizar los recambios de diálisis peritoneal.
5. Apegarse al tratamiento médico y dietética.
6. higiene familiar y de la casa, principalmente en el lugar donde el paciente se realiza los cambios de solución de diálisis peritoneal.
7. Evitar contacto con animales.

MANIFIESTO expresamente que el médico tratante me ha explicado detalladamente en palabras comprensibles para mí, el efecto y la naturaleza del tratamiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios, otras soluciones alternativas de tratamiento, así como las molestias que puede sentir (el paciente) con motivo del tratamiento, en el entendido que el médico tratante ha contestado satisfactoriamente todas las preguntas que libremente he formulado acerca del tratamiento, sus riesgos y beneficios y demás información que al respecto debo conocer y atender asimismo, comprendo que el tratamientos no obvia la necesidad de llevar a cabo un tratamiento medicamentoso y dietética estricto, y que podrá retrasarse o reprogramarse el tratamiento en caso de que el mismo deba ser proporcionado a otra persona que la requiera en caso de urgencia, lo cual comprendo y acepto.

RECONOZCO que durante el tratamiento puede surgir condiciones no prevista que hagan necesaria la realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos distintos al tratamiento aquí autorizado, por lo que de manera expresa SOLICITO Y AUTORIZO al personal médico del Instituto Nacional de Pediatría, y a los médicos que este designe así como a todo el personal de dicho instituto, para que en colaboración con los médicos tratantes realicen cualquier otro procedimiento medico y/o quirúrgico que sea necesario para el tratamiento de dichas condiciones adversas no previstas, incluyendo procedimientos como biopsias y transfusiones de sangre, entre otros. En caso de complicaciones durante el tratamiento SOLICITO Y AUTORIZO a los médicos tratantes para que soliciten la ayuda necesaria de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

Me ha sido informado que los médicos, enfermeras y demás equipo de salud realiza el procedimiento de diálisis peritoneal a las normas establecidas. Asimismo, he podido aclarar todas mis dudas acerca del presente documento y sus alcances, comprendiendo totalmente el sentido y contenido del mismo, por lo que en plena conciencia, la firmo en la Ciudad de México Distrito Federal, en la fecha que se indica en el presente documento que ha sido completamente requisitado ante mi presencia y los testigos abajo anotados.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida del procedimiento, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar al Dr. _____, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de la realización de los procedimientos. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión _____.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del procedimiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

ÉTICA

El médico me explicó que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta carta de consentimiento y la he leído completamente.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en la realización de los procedimientos ya descritos.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____
Firma: _____ Firma: _____
Domicilio: _____ Domicilio: _____
Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____
Nombre del Médico: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

"INFORMACION CLINICA DE ENFERMERIA"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: _____ CAMA: _____

DIAGNOSTICO: _____

FECHA																					
DIAS HOSPITALIZACION																					
TEMPERATURA	TI	TC	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	
	34																				
	33	40																			
	32																				
	31	39																			
	30																				
	29	38																			
	28																				
	27	37																			
	26																				
	25	36																			
	24																				
PULSO																					
RESPIRACIÓN																					
TENSIÓN ARTERIAL		/																			
PESO																					
PERIMETRO																					
M E D I C A M E N T O S																					
TRATAMIENTO	L I Q U I D O S	P A R E N T E R A L E S																			
	DIETA																				
FORMULA																					

M-0-1-04-3

FECHA										
LIQUIDOS ORALES										
URESIS										
EVACUACIONES										
VÓMITO SUCCIONES										
DRENAJES										
LABORATORIO										
ESTUDIO Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA										
REACTIVOS										
TOTAL INGRESOS										
TOTAL EGRESOS										
BALANCE										
OBSERVACIONES Vo. Bo.										
1 d e T U R N O	SIGNOS Y SÍNTOMAS									
	ACCIONES DE ENFERMERÍA									
ENFERMERA: NOMBRE:					CLAVE:			FIRMA:		
2 d e T U R N O	SIGNOS Y SÍNTOMAS									
	ACCIONES DE ENFERMERÍA									
ENFERMERA: NOMBRE:					CLAVE:			FIRMA:		
3 d e T U R N O	SIGNOS Y SÍNTOMAS									
	ACCIONES DE ENFERMERÍA									
ENFERMERA: NOMBRE:					CLAVE:			FIRMA:		

M-0-1-04-b

1



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

“Valoración de riesgo de caída”

2. Servicio: _____ 3. Cama: _____

4. Diagnóstico: _____ 5. Edad: _____

Escala de valoración de riesgo de caída en el paciente pediátrico Downton modificada.

Variable	Indicador	Puntaje
6. Edad	Menor de 6 años	3
	Mayor de 6 años	1
7. Caídas previas	No	0
	Si	1
8. Medicamentos	Ninguno	0
	Diuréticos	1
	Sedantes	1
	Hipotensores	1
	Anticonvulsivantes	1
	Relajantes	1
	Hipoglicemiantes	1
	Quimioterapia Analgésia epidural	1
9. Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones visuales	1
	Debilidad muscular	1
10. Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitado	1
	Irritable	1
	Retraso psicomotor	1
11. Marcha y equilibrio	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	2
12. Estado clínico	Normal	0
	Desarticulación	2
	Dispositivos ortopédicos	2
	Dispositivos vasculares	1
	Ayuno prolongado	1
13. El cuidador conoce las medidas de prevención	Si	0
	No	1

14. Valoración de riesgo de caída		
Escala de calificación	Puntos	Color de riesgo
Bajo	0-3	Verde
Alto	Más de 3	Rojo

15. Medidas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

- Sensibilizar a los padres y familiares sobre medidas de seguridad para evitar accidentes.
- No dejar al paciente solo, acompañarlo cuando vaya al sanitario o a la regadera.
- Mantener siempre arriba barandales de cama, cuna o camilla.
- Utilizar sujetadores, sabanas en forma de columpio y/o aditamentos de seguridad del paciente.
- Identificar los factores de riesgo de caída en cada paciente.
- No dejar bultos ni juguetes voluminosos dentro de la cuna del paciente.
- Vigilar mantenimiento adecuado en sillas de ruedas, tripiés, barandales de cunas y camillas, y bancos de altura.

Rev. 0

M-7-0-37 a

16.Fecha									
17.Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
18.Puntuación									
19.Tipo de riesgo									
20 Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Fecha									
Turno	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°
Puntuación									
Tipo de riesgo									
Nombre y clave de la enfermera									

Instrucciones de llenado de la hoja de valoración del dolor en pacientes pediátricos

- I. Sitio para colocación de adhesografo del paciente
- II. Escala numérica **EVA**, la cual se realizará en pacientes mayores de 12 años.
- III. Escala de valoración del dolor de caritas

1 sin dolor	1-2 duele un poco	2-4 duele un poco más	3-6 duele aún mas	4-8 duele mucho	5-10 el peor dolor
-------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-----------------	--------------------

- IV. Intervenciones que realiza cuando el paciente presenta dolor
- V. Fecha y hora de cuando se realiza la valoración del paciente

Nota: La aplicación de la escala del dolor se verificará cuando se realice la valoración cefalocaudal al inicio del turno, cuando se detecte dolor la valoración se realizará a los 15 minutos posterior a la intervención de enfermería o a la Ministración de medicamentos y posteriormente cada dos horas hasta que el dolor haya disminuido y/o desaparecido.

En los pacientes con intervención quirúrgica y/o invasiva se realizará en forma rutinaria al recibir al paciente.

Duración:

Agudo: es de corta duración se presenta en forma no esperada, con escaso componente psicológico.

Crónico: Ilimitado en su duración, se presenta sobre todo en pacientes crónicos.

Localización:

Se anotará la zona del cuerpo donde presenta el dolor.

Instrucciones de llenado de la hoja de valoración del dolor en pacientes pediátricos

- I. Sitio para colocación de adhesografo del paciente
- II. Escala numérica **EVA**, la cual se realizará en pacientes mayores de 12 años
- III. Escala de valoración del dolor de caritas

1 sin dolor	1-2 duele un poco	2-4 duele un poco más	3-6 duele aún mas	4-8 duele mucho	5-10 el peor dolor
-------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-----------------	--------------------

- IV. Intervenciones que realiza cuando el paciente presenta dolor
- V. Fecha y hora de cuando se realiza la valoración del paciente

Nota: La aplicación de la escala del dolor se verificará cuando se realice la valoración cefalocaudal al inicio del turno, cuando se detecte dolor la valoración se realizará a los 15 minutos posterior a la intervención de enfermería o a la Ministración de medicamentos y posteriormente cada dos horas hasta que el dolor haya disminuido y/o desaparecido.

En los pacientes con intervención quirúrgica y/o invasiva se realizará en forma rutinaria al recibir al paciente.

Duración:

Agudo: es de corta duración se presenta en forma no esperada, con escaso componente psicológico.

Crónico: Ilimitado en su duración, se presenta sobre todo en pacientes crónicos.

Localización:

Se anotará la zona del cuerpo donde presenta el dolor

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
Departamento de Neonatología
Escala de Dolor para Neonatos

Diagnostico: _____

Edad: _____

Instrucciones para la evaluación.

- El evaluador se debe colocar donde pueda observar claramente al paciente.

Frecuencia de evaluación:

- Cuidados Intensivos neonatales: Dentro de la 1^{era} hora de ingreso y posteriormente cada 4 horas.
- Después de cirugía: Cada hora en las primeras 24 horas después de cirugía. Cada 4 horas hasta 48 horas después de la cirugía.
- Repita a los 30 minutos después de la intervención (confort, analgesia, etc.).
- Cada evaluación y acciones a tomar deben ser documentadas.

	0	1	2
Llanto	No.	Agudo o llanto visible.	Inconsolable o difícil de consolar.
Requerimiento de Oxígeno	No. Respiración normal o confortable.	Fio ₂ < 30%. Incremento < 20%. Cambios en el patrón respiratorio.	Fio ₂ > 30%. Incremento > 20%. Cambios muy significativos en el patrón respiratorio.
Signos vitales	Frecuencia cardiaca y/o presión arterial en límites normales para la edad. No apnea o bradicardia.	Frecuencia cardiaca y/o presión arterial con incremento < 20% de la basal. Apneas o bradicardias presentes.	Frecuencia cardiaca o presión arterial con incremento > 20% de la basal. Incremento en la frecuencia y severidad de apneas o bradicardias
Expresión	Normal o músculos faciales relajados.	Muecas, pequeño abultamiento entre cejas, aprieta los ojos, surco nasolabial.	Mueca, gruñido-gemido, moderado-severo. Abultamiento entre cejas, aprieta los ojos, surco nasolabial muy marcado.
Descanso	Duerme el mayor tiempo.	Se despierta a intervalos frecuentes, intranquilo.	Despierta constantemente, aun cuando no este perturbado.
Señales de peligro	Relajado.	Brazos/piernas flexionadas o extendidas	Agitado, arqueado.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
**"SOLICITUD Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS
 EN LA UNIDAD DE AGUA"**

SERVICIO: _____ DIAGNOSTICO: _____

MEDICO: _____ EDAD: _____ PESO: _____

ENFERMERA QUE SOLICITA: _____

FECHA																							
	TC	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20	8	12	16	20		
TEMPERATURA	40																						
	39																						
	38																						
	37																						
	36																						
F.C.																							
F.R.																							
T/A																							
Vía de Admin																							

QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLASICA

	FECHA	HORA DE INICIO Y TERMINO	QUIEN APLICA

FECHA:					
1er. Turno					
OBSERVACIONES Y ACCIONES DE ENFERMERIA					
2° Turno					
1er. Turno					
EFECTOS ADVERSOS					
2° Turno					

Enfermera Nombre y Clave: _____

1er. Turno					
2° Turno					

ADESÓGRAFO	
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
RESUMEN _____	EDAD _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE HEMATO-ONCOLOGÍA
SERVICIO DE ONCOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA AUTORIZACIÓN DE INICIO DE
TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA PARA
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____
con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada
_____, sea sometido a "Tratamiento a Base de Quimioterapia".

La enfermedad que tiene mi hijo(a) es una enfermedad neoplásica (cáncer), en la actualidad no se conoce una causa por la cual inicia el proceso de transformación neoplásica, sin embargo este tipo de enfermedades, por si solas pueden causar la muerte en pocos días a meses, por infiltración y diseminación a múltiples órganos, causando alteración y diseminación a múltiples órganos, causando alteración en la funciones de estos. Por lo anterior y con la finalidad de mejorar sus expectativas de vida el paciente debe iniciar tratamiento en el servicio del Instituto Nacional de Pediatría.

