

| | | | |
|---|---|--|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 30 de 2669 |

1. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE LAS ÁREAS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

| | | | |
|--|---|--|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 31 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer las estrategias y procedimientos de supervisión de la Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos para su aplicación y seguimiento a nivel operativo.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección Médica que coordina el establecimiento de las estrategias de supervisión de la atención médica, a la Subdirección de Servicios Clínicos, y a la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Jefaturas de Servicio y Asistentes de la Dirección elaboran las estrategias de supervisión y aplicación a nivel operativo.
- 2.2 A Nivel Externo: no aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección General instruye a la Dirección Médica para que a través de la Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos, genere estrategias de supervisión para su aplicación y seguimiento a nivel operativo.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos, monitorear el cumplimiento de las estrategias de supervisión establecidas.
- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos en coordinación con los Jefes de Servicio y Asistentes de la Dirección evalúan los resultados de las estrategias propuestas.
- 3.4 Es responsabilidad de los Jefes de Servicio y Asistentes de la Dirección realizar supervisión diaria de las actividades del personal operativo, generando un informe diario sobre los incidentes detectados en los Servicios Clínicos y Quirúrgicos, quién a su vez informará a la Dirección Médica.
- 3.5 La Dirección Médica analiza la información y toma las medidas correctivas conducentes en forma coordinada con la Subdirección de Servicios Clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos.
- 3.6 La Subdirección de Servicios Clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos elaborarán propuestas de nuevas estrategias basadas en los resultados obtenidos.

| | |
|--|---|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. |

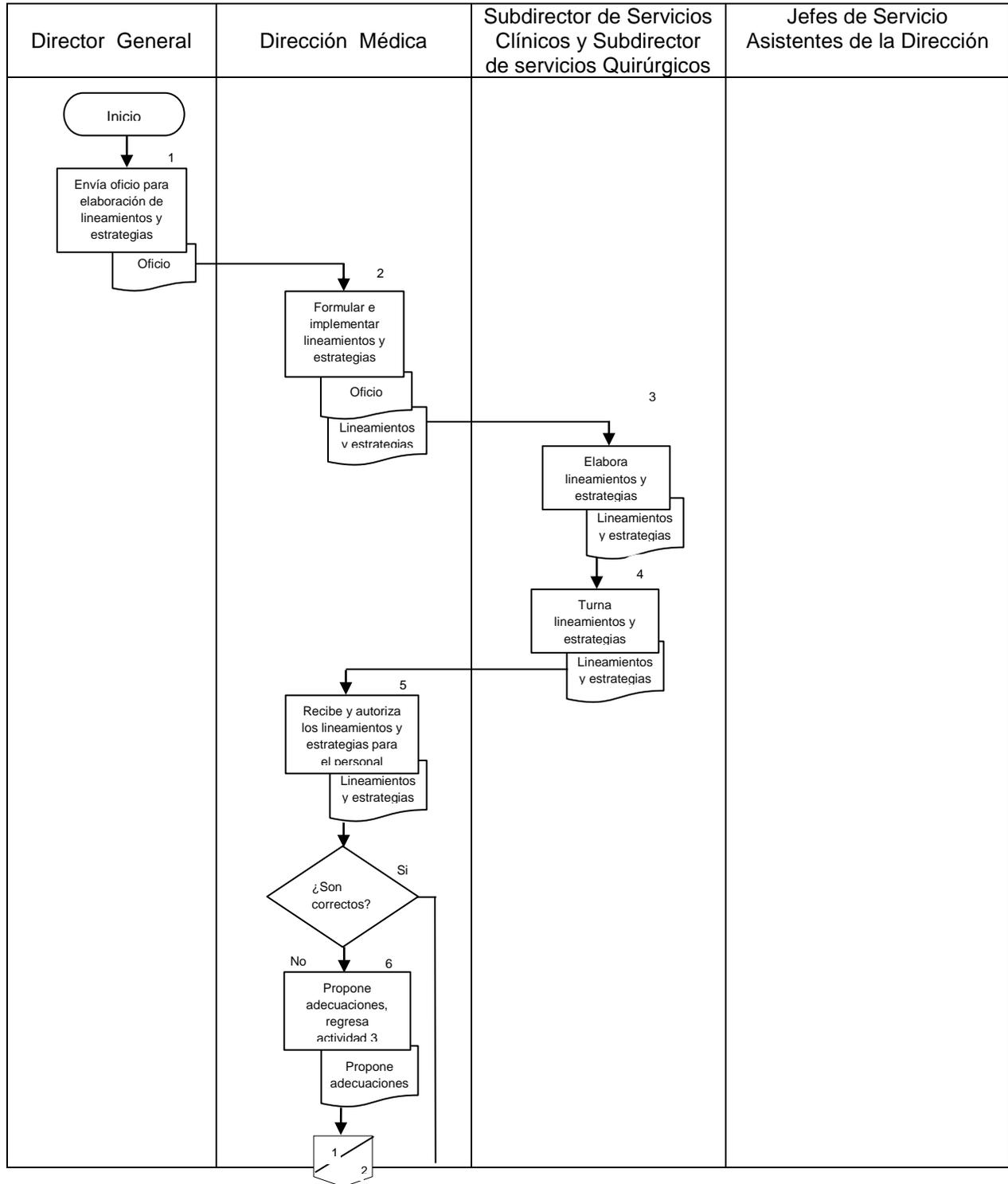
Hoja 32 de 2669

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

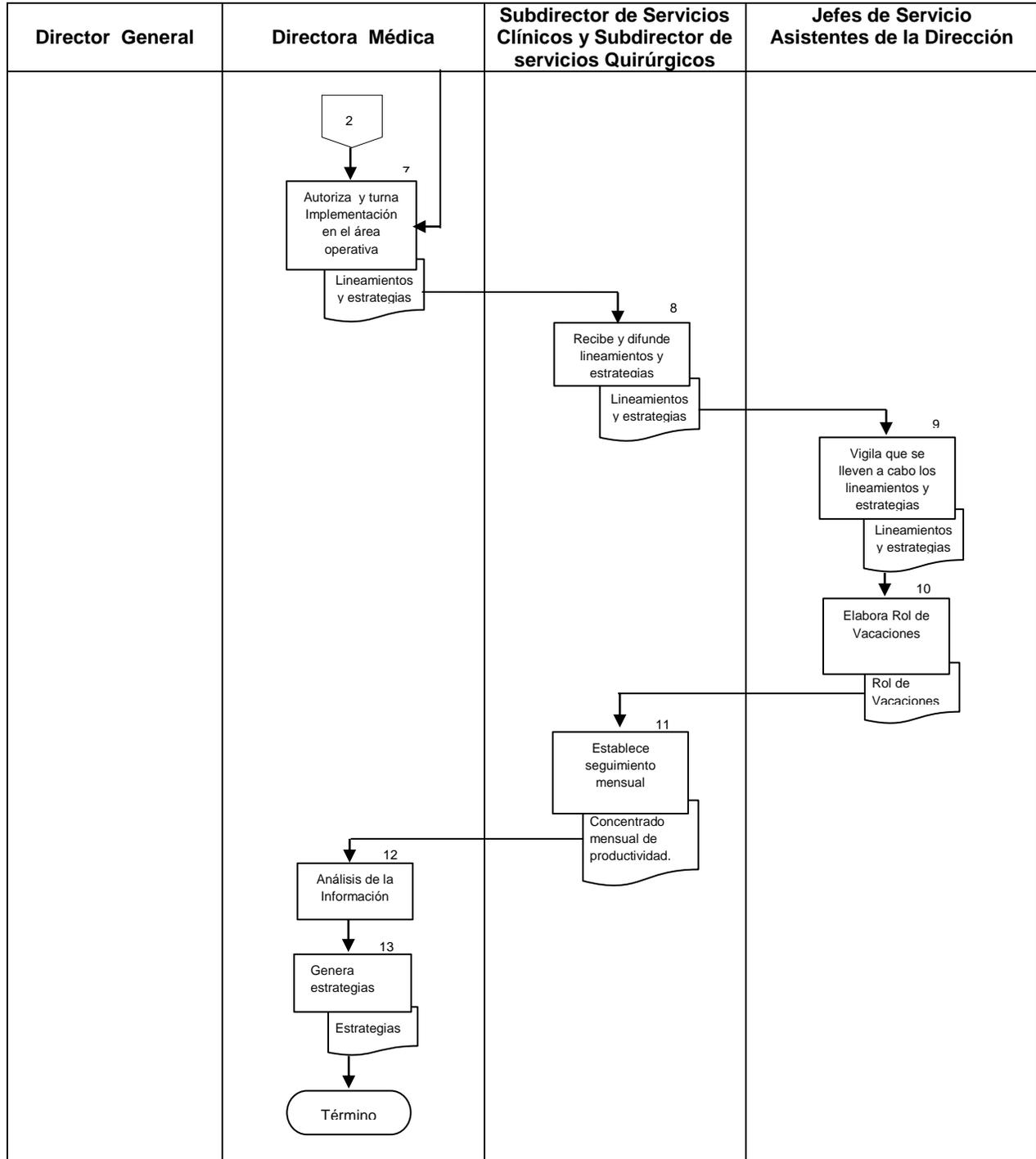
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|-----------------|---|--|
| Director General | 1 | Solicita mediante oficio a la Dirección Médica para la Elaboración de Lineamientos y Estrategias de Supervisión del personal operativo. | Oficio |
| Dirección Médica | 2 | Solicita mediante oficio a las Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos la elaboración de los lineamientos y estrategias para la supervisión del personal operativo. | Oficio |
| Subdirector de Servicios Clínicos y Subdirector de Servicios Quirúrgicos | 3 | Elaboran los lineamientos y estrategias de supervisión del personal operativo de las subdirecciones de servicios clínicos y la de servicios quirúrgicos. | Lineamientos y Estrategias |
| | 4 | Los turna a la dirección médica para su autorización. | |
| Dirección Médica | 5 | Recibe y revisa los lineamientos y estrategias para el personal operativo. | Lineamientos y Estrategias |
| | 6 | ¿Son correctos? No: Propone adecuaciones y regresa actividad 3 | Lineamientos y Estrategias |
| | 7 | Si: Autoriza y turna para su implementación en el área operativa. | |
| Subdirectores de servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos | 8 | Recibe y difunde a los Jefes de Servicio y Asistentes de la Dirección los lineamientos y estrategias de supervisión del personal operativo. | Lineamientos y Estrategias |
| Jefes de Servicio y Asistentes de la Dirección | 9 | Vigila que se lleven a cabo los lineamientos y estrategias por el personal operativo. | Hoja diaria del Médico |
| Jefes de Servicio y Asistentes de la Dirección | 10 | Elabora el rol anual de vacaciones, tomando en cuenta los estándares de calidad, optimizando recursos. | Formato de Rol de Vacaciones |
| Subdirectores de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos, Jefes de Servicio | 11 | Establece un seguimiento mensual de las actividades del personal operativo de los servicios clínicos y quirúrgicos correspondientes. | Concentrado mensual de productividad por área y por médico |
| Directora Médica | 12 | Analiza la información y toma las medidas correctivas conducentes en forma coordinada con las Subdirecciones de Servicios Clínicos y Quirúrgicos. | Estrategias |
| | 13 | En base al análisis genera estrategias de mejora en las áreas de oportunidad. | |

TERMINA

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|---|--------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | |



| | | | | |
|--|---|---|---|------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos | | |
| | | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | |
| | | | | Hoja: 35 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Oficio a la Subdirección de Servicios Clínicos | N/A |
| 6.3 Lineamientos y estrategias para la supervisión del personal operativo | N/A |
| 6.4 Formato de rol de vacaciones para el personal operativo de las áreas clínicas y quirúrgicas | N/A |
| 6.5 Formato de supervisión para el personal operativo de las áreas clínicas y quirúrgicas | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|--|---|
| 7.1 Oficio Elaboración Lineamientos y estrategias del personal operativo | 5 años | Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos | No de oficio |
| 7.2 Lineamientos y estrategias del personal operativo | 1 año | Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos | N/A |
| 7.3 Formato de vacaciones del personal operativo | 1 año | Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos | N/A |
| 7.4 Formato de supervisión del personal operativo de las áreas clínicas y áreas quirúrgicas | 1 año | Subdirección de Servicios Clínicos y Quirúrgicos | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Estrategias de Mejora: Acciones para resolver problemas detectados en el área clínica. Anotándose los responsables de las acciones y el tiempo estimado de solución, así como el alcance y la finalidad de las mismas. Documento que deberá realizarse cada año.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 36 de 2669 |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Vacaciones

10.2 Hoja de Productividad Diaria del Médico

10.3 Productividad Hospitalaria Ingresos y Egresos

10.4 Formato de Productividad Mensual por Servicio y Por Médico

10.5 Hoja de Reporte de los Asistentes de la Dirección.

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 37 de 2669 |

10.1 Formato con servicios, rol de vacaciones y congresos.

| Cartera de Servicio de Consulta Externa Rol de Vacaciones Congresos y Cursos del HRAEI | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Cartera de Servicios | | | | | | | | | | |
| Especialidad | Disponibilidad | Profesional Responsable | Horario de atención | Días de atención | TELECONSUL | HORARIO | vacaciones | vacaciones2 | congreso 1 | congreso 2 |
| ALGOLOGIA | SI | Narvaez Sarmiento Iris | 09:00 a 15:00hrs y 16:00 a 20:30hrs | SAB Y DOMINGO | | | 11,12,18,19,25,y 26 ene | 19,20,26,27 abril 1,3 mayo | | |
| ALGOLOGIA | SI | Godínez Cubillo Nora Concepción | 09:00 a 15:00hrs y 16:00 a 20:30hrs | SAB Y DOMINGO | | | 10,11,17,18,24,25 MAYO | 18,19,25,26 OCT Y 1,2 NOV | | |
| ALGOLOGIA | SI | Dr. Saul Pérez Martínez | 07:30 a 13:30hrs | lun-MAR-JUE-VIER | | | 24 FEB- 7 MARZO | | | |
| Alergología | SI | Dra. Adriana Bameo sosa | 15:00 a 20:30hrs | lun-mart-jue-vier | | | 4-17 de feb 2014 | 4-15 agosto | 25-28 junio | |
| Audiología | SI | Dra. Marisol Aparicio Cruz | 07:30 a 13:30hrs | lunes- viernes | LUNES | 07:30 A 08:30HRS | 4-15 agosto | 29 dic-12 enero-2015 | | |
| Audiología | SI | Dra. Lucila Vazquez Ramire | 07:30 a 13:30hrs | martes-jueves | VIERNES | 07:30 A 08:30HRS | 21 julio-1 agosto | 12-26 diciembre | 5-8 marzo | |
| Cardiología | SI | Dra. Alma Rosa Sanchez Co | 07:30 a 09:00hrs | JUEVES | | | | | | |
| Cardiología | SI | Dr. Javier López Castañeda | 9:00 a 11:30hrs | lun-MAR-JUE-VIER | LUNES | 11:30 A 12:30HRS | 20-31 enero 2014 | | | |
| Cardiología | SI | Dr. Noe Osorio Velasco | 8:00 a 13:30hrs | lunes - viernes | | | | | | |
| Cardio PEDIATRIA | SI | Dra. Karla Felicia Martinez | 15:00 a 20:30hrs | lunes y viernes | | | 14-25 abril | 22 dic al 7 enero 2015 | | |
| Cardiología congenitos | SI | Dr. Pedro Curi Curi | 8:00 a 13:30hrs y sabado de 10 | juev-vier-sabado | | | 15 AL 30 DE MAYO | 23 DE DIC - 5 DE ENERO | 23 AL 26 DE ABRIL | junio |
| Cardiología | SI | Dr. Pio Iran Coria Sandoval | 15:00 a 20:30hrs | lunes-mart-viernes | | | 23 junio- 4 julio | 20-31 octubre | | |
| Cardiología | SI | Dr. Ruben Gustavo Lopez | 15:00 a 20:30hrs | lun-mar-jue-vier | | | 2-16 junio | | | |
| Cardiología | SI | Dr. Sergio Trejo Fernandez | 09:00 a 15:00hr y 16:00e 20hrs | Sabado-Domingo | | | 11,12,18,19,25,26 enero | 5,6,12,13,19,20 junio | | |
| Pediatría | SI | Dra. Alejandra Cordero | 10:00 a 12:00hrs | jueves | | | | | | |
| Pediatría | SI | Dra. Araceli Leon Lopez | 7:30 a 13:30hrs | ADMISIÓN | | | 21-25 julio 11-15 agosto | 22 dic a 7de enero 2015 | | |
| Neuro-pediatría | SI | Dra. Monica Banderas Min | 08:00 a 13:30hrs | lun-MART-JUEVES | | | 5-16 MAYO 2014 | 22 DIC- 2 ENE 2015 | 20-23 MAYO | |
| Neuro-pediatría | SI | Dra. Liliana Hernández | 15:00 a 20:00hrs | martes-jueves | | | NUEVO INGRESO | 17-28 noviembre. | | |
| Neumología Pediatría | SI | Dr. Jose Luis Patiño Galean | 08:00 a 13:30hrs | lunes-jueves | | | 16-27 JUNIO | 17-28. NOVIEMBRE | | 10-14 NOVIEMBRE |
| Endocrino-pediatría | SI | Dra. yeni Calvillo Romero | 08:00 a 13:30hrs | lunes-mart-juev | | | 16-27 JUN 2014 | 20-31 OCT 2014 | 30 ENE- 1 FEB 2014- 27-29 AGOS-2014 | |
| Nefrología pediátrica | SI | Dr. Francisco Heli Negrete | 08:00 a 13:00hrs | martes-viernes | | | 21 ABRIL-2 MAY | 10-31 NOV-2014 | | |
| Infectología Pediatría | SI | Dra. Reina Bautista | 08:00 a 13:30hrs | viernes | | | 1-13 JUN 2014 | 24 NOV-5 DIC 2014 | | 19-21 NOV- 2014 |
| Gastro Pediatría | SI | Dr. Ivan Pedrero Olivares | 8:00 a 13:30hrs | martes-jueves | | | 5-16 de mayo 2014 | 2-13 junio 2014 | | 17-19 nov 2014 |
| Oncología pediátrica | SI | Dra. Anali Cruz Carrasco | 7:30 a 13:30hrs | lun-Mier-viernes | MIÉRCOLES A PARTIR DE 10:30HR | | 23 JUNIO AL JULIO | 8-19 DICIEMBRE | | |
| Dermato-oncología | SI | Dr. Juan Antonio Vazquez | 08:30 a 15:00hrs y 16:00 a 20:00 | sabado-domingo | SAB Y DOM | 16:00 A 17:30HRS | 1,3,4,10,11,17 mayo | 22,23,29,30 nov 6,7 dic | | |

| | | | | |
|---|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos | | | |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | | Hoja: 38 de 2669 |

10.2 Hoja de Productividad Diaria del Médico

Búsqueda de Ingreso de Pacientes



| Buscar por que sea a: %GONZALEZ | | | |
|---|---------------------|--------------|---|
| Llave de Búsqueda | Nombre | Especialidad | Nombre del Médico |
| SUBSECUENTE/FRANCISCO G. | FRANCISCO JAVIER CS | ORTOPEDIA | GONZALEZ HERNANDEZ FRANCISO JAVIER |
| PRIMERA VEZ/FRANCISCO G. | FRANCISCO JAVIER PV | ORTOPEDIA | GONZALEZ HERNANDEZ FRANCISO JAVIER |
| ATENCION INICIAL/FRANCISCO G. | FRANCISCO JAVIER AI | ORTOPEDIA | GONZALEZ HERNANDEZ FRANCISO JAVIER |
| SUBSECUENTE/FRANCISCO G. | FRANCISCO JAVIER CS | TELEMEDICINA | GONZALEZ HERNANDEZ FRANCISO JAVIER |
| ATENCION INICIAL/FRANCISCO G. | FRANCISCO JAVIER AI | TELEMEDICINA | GONZALEZ HERNANDEZ FRANCISO JAVIER |

Bloques

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos |  | Rev. 0 |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 39 de 2669 |

Captive Portal | eCareSoft Web Client | Google

10.150.16.31:443/eCareSoftWeb/

Más visitados | Primeros pasos | Últimas noticias | PRUEBAS

TORR730610180@SECRETARIA.DE.SALUD.HOSPITAL.REGIONAL.DE.ALTA.ESPECIALIDAD.DE.IXTAPALUCA
[dedSys v6.0.7 TELEMEDICINA-SUPERVISORA](#) | [Cambiar Perfil](#) | [Salir](#)