Dada la biología de la enfermedad, su extensión y las características del paciente las posibilidades de curación son de _____.

Para poder alcanzar este porcentaje es necesario iniciar el tratamiento a base de quimioterapia, que se realiza con medicamentos que tienen como objetivo destruir la células neoplásicas, sin embargo tiene otros efectos como baja en la defensas, anemia, baja de plaquetas, alteraciones del sistema nervioso, alteraciones cardiacas (arritmias, insuficiencia cardiaca), crisis convulsivas, reacciones alérgicas, pancreatitis, complicaciones abdominales, coagulación intravascular diseminada, entre otras, las cuales pueden ser graves.

Por la baja en la defensas, el paciente puede tener complicaciones infecciosas serias , las cuales pueden incluir mucositis, colitis neutropenica, neumonía, fisuras y abscesos perianales, estas complicaciones pueden llegar a graves, llegando a requerir incluso de su manejo en terapia intensiva, con posibilidades altas de muerte. Se me ha explicado que ha pesar del adecuado tratamiento, la enfermedad por tratarse de un proceso canceroso, puede no tener respuesta o progresar el tratamiento, empeorando el pronóstico, inicial del paciente.

He entendido y no me quedan dudas de la información recibida por parte de los médicos del servicio de oncología. Acepto iniciar el tratamiento conociendo los riesgos que esta implica y las posibilidades de mortalidad de mi hijo.

Rev. 0

M-6-0-26 a

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida durante el tratamiento, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar a la Dra. Rocio Cárdenas Cardós, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de participar en este programa de tratamiento. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión 1339, o al 10 41 78 30.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del tratamiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

REVISIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA

Este protocolo de tratamiento con quimioterapia ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética Institucional.

El médico me explico que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta carta de consentimiento y la he leído completamente.

El firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en participar en el "Tratamiento a base de quimioterapia".

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____
Firma: _____ Firma: _____
Domicilio: _____ Domicilio: _____
Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____
Nombre del Médico: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
**"SOLICITUD Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS
 EN LA UNIDAD DE AQUA CLÍNICA DEL DOLOR"**

SERVICIO: _____ DIAGNOSTICO: _____

MEDICO TRATANTE: _____ EDAD: _____ PESO: _____

FECHA							
HORA	8	9	10	11	12	13	14
TEMP.							
F.C.							
F.R.							
T/A							
SAT.							

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS					HORA DE INICIO	HORA DE TERMINO	MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO
Aspirado de Médula Ósea							
Inmunofenotipo							
Cariotipo							
RT PCR.							
Punción Lumbar							
Otros							
Intratecal							
Metroxate	Hidrocortizona	Ara C (citarabina)	Zofran IV (ondansetron)	OTROS			

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

EVENTOS Y EFECTOS ADVERSOS:

Enfermera: Nombre y Clave:	
-------------------------------	--

ADESÓGRAFO	
NOMBRE (S) DEL PACIENTE _____	
REGISTRO: _____	EDAD: _____



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA
COORDINACIÓN DE QUIRÓFANOS

**CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____
con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada
_____ se le efectúe un acto anestésico, con la finalidad de llevar a
cabo el procedimiento: _____

Al realizarse bajo anestesia le brinda los beneficios de no causar dolor, al igual que el control escrito, de la constantes vitales para seguridad de mi paciente, el cual puede presentar complicaciones de leves, hasta severas, posibles riesgos y complicaciones inherentes a todo procedimiento médico quirúrgico bajo anestesia.

RIESGOS Y COMPLICACIONES EN ANESTESIOLOGIA

- Multifunciones (dificultad para encontrar una vena útil para la aplicación de sueros).
- En caso de requerir monitorización más especializada (invasiva) debido a la gravedad del paciente se utilizarán métodos como son:
 - Instalación de un catéter al corazón (catéter central) para medir la presión venosa central con la posibilidad de lesionar estructuras vecinas como son: nervios, arterias, venas, pulmon y/o provocar trastornos cardiacos del ritmo o su pared.
 - Instalación de un catéter en una arteria para la medición de gases sanguíneos y presión arterial continua, pudiendo lesionar nervios, con lesión temporal o permanente de la extremidad, así como la posibilidad de obstrucción vascular.
- Respuesta alérgica al anestésico local (desde salpullido hasta la muerte).
- Daño de los nervios transitorio o permanente irectamente relacionado con la técnica anestésica o con la instalación o presencia de catéter epidural (anestesia en columna).

- Respuesta inesperada, no deseada los medicamentos aplicados para anestesia regional que pueden provocar desde efectos leves hasta severo que ponga en peligro la vida o incluso provoquen fallecimiento.
- Respuesta indeseable a los medicamentos utilizados para inducción anestésica y mantenimiento que puede causar suspender la cirugía.
- Ruptura y/o extracción de piezas dentales, lesión de mucosa de boca y nariz.
- Imposibilidad para colocar el tubo en la tráquea que conlleva a la traqueotomía o traqueostomía (herida quirúrgica en la tráquea) de urgencia para salvaguardar la vida del paciente.
- Dificultad o imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente, con probabilidad de daño y una serie de complicaciones que provoque fallecimiento.
- Respuesta inadecuada a los fármacos utilizados, en el procedimiento anestésico, con posibilidad de daño, local, regional o sistemático de la posibilidad de daño.
- Posibilidad de MUERTE y otras posibles complicaciones:

Estoy informado que el ó los procedimientos serán efectuados por:

Así como el personal designado por la Institución, de igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que atenderá al paciente pueden ser sustituidos por necesidades del Instituto, del departamento o servicio, sin que por ello esta autorización pierda sus alcances y efectos legales.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida de los procedimientos quirúrgicos, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar al Dr. _____, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de la realización de procedimientos quirúrgicos. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión _____.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del tratamiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

ÉTICA

El médico me explicó que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta Carta de Consentimiento y la he leído completamente.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en la realización de los procedimientos anestésicos ya descritos.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este(os) procedimiento (s) El (la) _____ ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: _____

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.



**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE HEMATO-ONCOLOGÍA
ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA
"REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS"**

SERVICIO _____ FECHA _____

PACIENTE _____

REGISTRO _____

DIAGNÓSTICO(S) _____

NOMBRE Y CLAVE DEL MÉDICO QUE EFECTUÓ EL PROCEDIMIENTO _____
SERVICIO _____

PROCEDIMIENTO

QUIMIOTERAPIA	
Medicamento _____	Vía de aplicación _____
_____	_____
_____	_____
Se empleó sedación o anestesia _____ (si – no)	
Complicaciones y observaciones _____	

MÉDULA OSEA	
Aspiración _____	Biopsia _____
Se empleó sedación o anestesia _____ (si – no)	
Complicaciones y observaciones _____	

PUNCIÓN LUMBAR (Diagnóstica) *	
* En caso de aplicación de medicamento intratecal, emplear primer recuadro	
Se empleó sedación o anestesia _____ (si – no)	
Complicaciones y observaciones _____	

M-6-0-08



Instituto Nacional de Pediatría

"NOTIFICACION MEDICO LEGAL"

SERVICIO _____ CAMA _____

México, D.F., a ____ de _____ de ____.

C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
DE LA _____ DELEGACION
P R E S E N T E .

Me permito hacer de su conocimiento que siendo las _____ horas de este día, llego al Servicio de éste Instituto, el (la) C. _____,

quien declaró ser _____ del lesionado, y declaró su domicilio en: _____,

presentó para atención médica al (la) menor _____, de _____ años, _____ meses, a causa de _____,

con domicilio del menor en _____,

y quien presenta las siguientes lesiones: _____

Mismas que por su naturaleza son:

- a) De las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de 15 días.
- b) De las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar más de 15 días.
- c) De las que ponen en peligro la vida.

Lo que comunico atentamente para los fines legales que haya lugar.

Médico que realiza la notificación.

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno D.G.P. FIRMA

M-0-16

ASC

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Anestesia y atención quirúrgica

Organización y Gestión

ASC. 1 Disponibilidad de servicios de anestesia, con cumplimiento de leyes y reglamentación correspondiente.

ASC. 2 Anestesiólogo responsable del servicio de anestesia. (elaboración de políticas y procedimientos, supervisión y control)

Sedación

ASC. 3 Administración de sedación moderada y profunda: políticas y procedimientos, diferencias entre pacientes pediátricos y adultos, control, consentimiento informado, disponibilidad y uso del equipo, evaluaciones pre sedación, control recuperación. Sedación por médicos no anesthesiologos.

Anestesia

ASC. 4 Valoraciones preanestésica y pre-inducción.

ASC. 5 Planificación de la anestesia.

ASC.5.1 Riesgos, beneficios y alternativas.

ASC.5.2 Técnica anestésica.

ASC.5.3 Control permanente del estado fisiológico de pacientes.

ASC.6 Control postanestésico, recuperación, alta y traslado.

Atención Quirúrgica

ASC.7 Planeación pre quirúrgica, riesgos.

ASC.7.1 Beneficios y alternativas de la atención quirúrgica.

ASC. 7.2 Técnica quirúrgica, diagnóstico y estado postoperatorio.

ASC.7.3 / ASC.4 Control fisiológico permanente durante y después de la cirugía.

Expediente Clínico

ASC.4/ASC.5/ASC.5.2/ASC.5.3/ASC.6

Documentación del proceso anestésico

ASC.7/ASC.7.2/ASC.7.3/ASC.7.4

Documentación del proceso quirúrgico

Educación y Capacitación

ASC.3 Competencias del anesthesiologo para la sedación

ASC.5.1 Educación a pacientes y familiares sobre riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.

ASC.5.3 Médico anesthesiologo calificado durante el proceso anestésico.

ASC.7.1 Educación a pacientes y familiares sobre riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento quirúrgico.

ASC

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Políticas para la atención de pacientes que se someten a sedación moderada y profunda Estándar ASC.3.

Propósito

Establecer las medidas para asegurar que los procesos de sedación en el INP sean efectivos.

a) Planificación de la atención

Consideraciones especiales

A pesar de que las políticas requeridas para el proceso de certificación en los estándares del Consejo de Salubridad General excluyen del alcance de las políticas la Ansiolisis, por tratarse de población pediátrica es necesario considerar el control de ansiedad y el miedo a través de medidas no farmacológicas con el fin de evitar exponer a los pacientes a riesgos que pueden derivarse del proceso de sedación, éstas medidas van a depender de diversos factores como : la edad, problemas de salud asociados, respuesta o alergia a medicamentos; y de las características del procedimiento doloroso o no y de su duración.

Habitualmente en los niños mayores no van a ser necesarias medidas farmacológicas, pero si una implicación en el ambiente que disminuya la ansiedad como: la decoración, la ropa de los profesionales, el control de la temperatura, el ruido ambiental, el olor de las salas de exploración o la luz, el tono de voz, la postura, la altura de la camilla, la empatía del personal, el tiempo dedicado y la transmisión de seguridad y de control de la situación, los niños pequeños o con retraso madurativo, se van a ver favorablemente influenciados con estas modificaciones o con otras como: permitirles el uso de chupón o de un biberón, mientras se les practica un procedimiento no doloroso, o permitirles permanecer en brazos de su padre/madre, si la exploración lo permite, sin embargo a pesar de éstas medidas en éste grupo de edad o en otros a quienes se les realizará un procedimiento diagnóstico o terapéutico doloroso será necesario inducir sedación.

Sedoanalgesia para procedimientos.

Los objetivos de la sedación para procedimientos diagnósticos y terapéuticos son:

- Salvaguardar la seguridad y el bienestar del niño.
- Evitar el malestar físico y el dolor.
- Controlar la ansiedad, minimizando el trauma psicológico y maximizando el potencial de amnesia del episodio.
- Controlar el comportamiento y/o movimiento para facilitar la realización del procedimiento.
- Devolver al paciente a un estado seguro en el que pueda ser dado de alta sin riesgo.

El fármaco ideal es el que consigue dichos objetivos, tiene comienzo de acción rápido, duración corta, es fácil de administrar y su efecto es reversible. Las alternativas son diversas pero hay que saber utilizar un número reducido que proporcione seguridad y alternativas ante las diferentes situaciones clínicas.

Es conocido que los niños responden de manera desigual a los fármacos administrados, que no solo son dosis-dependiente sino que están sometidos a una gran variabilidad de absorción y eliminación dependiendo de la vía de administración y de las características de cada individuo.

Los niños a menudo pasan inmediatamente de una sedación muy superficial a una profunda, y es frecuente observar que la dosis de sedación necesaria para conseguir inmovilizar a un niño, puede producir depresión respiratoria. Sin embargo en los niños mayores con más capacidad de colaboración, otras modalidades, como la presencia de los padres o distracción pueden reducir la necesidad de sedación profunda farmacológica.

Indicación

Es necesario individualizar cada caso según la situación clínica y el grado de sedación o analgesia necesarias para la realización del procedimiento. De manera general:

En procedimientos no invasivos en los que precisemos inmovilizar al paciente, estará indicado un ansiolítico.

- Tomografía computarizada.
- Ecocardiografía.
- Electroencefalografía.
- Resonancia magnética.
- Ecografía.

Procedimientos asociados con dolor de escasa intensidad y elevada ansiedad (en pacientes colaboradores)

- Procedimientos dentales.
- Fibrolaringoscopia flexible.
- Extracción cuerpos extraños.
- Catéter venoso.
- Sutura de heridas.
- Punción lumbar.
- Irrigación ocular.
- Examen con lámpara de hendidura.
- Taponamiento nasal.

Procedimientos asociados con dolor intenso, elevada ansiedad o ambos

- Drenaje de abscesos.
- Artrocentesis.
- Aspiración de médula ósea
- Desbridamientos de quemaduras.
- Cardioversión.
- Catéter venoso central.
- Endoscopia.
- Reducción de fracturas/luxaciones.
- Reducción de hernia.
- Radiología intervencionista.
- Sutura de heridas complicadas.
- Paracentesis.
- Toracentesis.
- Exploración a víctima de agresión sexual.

- **Valoración pre-anestésica**

Para efectuar el proceso de sedación se deberá realizar una valoración pre-anestésica en la cual se debe realizar un interrogatorio donde incluya : alergias o reacciones a medicamentos, medicamentos que toma en la actualidad, procedimientos previos y antecedentes médicos. La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) recomienda que el Médico responsable de la administración en sedación para un procedimiento debe estar familiarizado con la historia del paciente, ya que aspectos de esta pueden mediatizar a la administración de ciertos fármacos.

El sistema de clasificación del estado físico del asa sirve de guía para la identificación del manejo de los candidatos de sedación y detectar factores que puedan afectar la toma de decisiones para el manejo anestésico, clasificando al paciente de la siguiente manera:

	Descripción	Idoneidad para sedación
Clase I	Paciente sano que requiere cirugía sin antecedente o patología agregada	Excelente
Clase II	Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica, pero compensada.	Buena
Clase III	Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica descompensada	Intermedia
Clase IV	Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica incapacitante.	Mala
Clase V	Paciente que, se le opere o no, tiene el riesgo inminente de fallecer dentro de las 24 horas posteriores a la valoración.	Muy Mala
Clase VI	Paciente con muerte encefálica, cuyos órganos se extirpan para trasplante	

De acuerdo a la clasificación se deben realizar pruebas y consultas necesarias, de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, con la intención de disminuir los riesgos inherentes al procedimiento anestésico.

Se da instrucciones a los padres, se les habla del procedimiento, los riesgos a los que se somete y las alternativas; así como resolver dudas en cuanto al procedimiento de sedación una vez resultas sus interrogantes se pide a los padres que firmen el consentimiento informado.

Se valora la necesidad de medicación preanestésica y de continuar o suprimir medicamentos que el paciente este recibiendo por alguna patología.

Se debe conocer periodo de ayuno previo y la naturaleza de la última ingesta.

Para procedimientos electivos o no urgentes, se recomienda un periodo de ayuno, para disminuir el riesgo de broncoaspiración. La ASA recomienda un ayuno de 2-3 horas para líquidos claros, 4 horas leche materna, 6 horas leche de fórmula y no humana, comida 6-8 horas. En los casos en que el procedimiento sea urgente y pueda demorarse , la ingesta reciente de alimentos no es una contraindicación para la sedación, pero debe valorarse la relación riesgo-beneficio y vigilar la posibilidad de vómito o regurgitación.

Vía aérea de difícil acceso

Búsqueda de signos que impliquen intubación orotraqueal difícil:

- Cabeza y cuello: cuello corto, extensión limitada, disminución de la distancia mentón-hioides, masas cervicales, enfermedad o traumatismo de columna cervical, desviación traqueal.
- Boca: pequeña apertura, incisivos prominentes, paladar ojival, macroglosia, hipertrofia de amígdalas, úvula no visible.

El procedimiento queda registrado en la **Hoja de captación de valoración pre-anestésica M-2-0-13** el cual registra los siguientes datos: No. De expediente, nombre, edad, sexo, procedimiento quirúrgico a realizar, si está autorizada o no y observaciones o causa de suspensión.

Procedimiento

Debido a que los acontecimientos adversos son a menudo difíciles de prever, una preparación adecuada es el factor más importante para minimizar los efectos no deseados, ésta preparación incluye además de la adecuada selección del paciente y medicación para un procedimiento concreto, el entrenamiento del personal.

Disponer de una infraestructura adecuada: una sala donde haya material para la monitorización, aspiración de secreciones y equipo para la administración de oxígeno. Además debe existir disponibilidad inmediata de material para la práctica de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

Sera necesario disponer de los fármacos que se van a utilizar para la sedoanalgesia, los cuales dependerán del tipo de paciente, del procedimiento a realizar y de las preferencias y experiencia del profesional que lo va a llevar a cabo, a continuación se describen por su tipo:

Sedantes

- Midazolam.
- Diazepam.
- Propofol.

Analgésicos mayores

- Fentanilo.

Anestésicos tópicos/locales

- Gel LAT.
- EMLA.
- Lidocaína.
- Bupivacaina.

Otros

- Ketamina.

Medición del grado de sedación de los pacientes

A continuación se describen escalas de puntuación basadas en la observación de signos clínicos.

1.- **Escala de Ramsey** se basa en respuestas verbales o motoras (Tabla 1). Inicialmente se desarrolló para valorar la sedación inducida farmacológicamente. Como inconveniente destaca la falta de precisión para evaluar la agitación y del exceso de sedación.

TABLA 1. Escala de Ramsey para valoración de la sedación.	
NIVEL	DESCRIPCION
DESPIERTO	
1	Ansioso y/o agitado.
2	Colaborador, tranquilo y orientado. Apertura espontanea de ojos. Somnoliento.
3	Responde a estímulos verbales.
DORMIDO	
4	Quieto, ojos cerrados. Rápida respuesta a ligero golpecito glabellar o estímulos verbales fuertes.
5	Respuesta lenta. Solo responde a estímulos importantes.
6	No responde.

2.- Escala de valoración de alerta/sedación (Tabla 2)

Mide el nivel de alerta en cuatro categorías independientes : reactividad a estímulos, lenguaje, expresión facial y apariencia ocular. Se valora individualmente cada ítem, con una puntuación entre 1 y 5. La puntuación final no corresponde a la suma de los valores individuales, sino a la puntuación más alta en cualquiera de las categorías. Según ella se distinguen 5 niveles, que varían desde respuesta normal de alerta (nivel 1) hasta el grado más profundo de sedación, con respuesta ausente a estímulos (nivel 5).

TABLA 2. Escala de valoración de alerta/sedación.

REACTIVIDAD	DISCURSO	EXPRESION FACIAL	OJOS	PUNTUACION
Responde rápido al nombre en tono normal	Normal	Normal	Claros sin ptosis	1
Respuesta aletargada	Enlentecido o torpe	Ligeramente relajada	Vidriosos ligera ptosis	2
Solo responde si se grita su nombre y/o se le repite	Mal articulado o muy lento	Relajación marcada (mandíbula inmóvil)	Vidriosos, con marcada ptosis	3
Solo responde a estímulos mecánicos (al agitarlo suavemente)	Escasas palabras	-	-	4
No responde	-	-	-	5

3.- Grados de sedación según nivel de conciencia

Se define clásicamente en cuatro niveles: sedación mínima, moderada, profunda y anestesia general (Tabla 3). El niño puede pasar de un nivel a otro fácilmente y de forma inesperada, dependiendo de diversas circunstancias.

Estos estados de sedación no son específicos para ninguna sustancia ni vía de administración.

De forma semejante a la analgesia, en la realización de procedimientos Diagnóstico terapéuticos, debe realizarse una valoración del nivel de sedación alcanzado por el paciente antes y durante el mismo. Esto nos permite la realización adecuada de la técnica y valorar la necesidad de modificar la administración de fármacos. Se debe iniciar el procedimiento una vez alcanzado el nivel de sedación establecido previamente en cada caso.

TABLA 3. Grados de sedación según nivel de conciencia.				
Factores	Sedación mínima	Sedación moderada / analgesia (Sedación consciente)	Sedación Profunda	Anestesia General
Respuesta	Normal a estímulos verbales.	Adecuada a estímulos verbales o táctiles.	Adecuada a estímulos repetidos o dolorosos	No despierta incluso con estímulos dolorosos.
Vía aérea	No alterada	No precisa intervención	Puede precisar intervención	Precisa intervención
Ventilación espontánea	No alterada	Adecuada	Puede no ser adecuada	Frecuentemente Inadecuada
Función cardiovascular	No alterada	Habitualmente mantenida		

Se consideran cuatro niveles de sedación escalonados, valorados según la respuesta del niño ante estímulos verbales, táctiles o dolorosos:

- **Nivel 1.** Despierto, alerta y orientado.
- **Nivel 2.** Letárgico, despierto y orientado al hablarle.
- **Nivel 3.** Dormido. Despierta desorientado solo con estímulos físicos.
- **Nivel 4.** Sin respuesta a estímulos.

En niños con dificultad comunicativa (alteraciones del SNC, parálisis cerebral, sordomudos), puede ser útil la aplicación de monitor con índice biespectral. Este sistema se basa en un registro electroencefalográfico obtenido a partir de dos electrodos craneales y permite garantizar una sedación adecuada cuando no es posible la evaluación clínica.

Criterios de alta.

En los procedimientos de sedoanalgesia las complicaciones se derivan fundamentalmente de los efectos depresores sobre la circulación y la respiración de los fármacos utilizados. Estas complicaciones aparecen habitualmente a los 5 o 10 minutos de la administración del fármaco o inmediatamente después del procedimiento.

El tiempo hasta el alta dependerá del tipo de sedoanalgesia administrada, pero en general se recomienda esperar un mínimo de 30 minutos siempre que se cumplan las condiciones idóneas.

Las condiciones que se deben cumplir al alta son:

- Vía aérea y función cardiovascular conservadas con constantes vitales normales para la edad.
- Adecuado nivel de hidratación
- Nivel de conciencia normal.
- El paciente debe estar alerta, orientado, reconocer a sus padres y ser capaz de hablar, sentarse y andar (si edad apropiada).
- Retorno al estado basal.

Una vez evaluado el estado del paciente y decidido el alta debemos informar y dar instrucciones por escrito a los familiares o cuidadores de la posibilidad de que ocurra algún efecto adverso menor y que el niño debe estar bajo la vigilancia de un adulto las siguientes 24 horas.

Complicaciones de la analgesia y sedación.

Hipoxia/depresión respiratoria

Es la complicación más frecuente. Es producida fundamentalmente por los fármacos narcóticos (morfina, fentanilo), benzodiazepinas (midazolam), propofol y barbitúricos (tiopental), aumentando el riesgo de aparición cuando se utilizan varios de ellos. También puede ocurrir al retirar el óxido nitroso (hipoxia por difusión). Además, el resto de sedantes puede provocar una disminución del calibre de las vías aéreas superior debido a la relajación de la musculatura faríngea y un aumento de las resistencias al flujo, lo que genera también hipoventilación y caída de la SatO₂. La depresión respiratoria durante la sedación de un niño viene definida por la aparición de **apnea** (cese de movimientos torácicos o ausencia de curva de capnografía durante más de 15 segundos), **hipoventilación** (aumento de la PETCO₂ \geq 50 mm Hg durante más de 15 segundos) o **desaturación** (descenso de la SatO₂ $<$ 94% durante más de 15 segundos). La hipoxia no debería plantear un problema en un niño sedado cuando se detecta precozmente y se trata de manera rápida y adecuada.

Las maniobras que se deben realizar ante la detección de hipoxia/obstrucción vía aérea/hipoventilación:

1. Retirada del agente sedante.
2. Administración de oxigenoterapia.
3. Aspiración de secreciones.
4. Reposicionamiento de la vía aérea.
5. Ventilación con mascarilla.
6. Intubación endotraqueal.
7. Uso de agentes antagonistas.