Menu (0) | **Agenda Médica**

Admisiones
 Consulta Médica
 Ingresos
 Expediente Clínico
 Referencia/Contrareferencia

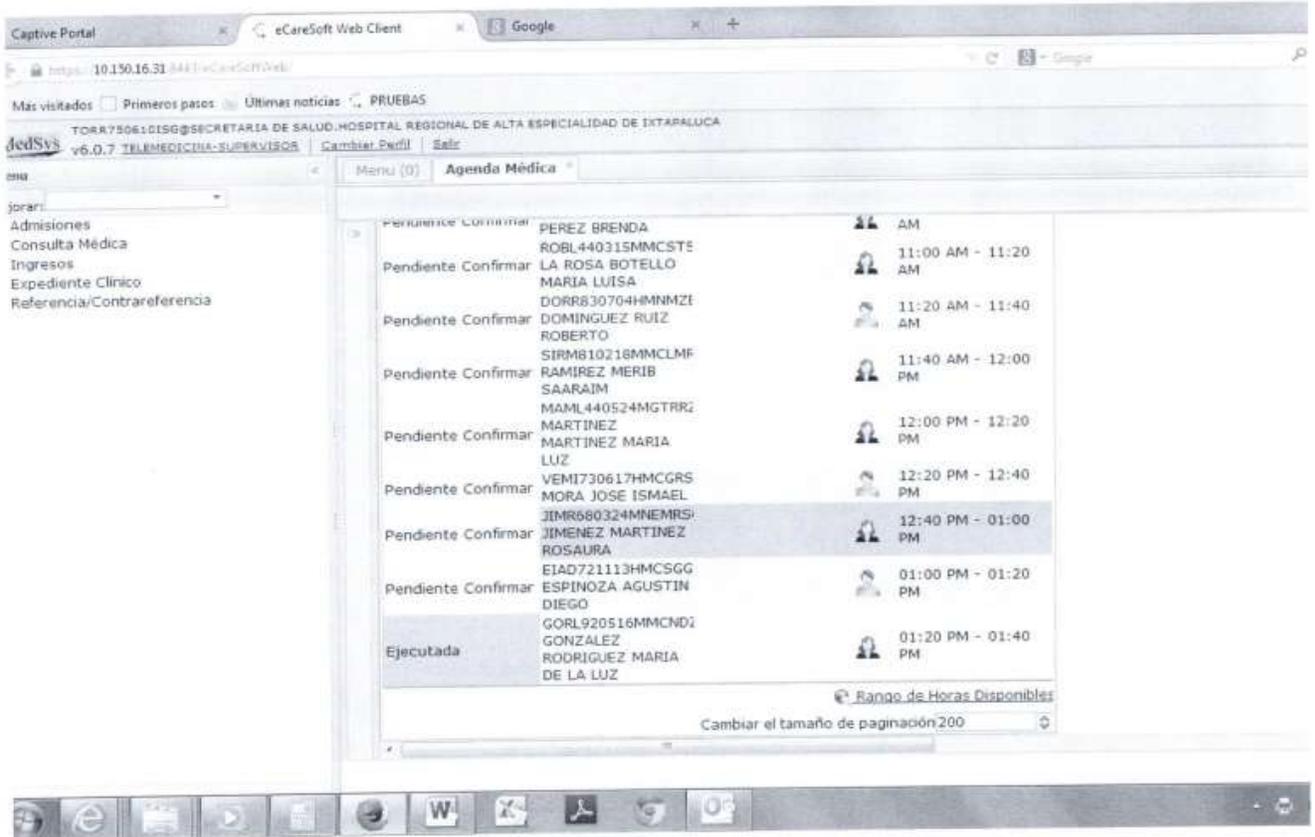
SUBSECUENTE/FRANCISCO G. - MAT - ORTOPEDIA/COLUMNA - GONZALEZ HERNANDEZ
 FRANCISCO JAVIER CS (11/-1)

Atención Inicial/FRANCISCO G. FRANCISCO JAVIER AI (0/-1)

martes, 27 mayo 2014

| Estatus | Paciente | Expediente | Sexo | Hora Programada | Estatus | Paciente |
|---------------------|---|------------|------|---------------------|---------|----------|
| Pendiente Confirmar | TOGC490716MMCRRI TORRES GARRIDO CARMEN | | ♀ | 10:00 AM - 10:20 AM | | |
| Pendiente Confirmar | GADS441231HOCYRL GAYTAN DURAN SILVESTRE | | ♀ | 10:20 AM - 10:40 AM | | |
| Pendiente Confirmar | RAP8820204MDFMRR PEREZ BRENDA | | ♀ | 10:40 AM - 11:00 AM | | |
| Pendiente Confirmar | ROBL440315MMCSTE LA ROSA BOTELLO MARIA LUISA | | ♀ | 11:00 AM - 11:20 AM | | |
| Pendiente Confirmar | DORR830704HMMZTI DOMINGUEZ RUIZ ROBERTO | | ♂ | 11:20 AM - 11:40 AM | | |
| Pendiente Confirmar | SIRM810218MMCLMF RAMIREZ MERIB SAARAIM | | ♀ | 11:40 AM - 12:00 PM | | |
| Pendiente Confirmar | MAML440524MGTRRG MARTINEZ MARTINEZ MARJA LUZ | | ♀ | 12:00 PM - 12:20 PM | | |
| Pendiente Confirmar | VEM1730617HMCGRS MORA JOSE ISMAEL | | ♂ | 12:20 PM - 12:40 PM | | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DIRECCIÓN MÉDICA</p> <p>Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos</p> |  <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</p> | Rev. 0 |
| | <p>1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica.</p> | | Hoja: 40 de 2669 |

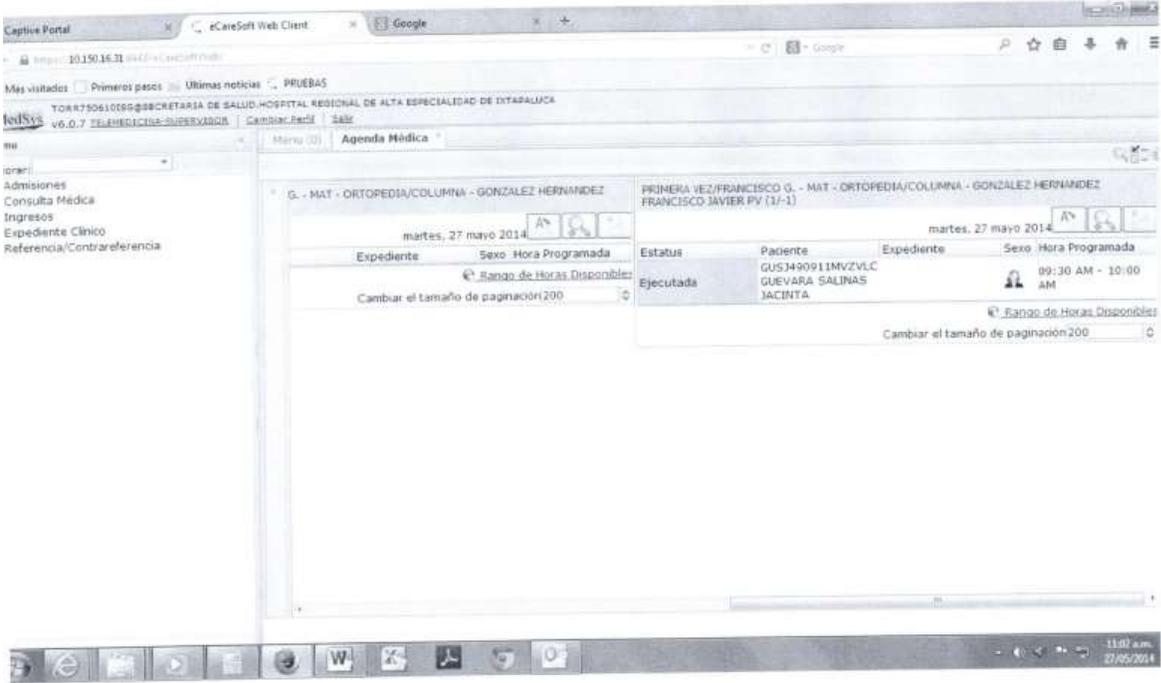


Agenda Médica

| Estado | Nombre | ID | Horario |
|---------------------|------------------------------------|------------------|---------------------|
| Pendiente Confirmar | PEREZ BRENDA | ROBL440315MMCSTE | AM |
| Pendiente Confirmar | LA ROSA BOTELLO MARIA LUISA | DORR830704HMNMZE | 11:00 AM - 11:20 AM |
| Pendiente Confirmar | DOMINGUEZ RUIZ ROBERTO | SIRMB10218MMCLMF | 11:20 AM - 11:40 AM |
| Pendiente Confirmar | RAMIREZ MERIB SAARAIM | MAML440524MGTRR2 | 11:40 AM - 12:00 PM |
| Pendiente Confirmar | MARTINEZ MARTINEZ MARIA LUZ | VEM1730617HMCGRS | 12:00 PM - 12:20 PM |
| Pendiente Confirmar | MORA JOSE ISMAEL | JIMR680324MNMRSI | 12:20 PM - 12:40 PM |
| Pendiente Confirmar | JIMENEZ MARTINEZ ROSAURA | ETAD721113HMCSSG | 12:40 PM - 01:00 PM |
| Pendiente Confirmar | ESPINOZA AGUSTIN DIEGO | GORL920516MMCNDI | 01:00 PM - 01:20 PM |
| Ejecutada | GONZALEZ RODRIGUEZ MARIA DE LA LUZ | | 01:20 PM - 01:40 PM |

Rango de Horas Disponibles
Cambiar el tamaño de paginación 200

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos |  | Rev. 0 |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 41 de 2669 |



| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos |  | Rev. 0 |
| | 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | Hoja: 42 de 2669 |

10.3 Productividad Hospitalaria Ingresos y Egresos

INGRESOS HOSPITALARIOS, ACUMULADO MENSUAL HRAEI

| No. de Paciente | Nombre (NO y Cuentas Paciente (C)) | Edad | | EOK | Especialidad | Área | Ingreso Por | Fecha y hora de ingreso |
|-----------------|---|---------|--------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| | | Edad | Sexo (NO II) | | | | | |
| 1 | Luisa Inés Vivero Méza 5002667 | 44 años | F | Dolor abdominal | Urgencias Médicas | Mora Gracia Ernesto | Admisión Continua | 28/04/2014 15:30 Hrs. |
| 2 | J. Jesús García Fernández 5002672 | 56 años | M | Sangrado del tubo digestivo | Urgencias Médicas | Montemurto Martínez Bertha Ginecevas | Admisión Continua | 28/04/2014 17:30 Hrs. |
| 3 | Florencia Medina Saldaña 5002673 | 33 años | M | Traumatismo craneoencefálico | Urgencias Médicas | Montemurto Martínez Bertha Ginecevas | Admisión Continua | 28/04/2014 17:30 Hrs. |
| 4 | Bertha Alegre Navarro 5002678 | 57 años | F | Dolor agudo - dolor torácico secundario prob. Angor | Urgencias Médicas | Rufo López Ana Laura | Admisión Continua | 28/04/2014 21:35 Hrs. |
| 5 | Luis Roberto Magaña Castillo 5002677 | 36 años | M | Sangrado del tubo digestivo alto, alcoholismo crónico, comorbidades | Urgencias Médicas | Rufo López Ana Laura | Admisión Continua | 28/04/2014 23:28 Hrs. |
| 6 | Carmela Guadalupe Saldaña 5002678 | 28 años | F | Fracturas múltiples que comprometen el tórax y los | Neurocirugía/Inio-Neurocirugía | Salgado Camacho Juan Manuel | Consulta Externa | 27/04/2014 17:29 Hrs. |
| 7 | Luzmila Avilés Betrán 5002682 | 61 años | F | Cá de colon EC IV | Oncología Quirúrgica | Caballero Alvarado Armando | Consulta Externa | 28/04/2014 07:55 Hrs. |
| 8 | Angel Osorio Cruz 5002688 | 70 años | M | Tumor de comportamiento inusual de hígado, vesícula biliar y | Cirugía Oncológica | Guzmán Trigueros Raúl Arturo | Consulta Externa | 28/04/2014 10:17 Hrs. |
| 9 | Isabelle Soto Gaxiola 5002685 | 18 años | F | Tumor maligno del cerebro | Neurocirugía | Ortega Corrés Salvador | Consulta Externa | 1:33 Hrs. |
| 10 | Florencia Morales Pacheco 5002692 | 35 años | F | Bocio Multinodular no tóxico | Cirugía Oncológica | Guzmán Trigueros Raúl Arturo | Consulta Externa | 28/04/2014 11:48 Hrs. |
| 11 | Diego Alberto Vargas Vargas 5002686 | 26 años | M | Gastroenteropatía | Cirugía Oncológica | Guzmán Trigueros Raúl Arturo | Consulta Externa | 28/04/2014 10:27 Hrs. |
| 12 | Isidro Sánchez Bustamante 5002692 | 51 años | M | Falla renal crónica agudizada | Hematología | Cabrera García Fabris | Consulta Externa | 28/04/2014 11:48 Hrs. |

10.4 Formato de Productividad Mensual de la consulta Externa por Servicio y Por Médico

| NÚMERO DE CONSULTAS POR MEDICO Y POR MES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|----|---|---|---|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------|----|---------------|
| MEDICO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | Total semana | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | Total semana | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | Total semana | 26 | Total general |
| ALBA HORTENCIA SANDOVAL SANCHEZ | | | 8 | | | | | | | | 4 | 4 | | | | | | | 10 | 10 | | | | | | | 4 | 4 | | 26 |
| ALDO MANUEL ALVAREZ MORAN | | | | | | 1 | 1 | 3 | | | | 5 | 1 | | | | | 2 | | 3 | | | | 2 | | | | 2 | | 10 |
| ALEJANDRA CORDERO HERNANDEZ | | | | | | | 3 | | | | | 3 | | | | 4 | | | | 4 | | | | 2 | | | | 2 | | 9 |
| ALEJANDRA ISABEL ORTIZ ZUÑIGA | | | | 1 | 2 | 2 | | | | | | 5 | | | 2 | 2 | | | | 4 | | 5 | 7 | | | | | 12 | | 21 |
| ALFONSO MARTIN MENDEZ CRIALES | | | | | | 10 | | | | | | 10 | 8 | 11 | | | | | | 19 | | | | | | | | 0 | | 29 |
| ALFREDO ZARATE MANJARRES | | | | | | | | | 1 | 7 | | 8 | | | | | | 3 | 4 | 7 | | | | | | 1 | 2 | 3 | | 18 |
| ALIN VILLALOBOS CASTILLEJOS | | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | 2 | 2 | | 7 |
| ALVARADO CABRERA GARCIA | | 4 | | | 5 | | | 1 | | | | 6 | 4 | | | | 4 | | | 8 | 1 | 5 | 2 | 2 | 5 | | | 15 | 1 | 34 |
| AMAURI DANIEL VERONA HERNANDEZ | | | | | | 9 | 5 | | | | | 14 | 8 | 6 | | | | | | 14 | 8 | 8 | 8 | | | | | 16 | | 44 |
| ANA LAURA NUÑEZ LOPEZ | | | 1 | | | | | 2 | 1 | | | 3 | 1 | | | | | | | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | | | | 7 | | 12 |
| ANA LILIA CRUZ ARROYO | | | | | | | | | 6 | | | 6 | 6 | | | | 8 | | | 14 | 8 | 1 | | | 6 | | | 15 | 2 | 37 |
| ANA MARIA CRUZ HERNANDEZ | | | | 5 | | | | | | 4 | | 4 | | | | | 6 | 7 | | 13 | | | | | | 3 | 2 | 5 | | 27 |
| ANABEL UGALDE MANZO | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | 2 |
| ANALLI ELIDETH CRUZ CARRASCO | | | | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | 0 | 1 | 2 |
| ANGEL ALAVES GERSON | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | 0 | | 2 |
| ANGEL ALAVEZ GERSON | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | 0 | | | | | | | | 0 | | 1 |
| ANGELICA BELTRAN BARAJAS | | | 2 | | | | | | 1 | | | 1 | 2 | | | | | | | 2 | 1 | | | 1 | | | | 2 | 2 | 9 |
| APARICIO CRUZ MARISOL | | | 6 | | | | | | 3 | | | 3 | 5 | | | | 8 | | | 13 | 4 | | | | 5 | | | 9 | 2 | 33 |
| ARACELI LEON LOPEZ | | | | | | 1 | 1 | | | | | 2 | 4 | | 3 | | | | | 7 | 3 | 1 | 2 | | | | | 6 | 2 | 17 |
| ARACELI MALDONADO CISNEROS | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | | 1 | | 1 |

10.5 Hoja de Reporte de los Asistentes de la Dirección.

Fecha: Nombre del Responsable:

I. RECURSOS HUMANOS

| | |
|-------------------------------------|---|
| I.I Área Médica y Enfermería | I.II Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento |
|-------------------------------------|---|

| | | | |
|--|---|--|---|
| Médicos | Enfermas / os | Tec. En Imagen | Técnicos de Banco de Sangre |
| Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Faltas <input style="width: 30px;" type="text"/> | Falta <input style="width: 30px;" type="text"/> | Falta <input style="width: 30px;" type="text"/> | Falta <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Lic. Médica <input style="width: 30px;" type="text"/> | Día económico <input style="width: 30px;" type="text"/> | Pago de tiempo <input style="width: 30px;" type="text"/> | Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Día económico <input style="width: 30px;" type="text"/> | Lic. Médica <input style="width: 30px;" type="text"/> | Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> | Día económico <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Pago de tiempo <input style="width: 30px;" type="text"/> | Com. Sindical <input style="width: 30px;" type="text"/> | Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> | Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> |

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------|
| I.III Nutrición y Electrodiagnóstico | I.IV Atn. al Usuario | I.V Hemodinamia |
|---|-----------------------------|------------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nutriólogos | Electrodiagnóstico | Trabajo Social | T en Hemodinamia |
| Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Falta <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Total <input style="width: 30px;" type="text"/> |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| I.VI Radio-Oncología | I.VII Inhaloterapia | I.VIII Laboratorio |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| Físicos y Técnicos | Técnicos | Técnicos |
| Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Ausentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Ausentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Ausentes <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> | Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> | Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> | Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> | Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> | Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> | Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> |

| | | |
|------------------------|---------------------------|------------------------|
| I.IX Optometría | I.X Rehabilitación | I.XI Psicología |
|------------------------|---------------------------|------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| Técnicos | Técnicos | Especializada |
| Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Presentes <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Ausentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Ausentes <input style="width: 30px;" type="text"/> | Ausentes <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> | Vacaciones <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> | Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> | Permisos <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> | Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> | Capacitación <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> | Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> | Incapacidad <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> | % Ausentismo <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> | Total <input style="width: 30px;" type="text"/> |

| TOTAL CONSOLIDADO | |
|------------------------------|---|
| Total de Presentes | <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Total de Ausentes | <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Total de Vacaciones | <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Total de Permisos | <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Total de Capacitación | <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Total de Incapacidad | <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| GRAN TOTAL | <input style="width: 40px;" type="text"/> |

| | | | | |
|---|---|--|--|------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | | |
| | Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos | | | Hoja: 49 de 2669 |
| 1. Procedimiento para la supervisión del personal de las áreas clínica y quirúrgica. | | | | |

| Situaciones Relevantes de Pacientes en Hospitalización y Áreas Críticas Pediatría | | | |
|---|------|-------------|---------------|
| Nombre | Cama | Diagnóstico | Observaciones |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Situaciones Relevantes Equipo en Hospitalización y Áreas Críticas Pediatría | | |
|---|--------|------------|
| Ubicación | Equipo | Incidencia |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| V. QUIRÓFANOS, CEYE Y SUBALMACENES PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA | | | | | |
|---|---------------------|------|----------------------|---------------------|---------------------------------|
| ÁREA QUIRÚRGICA | Cirugías Realizadas | | Cirugías Suspendidas | Cirugías Pendientes | Complicaciones Transoperatorias |
| | Prog. | Urg. | | | |
| iSuites | | | | | |
| Quirófanos Centrales | | | | | |
| Cirugía Ambulatoria | | | | | |
| Embarazo de Alto Riesgo | | | | | |

| RECUPERACION | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ÁREA QUIRÚRGICA | Camillas Ocupadas | Pacientes Estables | Complicaciones Postoperatorias | Defunciones en Recuperación |
| Quirófanos Centrales | | | | |
| Cirugía Ambulatoria | | | | |
| Embarazo de Alto Riesgo | | | | |

| Situaciones Relevantes de Pacientes en Quirófanos y Recuperación | | | |
|--|------|-------------|---------------|
| Nombre | Cama | Diagnóstico | Observaciones |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| TOCOCIRUGÍA | Procedimientos Obstétricos | | Procedimientos Ginecológicos | Muertes Maternas | Muertes Fetales / Óbito |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------------------------|------------------|-------------------------|
| | Parto | Cesárea | | | |
| iSuites | | | | | |
| Quirófanos Centrales | | | | | |
| Cirugía Ambulatoria | | | | | |
| Embarazo de Alto Riesgo | | | | | |

| Situaciones Relevantes de Pacientes en Toco Cirugía | | | |
|---|------|-------------|---------------|
| Nombre | Cama | Diagnóstico | Observaciones |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Incidencias con Equipo de Quirófanos y Anestesia | | |
|--|--------|------------|
| Ubicación | Equipo | Incidencia |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | <p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p align="center">DIRECCIÓN MÉDICA</p> <p align="center">(Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos)</p> |  <p align="center">HOSPITAL REGION ALTA ESPECIALIDAD</p> | Rev. 0 |
| | <p align="center">2.- Procedimiento para elaborar el programa anual de trabajo.</p> | | Hoja: 51 de 2669 |

2.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirecciones de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 2.- Procedimiento para elaborar el programa anual de trabajo. | | Hoja: 52 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Elaborar el programa anual de Trabajo de la subdirección de servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos para su aplicación y seguimiento a nivel operativo.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección General emite las directrices para la elaboración del Programa Anual de Trabajo, Dirección Médica conduce la elaboración del Programa, las Subdirecciones de Servicios Clínico y Quirúrgicos, elaboran y supervisan el cumplimiento del programa, a través de las Jefaturas de Servicios y Operativos que la conforman.
- 2.2 A nivel Externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección General instruye a la Dirección Médica sobre los ejes para elaborar el Programa Anual de Trabajo y esta a su vez a través de las Subdirección de Servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos elaboran el programa anual de trabajo.
- 3.2 Es responsabilidad de las Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos, en colaboración con los coordinadores de área evaluar los resultados del Programa anual de Trabajo.
- 3.3 Es responsabilidad de las Subdirección de Servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos, analizar de manera trimestral con los coordinadores de área y Personal Operativo los resultados de Objetivos y Metas del Programa anual de Trabajo.
- 3.4 Cómo resultado del análisis las propuestas de mejora serán responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos, tomando como base el avance hacia los objetivos planteados.