Estridor inspiratorio/laringo-espasmo.

Es producida fundamentalmente por el uso de tiopental y/o ketamina como agente analgésico y sedante, así como con la administración rápida de fentanilo. Es más frecuente si el paciente tenía inflamación previa de la vía aérea por alguna otra causa. Si el paciente presenta estridor inspiratorio y dificultad respiratoria severa durante la administración de uno de estos fármacos se debe colocar al paciente en posición semi-incorporada e iniciar ventilación con bolsa mascarilla, con lo que suele resolverse la situación. Si los síntomas son de carácter leve hay que iniciar una nebulización de adrenalina 3-5 mg, así como administrar hidrocortisona IV 5 mg/kg. En casos excepcionales será preciso la intubación del paciente.

Broncoespasmo.

Es una complicación poco común y que aparece fundamentalmente en relación al uso de fármacos liberadores de histamina como los morfínicos, el propofol y el tiopental. Los síntomas que le caracterizan son la aparición de dificultad respiratoria, tos y sibilancias. El tratamiento es con broncodilatadores nebulizados y el uso de corticoides IV.

Aspiración broncopulmonar.

La aspiración de contenido gástrico es un evento muy infrecuente cuando se administran fármacos analgésicos y sedantes para realizar un procedimiento ya que precisa la combinación de un vómito y la pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea.

Ante su sospecha clínica, si aparece dificultad respiratoria tras un vomito en un paciente inconsciente se debe aspirar el contenido gástrico de la cavidad oral, iniciando medidas de optimización de la vía aérea, incluyendo la intubación nasotraqueal con el fin de aislar la vía aérea y mejorar la oxigenación y ventilación del paciente. En ocasiones será necesario el ingreso a UTIP y ventilación mecánica.

Inestabilidad hemodinámica.

La aparición de depresión miocárdica e hipotensión arterial se relaciona principalmente con la administración de propofol, morfínicos y barbitúricos, y es dosis-dependiente. El fentanilo y el resto de agonistas μ produce bradicardia ligera en general bien tolerada. El propofol produce una bradicardia más notoria sin repercusión hemodinámica que desaparece a los pocos minutos de suspender la perfusión.

Reacciones paradójicas/agitación

Es relativamente frecuente la aparición de este tipo de efecto colateral tras la recuperación de la sedación con ketamina, principalmente en adolescentes (reacciones disfóricas alucinógenas y sueños vividos). Para su tratamiento se puede utilizar una dosis baja (0,05 mg/kg) de midazolam IV.

Emesis

Las náuseas y vómitos son un efecto colateral frecuente (hasta un 20% en algunas series) tras la realización de procedimientos de sedación.

Complicaciones neurológicas: mioclonías/convulsiones.

Es excepcional la aparición de convulsiones durante un procedimiento de sedación, y siempre es en relación con una hipoxia cerebral mantenida, por lo que las medidas iniciales se deben centrar en conseguir una adecuada oxigenación y ventilación.

Rigidez torácica.

Puede aparecer tras la administración de fentanilo o remifentanilo, y aunque la duración suele ser breve puede poner en compromiso la adecuada ventilación del paciente. Se produce tras la administración rápida de dosis altas de estos fármacos, y es más frecuente en lactantes. Se debe sospechar ante la aparición de hipoventilación e imposibilidad de ventilación con bolsa-mascarilla en un paciente al que se le han administrado alguno de estos fármacos.

Reacciones alérgicas: urticaria/angioedema/anafilaxia.

Se relaciona principalmente con los fármacos liberadores de histamina (morfinicos, barbitúricos) y de propofol en los pacientes alérgicos al huevo y/o a la soya. Ante la aparición de síntomas y signos de anafilaxia se debe evaluar la vía aérea, ventilación y circulación del niño, administrar oxígeno, colocar al paciente en Trendelenburg, canalizar una vía IV, administrar una dosis de adrenalina IM/IV (0,01 mg/kg sin diluir, máximo 0,3 mg) así como iniciar el tratamiento de base de la anafilaxia (antagonistas H1, antagonistas H2, corticoides) y de síntomas específicos como el estridor (adrenalina nebulizada) o broncoespasmo (salbutamol nebulizado).

b) Documentación necesaria

Hoja de captación de valoración pre-anestésica M-2-0-13.

Registro anestésico trans y postoperatorio M-2-6-01 a-b.

c) Consentimiento informado

Carta de consentimiento informado para autorización de procedimientos anestésicos M-2-6-08 a-d.

d) Evaluaciones y monitorización del paciente

A todo paciente que se someta a procedimiento de sedación se debe realizar la valoración pre- anestésica. La monitorización incluye los siguientes puntos:

- **Pre-sedación**

Pre- medicación (fármacos, dosis, hora, vía y efecto).

Signos vitales.

Pulso.

Respiración.

Temperatura.

SPO2.

Ventilación.

- **Trans -operatorio**

Pulso.

Respiración.

Temperatura.

SPO2.

Ventilación.

- **Recuperación**

Nivel de conciencia.

Actividad física.

Estabilidad Hemodinámica.

Estabilidad respiratoria.

Saturación arterial.

Dolor Post Operatorio.

Síntomas Eméticos Post-operatorios.

Ver Registro Anestésico Trans y Postoperatorio M-2-6-01 a-b.

e) Competencias del personal involucrado en el proceso de sedación

Médicos Especialistas en Anestesiología Pediátrica.

Médicos Especialistas en Medicina Crítica del Paciente Pediátrico y Pediatras en el Servicio de Urgencias.

f) Disponibilidad y el uso de equipo especializado

Carro de Paro, desfibrilador, máquina de anestesia.

g) Servicios y Médicos no anesthesiólogos que pueden aplicar sedación.

Los procedimientos de sedación moderada y/o profunda son realizados en el área de quirófano por Médicos Especialistas en Anestesiología Pediátrica, los procedimientos de sedación moderada y/o profunda fuera del área quirúrgica se realizan en Radiología, Radioterapia, AQUA, UTIP, UCIN, Urgencias y en algunas áreas de hospitalización que cuentan con máquinas de anestesia como Nefrología ya que éstas unidades cuentan con Médicos capacitados para llevarla a cabo, solo si a un paciente se le va a realizar un procedimiento invasivo y no logran profundizar la sedación se solicita el apoyo al Departamento de Anestesiología.

Estándar de Referencia

Estándar ASC.3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

Elementos Medibles de ASC .3

- 1.- Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada, profunda y/o anestesia. (Ver AOP.2, EM 2 y MMU.4, EM 1).
- 2.- Las políticas y procedimientos guían el proceso de aplicación de sedación por un Médico no anesthesiólogo. Se identifican los Médicos y los Servicios autorizados.

Referencias Bibliográficas

Manual de Analgesia y Sedación en Urgencias de Pediatría: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, Dr. Adrián Gutiérrez, Javier, Dr. Aldecoa Bilbao, Victoria.

Anexos Formatos ASC

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Hoja de Captación de Valoración Pre-anestésica	M-2-0-13
2	Carta de Consentimiento Informado para Autorización de Procedimientos Anestésicos	M-2-6-08 a-d
3	Valoración Preanestésica y Preoperatoria	M-2-6-06 a-b
4	Registro Anestésico Trans y Postoperatorio	M-2-6-01 a-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
HOJA DE CAPTACIÓN DE VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA

EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDIMIENTO QX.	AUTORIZADA		OBSERVACIONES O CAUSA DE SUSPENSIÓN
					SI	NO	

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
REALIZO VALORACIÓN

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
RESPONSABLE DE VALORACIÓN

M-2-0-13

ADESÓGRAFO	
NOMBRE (S) DEL PACIENTE: _____	
REGISTRO: _____ CIUDAD: _____	



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA
COORDINACIÓN DE QUIRÓFANOS

**CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS**

Por este conducto doy autorización para que mi hijo (a) _____
con expediente número _____ que tiene una enfermedad llamada
_____ se le efectúe un acto anestésico, con la finalidad de llevar a
cabo el procedimiento: _____

Al realizarse bajo anestesia le brinda los beneficios de no causar dolor, al igual que el control escrito, de la constantes vitales para seguridad de mi paciente, el cual puede presentar complicaciones de leves, hasta severas, posibles riesgos y complicaciones inherentes a todo procedimiento médico quirúrgico bajo anestesia.

RIESGOS Y COMPLICACIONES EN ANESTESIOLOGIA

- Multifunciones (dificultad para encontrar una vena útil para la aplicación de sueros).
- En caso de requerir monitorización más especializada (invasiva) debido a la gravedad del paciente se utilizarán métodos como son:
 - Instalación de un catéter al corazón (catéter central) para medir la presión venosa central con la posibilidad de lesionar estructuras vecinas como son: nervios, arterias, venas, pulmon y/o provocar trastornos cardiacos del ritmo o su pared.
 - Instalación de un catéter en una arteria para la medición de gases sanguíneos y presión arterial continua, pudiendo lesionar nervios, con lesión temporal o permanente de la extremidad, así como la posibilidad de obstrucción vascular.
- Respuesta alérgica al anestésico local (desde salpullido hasta la muerte).
- Daño de los nervios transitorio o permanente irectamente relacionado con la técnica anestésica o con la instalación o presencia de catéter epidural (anestesia en columna).

Rev. 0

M-2-6-08 a

- Respuesta inesperada, no deseada los medicamentos aplicados para anestesia regional que pueden provocar desde efectos leves hasta severo que ponga en peligro la vida o incluso provoquen fallecimiento.
- Respuesta indeseable a los medicamentos utilizados para inducción anestésica y mantenimiento que puede causar suspender la cirugía.
- Ruptura y/o extracción de piezas dentales, lesión de mucosa de boca y nariz.
- Imposibilidad para colocar el tubo en la tráquea que conlleva a la traqueotomía o traqueostomía (herida quirúrgica en la tráquea) de urgencia para salvaguardar la vida del paciente.
- Dificultad o imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente, con probabilidad de daño y una serie de complicaciones que provoque fallecimiento.
- Respuesta inadecuada a los fármacos utilizados, en el procedimiento anestésico, con posibilidad de daño, local, regional o sistemático de la posibilidad de daño.
- Posibilidad de MUERTE y otras posibles complicaciones:

Estoy informado que el ó los procedimientos serán efectuados por:

Así como el personal designado por la Institución, de igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que atenderá al paciente pueden ser sustituidos por necesidades del Instituto, del departamento o servicio, sin que por ello esta autorización pierda sus alcances y efectos legales.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cualquier información obtenida de los procedimientos quirúrgicos, en el cual su hijo sea identificado, será disponible solo con su autorización. Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los Comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

PARA RESPONDER A PREGUNTAS Y NOTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Debe consultar al Dr. _____, quien es responsable de su cuidado y tratamiento, de quien ha recibido la información y las respuestas a sus preguntas antes de la realización de procedimientos quirúrgicos. Si tiene alguna pregunta durante la evolución del tratamiento, puede comunicarse con los médicos encargados al siguiente teléfono 01 (55) 10-84-09-00 extensión _____.

Rev. 0

M-2-6-08 b

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO

Es política del Instituto Nacional de Pediatría que en caso de complicación, resultado del tratamiento; recibirá el tratamiento médico necesario para resolver la complicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA CON DERECHO A RETIRARSE

Se me informó que la participación en este tratamiento es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento, sin pérdida de beneficios, penalizaciones o interferencia en mi futuro tratamiento, sin embargo, la suspensión del tratamiento o sus modificaciones no supervisadas pueden condicionar complicaciones que incluso pueden poner en peligro la vida.

ÉTICA

El médico me explicó que en caso de tener evidencia de algún riesgo, seré informado y puedo modificar el poder continuar participando en el tratamiento.