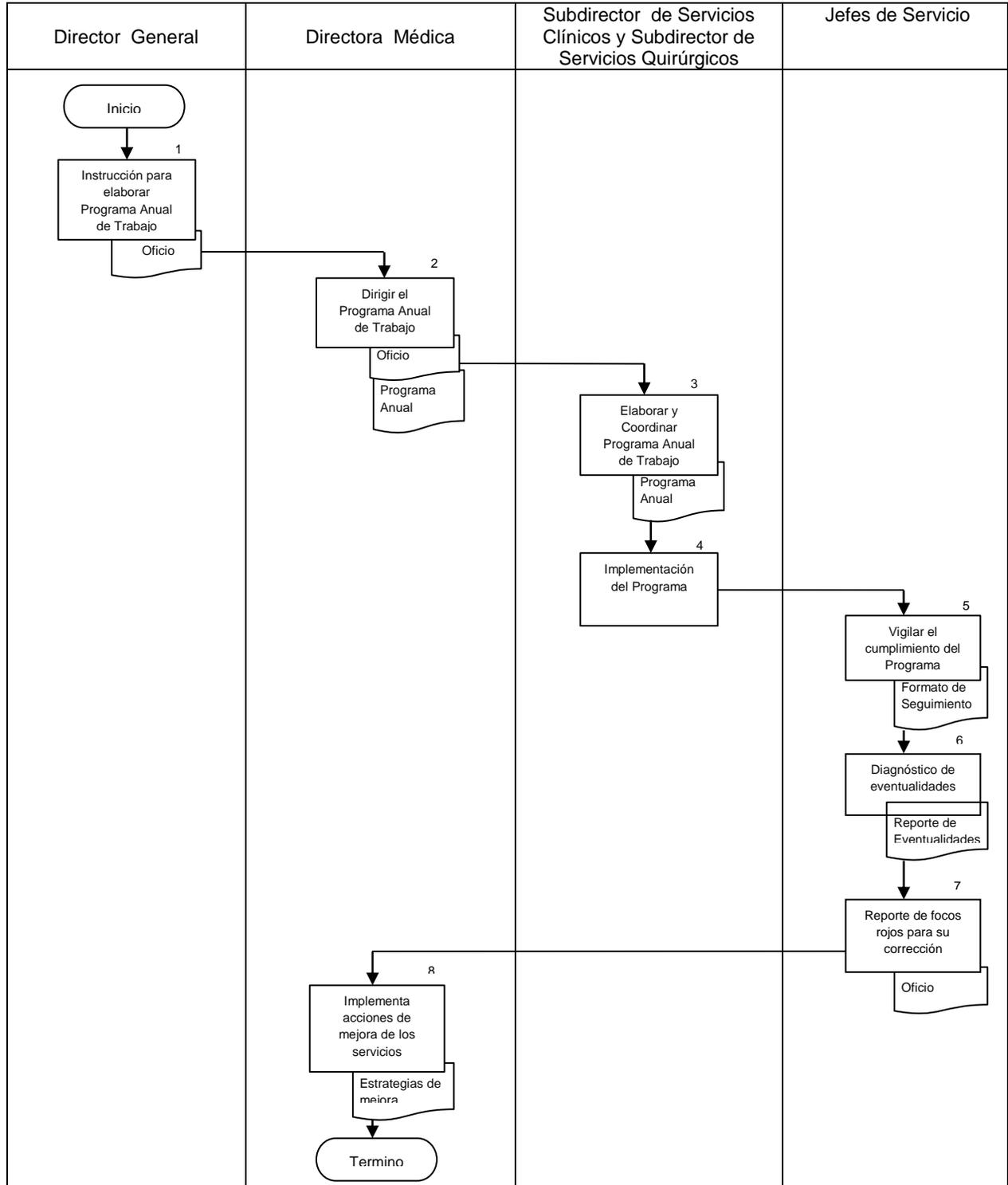
| | |
|---|---|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 2.- Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Trabajo. Hoja 53 de 2669 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|-------------|---|---|
| Director General | 1 | Emite directrices a la Dirección Médica para la elaboración del Programa Anual de Trabajo. | Oficio |
| Directora Médica | 2 | Dirige mediante oficio a la Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos la elaboración del Programa Anual de Trabajo y entregar en los primeros diez días del último bimestre del año en curso. | Oficio Programa Anual |
| Subdirector de Servicios Clínicos y Subdirector de Servicios Quirúrgicos | 3 4 | Elabora el Programa Anual de trabajo para su entrega en los primeros diez días del mes de diciembre a la Dirección Médica. Envía a las Jefaturas de Servicio para su aplicación en el nivel operativo | Programa Anual Oficio Formato de Seguimiento Reporte de Eventualidades |
| Jefes de Servicio | 5 6 7 | Vigila el seguimiento en los servicios clínicos y servicios quirúrgicos correspondientes del Programa Anual de Trabajo. Diagnosticar eventualidades susceptibles de convertirse en potenciales focos rojos para su corrección oportuna. Reportar focos rojos para su corrección oportuna y su validación e implementación correspondiente | Programa Anual Oficio Formato de Seguimiento Reporte de Eventualidades Oficio |
| Directora Médica | 8 | Las Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos implementan acciones de mejora de los servicios. | Estrategias de Mejora |
| TERMINA | | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 2.- Procedimiento para elaborar el programa anual de trabajo. | | Hoja:54 de 2669 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | | |
|--|---|---|---|-----------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | 2.- Procedimiento para elaborar el programa anual de trabajo. | | Hoja:55 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Decreto de Creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.3 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.4 Oficio a la Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos | N/A |
| 6.5 Programa Anual de Trabajo | N/A |
| 6.6 Reporte de Eventualidades | N/A |

7 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|--|---|
| 7.1 Oficio Elaboración Programa Anual de Trabajo | 5 años | Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos | Numero de oficio |
| 7.2 Programa Anual de Trabajo | 1 año | Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos | N/A |
| 7.3 Reporte de Eventualidades | 1 año | Subdirección de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Programa Anual.- Relación de actividades que se plasman en un documento para su posterior aplicación en un periodo de tiempo determinado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Programa Anual de Trabajo
- 10.2 Reporte de Eventualidades

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 2.- Procedimiento para elaborar el programa anual de trabajo. | | Hoja:56 de 2669 |

PLAN DE TRABAJO DE LA DIRECCION MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

| | | | | |
|--|---|---|---|-----------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD | Rev. 0 |
| | | 2.- Procedimiento para elaborar el programa anual de trabajo. | ESTABALOUA | Hoja:57 de 2669 |

10.2 Reporte de eventualidades

| | | | | |
|--|---|--|-------|---|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | FORMATO DE GUARDIAS PARA PERSONAL MÉDICO | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD |
| NOMBRE DEL MÉDICO | TURNO QUE LABORA | TURNO A CUBRIR | FIRMA | |
| | | | | |
| AUTORIZA: SUBDIRECTOR DE SERVICIOS CLINICOS / SUBDIRECTOR DE SERVICIOS QUIRURGICOS (NOMBRE , FIRMA Y FECHA) | | | | |

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. | | Hoja: 58 de 2669 |

3. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA ATENCIÓN CLINICA EN EL HRAEI

| | | | | |
|--|---|---|---|------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD | Rev. 0 |
| | | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. | XTAPALU | Hoja: 59 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos para evaluar e la Atención Clínica en el HRAEI, mediante la evaluación de destinatario final con una encuesta.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: la Dirección médica gira instrucciones para el establecimiento de los lineamientos de supervisión de la atención clínica, la Subdirección de Servicios Clínicos elabora los lineamientos y aplica en el nivel operativo.
- 2.2 A nivel Externo. No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

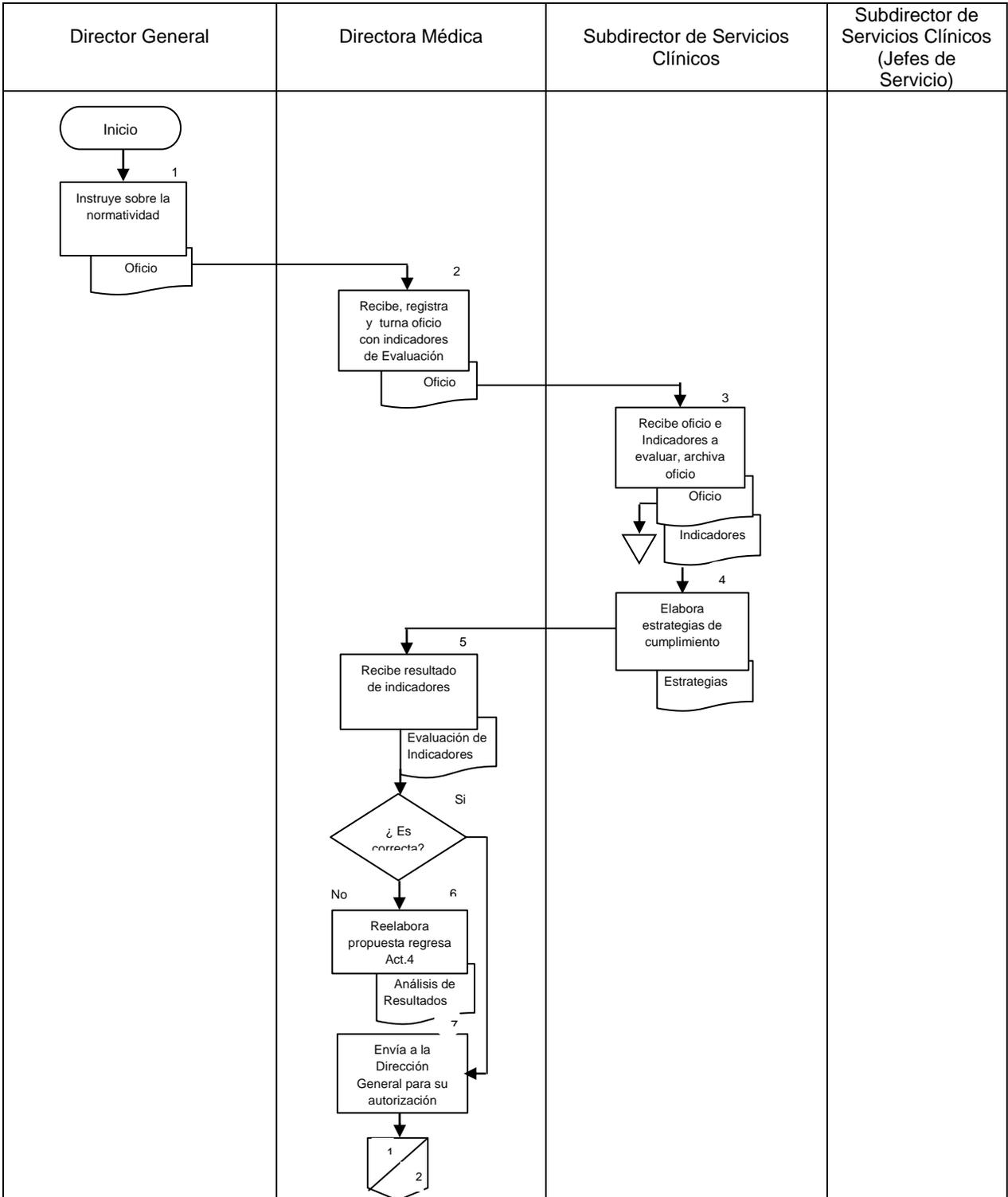
- 3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos la elaboración de estrategias para cumplir los indicadores de Atención Medica-Clínica establecidos por la Secretaría de Salud.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica la emisión de indicadores a través de la Subdirección de Servicios Clínicos y entregada para su aplicación a los diferentes servicios.
- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección Médica el seguimiento de la Evaluación Médica se remita y difunda oficialmente en un plazo no en un plazo no mayor a 20 días hábiles posteriores a su recepción.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección Médica el respetar los Derechos de los Pacientes, en base a las políticas de la Secretaría de Salud referentes a un trato digno.

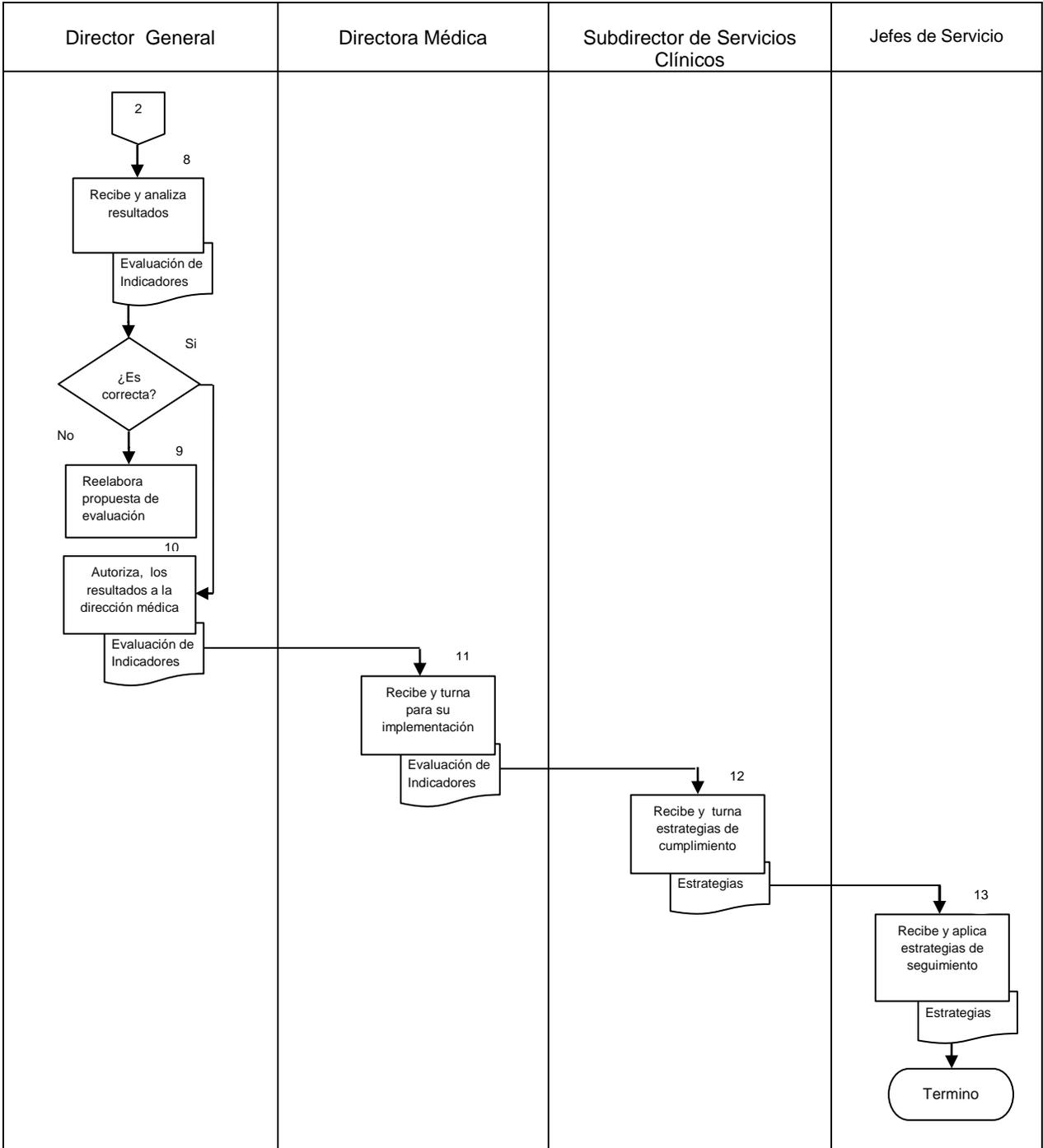
| | |
|---|---|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. Hoja 60 de 2669 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-----------------------------------|----------|--|--------------------------------------|
| Director General | 1 | Instruye a la Directora Médica sobre la utilización de los Indicadores establecidos para la evaluación de la Atención Médica | Oficio |
| Directora Médica | 2 | Recibe, registra y turna oficio con los indicadores a evaluar a la subdirección de servicios clínicos. | Oficio |
| Subdirector de Servicios Clínicos | 3 | Recibe oficio e indicadores a evaluar archiva oficio. | Oficio Indicadores Estrategias |
| | 4 | Elabora estrategias de cumplimiento. | |
| Directora Médica | 5 | Recibe resultado de indicadores se procede a su análisis. ¿Es correcta? | Evaluación de indicadores |
| | 6 | No: Reelabora estrategia y regresa a actividad 3 | |
| | 7 | Si: Envía a la Dirección General para su autorización. | |
| Director General | 8 | Recibe los resultados y analiza indicadores ¿Las estrategias son adecuadas? | Evaluación de indicadores |
| | 9 | No: Reelabora propuestas regresa a la actividad 4 | |
| | 10 | Si: Autoriza, firma y envía a la dirección médica para su implementación | |
| Directora Médica | 11 | Recibe y turna a la Subdirección de los Servicios Clínicos para su difusión e implementación. | Evaluación de indicadores |
| Subdirector de Servicios Clínicos | 12 | Recibe y turna estrategias de cumplimiento de indicadores. | Estrategias |
| Jefes de Servicio | 13 | Difunde y aplica las estrategias de cumplimiento. | Estrategias |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. | | Hoja: 63 de 2669 |

6. DOCUMENTO DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|--------------------------|
| 6.1 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Matriz de Indicadores de Resultados(MIR) | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|------------------------------------|---|
| 7.1 Oficio de Recepción de Indicadores | 5 años | Dirección Médica | Número de Oficio |
| 7.2 Cédula de Evaluación de la Atención Médica | 3 años | Subdirección de Servicios Clínicos | Año de evaluación |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Áreas de Oportunidad.-** Documento que recaba el análisis de los indicadores evaluados en los servicios clínicos y que expresa cuales son los problemas detectados y posibles soluciones. Documento a realizar y evaluarse cada año con el fin de establecer la política de mejora continua con los más altos estándares de calidad en la Atención Médica.
- 8.2 Estrategias de Mejora.-** Acciones para resolver problemas detectados en el área clínica. Anotándose los responsables de las acciones y el tiempo estimado de solución, así como el alcance y la finalidad de las mismas. Documento que deberá realizarse cada año.
- 8.3 Guía para la Evaluación de la Atención Médica.-** En ella se integran los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de las diferentes actividades que realizan los médicos y cuya evaluación y cumplimiento son necesarios para restablecer la política de mejora continua con el objetivo de ofrecer servicios médicos de alta calidad. Tiene sustento en la Matriz de Indicadores de Resultados.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. | | Hoja: 64 de 2669 |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de Emisión de Indicadores



42

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales
de Alta Especialidad
Dirección de Operación
Of. CCINSHAE/DGCHRAE/DO/91/2014

México D.F., a 30 de abril de 2014

Dr. Heberto Arboleya Casanova
Director General
Hospital Regional de Alta Especialidad
Ixtapaluca
Presente

La Secretaría de Salud a través de la Unidad de Análisis-Económico está realizando el Estudio Médico Financiero de Hospitales Regionales de Alta Especialidad en ese contexto y con el fin de apoyar la realización del mencionado estudio, solicito a Usted gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda a fin de que sea proporcionada la información específica, detalla del Hospital a su digno cargo.