DERECHO DE LAS PERSONAS Y FORMAS DE CONSENTIMIENTO

Recibiré una copia firmada de esta Carta de Consentimiento y la he leído completamente.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Los médicos han contestado mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios esperados del tratamiento, por lo que estoy de acuerdo en la realización de los procedimientos anestésicos ya descritos.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____

Firma: _____ Firma: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Identificación: _____ Identificación: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso _____ Talla _____ T° _____ TA _____ R.A.O. _____
 FC _____ FR _____ Oximetría Capilar _____
 Distancia Tiramentoriana _____ Mallampati _____ ASA _____

A) CONDICIONES GENERALES	SI	NO	B) Adecuado Aparato Oral	SI	NO
Palidez			Cánula traqueal		
Discapacidad evidente			Traqueostomía		
Daño Neurológico			Hipertrofia amigdalina		
Adecuada			Piezas dentales integrales		
C) CABEZA Y CUELLO			D) TORAX		
Malformación Craneal			Simetría Ventilatoria		
Permeabilidad de coanas			Campos Pulmonares Limpios		
Angulosis Mandibular			Ruidos Cardíacos Normales		
Traquea Central			F) REGION LUMBAR		
Cuello Corto			Pal Normal		
E) ABDOMEN			Penículo adiposo grueso		
Alteraciones de pared			Deformidad de Vértebras		
Visceromegalias			Sacro palpable		
			G) EXTREMIDADES		
			Adecuado tono muscular		
Exámenes de Laboratorio:			Exámenes de Gabinete (ECO, TAC, RMN Y EKG)		
HB:	Hto:	Plaq:			
Tp:	%	Tpt:			

IVR:

Resultado de Interconsulta

Plan:

Medico Anestesiólogo Adscrito:

Nombre, Clave y Firma _____

Medico Anestesiólogo Residente:

Nombre, Clave y Firma _____

Indicaciones:

SE DAN INDICACIONES PREANESTESICAS Y SE ENTREGA TRIPTICO DE TRAMITE PARA INTERVENCION QUIRURGICA.

VERIFICACION PREOPERATORIA

Brazalete de identificación
 Ayuno ¿Cuántas horas? _____
 Última uresis (hora) _____
 Hoja de consentimiento informado
 Preparación área quirúrgica
 Formato de autorización de marcaje quirúrgico
 Sitio quirúrgico marcado

SI	NO	NO APLICA

Nombre Enfermera: _____

Clave y Firma: _____



Instituto Nacional de Pediatría

SUBDIRECCION DE CIRUGIA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

REGISTRO ANESTESICO
(TRANS Y POSTOPERATORIO)

FECHA: _____

NO. DE SALA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ No. EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____

PESO: _____ CIRUGIA PROGRAMADA: _____ CIRUGIA REALIZADA: _____

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO RESIDENTE: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL CIRUJANO: _____ CLAVE: _____ FIRMA: _____

TRANSOPERATORIO

PREMEDICACION: (Fármacos, dosis, hora, vía y efecto)

Table with columns for 'TIEMPOS' (0-60) and rows for vital signs: P.A., Pulso, Resp., Temp., Anest., SPO2, Ventilación, etc.

SÍMBOLOS: P.A.: v Pulso: - Temperatura: Δ Inicio de anestesia: x Inicio de cirugía: ⊕ Termina Cx: ⊗ Fin de la anestesia: ⊖ Aspiración: S Sala de rec.: R

Table for 'Monitores' with columns for 'VBC' and 'Hto' (Hto inicial, Hto permisible) and rows for CO2, N2O, and various agents.

Table for 'HORA' with columns for 'TOTALES' and 'GASOMETRIAS' (1-5) and rows for various clinical parameters.

ANESTESIA

ANESTESIA: INHALATORIA <input type="checkbox"/> ENDOVENOSA <input type="checkbox"/> BALANCEADA <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> COMBINADA <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> INDUCCIÓN: I.V. <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> INHALADA <input type="checkbox"/> DIFICULTADES TÉCNICAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INCIDENCIAS: _____ INTUBACIÓN: Ora <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> M. Laríngea <input type="checkbox"/> Tracustorica <input type="checkbox"/> CALIBRE: _____ mm. O Fr. _____ GLOBO: _____ cc. PRESION: normal <input type="checkbox"/> baja <input type="checkbox"/> Traumática: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INCIDENCIAS: _____ ANESTESIA REGIONAL: _____ Agentes: _____ Nivel de: _____ Técnica: _____ Dificultades Técnicas: _____ ANESTESIA LOCAL/INFILTRACION: _____ Agentes: _____ Analgesia del paciente al cerrar: _____ Afectado por: _____	ACCESOS VENOSOS Y/O ARTERIAL Perfúscos: _____ Sitio: _____ Línea arterial: _____ Sitio: _____ Catéter Central: _____ Sitio: _____ Posición del paciente: Fowler <input type="checkbox"/> Litomía <input type="checkbox"/> Transolant <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Pronación <input type="checkbox"/> Latent <input type="checkbox"/> Bentado <input type="checkbox"/> Nav. Sustent <input type="checkbox"/> Shcyltr <input type="checkbox"/> Otra: _____ POSICIÓN DE LOS BRAZOS: Abd. <input type="checkbox"/> Ad. <input type="checkbox"/> SITIOS DE PRESIÓN: _____ _____ _____ TORNQUETE: Inicio: _____ Término: _____ EFECTOS ADVERSOS: Bradicardia <input type="checkbox"/> Alergia Anestésicos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pico Hemodinámico <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Traumatismo de Ritmo <input type="checkbox"/> Trauma en vía aérea <input type="checkbox"/> Ninguno
--	---	---

ÁREA DE RECUPERACIÓN

A) ALDRETE 0 min. _____ 15 min. _____ 30 min. _____ 45 min. _____ 60 min. _____ 90 min. _____ 120 min. _____	B) E. VISUAL ANALOGA _____ _____ _____ _____ _____ _____	CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO: Analg: _____ Agonistas antagonista: _____ Narcóticos: _____ Infusión por catéter, medicamentos y dosis: _____ Volumen: _____ Tasa de infusión: _____	EL PACIENTE PASA DE RECUPERACIÓN A: Cuanto <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Reanimado <input type="checkbox"/> Donde <input type="checkbox"/> Otro: _____ Observaciones: _____
---	--	---	--

A ALDRETE

Nivel de Conciencia	Despierto y orientado	2	Saturación Arterial (SaO ₂)	SaO ₂ > 90% con aire ambiente	2
	Se despierta con mínima estimulación	1		Precisa oxígeno suplementario para SaO ₂ > 90%	1
	Responde sólo a estímulos táctiles	0		SaO ₂ < 90% c/oxígeno suplementario	0
Actividad	Mueve todas las extremidades ante órdenes	2	Dolor Post Operatorio	Ninguno o pequeña molestia	2
Física	Cierta debilidad al mover las extremidades	1		Dolor moderado o grave controlado con analgésicos i.v.	1
	Extremidades frías	0		Dolor grave persistente	0
Estabilidad Hemodinámica	Presión arterial media < 15% de la basal	2	Síntomas Eméticos Post-Operatorios	Náuseas ausentes o leves sin vómitos	2
	Presión arterial media 15 - 30% de la basal	1		Vómitos transitorios	1
	Presión arterial media > 30% X debajo de la basal	0		Náuseas y vómitos moderados o graves	0
Estabilidad Respiratoria	Capaz de respirar profundamente	2			
	Taquipnea con tos eficaz	1			
	Disea con tos débil	0			

B ESCALA VISUAL ANALOGA

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

MUY CONTENTO PORQUE NO LE DUELE NADA	TENE UN POCO DE DOLOR	LE DUELE UN POCO MAS	LE DUELE MAS	LE DUELE MUCHO	MAXIMO DOLOR
--------------------------------------	-----------------------	----------------------	--------------	----------------	--------------

Egreso a Recuperación

HORA DE ALTA: _____

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA
ANESTESIOLOGO RESPONSABLE

Rev. 1 M-2-6-01 b

PFE

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Educación del paciente y de su familia

PFE I.

I. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en todo el establecimiento.

Temas específicos de educación

PFE. 1 Planificación de la educación. Orientación, capacitación e información, basados en la misión y servicios prestados.

PFE. 2 Evaluación de necesidades. Desde la valoración inicial. Evaluar tipos de procedimientos quirúrgicos, invasivos, tratamientos planificados y necesidades de enfermería para la atención después del alta.

- Consentimiento informado
- Prevención y autocuidado de enfermedades crónico degenerativas
- Prevención, detección y atención de cáncer
- Prevención de adicciones
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Factores de riesgo y signos de alarma

PFE.2.1 Evaluación factores emocionales e intelectuales que obstaculicen las capacidades aprendizaje.

- Creencias y valores; alfabetización
- Barreras emocionales; limitaciones física y cognitivas; habilidad para un procedimiento.

PFE. 3 Capacitación después del alta, debe incluir información sobre:

- Cuando retomar actividades diarias; medidas preventivas; información cómo sobrellevar la enfermedad o discapacidad.
- Recursos educativos de la comunidad. Organizaciones promoción a la salud. Se establecen relaciones de cooperación.

PFE. 4 Educación incluye temas:

- Uso seguro y efectivo de medicamentos
- Uso seguro y efectivo de equipo médico
- Prevención de interacciones medicamentosas y con alimentos
- Dieta y nutrición
- Manejo del dolor
- Técnicas de rehabilitación
- Higiene de manos dentro de la organización.

PFE. 4.1 Educación en áreas de alto riesgo:

- *Consejería para adolescentes, planificación familiar, violencia familiar, enfermedades crónico-degenerativas, patologías oncológicas, adicciones, vacunación, datos de alarma en las embarazadas.*

PFE. 5 Método de educación adecuados y útiles para el aprendizaje.

- Interacción entre el personal y pacientes y familiares.
- Reforzar educación oral con materiales escritos

PFE 6. Profesionales de la salud colaboran en la educación.

- Conocimiento del tema, tiempo y destrezas de comunicación.

Acciones para garantizar el aprendizaje

PFE 2 / PFE 2.1 Evaluación de necesidades educativas, evaluaciones específicas de factores que puedan obstaculizar el aprendizaje considerando: creencias y valores, nivel de alfabetización, nivel educativo, idioma, barreras emocionales, motivaciones, limitaciones físicas y cognitivas, disposición para el aprendizaje

PFE 5 La información oral se refuerza con material escrito y el personal confirma que se comprendió la información

PFE

EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Introducción.

El INP consiente de la importancia de la educación del paciente y su familia para mejorar su participación en la atención de su salud, lleva a cabo actividades de educación para favorecer la toma de decisiones informadas sobre su atención.

Para ello el INP lleva a cabo:

- Educación en temas de salud pública.
- Educación al paciente y su familia conforme a los motivos de atención.
- Educación al paciente y su familia acorde a sus necesidades de educación, barreras de aprendizaje y disposición para aprender.

Lo anterior, adaptándose a sus valores culturales, religiosos y destrezas.

Objetivo general

Educar al paciente y a su familia a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar activamente en sus procesos de atención, basándose en la misión, los servicios prestados y el entorno de los pacientes.

Objetivos específicos

1. Orientar y capacitar al paciente y familiares sobre temas de Educación para la Salud.
2. Educar al paciente y su familia de acuerdo a su proceso de atención.
3. Brindar educación adecuada a las necesidades del paciente y familiar.

Estrategias y líneas de acción

1.1 Educar a pacientes y familiares sobre temas relevantes de Salud Pública.

1.1.1 Describir y especificar las acciones que se realizan para llevar a cabo la Educación para la Salud en el Servicio de Epidemiología.

1.1.2 Identificar e impartir de manera grupal y/o individual temas de relevancia en salud pública.

2.1 Educar al paciente y su familia según sea adecuado para la atención del paciente sobre:

2.1.1 Aspectos administrativos sobre los requisitos institucionales a cubrir durante la estancia hospitalaria.

2.1.2 Aspectos relacionados a su proceso de atención a través de las distintas áreas del Instituto.

Higiene de manos, prevención de caídas.

Patología motivo de la atención, orientación nutricional, rehabilitación, uso seguro de medicamentos (preparación, administración, posibles efectos secundarios e interacciones) y equipo médico según corresponda, manejo del dolor.

Consejería para adolescentes, violencia familiar, patologías oncológicas, adicciones, vacunación, planificación familiar.

3.1 Evaluar o Detectar las necesidades de educación de cada paciente y su familia.

3.1.1 Identificar las necesidades de educación, barreras para el aprendizaje y disposición para aprender en cada paciente.

Alcance

Todo el personal del Instituto Nacional de Pediatría.

Temas de Salud Pública impartidos por el Servicio de Epidemiología

Alimentación.

Nutrición.

Inmunizaciones.

Salud bucal.

Prevención de la discapacidad de niños y niñas.

Cáncer.

Cáncer infantil.

Salud de la mujer.

Lactancia materna.

Mortalidad materna.

Donante de sangre.

Donación de órganos y tejidos.

Diabetes.

Rabia.

Tuberculosis.

Lepra.

Seguridad y Salud en el Trabajo.

Prevención de accidentes.

Uso indebido y tráfico ilícito de drogas.

Calendario de promoción de la Salud del Servicio de epidemiología

Enero	Día mundial lucha contra Lepra
Febrero	Día mundial lucha contra Cáncer Día internacional contra Cáncer Infantil Semana Nacional de Salud
Marzo	Día Internacional de la Mujer Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Día Mundial lucha contra Tuberculosis
Abril	Mes prevención de la Discapacidad Niños y Niñas Día Mundial de la Salud Día Mundial Seguridad y Salud en el Trabajo
Mayo	Semana Nacional de Salud Día Mundial lucha contra Mortalidad Materna y de la Salud de la Mujer
Junio	Día Mundial Donante de Sangre Día Internacional contra el uso indebido y tráfico ilícito de Drogas
Agosto	Semana Internacional de la Lactancia Materna
Septiembre	Semana Nacional de Salud Día Nacional de Órganos y Tejidos Día Mundial Rabia
Octubre	Semana Nacional de Salud Día Mundial Alimentación
Noviembre	Semana Salud Bucal Día Mundial Diabetes Día Internacional del Prematuro

Temas de acuerdo al proceso de atención

SUBDIRECCION

1.- CIRUGIA

1.1 Estomatología

- a Técnicas de Higienes Bucal.
- b Pasos para salvar Dientes.

1.2 Clínica de Labio y Paladar Hendido

- a Cierre de Labio Hendido.
- b Cierre de Paladar Hendido.

1.3 Cardiocirugía

- a La Cirugía de Corazón de mi Hijo.

1.4 Cirugía

- a Programa de Rehabilitación Intestinal **Irrigación.**
- b Programa de Rehabilitación Intestinal **Enemas.**
- c Programa de Rehabilitación Intestinal **Registro para el Control de Evacuaciones.**

1.5 Coordinación de Quirófanos

- a Trámite para el paciente que será sometido a una Intervención Quirúrgica.
Donación y Trasplantes Súmate a la Acción.
Guía para padres Proceso de Hospitalización y estudio prequirúrgicos para los pacientes programados para cirugía de Corazón.

1.6 Otorrinolaringología

- a Información para pacientes operados de **OIDO.**

1.7 Audiología y Foniatría

- a Guía de Orientación Pedagógica.
- b Ejercicios Táctiles.
- c Ejercicios con Onomatopeyas.
- d Prueba de Vocabulario.
- e Ejercicios de Velo y Soplo.
- f Corrección de Fonema G.
- g El Chipote Chueco de Chapotín Fonema /CH.
- h Corrección del Fonema “b” Bilabial Oclusivo.
- i Corrección del Fonema “rr” Alveolar Vibrante Múltiple Sonoro.
- j Corrección del Fonema “ere” Alveolar Vibrante simple.
- k Ejercicios de Labios.
- l Ejercicios de Lengua.
- m Ejercicios de Respiración.
- n Corrección del Fonema “p” Bilabial Oclusivo Sordo.
- o Corrección del Fonema “n” Alveolar Nasal Sonoro.
- p Corrección del Fonema “m” Bilabial Nasal Sonoro.
- q Corrección del Fonema “j” Velar Fricativo Sordo.
- R Corrección del Fonema “k” Velar Oclusiva Sorda.

SUBDIRECCION

2.- MEDICINA

2.1 Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado

- a Derecho a la alimentación.
- b Prevención de Accidentes en el Hogar.
- c Métodos Anticonceptivos.
- d Conociendo Nuestros Derechos.
- e Lactancia materna Conociendo Nuestros Derechos.
- f Ser Niño.

2.2 Farmacia Hospitalaria

- a ¿Dónde Encontrarnos?.

2.3 Dermatología

- a Fundación para la Dermatitis Atópica *Investigación y Educación.*
- b Displasia Ectodérmica.
- c Fundación para la Dermatitis Atópica *¿Su Hijo sufre de dermatitis atópica? Consejos simples y respuestas a las preguntas más frecuentes de los padres.*

2.4 Clínica Down

- a Guía informativa para familiares de pacientes con síndrome de Down.
- b Escuela para padres de la Clínica de atención Integral al niño con Síndrome de Down.

2.5 Infectología

- a Ayúdanos Participa Niños con un cuidado adecuado **¡Niños Felices!**.

2.6 Medicina Paliativa

- a **Signos síntomas.**
 - Leucemias.
 - Tumores del Sistema Nervioso Central.
 - Tumores Óseos.
 - Daño Neurológico
- b **Plan de Egreso.**
 - Gastrostomía.
 - Traqueotomía.
 - Tanque de Oxígeno.
 - Nebulizador.
 - Fisioterapia Respiratoria.
 - Control del Dolor.

- Modificación de la carta de consentimiento informado para autorización.
- Uso de fármacos ovoides.
- Carta de condolencias.

2.7 Oncología

- a** Recomendaciones para pacientes que egresan del Servicio de Oncología.

2.8 Nefrología

- a** Grupo de apoyo.
- b** Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal.
- c** Insuficiencia Renal Crónica.
- d** Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal.

2.9 Alergia

- a** Indicaciones Para Pruebas Cutáneas.
- b** Aplicación Inmunoterapia Sublingual.
- c** Aplicación Inmunoterapia Subcutánea.
- d** El Tratamiento de las Alergias debe ser de Varias Formas.
- e** Carnet de Vacunas de Alergia.
- f** Educación del Paciente y de su Familia.
- g** Evaluación de la Capacitación en **DPCA** al Paciente y Familiar.
- h** Presentación Dispositivos.

SUBDIRECCION

3.- CONSULTA EXTERNA

3.1 Departamento de Trabajo Social

- a** Escuela para padres y talleres de adherencia para niños y adolescentes:
 - dirigido a usuarios de la clínica de VIH (programa)

3.2 Departamento de Medicina Comunitaria

3.2.1 Servicio de Epidemiología.

3.2.1.1 Educación para la salud.

- a. Calendario de promoción a la salud.

3.2.1.2 Educación Nutricional

- a. Planes de Alimentación.
- b. Registro de consumo de alimentos.
- c. Guías de alimentación infantil.
- d. Guías de la alimentación y el desarrollo.

3.3 Servicio de Rehabilitación

- a. Control de asistencia a terapias de rehabilitación.

SUBDIRECCION

4 MEDICINA CRÍTICA

4.1 Servicio de Neonatología

- a. Prematurez.
- b. Reanimación básica en lactantes.
- c. Lactancia materna.
- d. Aspiración de secreciones.
- e. Manejo de estomas.

Temas de plática de PIPHOS:

- Relaciones Hospitalarias.- Información y orientación
- Trabajo Social.- Niveles de atención
- Educación para la Salud.- Adaptación del niño hospitalizado.
- Enfermería.- Higiene personal, banco de sangre, cartilla nacional de vacunación.
- Dietista.- Educación Nutricional. Dar información a los padres de familia en los temas asignados.

Programa de introducción al proceso hospitalario (PIPHOS)

1. Propósito

Impartir a los padres y familiares responsables de los pacientes hospitalizados, orientación grupal que conlleve aspectos administrativos sobre los requisitos institucionales a cubrir durante la estancia hospitalaria.

2. Alcance

Aplica a la Subdirección de Consulta Externa, Subdirección de Enfermería, Departamento de Trabajo Social, Servicio de Relaciones Hospitalarias, Educación para la Salud y Educación Nutricional del INP.

3. Políticas de operación

- La Subdirección de Consulta Externa, es la responsable de coordinar las actividades del equipo multidisciplinario.
- El Servicio de Relaciones Hospitalarias es el responsable de mantener actualizado este procedimiento.
- El horario establecido para la participación en el Programa de Introducción al Proceso Hospitalario (PIPHOS), son los días Martes y Jueves de las 13:00 a 14:00 horas., excepto días festivos. Éste horario está sujeto a cambios de acuerdo a las necesidades Institucionales.
- Es un requisito que el familiar o responsable del paciente hospitalizado asista al Programa.
- El equipo multidisciplinario deberá asistir a la Reuniones de Logística.
- Cuando se presente el familiar o responsable del paciente hospitalizado y comente que ya escuchó la plática, se aplicara el cuestionario único, si contestan correctamente se sellará su pase de visita o se le entregará tarjeta de PIPHOS de lo contrario se le pedirá quedarse.

Educación al paciente y su familia acorde a sus necesidades de educación, barreras de aprendizaje y disposición para aprender

Identificación de necesidades de educación

- Responsable: Cualquier personal de la Salud en contacto con el paciente.
- Contenido: Se identifican necesidades de educación del paciente y/o familiar mediante una pregunta abierta como ¿requiere información mayor sobre su enfermedad, cuidados, tratamientos, complicaciones o secuelas?. Independientemente de lo anterior, se busca intencionadamente si existe necesidad de educación en:
 - Orientación a la hospitalización.
 - Precauciones estándar.
 - Lavado de manos.

- Prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Participación en el cuidado del paciente.
- Medidas de seguridad para el paciente.
- Uso adecuado de mobiliario y aparatos hospitalarios.
- Orientación de los cuidados en el hogar.

Identificación de barreras para el aprendizaje:

- Responsable: Trabajo Social.
- Contenido: Se identifican las siguientes barreras:
 - Idioma y/o dialecto.
 - Religión.
 - Tipo de familia.
 - Etapa de desarrollo de la familia.
 - Funcionalidad de la familia.
 - Pertenencia a un grupo o institución.
 - Barreras emocionales y motivaciones.
 - Ingresos y egresos económicos.
 - Vivienda.
 - Limitaciones físicas (visuales, auditivas y verbales) y cognitivas.

Se realiza la actualización de las notas en cada ingreso del paciente.

- Responsable: Personal de Enfermería.
- Contenido: Se identifican las siguientes barreras:
 - Habilidad para realizar algún procedimiento.

Identificación de la disposición para aprender:

- Responsable: Cualquier personal de Salud en contacto con el paciente.
- Contenido: La disposición del paciente y/o familiar es mediante la identificación de su voluntad para recibir información, su interés en colaborar en el proceso de atención y su estado emocional.

Registro de la educación brindada

El registro de la educación brindada se efectúa en el formato :**Educación al paciente y su familia M-7-0-30 a-b.**

Estándares de Referencia

Estándar PFE .1 El establecimiento proporciona información sobre el proceso de atención para el conocimiento y participación del paciente y de su familia para la toma de decisiones sobre su atención.

Anexos Formatos PFE

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Educación al Paciente y su Familia	M-7-0-30 a-b



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Edad: _____ Servicio: _____ Cama: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

TIPO DE EDUCACIÓN	SI	NO	MEDIO	PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	FECHA	FIRMA	ENFERMERA QUE PROPORCIONA LA EDUCACION	FIRMA	TURNO
Orientación a la hospitalización									
Precauciones estándar									
Lavado de manos									
Prevención de infecciones intrahospitalarias									
Participación en el cuidado del paciente									
Medidas de seguridad para el paciente									
Uso adecuado de mobiliario y aparatos hospitalarios									
Orientación a los cuidados en el hogar									

MCI

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Manejo de la comunicación y la información

COMUNICACIÓN

Con la comunidad

MCI 1 Para facilitar el acceso a la atención / Información sobre los servicios otorgados y su calidad

Con pacientes familiares

MCI 2 A pacientes y familiares sobre su atención y servicios y alternativas cuando no se puede otorgar atención
MCI 3 Formato e idioma comprensibles / Cartas de derechos de los pacientes

En el establecimiento

MCI 4 Comunicación efectiva en todo el establecimiento, con paciente y familia
MCI 5 / MCI 6 Comunicación y coordinación entre áreas y servicios, entre personal y cada turno
MCI 7 Disponibilidad del expediente clínico
MCI 8 Información del paciente durante la transferencia

INFORMACIÓN

Liderazgo y planificación

MCI 9 Planificación y diseño de procesos del manejo de la información
MCI 10 Privacidad / Confidencialidad
MCI 11 Seguridad e integridad de la información
MCI 12 Conservación del EC
MCI 13 Códigos estandarizados
MCI 14 Necesidades de información
MCI 15 Tecnología de información
MCI 16 Protección de expedientes e información
MCI 17 Educación y capacitación del personal para manejo y uso de info.
MCI 18 Requisitos para elaborar políticas y procedimientos

Expediente clínico

MCI 19 Expediente clínico para cada paciente
MCI 19.1 Información en el expediente de acuerdo NOM-168
MCI 19.1.1 Expediente en atención a urgencia
MCI 19.2 Personal autorizado para registrar información
MCI 19.3 Notas con nombre, fecha y firma
MCI 14 Proceso de revisión y evaluación

Datos e información agregados

MCI 20 Respaldan la atención y la gestión
MCI 19.1 Proceso de agregación de datos
MCI 19.1.1 La atención, educación, investigación y gestión se respaldan con información científica actual
MCI 19.2 Bases de datos externas

MCI

MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Grupos comunitarios y población de interés del INP (Estándar MCI .1)

Propósito

Identificar a los grupos comunitarios y población de interés del INP a fin de establecer mecanismos de comunicación y de apoyo para mejorar la asistencia, docencia e investigación.