A fin de facilitar el reporte de los datos requeridos y uniformar la presentación de mismos, se han diseñado los formatos que se anexan al presente. Dada la premura con la que se necesita entregar esta información, le pido que la envíe al correo electrónico dir.operacion@gmail.com a más tardar el próximo viernes 2 de mayo del presente año antes del medio día.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

DR. MANUEL DE LA LLATA ROMERO
DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS
HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Recibió original
Dr. Arboleya
9/05/2014.
12:00 hrs.

Sección 7 Serie 35.9

MCLR*ECSR*ACFN-

Recibir -12-05-14 : 12 hrs
Dra. Myriam Astorga 1 de 3

Paseo de la Reforma Sur 4118 (Torre Zafiro II), 1er Piso, Col. Jardines del Pedregal, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, México, D.F.

Tel.: +52 (55) 54811178 | www.ccinshae.salud.gub.mx

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. | | Hoja: 65 de 2669 |



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Disensión General de Coordinación de los Hospitales Regionales
de Alta Especialidad
Dirección de Operación

1.12 Indicadores de cirugía de alta especialidad

| HRAE | Neurocirugías por médico | Oncocirugías por médico | Cirugías traumaortopédicas por médico | Cirugías pediátricas por médico | Urolocirugías por médico | Cirugías plásticas y reconstructivas por médico |
|------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| | | | | | | |

3.5.1 Plazas ocupadas

| HRAE | Número plazas ocupadas de médicos por tipo | |
|------|--|-----------|
| | Clínicos | Cirujanos |
| | | |

3.5.2 Número de plazas ocupadas de médicos cirujanos por especialidad

| Especialidad | N° de plazas ocupadas Médicos Cirujanos |
|--------------|---|
| | |
| | |
| | |

- **DETALLAR LAS ESPECIALIDADES QUE PROCEDA POR LO QUE SE PUEDEN AGREGAR TANTOS RENGLONES COMO SEA NECESARIO**

3.5.3 Recursos Materiales

| HRAE | Laboratorios | | | Gabinetes | | |
|------|--------------|----------------|---------------------|-----------|--|--|
| | Clínico | Microbiológico | Anatomía Patológica | | | |
| | | | | | | |

- **DETALLAR LOS LABORATORIO Y GABINETES DISPONIBLES POR LO QUE SE PUEDEN AGREGAR TANTAS COLUMNAS COMO SEA NECESARIO**

3.7 Información de atenciones proporcionadas por cada HRAE en 2010, 2011, 2012, y 2013, indicando la Unidad de procedencia de los Pacientes.

| Unidad de procedencia | No de atenciones | | | |
|-----------------------|------------------|------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| | | | | |

- **DETALLAR LAS UNIDADES DE PROCEDENCIA POR QUE SE PUEDEN AGREGAR TANTOS RENGLONES COMO SEA NECESARIO**



| | | | | |
|--|---|--|--|------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA | Rev. 0 |
| | | 3. Procedimiento para evaluar la Atención Clínica en el HRAEI. | | Hoja: 66 de 2669 |



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
 y Hospitales de Alta Especialidad
 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales
 de Alta Especialidad
 Dirección de Operación

Información para Unidad de Análisis Económico

1.10 Indicadores de desempeño en :

Consulta Externa

| | Enfermeras por médico | Consultas por médico | % de consultas a pacientes del SPSS |
|------|-----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| HRAE | | | |
| | | | |

Consulta Externa

| | Enfermeras por médico | Consultas por médico | % de consultas a pacientes del SPSS |
|------|-----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| HRAE | | | |
| | | | |

Cirugías en General

| | Enfermeras en cirugía por médico cirujano | Consultas para cirugía por médico | % de consultas para cirugía pacientes del SPSS |
|------|---|-----------------------------------|--|
| HRAE | | | |
| | | | |

1.11 Indicadores de desempeño de aprovechamiento de la capacidad instalada

| | Consultas por consultorio | Cirugías por quirófano | Estudios por laboratorio* | Estudios por gabinete* |
|------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| HRAE | | | | |
| | | | | |

***DEBERAN CONSIDERARSE DE MANERA INDIVIDUAL LA PRODUCTIVIDAD DE TODOS LOS LABORATORIOS Y GABINETES DISPONIBLES. POR LO QUE ES NECESARIO INCORPORAR TODAS LAS COLUMNAS NECESARIAS**

10/

| | | | |
|---|--|---|--------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | |

4.- PROCEDIMIENTO PARA VIGILAR EL APEGO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | Hoja: 68 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Promover el apego a las guías de práctica clínica por parte de los médicos especialistas y subespecialistas de las áreas clínicas, quirúrgicas y auxiliares de diagnóstico, de esta manera para unificar criterios diagnósticos y terapéuticos

2. ALCANCE

- 2.0 A Nivel Interno: la Dirección Médica promueve el apego a las guías de práctica clínica, la subdirección de servicios clínicos y servicios quirúrgicos supervisa y verifica su aplicación, las jefaturas de servicio y operativos que la conforman aplican y registran su observancia.
- 2.1 A Nivel Externo: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) establece los lineamientos para la elaboración de guías de práctica clínica, la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud difunde y evalúa el apego a las guías.

3. POLITICAS DE OPERACIÓN NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico , supervisar que las diferentes áreas operativas se apeguen estrictamente a las Guías de Práctica Clínica y en especial a la Guía de Diagnóstico, prevención y tratamiento de sobrepeso y obesidad en el adulto.
- 3.2 Es responsabilidad de los jefes de servicio monitorear el apego a las Guías de práctica clínica, para ello deberá incluir en su programa de trabajo el seguimiento relacionado con estas Guías.
- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico en coordinación con los Jefes de Servicio evalúa el apego a las Guías de Práctica Clínica del personal operativo.

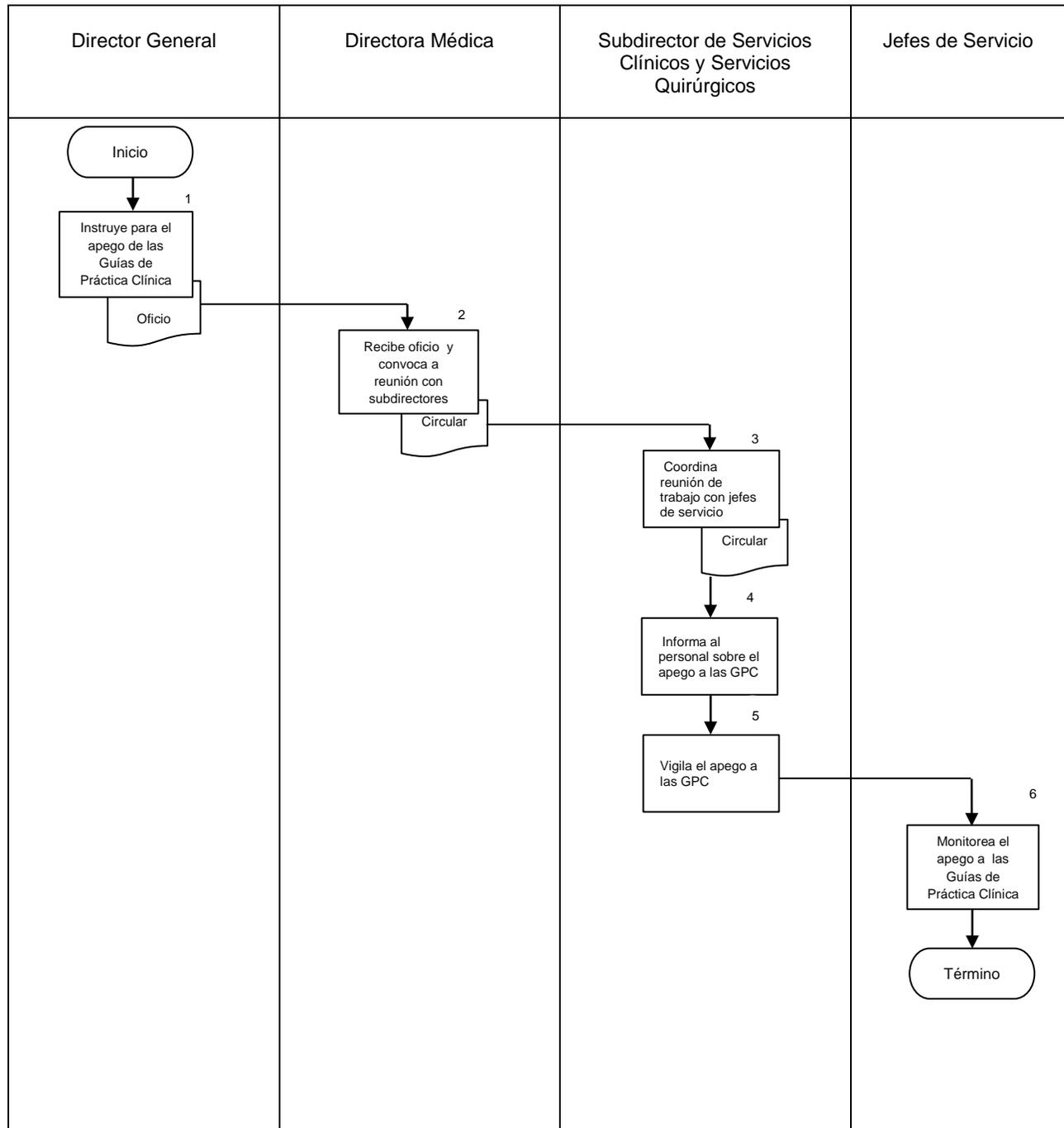
| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | |
| | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |
| 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | |
| Hoja: 69 de 2669 | | |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|-------------------|
| Director General | 1 | Instruye a la Dirección Médica para que el personal operativo se apegue a las Guías de Práctica Clínica en su trabajo diario. | Oficio |
| Directora Médica | 2 | Recibe oficio y convoca para revisión de las Guías de Práctica Clínica con los subdirectores de área, archiva oficio. | Circular |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos y Subdirector de Auxiliares de Diagnóstico | 3 | Coordina reunión de trabajo con los jefes de servicio. | Circular Guía |
| | 4 | Informa al personal sobre el apego a las Guías de Práctica Clínica | |
| | 5 | Vigila cumplimiento del apego a las Guías de Práctica Clínica. | |
| Jefes de Servicio | 6 | Monitorea el apego del personal operativo a las Guías de Práctica Clínica a través de los coordinadores de área. | Documentos |
| TERMINA | | | |

| | | | | |
|---|---|---|------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 | |
| | 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | Hoja: 70 de 2669 | |
| | | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | Hoja: 71 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización del HRAEI | N/A |
| 6.2 Guías de Práctica Clínica avaladas por el CENETEC | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------------|------------------------|--|---|
| 7.1 Guía de Práctica Clínica | | Subdirector de Servicios Clínicos y Servicios Quirúrgicos y Personal Operativo | N/A |
| 7.2 Reporte de Supervisión | 1 año | Jefes de Servicio | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Seguimiento.- Proceso mediante el cual se recopilan sistemáticamente y con cierta regularidad los datos referidos al desarrollo de un programa a lo largo del tiempo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Guías de Práctica Clínica
- 10.2 Reporte de Supervisión

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD OAXACA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | Hoja: 72 de 2669 |
| | 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | |

10.1 Guías de Práctica Clínica

GOBIERNO
FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico, tratamiento y prevención de
Sobrepeso y obesidad en el adulto



Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-46-08.

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



IMSS



ISSSTE



PEMEX



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA







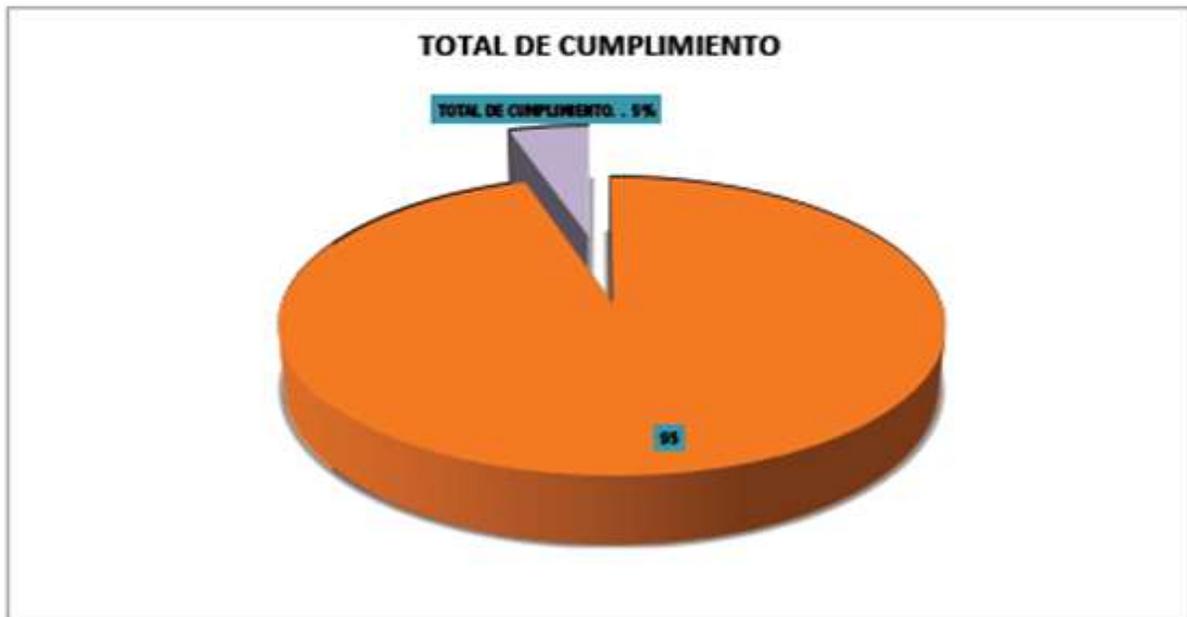


Vivir Mejor

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | 4.- Procedimiento para vigilar el apego a las guías de práctica clínica. | | Hoja: 73 de 2669 |

10.2 Reporte de Supervisión

| | AREA DE OPORTUNIDAD | % CUMPLIMIENTO | METAS | TOTAL |
|------------------------------|---------------------|----------------|-------|-------|
| Recomendación | 94 | 5 | 1640 | 96 |
| Buena Práctica | 100 | 0 | 340 | 0 |
| TOTAL DE CUMPLIMIENTO | 95 | 5 | 1980 | 96 |



| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica | | Hoja: 74 de 2669 |

5.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR NUEVAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica | | Hoja: 75 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Elaborar nuevas Guías de Práctica Clínica por parte de los médicos especialistas y subespecialistas de Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección Médica coordina la elaboración de nuevas Guías de Práctica Clínica, a la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico así como las Jefaturas de Servicios y Operativos que la conforman elaborar e implementar las nuevas Guías de Práctica Clínica.
- 2.2 A Nivel Externo: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) establece los lineamientos para la elaboración de guías de práctica clínica, la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud difunde y evalúa el apego a las guías.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos Y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico proponer la realización de nuevas Guías de Práctica Clínica, en relación a las principales causas de morbilidad de demandan atención.
- 3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico a través de los coordinadores de área solicitar a los médicos especialistas realizar las Nuevas Guías de Práctica clínica por especialidad.
- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico la elaboración de las nuevas Guías de Práctica Clínica, y su validación por el CENETEC para su difusión y conocimiento en un periodo de tres meses.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico emitir un reporte gerencial semestral a la Dirección Médica de las Nuevas Guías de Práctica Clínica validadas y puestas en marcha en los servicios del hospital.

| | |
|---|---|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica Hoja 76 de 2669 |

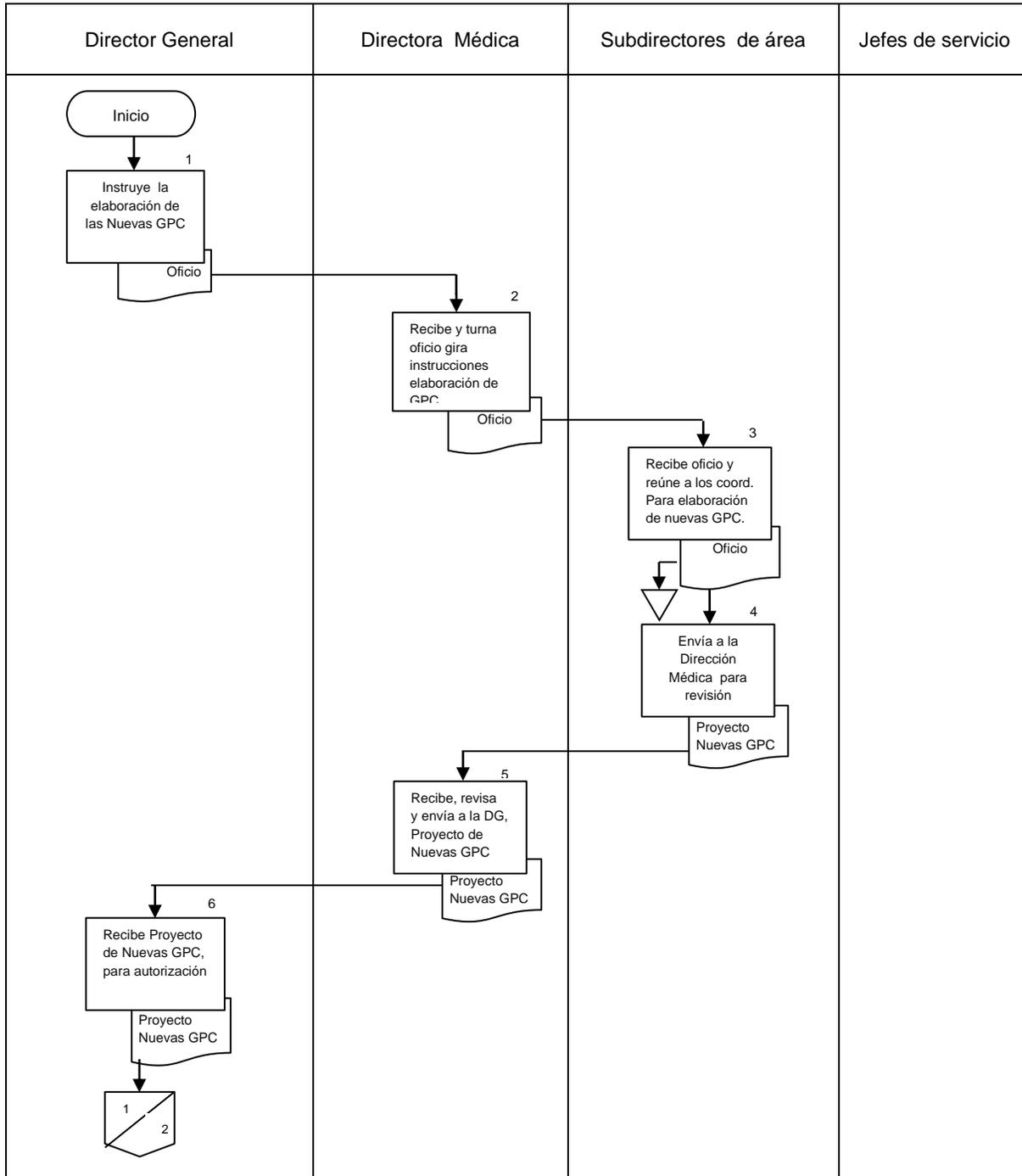
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

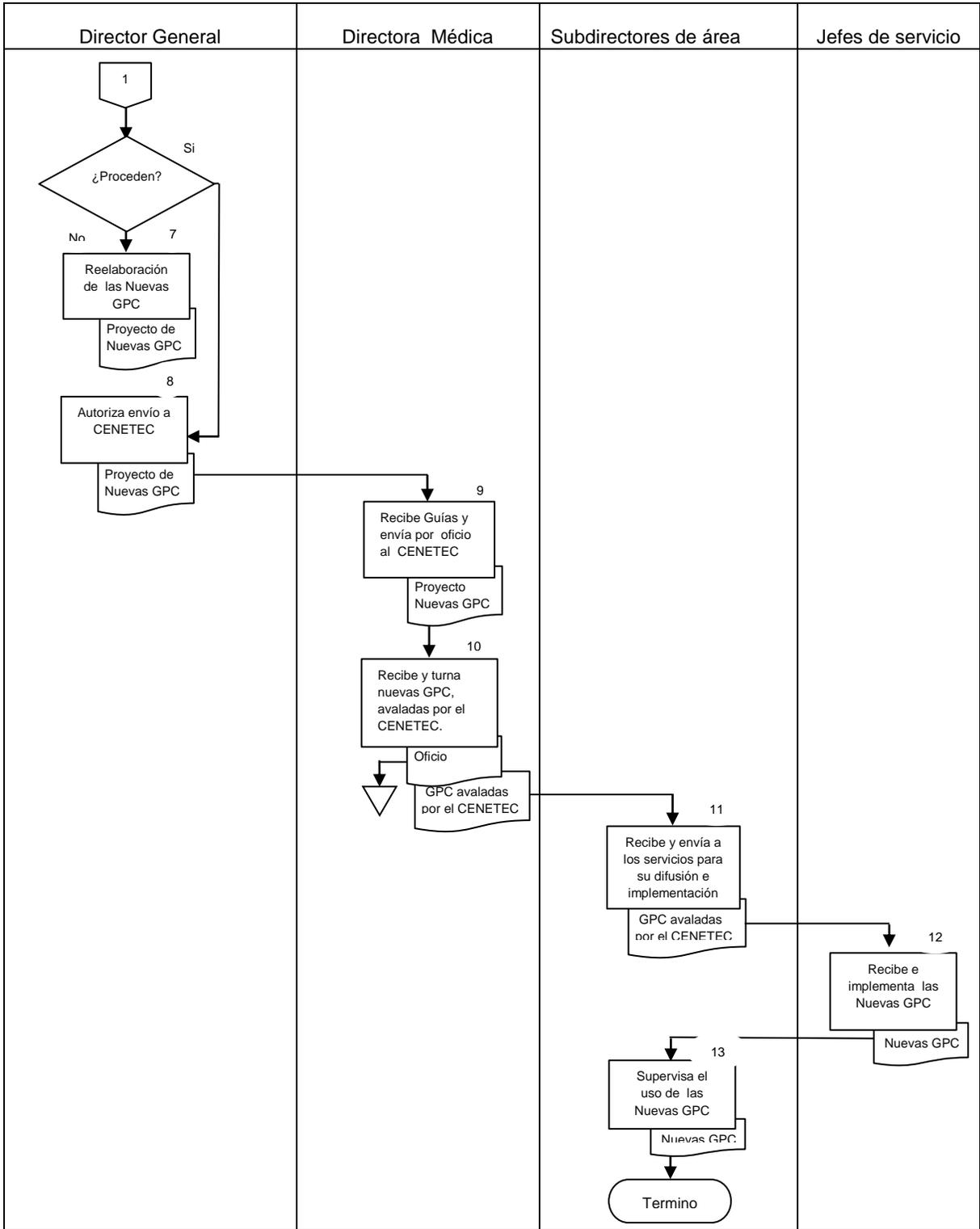
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|-------------|---|---|
| Director General | 1 | Instruye a la Dirección Médica la elaboración de las Nuevas Guías de Práctica Clínica por especialidad. | Oficio |
| Directora Médica | 2 | Recibe y turna oficio, gira instrucciones a la Subdirección de Servicios Clínicos para la elaboración de Nuevas Guías de Práctica clínica. | Oficio |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico | 3 4 | Recibe oficio y reúne a los coordinadores de área para que los médicos especialistas elaboren las Nuevas Guías de Práctica Clínica, archiva oficio. Recibe, revisa y envía proyecto de Guías de Práctica Clínica a la Dirección Médica | Oficio Circular Proyecto de Guías de Práctica Clínica |
| Directora Médica | 5 | Recibe Proyecto de Guías de Práctica Clínica y envía a la Dirección General. | Proyecto de Guías de Práctica Clínica |
| Director General | 6 7 8 | Recibe Proyecto de Nuevas Guías de Práctica Clínica para su autorización y envío al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) ¿Proceden? No: Reelaboración de Nuevas Guías de Práctica Clínica, regresa a la actividad 3. Si: Autoriza envío al CENETEC. | Nuevas Guías de Práctica Clínica |
| Directora Médica | 9 10 | Recibe las Nuevas Guías de Práctica Clínica y envía al CENETEC para su validación. Recibe Guías de Práctica Clínica Validadas por el CENETEC y turna a la Subdirección de Servicios Clínicos para su difusión e implementación. | Nuevas Guías de Práctica Clínica |

| | |
|---|--|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica Hoja 77 de 2669 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|----------------------------------|
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos Y Subdirector de Auxiliares de Diagnóstico | 11 | Recibe y difunde Guías de Práctica Clínica al personal operativo. | Nuevas Guías de Práctica Clínica |
| | 12 | Supervisa el apego a las Nuevas Guías de Práctica Clínica. | |
| | 13 | Verifica que en la práctica cotidiana apliquen las Nuevas Guías de Práctica Clínica | |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD VERACRUZ | Rev. 0 |
| | 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica | | Hoja: 80 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guías de práctica clínica avaladas por el CENETEC | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-------------------------------|------------------------|---|---|
| 7.1 Guías de práctica clínica | 1 año | Subdirecciones de Servicios Clínicos, Servicios Quirúrgicos, Auxiliares de Diagnóstico y Personal Operativo | N/A |
| 7.2 Reporte de evaluación | 1 año | Subdirección de Servicios Clínicos | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 CENETEC.- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Nuevas Guías de Práctica Clínica.

10.2 Reporte de evaluación.

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPA DE LA UCA | Rev. 0 |
| | 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica | | Hoja: 81 de 2669 |

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico, tratamiento y prevención de
Sobrepeso y obesidad en el adulto



Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-46-08.

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL

















Vivir Mejor

| | | | | |
|--|---|---|---|------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TUXTLA GUTIERREZ | Rev. 0 |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) 5.- Procedimiento para elaborar nuevas guías de práctica clínica | | Hoja: 82 de 2669 |

GUIA DE PRACTICA CLINICA

| DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL ADULTO | | | |
|---|--|--|---------------------------|
| NO. | NIVEL | CRITERIO | AAFA300427HMCYLNXX |
| 1 | R | Se recomienda en los pacientes con peso normal (IMC entre 18.5 y 24.9) proporcionar educación sobre los estilos de vida saludables, rango normal del IMC e instruir importancia de realizar evaluaciones ante un incremento en el IMC | 0 |
| 2 | R | Se recomienda la pérdida de peso en todos los pacientes con IMC 25 y con síndrome metabólico | 1 |
| 3 | R | Se calculó el IMC con base en el peso y la altura de todos los paciente adultos para establecer el diagnóstico de sobrepeso y obesidad (cuadro 1) | 2 |
| 4 | R | La evaluación clínica del paciente con sobrepeso y obesidad se realizó en la Consulta Externa | 0 |
| 5 | R | En la evaluación inicial del paciente con sobrepeso y obesidad se realizó historia clínica y exploración física completa con la finalidad de investigar antecedentes familiares de obesidad, indagar edad de inicio de la obesidad, periodos de máximo incremento, factores precipitantes, excluir causas secundarias o relacionadas con fármacos e investigar enfermedades y condiciones asociadas (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y trastorno de lípidos, principalmente) (cuadro 3) En la historia clínica debe investigarse: 1. Altura, peso, IMC, medir circunferencia abdominal y presión arterial | 1 |
| 6 |  /R | Se detectó hábitos de actividad física y alimentarios, tabaquismo, alcoholismo, empleo de medicina alternativa, síntomas de apnea del sueño, datos de enfermedad articular | 0 |
| 7 |  /R | La medición de la circunferencia abdominal se realizó por personal de enfermería debidamente entrenado mediante una cinta métrica de fibra de vidrio calibrada en centímetros con graduaciones en milímetros estando el paciente de pie, en un punto medio entre la cresta iliaca y la última costilla en un plano horizontal alrededor del abdomen al final de una espiración normal | 0 |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios clínicos y servicios quirúrgicos | | Hoja: 83 de 2669 |

6.- PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CARTERA DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS Y SERVICIOS QUIRÚRGICOS

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios clínicos y servicios quirúrgicos | | Hoja: 84 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos para la evaluación y actualización de la cartera de los servicios clínicos, servicios quirúrgicos y auxiliares de diagnóstico de acuerdo con las necesidades de la población en base a la normatividad vigente.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección General gira instrucciones para actualización de la Cartera de Servicios, Dirección de Administración y Finanzas aporta los insumos necesarios, Dirección Médica coordina la actualización de la misma, Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Coordinadores de área y especialidades elaboran proyecto de actualización de Cartera de Servicios.
- 2.2 A nivel Externo: No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección General a través de la Dirección Médica evaluar y actualizar la cartera de servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico de acuerdo a la normatividad establecida por la Dirección Médica.
- 3.2 Es responsabilidad de las Subdirecciones de Servicios Clínicos, Subdirección Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico, la evaluación y actualización de la cartera de servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos a través, de los coordinadores de servicio.
- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos y Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico, la evaluación y actualización de la cartera de servicios en forma anual y de manera colegiada
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección General a través de la Dirección Médica, es única la facultada para autorizar la cartera de los servicios clínicos, servicios quirúrgicos y auxiliares de diagnóstico.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección Médica difundir la cartera autorizada de manera oficial en un plazo no mayor a 20 días hábiles posteriores a su autorización por parte de la Dirección General.

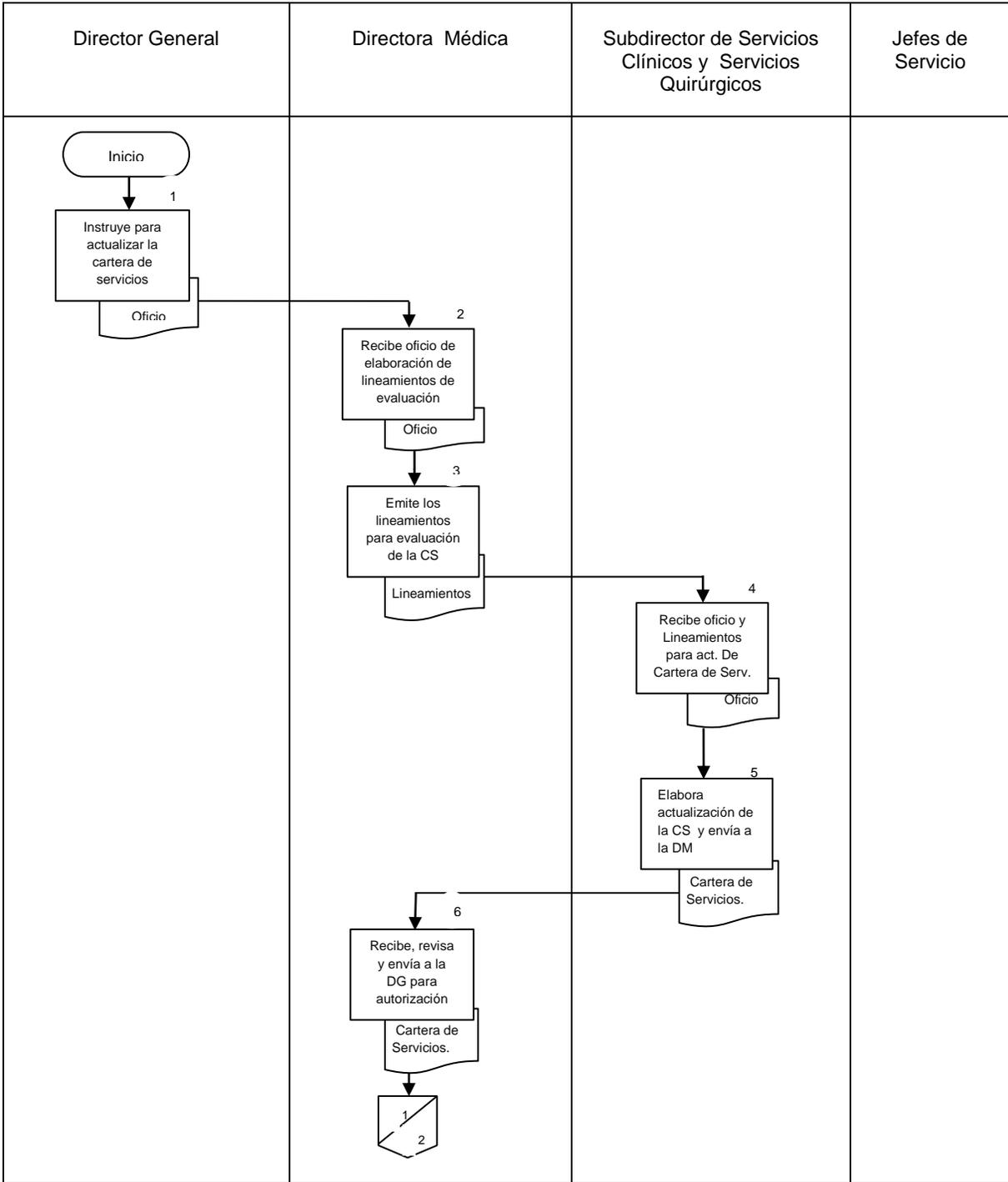
| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios Hoja 85 de 2669 |

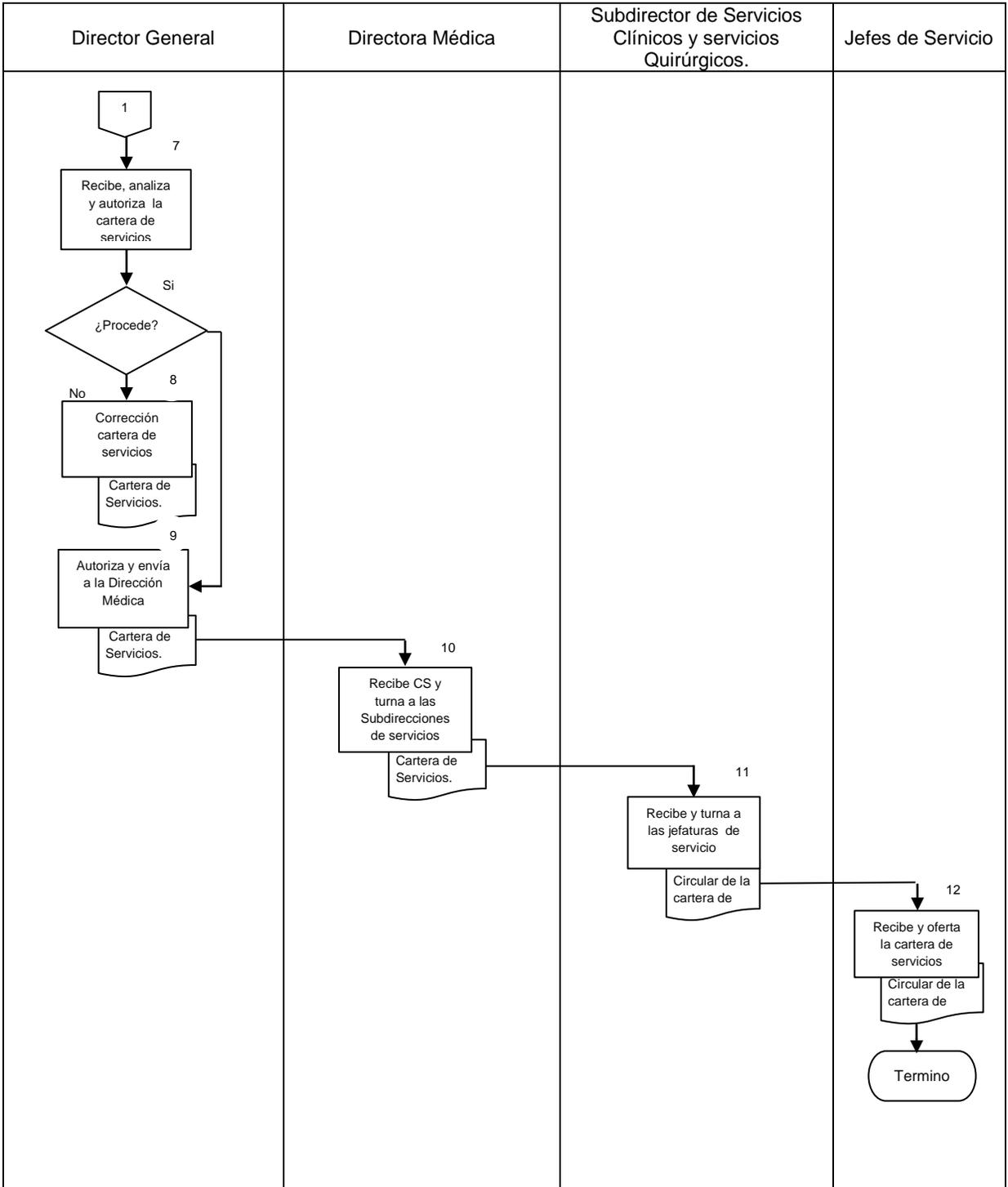
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Director General | 1 | Instruye a la Dirección Médica para actualizar la cartera de servicios clínicos y quirúrgicos. | Oficio |
| Directora Médica | 2 | Recibe oficio para elaborar los lineamientos de evaluación de la cartera de servicios Clínicos y Quirúrgicos | Oficio Lineamientos |
| | 3 | Emite los lineamientos aplicables para la evaluación y actualización de la Cartera de Servicios. | |
| Subdirector de Servicios Clínicos Subdirector de Servicios Quirúrgicos y Subdirector de Auxiliares de Diagnóstico | 4 | Recibe oficio y lineamientos para actualización de la cartera de servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos. | Oficio Lineamientos Cartera de Servicios |
| | 5 | Elabora Cartera de Servicios y envía para su revisión a la Dirección Médica | |
| Directora Médica | 6 | Recibe, revisa y envía para su autorización la cartera de servicios Clínicos, Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico a la Dirección General. | Cartera de Servicios |
| Director General | 7 | Recibe y analiza la cartera de servicios ¿Procede la actualización? | Cartera de Servicios |
| | 8 | No: Corrección de cartera de Servicios Regresa a la actividad 5. | |
| | 9 | Si: Autoriza y envía a la Dirección Médica. | |
| Directora Médica | 10 | Recibe Cartera de Servicios Autorizada y turna a las Subdirecciones de Servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos para su oferta. | Circular Cartera de Servicios |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos y Subdirector de Auxiliares de Diagnóstico | 11 | Recibe la cartera de servicios Clínicos y servicios Quirúrgicos y la envía a las Jefaturas de Servicio para su oferta. | Circular Cartera de Servicios |
| | 12 | Supervisa oferta de Cartera de servicios. | |
| TERMINA | | | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 86 de 2669 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 88 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Decreto de Creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |
| 6.3 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |
| 6.4 Cartera de servicios autorizada por el HRAEI | N/A |
| 6.5 Lineamientos para la evaluación y actualización de la Cartera de Servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico. | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|---|---|
| 7.1 Oficio de recepción de Lineamientos | 5 años | Subdirección de os Servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico. | Número de Oficio |
| 7.2 Acuse de recibo de la Cartera de Servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico. | 3 años | Subdirección de os Servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico. | Número de Oficio |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cartera de Servicios Clínicos, servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico.-** Documento que integra cada una de las patologías, los servicios médicos, diagnósticos y tratamientos que se ofertan en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
- 8.2 Lineamientos para la Elaboración de la Cartera de Servicios Clínicos, Servicios Quirúrgicos y Auxiliares de Diagnóstico.-** Es el documento que contiene los criterios para la evaluación y actualización de los servicios médicos de las áreas Clínica y quirúrgica que se ofertan en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 89 de 2669 |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de recepción de lineamientos

10.2 Cartera de Servicios

| | | | | |
|--|---|---|---|--------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 90 de 2669 | |