1.- Hospitales Pediátricos del País:

- Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.
- Hospital de la Niñez Oaxaqueña.
- Hospital del Niño Poblano.
- Hospital Infantil Privado.
- Hospital Infantil de Tlaxcala.
- Hospital del Niño y Adolescente Morelense.
- Hospital Pediátrico de Tabasco.
- Hospital del Niño DIF Hidalgo.
- Hospital del Niño de Saltillo.
- Hospital Pediátrico de Azcapotzalco.
- Hospital Pediátrico de Legaria.
- Hospital Pediátrico de Moctezuma.
- Hospital Pediátrico de Iztapalapa.
- UMAE Hospital de Pediatría, CMNO IMSS, Jalisco.

2.- Grupos médicos:

- Asociación Mexicana de Pediatría.
- Consejo Mexicano de Pediatría.
- Academia Nacional de Medicina.

- Asociación Mexicana de Terapia Intensiva Pediátrica.
- Sociedad Mexicana de Anestesiología Pediátrica.
- Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica.
- Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica.
- Academia Mexicana de Pediatría.

3.- Grupos que dan apoyo para la atención de pacientes:

- Fundación Ronald McDonald.
- Fundación Río Arronte.
- Fundación Teletón.
- Fundación Mary Street Jenkins.
- Casa de la Amistad.
- Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (AMANC).

4.- Dependencias y entidades gubernamentales relacionados con Normatividad y Presupuesto:

Junta de Gobierno del INP

- Comisión coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
- Comisaría de Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de la Función Pública.
- Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.
- Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- Patronato del INP.
- Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Estándar de Referencia.

MCI.1 El establecimiento de atención médica se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.

Elemento Medible

1. El establecimiento ha identificado sus grupos comunitarios y población de interés.

Política sobre clasificación y seguridad de la información (Estándar MCI.10 y MCI.11)

Propósito.

Determinar y mantener la confidencialidad de datos e información que sean sensibles.

Políticas:

Se entenderá por:

- Datos personales: Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable.
- Datos personales sensibles: Aquellos datos personales que afecten a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. En particular, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual.
- Tratamiento: La obtención, uso, divulgación o almacenamiento de datos personales, por cualquier medio. El uso abarca cualquier acción de acceso, manejo, aprovechamiento, transferencia o disposición de datos personales.

Categorías de datos personales según su naturaleza:

a) Nivel estándar.

Esta categoría considera información de identificación, contacto, datos laborales y académicos de una persona física identificada o identificable, tal como: nombre, teléfono, edad, sexo, RFC, CURP, estado civil, dirección de correo electrónico, lugar y fecha de nacimiento, nacionalidad, puesto de trabajo, lugar de trabajo, experiencia laboral, datos de contacto laborales, idioma o lengua, escolaridad, trayectoria educativa, títulos, certificados, cédula profesional, entre otros.

b) Nivel sensible.

Esta categoría contempla los datos que permiten conocer la ubicación física de la persona, tales como la dirección física e información relativa al tránsito de las personas dentro y fuera del país.

También son datos de nivel sensible aquellos que permitan inferir el patrimonio de una persona, que incluye entre otros, los saldos bancarios, estados y/o número de cuenta, cuentas de inversión, bienes muebles e inmuebles, información fiscal, historial crediticio, ingresos, egresos, buró de crédito, seguros, afores y fianzas.

Son considerados también los datos de autenticación con información referente a los usuarios, contraseñas, información biométrica (huellas dactilares, iris, voz, entre otros), firma autógrafa y electrónica y cualquier otro que permita autenticar a una persona.

Finalmente, se contemplan como datos personales sensibles aquellos que afecten a la esfera más íntima de su titular. Por ejemplo, se consideran sensibles los que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud pasado, presente y futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencia sexual, hábitos sexuales y cualquier otro cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave a la integridad del titular.

c) Nivel especial.

Los datos de nivel especial son los que de acuerdo a su naturaleza y contexto pueden causar un daño excepcional a los titulares, por ejemplo:

Información adicional de tarjeta bancaria que considera el número de la tarjeta de crédito y/o débito mencionado anteriormente en combinación con cualquier otro dato relacionado o contenido en la misma, por ejemplo fecha de vencimiento, códigos de seguridad, datos de banda magnética o número de identificación personal (PIN).

Los datos personales de titulares de alto riesgo, cuya profesión, oficio o condición los expone a una mayor probabilidad de ser atacados debido al beneficio económico o reputacional que su información representa para una persona no autorizada.

Manejo de la información

El INP mantiene la confidencialidad de los datos y la información, y tiene especial cuidado en la preservación de la confidencialidad de datos e información que sean sensibles. Para el tratamiento de los datos se obtendrá Consentimiento tácito mediante la disposición del aviso de privacidad, y en tanto la persona o su representante legal no manifiesten oposición. Los avisos de privacidad se colocarán en: Área de atención médica, enseñanza, registro de proveedores, nómina del personal y reclutamiento.

No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de las mismas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos del Instituto.

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

Únicamente podrá proporcionarse información del expediente clínico a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un Médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.

Toda la información en posesión o generada por el INP será clasificada conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental como:

- Pública.
- Reservada.
- Confidencial.

Información Pública.

El INP como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal tiene como obligación constitucional cumplir con el principio de máxima publicidad por lo que, en principio, toda la información es pública salvo que dicha información se encuentre protegida como reservada o confidencial de acuerdo con los supuestos establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Información reservada.

Como información reservada podrá clasificarse aquella cuya difusión pueda:

- Poner en riesgo la vida, la seguridad o la salud de cualquier persona, o causar un serio perjuicio a las actividades de verificación del cumplimiento de las leyes, prevención o persecución de los delitos, la impartición de la justicia, las estrategias procesales en procesos judiciales o administrativos mientras las resoluciones no causen estado.
- La que por disposición expresa de una Ley sea considerada reservada.

- La información clasificada como reservada, podrá permanecer con tal carácter hasta por un periodo de doce años. Esta información podrá ser desclasificada cuando se extingan las causas que dieron origen a su clasificación o cuando haya transcurrido el periodo de reserva.

El Departamento de Desarrollo Institucional elaborará semestralmente y por rubros temáticos, un índice de los expedientes clasificados como reservados. Dicho índice indicará la fecha de la clasificación, su fundamento, el plazo de reserva y, en su caso, las partes de los documentos que se reservan.

En todo momento, el IFAI tendrá acceso a la información reservada o confidencial para determinar su debida clasificación, desclasificación o la procedencia de otorgar su acceso.

Información confidencial:

Se considera como información confidencial la entregada con tal carácter por los particulares así como los datos personales que requieran el consentimiento de los individuos para su difusión o distribución.

No se requerirá el consentimiento de los individuos para proporcionar los datos personales en los siguientes casos:

- Los necesarios por razones estadísticas, científicas o de interés general previstas en ley, previo procedimiento por el cual no puedan asociarse los datos personales con el individuo a quien se refieran.
- Cuando se transmitan entre el INP y las dependencias y entidades del sector público, siempre y cuando los datos se utilicen para el ejercicio de facultades propias de los mismos.
- Cuando exista una orden judicial.
- A terceros cuando se contrate la prestación de un servicio que requiera el tratamiento de datos personales. Dichos terceros no podrán utilizar los datos personales para propósitos distintos a aquellos para los cuales se les hubieren transmitido.

Solicitud de Información.

- Toda solicitud de información deberá ser turnada a través del Departamento de Desarrollo Institucional, quien coordinará las acciones de respuesta a quien requiere información.

-
- Toda la información contenida en el expediente clínico es confidencial, por lo que se resguardará para cuidar su integridad. Las personas que accedan a dicha información deberán estar autorizadas.
- Para el acceso al expediente clínico ver políticas MCI.12.

Estándares de Referencia

MCI.10 Se mantienen la confidencialidad de la información.

Elemento Medible

1. Existe una política escrita que se ocupa la confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentos.

MCI.11 Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.

Elemento Medible

1.El establecimiento cuenta con una política que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.

Bibliografía:

- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental.
- Manual de Procedimientos “Dirección de Planeación” del Instituto Nacional de Pediatría.

Requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos (Estándar MCI .18)

Propósito

Definir los requisitos para la elaboración y actualización periódica de políticas y procedimientos en el INP.

Políticas

El Departamento de Diseño y Calidad apoyará a las diferentes áreas del INP para la integración de sus Manuales Administrativos con la finalidad de que definan sus marcos: estructural, funcional y operativo. Para lo anterior se seguirá lo siguiente:

A) Elaboración actualización, revisión, validación y aprobación.

- La elaboración y actualización de los Manuales de Políticas y Procedimientos del INP deberá apegarse a las Guías Técnicas para la Elaboración de Manuales emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud.

B) El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación.

- Al inicio de cada año se solicitará a las áreas médicas y administrativas la elaboración, revisión y/o propuesta de actualización de sus Manuales, indicándoles la fecha límite para entrega de la última versión o refrendo del mismo.
- Los manuales serán revisados en primera instancia por el Departamento de Diseño y Calidad y posteriormente por la Dirección General del INP.
- Los manuales se someterán a la validación de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud y posteriormente se someterán a la aprobación de la Junta de Gobierno del INP.
- En el caso de actualización o modificación de algún manual, se agregará al final de dicho documento una hoja con control de cambios que especifique el motivo de dicha modificación.

C) Los controles de las versiones actuales y relevantes:

- Los documentos impresos del internet o entregados en medios electrónicos a los responsables de las áreas se consideran documentos no controlados, identificándolos con la leyenda “Copia no Controlada” y por lo tanto no se controla su distribución y actualización.
- Se distribuyen las copias controladas a los responsables de los puestos, quienes firman de recibido en la “Lista de Distribución”. La copias controladas se identifican con la leyenda “Copia Controlada”.

D) La identificación de los cambios en las políticas y procedimientos

- Las áreas que elaboren y/o actualicen su manual deberán enviar a la Dirección de Planeación los listados con las firmas del personal en la cual se notifica la difusión y aplicación de los manuales.
- Para las modificaciones o creación de documentos en los Manuales, se deberá solicitar a través del formato de **Solicitud de Creación o Modificaciones de Documentos (P-0-05)**.

E) El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento

- El Departamento de Tecnología de la Información publicará en la página web del Instituto los archivos electrónicos de los manuales autorizados.
- La difusión de Manuales autorizados será responsabilidad del área correspondiente y se deberá recopilar la evidencia documental, con fecha, nombre y firma del personal que recibió el documento o la información.
- La difusión mediante fotocopias de dichos manuales garantizará mantener la identidad y legibilidad del documento.

F) Para el control de documentos que se originan fuera del instituto y que se adoptan, el Departamento de Diseño y Calidad es el encargado de comunicar a las Subdirecciones de Área Médica, que corresponda, la publicación o actualización de:

- Manuales de operación y funcionamiento de los equipos médicos.
- Políticas de atención que dicta la Secretaría de Salud.
- Guías de Práctica Clínica publicadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

G) Retención de políticas obsoletas.

- Se resguarda una copia en electrónico de la última versión obsoleta e identifica el número de copias impresas a distribuir según la “Lista de Distribución”.
- El resguardo de manuales originales estará a cargo del Departamento de Diseño y Calidad.
- En el caso de registros electrónicos, estos se almacenarán en medios electrónicos (cintas magnéticas, CD discos flexibles) identificando en la etiqueta el nombre del registro y periodo.
- Se resguardarán mínimo 3 años.

H) Seguimiento y circulación de políticas.

- El Departamento de Diseño y Calidad dará seguimiento a la implementación de todos los manuales aprobados.

Estándares de Referencia

Estándar MCI.18 Una política o protocolo define los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos.