10.2 Cartera de Servicios

| Clave | Descripción |
|---------------|---|
| 001-00 | CONSULTA EXTERNA |
| 001-01 | Consulta en Admisión Continua |
| 001-02 | Consulta médica de especialidad de primera vez |
| 001-03 | Consulta médica de especialidad subsecuente |
| 001-04 | Consulta médica de Telemedicina |
| 001-05 | Preconsulta |
| 002-00 | CURACIONES |
| 002-01 | Cambio de sonda vesical o nasogástrica |
| 002-02 | Glicemia capilar |
| 002-03 | Incisión, aspiración de absceso, ceroma y hematoma |
| 002-04 | Incisión con drenaje de piel |
| 002-05 | Pie diabético |
| 002-06 | Punción lumbar |
| 003-00 | CLÍNICA DE CATÉTERES |
| 003-01 | Colocación de catéter venoso central, periférico y picc |
| 003-02 | Curación de catéter venoso central, periférico, picc, totalmente implantado, hemodiálisis, tunelizado |
| 003-03 | Heparinización de catéter y manejo de catéter umbilical |
| 003-04 | Mantenimiento de catéter venoso central |
| 003-05 | Punción de fistula arteriovenosa de hemodiálisis y catéter totalmente implantado |
| 003-06 | Retiro de catéteres |
| 004-00 | CLÍNICA DE HERIDAS Y ESTOMAS |
| 004-01 | Curación con escisión local |
| 004-02 | Curación de herida no séptica |
| 004-03 | Curación de herida quirúrgica séptica |
| 004-04 | Curación de herida séptica |
| 005-00 | ALERGOLOGÍA |
| 005-01 | Alimentos nativos y frescos |
| 005-02 | Desensibilización a medicamentos |
| 005-03 | Inmunoterapia vía subcutánea |
| 005-04 | Inmunoterapia vía sublingual |
| 005-05 | Prick test cutáneo (polen, epitelios e insectos) |
| 005-06 | Prueba cutánea para medicamentos |
| 005-07 | Prueba de reto con metacolina |
| 005-08 | Prueba intradérmica (polen, epitelios e insectos) |
| 005-09 | Pruebas de provocación oral |
| 005-10 | Test de parche (alimentos, medicamentos y contactantes) |
| 005-11 | Test de presión |
| 005-12 | Test de suero autólogo |
| 005-13 | Test de vibración |
| 005-14 | Test del cubo de hielo |
| 006-00 | AUDIOLOGIA |
| 006-01 | Ajuste del aparato protésico coclear (excomponentes ext.) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 006-02 | Audiometría tonal liminal |
| 006-03 | Audiometría y logaudiometría |
| 006-04 | Emisiones otoacústicas |
| 006-05 | Maniobras de reposición canalicular |
| 006-06 | Paquete de diagnóstico implantes cocleares |
| 006-07 | Paquete de rehabilitación implantes cocleares |
| 006-08 | Paquete clínico: preoperatorios, cirugía y candidatos postquirúrgicos sin implante |
| 006-09 | Paquete integral (incluye los tres paquetes y además el implante coclear) |
| 006-10 | Prueba de Williams |
| 006-11 | Rehabilitación vestibular por sesión |
| 006-12 | Tamiz auditivo (neonatal) |
| 006-13 | Timpanografía y reflejo estapedial |
| 006-14 | Videonistagmografía [vng] |
| 007-00 | CARDIOLOGÍA |
| 007-01 | Ecocardiograma con dobutamida |
| 007-02 | Ecocardiograma fetal |
| 007-03 | Ecocardiograma transesofágico |
| 007-04 | Ecocardiograma transtorácico |
| 007-05 | Ecotranstorácico de contraste con solución salina |
| 007-06 | Electrocardiograma |
| 007-07 | Holter de 24 hrs |
| 007-08 | Monitoreo ambulatorio de la presión arterial 24 hrs |
| 007-09 | Prueba de inclinación o mesa basculante |
| 007-10 | Prueba de esfuerzo cardiaca |
| 008-00 | REUMATOLOGÍA |
| 008-01 | Artrocentesis |
| 008-02 | Biopsia de glándula salival menor |
| 008-03 | Biopsia de músculo |
| 008-04 | Biopsia de piel |
| 008-05 | Infiltración en articulaciones o tejidos blandos |
| 008-06 | Punción de tofo y visualización de cristales |
| 009-00 | SALUD MENTAL |
| 009-01 | Administración de una prueba |
| 009-02 | Administración de tres pruebas |
| 009-03 | Administración de seis pruebas |
| 009-04 | Intervención en crisis |
| 009-05 | Inventario de personalidad multifásica de minnesota (MMPI) |
| 009-06 | Psicoterapia de juego (por sesión) |
| 009-07 | Psicoterapia individual niño y adulto (por sesión) |
| 009-08 | Psicoterapia verbal exploratoria |
| 009-09 | Terapia de pareja |
| 009-10 | Terapia de grupal (por persona) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 92 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|----------|--|
| 009-11 | Terapia familiar (hora y media de sesión) 2 sesiones |
| 009-12 | Terapia individual |
| 010-00 | GINECOLOGÍA |
| 010-01 | Amniocentesis |
| 010-02 | Citología vaginal |
| 010-03 | Conización de cérvix |
| 010-04 | Cryocirugía cérvix uterino |
| 010-05 | Estudio colposcópico |
| 010-06 | Extirpación de condilomas vulv. o vag. |
| 010-07 | Fulguración |
| 010-08 | Prueba de moco |
| 2 | AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO |
| 012-00 | PATOLOGÍA |
| 012-01 | Biopsia cualquier órgano |
| 012-02 | Biopsia por aspiración |
| 012-03 | Citología de líquidos |
| 012-04 | Citología-frotis |
| 012-05 | Estudio histopatológico biopsia |
| 012-06 | Estudio transoperatorio |
| 012-07 | Inmunohistoquímica 1ª marcación |
| 012-08 | Inmunohistoquímica anticuerpo subsecuente |
| 012-09 | Inmunohistoquímica panel de mama |
| 012-10 | Patología-histoquímica 1ra tinción |
| 012-11 | Patología-histoquímica 2-3 tinciones |
| 012-12 | Patología-histoquímica 4-6 tinciones |
| 012-13 | Pieza quirúrgica |
| 012-14 | Pieza quirúrgica tipo IV oncológica |
| 012-15 | Revisión de laminillas |
| 013-00 | IMAGENOLOGÍA ESTUDIOS SIMPLES |
| 013-01 | Abdomen simple (1 proyección) |
| 013-02 | Abdomen simple (2 proyecciones) |
| 013-03 | Antebrazo (radio y cúbito) 1 proyección |
| 013-04 | Antebrazo (radio y cúbito) 2 proyecciones |
| 013-05 | Brazo (húmero) 1 proyección |
| 013-06 | Brazo (húmero) 2 proyecciones |
| 013-07 | Cadera (coxofemoral) 1 proyección |
| 013-08 | Cadera (coxofemoral) 2 proyecciones |
| 013-09 | Cefalometría |
| 013-10 | Clavícula 1 proyección |
| 013-11 | Clavícula 2 proyecciones |
| 013-12 | Codo anteroposterior 1 proyección |
| 013-13 | Codo anteroposterior y lateral 2 proyecciones |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 93 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 013-14 | Columna cervical 1 proyección |
| 013-15 | Columna cervical 2 proyecciones |
| 013-16 | Columna cervical 4 proyecciones |
| 013-17 | Columna cervical 6 proyecciones |
| 013-18 | Columna lumbar 1 proyección |
| 013-19 | Columna lumbar 2 proyecciones |
| 013-20 | Columna lumbar 4 proyecciones |
| 013-21 | Columna lumbar 6 proyecciones |
| 013-22 | Columna sacrococcígea (sacro-coxis) 1 proyección |
| 013-23 | Columna sacrococcígea (sacro-coxis) 2 proyecciones |
| 013-24 | Columna torácica 1 proyección |
| 013-25 | Columna torácica 2 proyecciones |
| 013-26 | Cráneo 1 proyección |
| 013-27 | Cráneo 2 proyecciones |
| 013-28 | Cráneo 3 proyecciones |
| 013-29 | Cuello (partes blandas) 1 proyección |
| 013-30 | Cuello (partes blandas) 2 proyecciones |
| 013-31 | Edad ósea 1 proyección |
| 013-32 | Edad ósea 2 proyección |
| 013-33 | Edad ósea 3 proyecciones |
| 013-34 | Edad ósea 4 proyecciones |
| 013-35 | Esternón 1 proyección |
| 013-36 | Estudio transoperatorio (una proyección) |
| 013-37 | Hombro 2 proyecciones |
| 013-38 | Hombro, mano, muñeca 1 proyección |
| 013-39 | Mano 2 proyecciones |
| 013-40 | Mano 3 proyecciones |
| 013-41 | Muñeca (carpo) 1 proyección |
| 013-42 | Muslo (fémur) 1 proyección |
| 013-43 | Muslo (fémur) 2 proyecciones |
| 013-44 | Pelvis 1 proyección |
| 013-45 | Pelvis 2 proyecciones |
| 013-46 | Perfilograma 1 proyección |
| 013-47 | Perfilograma y watters 2 proyecciones |
| 013-48 | Pie 1 proyección |
| 013-49 | Pie 2 proyecciones |
| 013-50 | Pierna (tibia y peroné) 1 proyección |
| 013-51 | Pierna (tibia y peroné) 2 proyecciones |
| 013-52 | Radiografía portátil (para hospitalización y admisión continua) |
| 013-53 | Rodilla 1 proyección |
| 013-54 | Rodilla 2 proyecciones |
| 013-55 | Rodillas comparativas 6 proyecciones |
| 013-56 | Rodillas tangenciales (30, 60 y 90) |
| 013-57 | Senos paranasales 1 proyección (incluye cadwell, waters) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 013-58 | Senos paranasales 2 proyecciones |
| 013-59 | Serie ósea metastásica completa 17 proyecciones |
| 013-60 | Tele de tórax 1 proyección |
| 013-61 | Tele de tórax 2 proyecciones |
| 013-62 | Tobillo 1 proyección |
| 013-63 | Tobillo 2 proyecciones |
| 013-64 | Tórax óseo 1 proyección |
| 013-65 | Tórax óseo 2 proyecciones |
| 013-66 | Uso de arco en "c" en quirófano |
| 013-67 | Oximetría de pulso |
| 014-00 | IMAGENOLOGIA ESTUDIOS CONTRASTADOS |
| 014-01 | Aortografía |
| 014-02 | Arteriografía con contraste, área no especificada |
| 014-03 | Artrografía (una región) |
| 014-04 | Cistografía |
| 014-05 | Colangiografía por sonda en t |
| 014-06 | Colangiografía transoperatoria percutánea |
| 014-07 | Colon por colostomía |
| 014-08 | Colon por enema |
| 014-09 | Histerosalpingografía |
| 014-10 | Esofagograma (mecánica de la deglución) |
| 014-11 | Fotodensitometría radiológica |
| 014-12 | Ortopantografía |
| 014-13 | Serie esofagogastroduodenal |
| 014-14 | Serie gastroduodenal |
| 014-15 | Tránsito intestinal |
| 014-16 | Uretrocistografía |
| 014-17 | Uretrografía |
| 014-18 | Urografía excretora |
| 014-19 | Uso de fluoroscopia |
| 015-00 | IMAGENOLOGIA MASTOGRÁFIA |
| 015-01 | Mastografía unilateral |
| 015-02 | Mastografía bilateral |
| 015-03 | Mastografía con marcaje (unilateral) |
| 015-04 | Mastografía con ultrasonido (bilateral) |
| 015-05 | Muestra quirúrgica de mama (una proyección) |
| 016-00 | IMEGENOLOGIA ULTRASONIDO |
| 016-01 | Ultrasonido doppler |
| 016-02 | Ultrasonido 1 región |
| 016-03 | Ultrasonido 2 regiones |
| 016-04 | Ultrasonido 3 regiones |
| 016-05 | Histerosonografía |
| 017-00 | IMAGENOLOGIA TOMOGRAFIA |
| 017-01 | Angiotomografía 1 región |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 95 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 017-02 | Angiotomografía 2 regiones |
| 017-03 | Artrotomografía una región |
| 017-04 | Tomografía 1 región simple |
| 017-05 | Tomografía 2 regiones simple |
| 017-06 | Tomografía 3 regiones simple |
| 017-07 | Tomografía 1 región contrastada |
| 017-08 | Tomografía 2 regiones contrastada |
| 017-09 | Tomografía 3 regiones contrastada |
| 018-00 | IMAGENOLOGIA RESONANCIA MAGNETICA |
| 018-01 | Angioresonancia 1 región contrastada |
| 018-02 | Angioresonancia 1 región simple |
| 018-03 | Angioresonancia 2 regiones contrastada |
| 018-04 | Angioresonancia 2 regiones simple |
| 018-05 | Angioresonancia 3 regiones contrastada |
| 018-06 | Angioresonancia 3 regiones simple |
| 018-07 | Angioresonancia coronaria simple |
| 018-08 | Angioresonancia coronaria con inyector |
| 018-09 | Angioresonancia carotídea |
| 018-10 | Angioresonancia aorta abdominal |
| 018-11 | Angioresonancia aorta torácica |
| 018-12 | Angioresonancia renal |
| 018-13 | Angioresonancia pulmonar |
| 018-14 | Angioresonancia miembros pélvicos |
| 018-15 | Artroresonancia (1 región) |
| 018-16 | Colangioresonancia contrastada |
| 018-17 | Colangioresonancia simple |
| 018-18 | Corazón morfológico funcional |
| 018-19 | Corazón perfusión reposo |
| 018-20 | Corazón perfusión reposo-estrés con adenosina |
| 018-21 | Corazón perfusión reposo-estrés con dipiridamol |
| 018-22 | Corazón viabilidad |
| 018-23 | Corazón viabilidad con dobutamina |
| 018-24 | Espectroscopia (sistema nervioso central) |
| 018-25 | Resonancia 1 región contrastada |
| 018-26 | Resonancia 2 regiones contrastada |
| 018-27 | Resonancia 3 regiones contrastada |
| 018-28 | Resonancia simple 1 región |
| 018-29 | Resonancia simple 2 regiones |
| 018-30 | Resonancia simple 3 regiones |
| 019-00 | IMAGENOLOGIA BIOPSIAS |
| 019-01 | Biopsia guiada por tomografía |
| 019-02 | Baaf guiada por ultrasonido (tiroides, ganglios cuello, axilas, etc.) |
| 019-03 | Biopsia en vejiga o próstata guiada por ultrasonido |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |
| | | | Hoja: 96 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 019-04 | Biopsia guiada por ultrasonido (mama, riñon, tejidos blandos superficiales, hígado) |
| 019-05 | Biopsia por aspiración de glándula mamaria |
| 019-06 | Biopsia por punción de médula ósea |
| 019-07 | Biopsia por trucut con estudio histopatológico |
| 019-08 | Drenaje guiado por tomografía |
| 019-09 | Drenaje guiado por ultrasonido |
| 020-00 | MEDICINA NUCLEAR |
| 020-01 | Búsqueda de divertículo de merckel (mucosa ectópica) |
| 020-02 | Búsqueda de reflujo gastroesofágico/broncoaspiración |
| 020-03 | Búsqueda de sangrado de tubo digestivo |
| 020-04 | Cerebral c/ceretec o neurolite SPECT |
| 020-05 | Cerebral con talio SPECT |
| 020-06 | Cisternogammagrafia |
| 020-07 | Cistogammagrafia radioisotópica indirecta/directa |
| 020-08 | Cuerpo entero con talio 201 |
| 020-09 | Flebogammagrafia radioisotópica |
| 020-10 | Gammagrafia renal basal |
| 020-11 | Gammagrama cerebral perfusorio |
| 020-12 | Gammagrama con 111-IN octreotido |
| 020-13 | Gammagrama con I-131 MIBG |
| 020-14 | Gammagrama con ubi/ leucos marcados |
| 020-15 | Gammagrama de corteza renal c/dmsa |
| 020-16 | Gammagrama de glándulas suprarrenales |
| 020-17 | Gammagrama de mama con isonitros |
| 020-18 | Gammagrama de paratiroides/talio/tecnecio |
| 020-19 | Gammagrama de perfusión miocárdica MIBI o TALIO |
| 020-20 | Gammagrama fracción de expulsión ventricular izq. (FEVI) muga |
| 020-21 | Gammagrama GALIO 67 |
| 020-22 | Gammagrama hepatoesplénico |
| 020-23 | Gammagrama linfático |
| 020-24 | Gammagrama óseo de cuerpo entero ó de 3 fases |
| 020-25 | Gammagrama osteocraneal |
| 020-26 | Gammagrama para ganglio centinela |
| 020-27 | Gammagrama para vaciamiento gástrico |
| 020-28 | Gammagrama por dosis de SM-153 |
| 020-29 | Gammagrama post dosis de 89-SR |
| 020-30 | Gammagrama post dosis terapéutica de 100 mci de I-131 |
| 020-31 | Gammagrama post dosis terapéutica de 100 mci de MIBG-I-131 |
| 020-32 | Gammagrama post dosis terapéutica de 150 mci de I-131 |
| 020-33 | Gammagrama post dosis terapéutica de 150 mci de MIBG-I-131 |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 97 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 020-34 | Gammagrama post dosis terapéutica de 20 mci de I-131 |
| 020-35 | Gammagrama pulmonar perfusorio |
| 020-36 | Gammagrama pulmonar ventilatorio |
| 020-37 | Gammagrama región ósea SPECT |
| 020-38 | Gammagrama renal basal y post captopril |
| 020-39 | Gammagrama renal con prueba de furosemide |
| 020-40 | Gammagrama renal/dtpa filtrado glomerular |
| 020-41 | Gammagrama renal/mag3 secreción tubular |
| 020-42 | Gammagrama tiroideo con sestamibi |
| 020-43 | Gammagrama tiroideo con tecnecio o yodo |
| 020-44 | Gammagrama vascular |
| 020-45 | Gammagrama vascular y pulmonar |
| 020-46 | Hepático biliar secuencial |
| 020-47 | Perfusión aislada |
| 020-48 | Perfusión miocárdica con talio estrés-redistribución |
| 020-49 | Perfusión miocárdica con talio estrés-redistribución+reinyección |
| 020-50 | Perfusión miocárdica dual con talio-reposo mibi estrés + redistribución (viabilidad) |
| 020-51 | Perfusión miocárdica dual con talio-reposo/ mibi-estrés |
| 020-52 | Pulmonar perfusorio/ ventilatorio |
| 020-53 | Radiofrecuencia de base de la lengua |
| 020-54 | Radiofrecuencia de cornetes |
| 020-55 | Radiofrecuencia de paladar |
| 020-56 | Rastreo corporal con yodo 131 |
| 020-57 | Tomografía centellográfica cerebral (SPECT) |
| 020-58 | Tomografía centellográfica hepatoesplénica (SPECT) |
| 020-59 | Tomografía centellográfica ósea (SPECT) |
| 020-60 | Ventriculografía radioisotópica |
| 020-61 | Ventriculograma en equilibrio con dobutamina |
| 022-00 | LABORATORIO CLÍNICO QUÍMICA CLÍNICA |
| 022-01 | Ácido úrico |
| 022-02 | Adenosina desaminasa (ADA) |
| 022-03 | Alanina aminotransferasa (ALT/TGP) |
| 022-04 | Albumina |
| 022-05 | Aldolasa |
| 022-06 | Alfa 1 anti tripsina |
| 022-07 | Amilasa |
| 022-08 | Amiodarona |
| 022-09 | Amonio |
| 022-10 | Apolipoproteínas A1 y B |
| 022-11 | Aspartato aminotransferasa (AST/TGO) |
| 022-12 | Bandas oligoclonales en LCR |
| 022-13 | Beta 2 microglobulina suero |
| 022-14 | Bicarbonatos |

| | | | | |
|---|---|---|--|------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |
| | | | | Hoja: 98 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 022-15 | Bilirrubina directa |
| 022-16 | Bilirrubina indirecta |
| 022-17 | Bilirrubina total |
| 022-18 | Calcio sérico |
| 022-19 | Carotenos beta |
| 022-20 | Ceruloplasmina en suero |
| 022-21 | Ciclosporina |
| 022-22 | Cistatina C |
| 022-23 | Citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR) |
| 022-24 | Cloro |
| 022-25 | CO2 |
| 022-26 | Colesterol total |
| 022-27 | Colinesterasa |
| 022-28 | Creatinina |
| 022-29 | Crioaglutininas |
| 022-30 | Crioglobulinas |
| 022-31 | Curva de insulina de 3 horas |
| 022-32 | Curva de insulina de 5 horas |
| 022-33 | Curva de tolerancia a la glucosa, 75 g (toma basal, a 1 hora y a las 2 horas) |
| 022-34 | Deshidrogenasa láctica |
| 022-35 | Electroforesis de inmunoglobulinas en suero |
| 022-36 | Electroforesis de lipoproteínas |
| 022-37 | Electroforesis de proteínas en LCR |
| 022-38 | Electroforesis de proteínas en orina |
| 022-39 | Electroforesis de proteínas séricas |
| 022-40 | Fosfatasa alcalina |
| 022-41 | Fosfolípidos |
| 022-42 | Fósforo |
| 022-43 | Gama glutamil transpeptidasa (GGT) |
| 022-44 | Glucosa |
| 022-45 | Glucosa posprandial (2 horas) |
| 022-46 | Hemoglobina glucosilada fracción A1C |
| 022-47 | Índice aterogénico |
| 022-48 | Insulina |
| 022-49 | Isoenzimas de LDH |
| 022-50 | lactato |
| 022-51 | Lipasa |
| 022-52 | Lipoproteínas de alta densidad (HDL) |
| 022-53 | Lipoproteínas de baja densidad (LDL) |
| 022-54 | Lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) |
| 022-55 | Magnesio |
| 022-56 | Nitrógeno uréico en sangre (BUN) |
| 022-57 | N-telopéptidos |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPA DE LA SECRETARÍA DE SALUD</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |
| | | Hoja: 99 de 2669 | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 022-58 | Péptido C |
| 022-59 | Péptido natriurético cerebral (BNP) |
| 022-60 | Potasio |
| 022-61 | Prealbúmina (transtiretina) |
| 022-62 | Procalcitonina |
| 022-63 | Proteínas totales |
| 022-64 | Prueba de tolerancia a la glucosa pediátrica |
| 022-65 | Prueba oral de tolerancia a la glucosa, 75 g, 2 hrs medición simultánea de insulina |
| 022-66 | Prueba oral de tolerancia a la glucosa, 75 g, 5 hrs medición simultánea de insulina |
| 022-67 | Sodio |
| 022-68 | Triglicéridos |
| 022-69 | Urea |
| 022-70 | Uroporfirinas |
| 022-71 | Vitamina A (retinol) |
| 022-72 | Vitamina B6 |
| 022-73 | Vitamina C (ácido ascórbico) |
| 022-74 | Yodo protéico |
| 022-75 | Ferritina en sangre |
| 022-76 | Globulinas en sangre |
| 022-77 | Inmunolectroforesis de proteínas de orina |
| 022-78 | Inmunolectroforesis de proteínas en sangre |
| 022-79 | Saturación Transferrina |
| 022-80 | Ácido Fólico |
| 022-81 | Citoquímico de líquidos orgánicos |
| 023-00 | LABORATORIO CLÍNICO ENZIMAS CARDÍACAS |
| 023-01 | Creatin fosfoquinasa (CPK) |
| 023-02 | Creatin fosfoquinasa fracción mb (CPK MB) |
| 023-03 | Mioglobina |
| 023-04 | Troponina cardiaca T |
| 023-05 | Troponina I |
| 024-00 | LABORATORIO CLINICO CINETICA DE HIERRO |
| 024-01 | Capacidad de fijación de FE |
| 024-02 | Hierro sérico |
| 024-03 | % de saturación de FE |
| 024-04 | Transferrina |
| 025-00 | LABORATORIO CLINICO OTRAS PRUEBAS |
| 025-01 | Fosfatasa ácida |
| 025-02 | Fosfatasa ácida /fracción prostática |
| 025-03 | Metanefrinas en plasma |
| 026-00 | LABORATORIO CLINICO HEMATOLOGIA |
| 026-01 | Agregación plaquetaria |
| 026-02 | Biometría hemática completa |

| | | | | |
|--|---|---|---|--------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 100 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 026-03 | Células LE |
| 026-04 | Curva de fragilidad osmótica |
| 026-05 | Eosinófilos en moco nasal |
| 026-06 | Gota gruesa (búsqueda de Plasmodium) |
| 026-07 | Hemoglobina S por PCR |
| 026-08 | Hemoglobina libre en plasma |
| 026-09 | Hemosiderina en LCR |
| 026-10 | Leucocitos totales |
| 026-11 | Linfocitos supresores CD3/CD8 |
| 026-12 | Linfocitos totales |
| 026-13 | Linfocitos totales (%) |
| 026-14 | Linfocitos totales CD3 |
| 026-15 | Metahemoglobinas |
| 026-16 | Reticulocitos |
| 026-17 | Velocidad de sedimentación globular (VSG) |
| 026-18 | Cuerpos de Howell Joly |
| 027-00 | LABORATORIO CLÍNICO COAGULACIÓN |
| 027-01 | Anticoagulante lúpico |
| 027-02 | Anticuerpos anti-gliadina IGA (elisa) |
| 027-03 | Complejo trombina-Antitrombina |
| 027-04 | Consumo de protrombina |
| 027-05 | Dímero D |
| 027-06 | Factor V de Leyden |
| 027-07 | Fibrinógeno |
| 027-08 | Índice de INR |
| 027-09 | Inhibidor del activador del plasminógeno |
| 027-10 | Inhibidor del factor VIII |
| 027-11 | Lisis de euglobulinas (Von Kaula) |
| 027-12 | Monómeros fibrina |
| 027-13 | Plasminógeno |
| 027-14 | Productos de degradación del fibrinógeno (PDF) |
| 027-15 | Proteína C de coagulación |
| 027-16 | Proteína S de coagulación antigénica |
| 027-17 | Resistencia a la proteína C activada antigénica |
| 027-18 | Tiempo de coagulación |
| 027-19 | Tiempo de protrombina (TP) |
| 027-20 | Tiempo de reptilasa |
| 027-21 | Tiempo de sangrado |
| 027-22 | Tiempo de trombina |
| 027-23 | Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) |
| 028-00 | LABORATORIO CLINICO CUIDADOS CRITICOS |
| 028-01 | Gasometría simple |
| 028-02 | Gasometría con electrolitos y lactato |
| 029-00 | LABORATORIO CLINICO SEROLOGIA |

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALCA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 101 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 029-01 | Antiestreptolisinas |
| 029-02 | Factor reumatoide |
| 029-03 | Proteína C reactiva |
| 029-04 | Reacciones febriles (huddelson, proteus, tífico, paratífico) |
| 030-00 | LABORATORIO CLINICO PERFILES |
| 030-01 | Perfil viral hepatitis A,B,C |
| 030-02 | Perfil Tiroideo |
| 030-03 | Perfil de Torch IGG |
| 030-04 | Perfil de Torch IGM |
| 030-05 | Química sanguínea de 3 elementos |
| 030-06 | Química sanguínea de 6 elementos |
| 030-07 | Pruebas de funcionamiento hepático |
| 030-08 | Electrolitos séricos (3) |
| 030-09 | Electrolitos séricos (6) |
| 030-10 | Perfil de lípidos |
| 030-11 | Perfil ginecológico |
| 030-12 | Perfil toxémico |
| 030-13 | Anticuerpos extraíbles de núcleo (ENA) |
| 030-14 | Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA's) |
| 030-15 | Andrógenos |
| 030-16 | Perfil viral hepatitis A |
| 030-17 | Perfil viral hepatitis B |
| 030-18 | Perfil viral hepatitis C |
| 031-00 | LABORATORIO CLÍNICO UROANÁLISIS |
| 031-01 | Ácido úrico |
| 031-02 | Ácido vanil mandélico |
| 031-03 | Albumina |
| 031-04 | Alcohol |
| 031-05 | Amonio |
| 031-06 | Antígeno vesical urinario |
| 031-07 | Beta 2 microglobulina en orina |
| 031-08 | Calcio en orina de 24 hrs |
| 031-09 | Catecolaminas en orina |
| 031-10 | Citrato |
| 031-11 | Cobre |
| 031-12 | Coproporfirinas en orina cualitativa |
| 031-13 | Cortisol en orina |
| 031-14 | Depuración de creatinina |
| 031-15 | D-xilosa |
| 031-16 | Electrolitos urinarios |
| 031-17 | Examen general de orina |
| 031-18 | Hidroxioprolina en orina de 24 horas |
| 031-19 | Homocisteína |
| 031-20 | Metanefrinas en orina |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|---|---|
| 031-21 | Microalbuminuria en orina de 24 horas |
| 031-22 | Mucopolisacáridos |
| 031-23 | Oxalato |
| 031-24 | Porfobilinógeno |
| 031-25 | Proteínas en orina |
| 031-26 | Potasio en orina |
| 031-27 | Sodio en orina |
| 031-28 | Albuminuria en 24 horas. |
| 031-29 | Proteinuria en 24 horas |
| 031-30 | Cortisol sérico de la mañana |
| 032-00 LABORATORIO CLÍNICO PARASITOLOGÍA | |
| 032-01 | Amiba en fresco |
| 032-02 | Azúcares reductores |
| 032-03 | Búsqueda de oxiuros (técnica de Graham) |
| 032-04 | Citología fecal |
| 032-05 | Coproparasitoscópico 3 muestras |
| 032-06 | Detección de parásitos emergentes (tinción de Kinyoun) |
| 032-07 | Detección de rotavirus |
| 032-08 | Examen coprológico |
| 032-09 | Examen microscópico de hongos en fresco |
| 032-10 | Grasa en heces |
| 032-11 | Sangre oculta en heces |
| 033-00 LABORATORIO CLÍNICO MICROBIOLOGÍA | |
| 033-01 | 2 mercaptoetanol (detección de brucelosis) |
| 033-02 | Baciloscofia 1 muestra (tinción de Zielh - Nielsen) |
| 033-03 | Búsqueda de Brucella por aglutinación (Rosa de Bengala) |
| 033-04 | Coaglutinación |
| 033-05 | Tinción de Gram |
| 033-06 | Tinción tinta china |
| 034-00 LABORATORIO CLÍNICO CULTIVOS | |
| 034-01 | Coprocultivo con antibiograma |
| 034-02 | Cultivo de aerobios (líquidos corporales varios) con antibiograma |
| 034-03 | Cultivo de anaerobios (líquidos corporales varios) |
| 034-04 | Cultivo de expectoración (ESPUTO) con antibiograma |
| 034-05 | Cultivo de exudado cérvico vaginal con antibiograma |
| 034-06 | Cultivo de exudado faríngeo con antibiograma |
| 034-07 | Cultivo de exudado nasal con antibiograma |
| 034-08 | Cultivo de exudado nasofaríngeo con antibiograma |
| 034-09 | Cultivo de exudado ocular con antibiograma |
| 034-10 | Cultivo de exudado ótico con antibiograma |
| 034-11 | Cultivo de exudado uretral con antibiograma |
| 034-12 | Cultivo de hongos |
| 034-13 | Cultivo de lavado bronquial |

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALEUCA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 103 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 034-14 | Cultivo de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> |
| 034-15 | Cultivo de punta de catéter |
| 034-16 | Espermocultivo |
| 034-17 | Hemocultivo |
| 034-18 | Urocultivo |
| 035-00 | LABORATORIO CLINICO DETECCIÓN DE PATÓGENOS POR BIOLOGÍA MOLECULAR |
| 035-01 | Detección <i>Chlamydia pneumoniae</i> por PCR |
| 035-02 | Detección de <i>Chlamydia trachomatis</i> por PCR |
| 035-03 | Detección de herpes simple tipo 1 y 2 por PCR |
| 035-04 | Detección de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> por PCR |
| 035-05 | Detección de <i>Toxoplasma gondii</i> por PCR |
| 035-06 | Detección de virus de Epstein barr por PCR |
| 035-07 | Detección de virus del papiloma humano por PCR y secuenciación de tipo viral |
| 035-08 | Detección <i>Mycoplasma hominis</i> |
| 036-00 | LABORATORIO CLÍNICO ENDOCRINOLOGÍA |
| 036-01 | Actividad de renina plasmática (APR) |
| 036-02 | Aldosterona en suero |
| 036-03 | Androstenediona |
| 036-04 | Angiotensina |
| 036-05 | Calcitonina (HCT) |
| 036-06 | Catecolaminas en plasma |
| 036-07 | Cortisol en sangre |
| 036-08 | Cromogranina A |
| 036-09 | Dehidroepiandrosterona sulfatada (DHEAS) |
| 036-10 | Dihidrotestoterona |
| 036-11 | Estradiol |
| 036-12 | Estrógenos totales |
| 036-13 | Fracción beta libre, gonadotrofina corionica humana |
| 036-14 | Fracción beta cuantitativa, gonadotrofina corionica humana |
| 036-15 | Gastrina |
| 036-16 | Hormona adrenocorticotrófica (ACTH) |
| 036-17 | Hormona antidiurética (vasopresina) |
| 036-18 | Hormona de crecimiento |
| 036-19 | Hormona folículo estimulante (FSH) |
| 036-20 | Hormona luteinizante (LH) |
| 036-21 | Hormona paratiroidea intacta (PTH) |
| 036-22 | Péptido intestinal vasoactivo (VIP) |
| 036-23 | Péptido relacionado a PTH (PTH RP) |
| 036-24 | Progesterona |
| 036-25 | Prolactina |
| 036-26 | Somatomedina C |
| 036-27 | Testosterona |

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 104 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 036-28 | Tiroglobulina |
| 036-29 | 17 alfa hidroxiprogesterona |
| 036-30 | IGF 1 |
| 036-31 | IGF 2 |
| 036-32 | Metanefrinas en sangre |
| 037-00 | LABORATORIO CLINICO INMUNOLOGIA |
| 037-01 | Actividad de 21 hidroxilasa |
| 037-02 | Anti trombina III funcional |
| 037-03 | Anticuerpos anti adenovirus |
| 037-04 | Anticuerpos anti ag. nuclear I de VEB |
| 037-05 | Anticuerpos anti Aspergillus (IGE) |
| 037-06 | Anticuerpos anti Blastomyces |
| 037-07 | Anticuerpos anti Bordetella pertussis |
| 037-08 | Anticuerpos anti Borrelia burgdorferi EN SUERO |
| 037-09 | Anticuerpos anti Candida albicans (IgA, IgG, IgM) |
| 037-10 | Anticuerpos anti cardiopina (IgG) |
| 037-11 | Anticuerpos anti cardiopina (IgM) |
| 037-12 | Anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (Anti-CCP) |
| 037-13 | Anticuerpos anti centrómeros B (elisa) |
| 037-14 | Anticuerpos anti cisticerco LCR y suero |
| 037-15 | Anticuerpos anti Chlamydia trachomatis |
| 037-16 | Anticuerpos anti Coxsackie LCR. Suero virus a LCR virus a suero |
| 037-17 | Anticuerpos anti denga IgM, IgG |
| 037-18 | Anticuerpos anti descarboxilasa AC glutámico (Anti - GAD 65) |
| 037-19 | Anticuerpos anti DNA doble cadena |
| 037-20 | Anticuerpos anti echovirus LCR, suero |
| 037-21 | Anticuerpos anti endomicio |
| 037-22 | Anticuerpos anti esfingomielinea IGG, IGM (elisa) |
| 037-23 | Anticuerpos anti espermia |
| 037-24 | Anticuerpos anti factor intrínseco |
| 037-25 | Anticuerpos anti fosfatidil colina IgA, IgG, IgM |
| 037-26 | Anticuerpos anti fosfolípidos |
| 037-27 | Anticuerpos anti GAD |
| 037-28 | Anticuerpos anti gliadina IgG (elisa) |
| 037-29 | Anticuerpos anti Helicobacter pylori |
| 037-30 | Anticuerpos anti hepatitis A virus IgM |
| 037-31 | Anticuerpos anti hepatitis B core (HBCAG) |
| 037-32 | Anticuerpos anti hepatitis E |
| 037-33 | Anticuerpos anti heterófilos (Paul Bunell) |
| 037-34 | Anticuerpos anti histona (elisa) |
| 037-35 | Anticuerpos anti histoplasma capsulatum (suero o LCR) |
| 037-36 | Anticuerpos anti HIV |
| 037-37 | Anticuerpos anti HIV (Western blot) |