Elemento Medible

1. Existe una política que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos que incluyen al menos los siguientes puntos:

- a) La revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado antes de su publicación.
- b) El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos.
- c) Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles donde quiera que se utilicen.
- d) La identificación de los cambios en las políticas y procedimientos.
- e) El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento.
- f) El control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento.
- g) La retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y
- h) La identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.

Referencias Bibliográficas:

- Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud.
- Manual de Procedimientos Normativos de la Dirección Médica del Instituto Nacional de Pediatría.
- Guía de Procedimientos para la elaboración y/o actualización de Manuales de Organización y de Procedimientos del INP.

Lineamientos para la integración y funcionamiento del Comité del Expediente Clínico (MCI.19.4)

Presentación.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar de diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal de área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Con el objetivo de unificar los criterios entre el personal del INP en la integración y uso del expediente clínico; además de constituir un instrumento de apoyo a las actividades de investigación, enseñanza, problemas médico legales, administrativos, y de evaluación en la calidad de la atención médica, el Comité del Expediente Clínico ha elaborado los presentes lineamientos tomando como referencia la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico publicada el 15 de octubre del 2012 en el Diario Oficial de la Federación y los Estándares para la certificación de hospitales, versión 2012 del Consejo de Salubridad General.

Objetivo de los lineamientos.

Establecer normas internas que regulen la integración y funcionamiento del Comité del Expediente Clínico del INP, con el fin de poder cumplir con lo establecido en la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 respecto a su manejo y elaboración, así como de los Estándares para la certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General.

Marco Jurídico.

NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.

NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño y adolescente.

NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.

NOM-041-SSA-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico uterino.

NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones Respiratorias Agudas.

NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

NOM-024-SSA3-201, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

NOM-027-SSA3-2013, Para la regulación de los servicios de salud y atención en los servicios urgencia.

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Políticas

El Comité del Expediente Clínico centrará su atención en la auditoría médica para evaluar la calidad de los servicios prestados en el Instituto, uniformar los criterios y procedimientos para su evaluación y tomar como elementos básicos: la oportunidad, la atención integral y el manejo clínico adecuado al paciente.

Los integrantes del Comité serán designados por el Director General del Instituto.

Estará integrado por un mínimo de 10 profesionales en el área de la salud, ampliamente reconocidos por su responsabilidad con la institución y deberá tener representación del grupo médico, de los residentes (Jefe de Residentes Médico y Quirúrgico), Enfermería, Trabajo Social y Archivo Clínico, se podrá incluir a representantes de áreas administrativas que conozcan el funcionamiento del expediente clínico. Además será posible la participación de Asesores Externos en el Comité, siendo estos Médicos connotados de la comunidad médica, su participación será honorífica y se concederá valor a sus recomendaciones.

Para la instauración oficial del Comité se instrumentará un Acta de Instalación, donde se describa al menos:

- Fecha, hora y lugar de instalación.
- Objetivo del Comité.
- Nombre de los integrantes y cargo en el Comité.
- Políticas de operación y funcionamiento.
- Firma de cada uno de los integrantes.

Los integrantes de este comité no deberán tener más de tres faltas injustificadas a las sesiones ordinarias, y de incurrir en ellas podrán ser destituidos de su participación en el mismo.

Los integrantes del comité podrán ser renovados a intervalos que el comité considere justificados y deberá efectuarse la sustitución solamente de siete (no más) de los miembros con el fin de que el comité pueda tener continuidad en sus funciones.

El comité remitirá a la Dirección General y Médica una copia de cada una de las actas de cada sesión en un lapso no mayor a ocho días.

El comité rendirá al Director General informe semestral de labores y cualquier otro informe que sea requerido por la autoridad.

Los integrantes salientes del Comité propondrán al Director General los candidatos que pudieran ser parte del Comité y éste determinará si son aceptados o no.

Objetivo del Comité.

Realizar la evaluación del Expediente Clínico con personal de salud calificado y promover que se efectúe el correcto llenado, se correlacione la congruencia clínico-diagnóstica, diagnóstico-terapéutica y terapéutica-pronóstica.

Funciones.

- a. Diseñar y emitir instrumentos que permitan la evaluación de la calidad en la elaboración de los expedientes clínicos, apegados a la NOM-004-SSA3-2012 y a los Estándares para certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General.
- b. Correlacionar el manejo de la patología con: Las Normas Oficiales Mexicanas, y con los Manuales de Procedimientos o Protocolos para el Manejo de la Patología, elaborados por el Instituto.

- c. Emitir opiniones sobre los aspectos técnicos en la elaboración de los documentos que integran el expediente clínico, y autorización para la elaboración de cualquier documento que se pretenda forme parte del expediente clínico.
- d. Evaluar la oportunidad de la prestación médica, la coordinación entre los Servicios involucrados y la utilización apropiada de los Servicios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento.
- e. Calificar mediante la aplicación del documento de evaluación, la elaboración e integración de las diferentes partes del expediente clínico.
- f. Emitir los resultados encontrados en el análisis de los expediente revisados a los diferentes Servicios y hacer llegar dichos resultados a la Dirección General y Médica, así como a los Subdirectores, Jefes de Departamento o Servicio auditado, con las recomendaciones que haya lugar para la corrección de las faltas encontradas en la elaboración de los documentos.
- g. Efectuar seguimiento a las recomendaciones emitidas por el Comité a los Servicios evaluados para la correcta elaboración de los documentos que integran el expediente y la corrección de las fallas encontradas con anterioridad.
- h. El comité se reunirá de manera bimestral para el cumplimiento de sus funciones.
- i. Las demás que establezca de forma temporal o permanente el comité de seguridad del paciente denominado COCASEP

Integración del Comité.

PRESIDENTE: DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA

SECRETARIO EJECUTIVO: DR. JOSÉ DE JESÚS MEJIA NAVARRO.

SECRETARIO EJECUTIVO SUPLENTE: DRA. ARACELI CASTELLANOS.

VOCAL TITULAR: DRA. ADRIANA MONROY VILLAFUERTE.

VOCAL TITULAR: DRA. IRAIS SANCHEZ VERDIGUEL.

VOCAL TITULAR: DR. ARMANDO REYES CADENA.

VOCAL TITULAR:

VOCAL TITULAR:

VOCAL TITULAR:

VOCAL TITULAR:

VOCAL TITULAR:

VOCAL TITULAR:

ASESOR TITULAR:

ASESOR TITULAR:

Funciones:

Del Presidente.

1. Representar al Comité.
2. Convocar, presidir y coordinar las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité.
3. Autorizar el orden del día.
4. Dirigir los debates de las sesiones.
5. Firmar las actas y minutas de las sesiones.
6. Emitir voto de calidad en caso de empate.
7. Las demás funciones afines que se deriven de su cargo.
8. Difundir las normas generales y el contenido de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.
9. Difundir el Manual de Procedimientos para la elaboración de los documentos que integran el expediente clínico del INP apegado a la normatividad vigente.
10. Efectuar revisiones periódicas necesarias para corroborar el cumplimiento de la normatividad en la elaboración del expediente clínico.
11. Recopilar y efectuar junto con el Secretario Ejecutivo, los informes de los resultados obtenidos por cada Servicio en las auditorías efectuadas.
12. Definir el cronograma para la revisión de Servicios, sin que lo anterior limite revisiones aleatorias de acuerdo a necesidades detectadas en el Instituto.
13. El Presidente del Comité designará al vocal que suplirá la ausencia del Secretario Ejecutivo.

Del Secretario Ejecutivo.

1. Asistir a las sesiones del Comité con derecho a voz, pero no a voto.
2. Integrar el Orden del Día de las sesiones del comité y someterlo a la aprobación del Presidente del Comité.
3. Preparar el programa anual de trabajo del Comité y el informe correspondiente.
4. Formular informes que permitan conocer el estado operativo del Comité.
5. Remitir a los miembros del comité las convocatorias para las sesiones, adjuntando el Orden del Día de los asuntos que deban desahogarse en la sesión correspondiente.
6. Verificar que se integre el quórum para cada sesión.
7. Levantar el acta respectiva de las sesiones del comité.

8. Registrar las actas en los libros que para el efecto lleve, e integrarlas para archivo adjuntando la documentación presentada y analizada en la sesión.
9. Dar seguimiento a los acuerdos tomados en el seno del Comité e informar al mismo su grado de avance.
10. Revisar los expedientes clínicos mediante la aplicación del instrumento elaborado.
11. Participar en la difusión de las normas y reglamentos para la elaboración del expediente clínico.
12. Calcular la calificación obtenida en cada dimensión del expediente clínico evaluada y hacerla llegar a los Subdirectores de área y Jefes de Departamento y Jefes de Servicio.
13. El Secretario Ejecutivo suplirá la ausencia del Presidente del Comité.
14. Las demás que para el cumplimiento de sus funciones le asigne el Presidente.

De los Vocales.

1. Participar con voz y voto en el análisis y discusión de los asuntos a tratar en las sesiones.
2. Proponer asuntos a tratar en el seno el comité en materia de Expediente Clínico.
3. Llevar a cabo los acuerdos a los que haya llegado el Comité, según le correspondan.
4. Informar del desarrollo y avance de los acuerdos que le competan.
5. Suscribir las actas y minutas de las sesiones del comité.
6. Aplicar los documentos de evaluación del Comité a los expedientes asignados del Servicio que se esté auditando.
7. Calcular la calificación según los resultados obtenidos.
8. Efectuar seguimiento de las recomendaciones para su cumplimientos.
9. Las demás funciones afines que determine el comité.

De los Asesores Externos.

1. Brindar la asesoría que el Comité le requiera en los asuntos de su competencia.
2. Tendrá voz mas no voto.

De los invitados.

Únicamente tendrán participación en los casos en los que el Comité considere necesaria su intervención para aclarar aspectos técnicos o relacionados con asuntos sometidos a su consideración.

Metodología para la Evaluación de los Expedientes Clínicos.

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan mensualmente aunque el reporte de la revisión se entrega bimestralmente.
2. Se selecciona una muestra representativa de pacientes atendidos en Consulta Externa y en Hospitalización, de esta última se seleccionarán expedientes de pacientes hospitalizados y de pacientes egresados.
3. Cuando el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) detecte alguna situación en la que sea necesario particularizar el análisis del expediente clínico, deberá establecer lineamientos específicos para la selección de la muestra y las personas que deberán realizar la revisión.
4. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
5. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a lo exigido por la NOM-004-SSA3-2012 y a los estándares para la certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General. Para lo anterior se utiliza como herramienta de recolección de datos el MECIC modificado.
6. Los resultados del proceso de revisión además de enviarlos a la Dirección General del Instituto, se incorporan en el proceso de elaboración, implementación del Plan Anual de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente del INP.

Estándar de Referencia

Estándar MCI.19.4 Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, el establecimiento evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.

Elementos Medibles

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan Médicos, Enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.
4. El Comité de Calidad y Seguridad del paciente coordina la revisión de expedientes clínicos.

5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
6. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a lo exigido por la NOM-168-SSA1-1998.
7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
8. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

Referencias Bibliográficas:

Ley General de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Manual de Procedimientos Normativos de la Dirección Médica del Instituto Nacional de Pediatría.

Anexos Formatos MCI

No.	Nombre del Formato	Clave
1	Solicitud de Creación o Modificaciones de Documentos	P-0-05 a-b



Instituto Nacional de Pediatría
"Solicitud de Creación o Modificación de Documentos"

Para ser llenado por Representante de la Dirección	Folio: _____
	Fecha: _____

DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO
(Marque con una "X" y requisiite según corresponda)

Manual de Gestión de la Calidad Manual de Planeación de la Calidad

Manual de Procedimientos Normativos Otro ¿cual? _____

Manual de Organización de la Subdirección de: _____

Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de: _____

Manual de Instrucciones de Trabajo (Cuidados Enfermeros) de: _____

MOTIVO: Cambio Creación Baja

DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
(Requisite según corresponda)

Número de página: _____

Dice:

Debe decir:

SOLICITANTE	RESPONSABLE DE ÁREA
Nombre: _____	Nombre: _____

Vo. Bo. _____

Vo. Bo. _____

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

Nombre: Lic. Agustín Arvizu Álvarez	<input type="checkbox"/> Aprueba <input type="checkbox"/> Rechaza
Firma: _____	



Instituto Nacional de Pediatría
"Solicitud de Creación o Modificación de Documentos"

Motivo (Sólo en caso de rechazo):
--

VERIFICÓ LOS CAMBIOS	
Nombre:	
Firma:	Fecha:

Compendio de Políticas Institucionales de Calidad

Calidad

Seguridad