| | | | | |
|---|---|---|--|-------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |
| | | | | Hoja: 105 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 037-38 | Anticuerpos anti insulina |
| 037-39 | Anticuerpos anti islotes de Langerhans |
| 037-40 | Anticuerpos anti JO-1 |
| 037-41 | Anticuerpos anti LA (SSB) |
| 037-42 | Anticuerpos anti Legionella pneumophila IgG |
| 037-43 | Anticuerpos anti Leptospira (séricos y en orina) |
| 037-44 | Anticuerpos anti Listeria monocytogenes |
| 037-45 | Anticuerpos anti LKM 1 IGG (elisa) |
| 037-46 | Anticuerpos anti membrana basal |
| 037-47 | Anticuerpos anti microsomales |
| 037-48 | Anticuerpos anti mitocondriales |
| 037-49 | Anticuerpos anti músculo cardiaco |
| 037-50 | Anticuerpos anti músculo liso |
| 037-51 | Anticuerpos anti Mycobacterium tuberculosis |
| 037-52 | Anticuerpos anti Mycoplasma IgM, IgG |
| 037-53 | Anticuerpos anti nucleares (por inmunofluorescencia indirecta, IFI) |
| 037-54 | Anticuerpos anti nucleosoma IGG (elisa) |
| 037-55 | Anticuerpos anti parotiditis IgG,IgM |
| 037-56 | Anticuerpos anti parvovirus B19 IgG,IgM |
| 037-57 | Anticuerpos anti plaquetas |
| 037-58 | Anticuerpos anti plasmina alfa 1,2 |
| 037-59 | Anticuerpos anti proteína básica de la mielina |
| 037-60 | Anticuerpos anti receptor de acetil colina |
| 037-61 | Anticuerpos anti receptor de TSH |
| 037-62 | Anticuerpos anti ribonucleoproteína (RNP) |
| 037-63 | Anticuerpos anti SCL 70 |
| 037-64 | Anticuerpos anti Smith (Sm) |
| 037-65 | Anticuerpos anti RO y de la SSA |
| 037-66 | Anticuerpos anti tiroglobulinas |
| 037-67 | Anticuerpos anti tiroideos |
| 037-68 | Anticuerpos anti Toxoplasma gondii IgM |
| 037-69 | Anticuerpos anti transglutamina tisular total |
| 037-70 | Anticuerpos anti Treponema por fluorescencia |
| 037-71 | Anticuerpos anti Trypanosoma cruzi |
| 037-72 | Anticuerpos anti varicela IgG,IgM en sangre LCR |
| 037-73 | Anticuerpos anti virus sincicial respiratorio IgG,IgM |
| 037-74 | Anticuerpos anti antígeno de superficie de hepatitis B (HBS AG) |
| 037-75 | Anticuerpos anti virus Epstein Bar |
| 037-76 | Antígeno HLA-B27 |
| 037-77 | Antígeno P-24 del VIH-1 |
| 037-78 | Antígeno temprano virus Epstein Barr |
| 037-79 | Complemento C3 |
| 037-80 | Complemento C4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|-------------------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALUCA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | | | Hoja: 106 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|---------|--|
| 037-81 | Cadena ligera kappa y lambda (sacro u orina) |
| 037-82 | Complejo inmune circulante |
| 037-83 | Complemento 2 (C-2) |
| 037-84 | Complemento C1Q (complejo C1Q-IGG) |
| 037-85 | Complemento hemolítico CH-50 |
| 037-86 | Antígeno de Histocompatibilidad HLA I |
| 037-87 | Antígeno de Histocompatibilidad HLA II |
| 037-88 | Antígeno de Histocompatibilidad HLA I y II |
| 037-89 | Antígeno de Histocompatibilidad HLA I y II SSP |
| 037-90 | Inmunoglobulina A (IgA) |
| 037-91 | Inmunoglobulina E (NIVELES SÉRICOS IGE) |
| 037-92 | Inmunoglobulina G (IgG) |
| 037-93 | Inmunoglobulina M (IgM) |
| 037-94 | Proteína c reactiva ultrasensible |
| 037-95 | Proteína de bence-jones en orina |
| 037-96 | Subclases de inmunoglobulina IGG |
| 037-97 | VDRL |
| 037-98 | ANCA c |
| 037-99 | ANCA p |
| 037-100 | Antibeta2 glucoproteína 1 IgG |
| 037-101 | Antibeta2 glucoproteína 1 IgM |
| 037-102 | Anticuerpos antiyersinia enterocolítica |
| 037-103 | IgG e IgM para virus Epstein Barr |
| 037-104 | Prueba de Mantoux (PPD) |
| 037-105 | Inhibidor de estearasa de C1 |
| 037-106 | 1-25 Dihidroxitamina D |
| 037-107 | 25 hidroxivitamina D |
| 038-00 | LABORATORIO CLÍNICO MARCADORES TUMORALES |
| 038-01 | Alfafetoproteína |
| 038-02 | Antígeno carcinoembrionario (CEA) |
| 038-03 | Antígeno CA-125 |
| 038-04 | Antígeno CA19-9 |
| 038-05 | Antígeno CA 15-3 |
| 038-06 | Antígeno CA 27 - 29 |
| 038-07 | Antígeno CA 72 - 4 |
| 038-08 | Antígeno prostático específico |
| 038-09 | Antígeno prostático libre |
| 039-00 | LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGIA Y MEDICAMENTO |
| 039-01 | Acetaminofen |
| 039-02 | Acido valproico |
| 039-03 | Aminofilina |
| 039-04 | Anfetaminas |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTABA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 107 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 039-05 | Arsénico (sangre) |
| 039-06 | Barbitúricos (suero y orina) |
| 039-07 | Cannabinoides |
| 039-08 | Carbamazepina |
| 039-09 | Cobalto |
| 039-10 | Cobre suero |
| 039-11 | Cocaína |
| 039-12 | Cromo total |
| 039-13 | Benzodiazepinas |
| 039-14 | Difenilhidantoína |
| 039-15 | Digoxina |
| 039-16 | Fenitoina |
| 039-17 | Fenobarbital |
| 039-18 | Lamotrigina (lactimal) |
| 039-19 | Litio en sangre |
| 039-20 | Mercurio en orina de 24 hrs o en el pelo |
| 039-21 | Metotrexato |
| 039-22 | Morfina |
| 039-23 | Nicotina |
| 039-24 | Plomo en orina en el pelo o en sangre |
| 039-25 | Salicilatos |
| 039-26 | Talio en suero |
| 039-27 | Zinc (sangre u orina) |
| 040-00 | LABORATORIO CLÍNICO PRUEBAS ESPECIALES |
| 040-01 | 17 cetosteroides en orina en 24 hrs o en suero |
| 040-02 | 17 hidroxicorticoesteroides |
| 040-03 | Carga viral (CMV) |
| 040-04 | Carga viral de Epstein Barr |
| 040-05 | Carga viral HIV |
| 040-06 | Carga viral VHB |
| 040-07 | Carga viral VHC |
| 040-08 | Carga viral del virus de inmunodeficiencia (HIV) |
| 040-09 | Cromatina sexual |
| 040-10 | CYFRA 21.1 |
| 040-11 | Enolasa neurona específica (NSE) |
| 040-12 | Enzima convertidora de angiotensina |
| 040-13 | Eritropoyetina (EPO) |
| 040-14 | Espermatobioscopia |
| 040-15 | Factor V |
| 040-16 | Factor VII |
| 040-17 | Factor VIII |
| 040-18 | Factor VIII Antigénico |
| 040-19 | Factor XIII |
| 040-20 | Factores X, XI, XII |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA, VERACRUZ</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 108 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 040-21 | Genotipo de hepatitis C |
| 040-22 | Glucagón |
| 040-23 | Haptoglobina |
| 040-24 | Hemosiderina citoquímica |
| 040-25 | Hidroxioprolina |
| 040-26 | Homocisteína |
| 040-27 | Inducción de drepanocitos prueba |
| 040-28 | Influenza A y B |
| 040-29 | Inhibina |
| 040-30 | Inmunofenotipo de Hpn por citometría de flujo |
| 040-31 | Inmunofenotipo de leucemias |
| 040-32 | Inmunofenotipo de linfocitos |
| 040-33 | Inmunofenotipo de linfocitos en inmunodeficiencias |
| 040-34 | Inmunofenotipo de plaquetas |
| 040-35 | Inmunofenotipo hla-B27 |
| 040-36 | Melatonina |
| 040-37 | Metahemoglobina |
| 040-38 | Mutación selectiva del gen de la MTHFR |
| 040-39 | Mutación 20210 G-A |
| 040-40 | Osmolaridad en orina |
| 040-41 | Osmolaridad en suero |
| 040-42 | Perfil de hepatitis D |
| 040-43 | Perfil metabólico neonatal ampliado |
| 040-44 | Proteína transportadora de IGF (IGF-BP3) |
| 040-45 | Prueba de embarazo en orina o en sangre |
| 040-46 | Pruebas cruzadas para trasplante |
| 040-47 | Serotonina |
| 040-48 | Translocación 8;14 por FISH |
| 040-49 | Translocación 15;17 (PML/RARA) FISH |
| 040-50 | Translocación 8;21 AML/ETO FISH |
| 040-51 | Cuantificación BCR-ABL (Cromosoma filadelfia) |
| 040-52 | Trisomía 18 por FISH |
| 040-53 | Vitamina B12 |
| 040-54 | XP21, XP21.2; gen de distrofina |
| 040-55 | Captura de híbridos del virus del Papiloma Humano (hibridación) |
| 040-56 | Fish |
| 041-00 | LABORATORIO DE GENÉTICA |
| 041-01 | Alfa centromérica |
| 041-02 | Cariotipo en piel o tejidos div. |
| 041-03 | Cariotipo en producto de aborto |
| 041-04 | Cariotipo en sangre periférica |
| 041-05 | Cariotipo en sangre periférica (alta resolución) |
| 041-06 | Crioterapia |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 109 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 041-07 | Cromosoma completo |
| 041-08 | Cromosoma y (microdeleciones) |
| 041-09 | Diagnóstico prenatal (cordocentesis) |
| 041-10 | Diagnóstico prenatal (líquido amniótico) |
| 041-11 | Diagnóstico prenatal (otros tejidos) |
| 041-12 | Diagnóstico prenatal (vellosidades coriales) |
| 041-13 | Kit DX. Prenatal X,Y,13,18,21 |
| 041-14 | Secuencia única |
| 041-15 | Sistema multisonda |
| 041-16 | Tamizaje prenatal en suero materno de primer trimestre |
| 041-17 | Tamizaje prenatal en suero materno de segundo trimestre |
| 041-18 | Telómeros dual |
| 041-19 | Wcp Paint box |
| 3 | AUXILIARES DE TRATAMIENTO |
| 045-00 | TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA (Concentrado Eritrocitario) |
| 045-01 | Coombs directo |
| 045-02 | Coombs indirecto |
| 045-03 | Eritrocitoaféresis |
| 045-04 | Grupo sanguíneo y factor RH |
| 045-05 | Leucoaféresis |
| 045-06 | Recambio plasmático |
| 045-07 | Transfusión de paquete globular o de plasmas, plaquetas y crioprecipitado |
| 045-08 | plasmaféresis |
| 045-09 | Westerblod-1 |
| 045-10 | Westerblod-2 |
| 046-00 | RADIOTERAPIA |
| 046-01 | Fabricación de homogeneizador de radiación |
| 046-02 | Molde de radioterapia por región para protección |
| 046-03 | Planeación por computación radioterapia intensidad modulada (IMRT) |
| 046-04 | Planeación por computación radioterapia 3d conformacional |
| 046-05 | Radiación corporal total con electrones |
| 046-06 | Radiación corporal total con fotones |
| 046-07 | Radiocirugía (estereotáxica) |
| 046-08 | Radioterapia estereotáxica fraccionada (por tratamiento) |
| 046-09 | Sesión con acelerador lineal teleterapia |
| 046-10 | Sesión de braquiterapia intracavitaria y/o intersticial |
| 046-11 | Simulación TAC fijación y localización |
| 047-00 | HEMODINAMIA |
| 047-01 | Ablación endocárdica por cateterismo |
| 047-02 | Angiografía renal |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 047-03 | Angiografía periférica |
| 047-04 | Angiografía carotídea |
| 047-05 | Angiografía coronaria |
| 047-06 | Aortograma |
| 047-07 | Angioplastia transluminal en arteria periférica, sin stent |
| 047-08 | Angioplastia con balón de aorta abdominal |
| 047-09 | Angioplastia con balón de arteria femoral |
| 047-10 | Angioplastia con balón de arteria iliaca o mesentérica o subclavia |
| 047-11 | Angioplastia con balón de arteria vertebral |
| 047-12 | Angioplastia con balón de tronco braquicefálico |
| 047-13 | Angioplastia con balón de tronco tibioperoneo |
| 047-14 | Angioplastia con balón de vena cava |
| 047-15 | Angioplastia coronaria con balón con fármaco |
| 047-16 | Angioplastia coronaria con cutting balón (balón de corte) |
| 047-17 | Angioplastia coronaria con rota-ablación |
| 047-18 | Angioplastia coronaria con stent con fármaco |
| 047-19 | Angioplastia coronaria con stent sin fármaco |
| 047-20 | Angioplastia coronaria en choque cardiogénico |
| 047-21 | Angioplastia coronaria primaria en síndromes coronarios agudos |
| 047-22 | Angioplastia coronaria transluminal percutánea, sin stent |
| 047-23 | Angioplastia coronaria y colocación de dispositivo de protección embólica |
| 047-24 | Angioplastia renal con balón y colocación de stent (bilateral) |
| 047-25 | Angioplastia renal con balón y colocación de stent (unilateral) |
| 047-26 | Angioplastia transluminal aortica o de rama pulmonar |
| 047-27 | Angioplastia transluminal carotídea, sin stent |
| 047-28 | Angioplastia transluminal de arteria renal, sin stent |
| 047-29 | Angioscopia percutánea |
| 047-30 | Aortoplastia con/sin stent (sólo procedimiento) |
| 047-31 | Aplicación de dispositivo de cierre femoral angioseal |
| 047-32 | Arteriografía de vasos supra-aórticos |
| 047-33 | Arteriografía pulmonar |
| 047-34 | Arteriografía renal |
| 047-35 | Aspiración de trombo en arteria pulmonar |
| 047-36 | Aterectomía rotacional |
| 047-37 | Balón de contrapulsación aórtica, implantación |
| 047-38 | Biopsia cardíaca sólo biopsia |
| 047-39 | Biopsia hepática transyugular (hemodinamia) |
| 047-40 | Cateterismo con aortografía |
| 047-41 | Cateterismo izquierdo o derecho con arteriografía coronaria |
| 047-42 | Cateterismo izquierdo o derecho con ventriculografía |
| 047-43 | Cateterismo con angiografía pulmonar |
| 047-44 | Cateterismo con biopsia del miocardio |
| 047-45 | Cateterismo con prueba farmacológica |

| | | | | |
|--|---|---|---|--------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 111 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 047-46 | Cateterismo derecho o izquierdo |
| 047-47 | Cavografía |
| 047-48 | Cierre de comunicación interauricular o interventricular con amplatzer |
| 047-49 | Cierre de conducto arterioso con amplatzer o con coil |
| 047-50 | Cierre de conducto arterioso con nit-occlud |
| 047-51 | Cierre de fenestración con amplatzer |
| 047-52 | Colocación de stent forrado en aneurisma de arteria coronaria |
| 047-53 | Colocación de stent forrado en fistula de arteria coronaria |
| 047-54 | Corrida oximétrica |
| 047-55 | Ecocardiografía intracardiaca |
| 047-56 | Ecocardiograma transesofágico en sala |
| 047-57 | Embolización con coil en fistula de arteria coronaria |
| 047-58 | Embolización de fistulas arteriosas pulmonares |
| 047-59 | Filtro en vena cava vía yugular o femoral |
| 047-60 | Infusión arterial intracoronaria de trombolítico |
| 047-61 | Marcapaso transitorio instalación electrodo |
| 047-62 | Marcapaso, implantación en una cámara o dos cámaras (sólo procedimiento) |
| 047-63 | Medición de presión intravascular de arterias coronarias (guía de presión) |
| 047-64 | Medición de presiones intracavitarias y de grandes vasos |
| 047-65 | Pericardiocentesis |
| 047-66 | Pruebas de valoración de hipertensión pulmonar |
| 047-67 | Retiro de cuerpos extraños del sistema vascular |
| 047-68 | Toma de muestras en venas renales por cateterismo |
| 047-69 | Ultrasonido intracoronario |
| 047-70 | Valvuloplastia mitral o aortica percutánea |
| 047-71 | Valvuloplastia pulmonar percutánea |
| 047-72 | Valvuloplastia de prótesis pulmonar o tricuspidea |
| 048-00 | HEMODINAMIA DE CONGÉNITOS |
| 048-01 | Valvulotomía o valvuloplastia aórtica en menores de 30 días |
| 048-02 | Ampliación de defecto existente en tabique interauricular |
| 048-03 | Angioplastia o aterectomía de otro(s) vaso(s) no coronario(s) |
| 048-04 | Aorto-plastia de coartación de aorta con balón |
| 048-05 | Aorto-plastia de coartación de aorta con balón y colocación de stent |
| 048-06 | Atrioseptostomia de Rashkind |
| 048-07 | Cateterismo cardiaco del lado derecho del corazón |
| 048-08 | Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón |
| 048-09 | Cierre de foramen oval con colocación de Amplatzer |
| 048-10 | Cierre de persistencia de conducto arterioso con Amplatzer |
| 048-11 | Cierre de persistencia de conducto arterioso con coils |
| 048-12 | Cierre de persistencia de conducto arterioso con nit-occlud |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA, VERACRUZ</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 048-13 | Colocación de balón de contrapulsación |
| 048-14 | Creación de defecto en tabique en el corazón |
| 048-15 | Dilatación con balón de arterias pulmonares con balón y colocación de stent |
| 048-16 | Extracción de cuerpos extraños |
| 048-17 | Técnica de seldinger radial |
| 048-18 | Técnica de seldinger femoral |
| 048-19 | Toma de biopsia endomiocárdica |
| 048-20 | Valvuloplastia mitral con balón inohue |
| 048-21 | Valvuloplastia pulmonar con balón |
| 048-22 | Valvulotomía o valvuloplastia aórtica mayor de 30 días |
| 048-23 | Punción transeptal |
| 049-00 | ARRITMIAS/ELECTROFISIOLOGÍA |
| 049-01 | Estudio electrofisiológico invasivo por catéter (corazón y pericardio) diagnóstico |
| 049-02 | Cambio de generador de marcapasos, resincronizador y desfibrilización (sólo procedimiento) |
| 049-03 | Resincronizador cardiaco (solo procedimiento) |
| 049-04 | Desfibrilador y/o cardioversor automático, implantación (sólo procedimiento) |
| 049-05 | Septostomía atrial con cuchilla, aguja o catéter (sólo procedimiento) |
| 049-06 | Cardioversión eléctrica |
| 049-07 | Implante de marcapaso definitivo (sólo procedimiento) |
| 049-08 | Inserción, revisión, sustitución y eliminación de electrodos, inserción de marcapasos temporal o revisión bolsa dispositivos cardiaco |
| 050-00 | CLÍNICA DEL DOLOR |
| 050-01 | Analgesia post-operatoria |
| 050-02 | Bloqueos epidurales |
| 050-03 | Bloqueos para descompresión de hernias discales por vía percutánea |
| 050-04 | Destrucción de nervios craneales y periféricos |
| 050-05 | Epidurolysis o lisis de fibrosis en espacio epidural |
| 050-06 | Estimulación de nervios periféricos |
| 050-07 | Estimulación eléctrica |
| 050-08 | Estimulación subaracnoidea y periférica |
| 050-09 | Implantación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador medular |
| 050-10 | Implante de catéteres tunelizados |
| 050-11 | Implante de reservorios subcutáneos |
| 050-12 | Infiltración de articulaciones |
| 050-13 | Inserción de catéter en conducto espinal para infusión de sustancias |

| | | | | |
|---|---|---|---|-------------------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALICULA | Hoja: 113 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 050-14 | Inyección de agente destructivo en el conducto espinal |
| 050-15 | Inyección de agente neuro lítico en nervio simpático |
| 050-16 | Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia |
| 050-17 | Inyección de anestésico en nervio simpático con fines analgésicos |
| 050-18 | Inyección de nervio o ganglio simpático |
| 050-19 | Inyección de otro agente en canal espinal |
| 050-20 | Inyección o infusión de analgésico por vía intervencionista |
| 050-21 | Inyección punto gatillo con anestésicos locales |
| 050-22 | Inyección punto gatillo con botulina tóxica |
| 050-23 | Ozonoterapia |
| 050-24 | Radiofrecuencia |
| 050-25 | Radiofrecuencia de discos intervertebrales |
| 050-26 | Radiofrecuencia de nervios periféricos |
| 050-27 | Radiofrecuencia de terminaciones nerviosas |
| 050-28 | Rizólisis de nervios periféricos |
| 050-29 | Simpaticolisis |
| 050-30 | Tratamiento con neuro líticos |
| 050-31 | Tratamiento del sistema nervioso central simpático |
| 051-00 | ELECTRODIAGNÓSTICO |
| 051-01 | Infiltraciones musculares y articulares con guía electromiográfica |
| 051-02 | Potenciales evocados auditivos |
| 051-03 | Potenciales evocados cognitivos de latencia larga |
| 051-04 | Potenciales evocados motores |
| 051-05 | Potenciales evocados somatosensoriales |
| 051-06 | Potenciales evocados visuales |
| 051-07 | Electromiografía |
| 051-08 | Electroencefalograma (eeg) sin pruebas activadoras |
| 051-09 | Velocidades de neuroconducción |
| 051-10 | Videoelectroencefalograma |
| 052-00 | CLÍNICA DEL SUEÑO |
| 052-01 | Entrevista, consulta y evaluación diagnóstica |
| 052-02 | Polisomnografía (nocturna) |
| 052-03 | Otras pruebas de funcionamiento neurológico no quirúrgicas |
| 052-04 | Test de lactencia múltiple |
| 053-00 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION |
| 053-01 | Aplicación de toxina botulínica 3 puntos |
| 053-02 | Aplicación férula |
| 053-03 | Aplicación vendaje enyesado |
| 053-04 | Baño de parafina |
| 053-05 | Compresas húmedas calientes y húmedas frías |
| 053-06 | Corrientes interferenciales |
| 053-07 | Ejercicio asistido |
| 053-08 | Ejercicio fisioterapia |
| 053-09 | Electroestimulación |

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 114 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 053-10 | Hidroterapia tanque terapéutico |
| 053-11 | Hidroterapia tina de hubbard |
| 053-12 | Hidroterapia tina remolinos |
| 053-13 | Tens |
| 053-14 | Terapia combinada de ultrasonido terapéutico y corriente eléctrica |
| 053-15 | Terapia con láser |
| 053-16 | Terapia ocupacional |
| 053-17 | Tracción cervical y tracción lumbar |
| 053-18 | Ultrasonido terapéutico |
| 053-19 | Terapia de lenguaje 3 sesiones |
| 053-20 | Ejercicio respiratorio |
| 053-21 | Rehabilitación cardiaca |
| 053-22 | Tens especiales |
| 053-23 | Aplicación de toxina botulínica 50 unidades |
| 054-00 | INHALOTERAPIA |
| 054-01 | Aplicación de oxígeno por puntas nasales |
| 054-02 | Espirometría simple |
| 054-03 | Espirometría y curva de flujo de volumen |
| 054-04 | Espirometría y curva de flujo de volumen pre y post broncodilatador |
| 054-05 | Fisioterapia pulmonar, drenaje postural, aspiración de secreciones |
| 054-06 | Inspirometría incentiva |
| 054-07 | Medición de volúmenes pulmonares |
| 054-08 | Nebulizador continuo (por día) |
| 054-09 | Oxigenoterapia |
| 054-10 | Paquete tabaquismo |
| 054-11 | R.P.P.respiración con pres. Positiva con v. Mec. |
| 054-12 | Tratamientos con aerosolterapia (sesión micronebulización con broncodilatador) |
| 054-13 | Ventilación mecánica invasiva (cuota por día) |
| 054-14 | Ventilación mecánica no invasiva (cuota por día) |
| 055-00 | HEMODIALISIS |
| 055-01 | Hemodiálisis en enfermedad aguda |
| 055-02 | Hemodiálisis en enfermedad crónica |
| 056-00 | CIRUGIA AMBULATORIA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS |
| 056-01 | Aspirado duodenal |
| 056-02 | Broncoscopia diagnóstica |
| 056-03 | Broncoscopia terapéutica con traqueostomía percutánea |
| 056-04 | Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica C.P.R.E. + dilatación de estenosis |
| 056-05 | Colonoscopia corta y/o rectosigmoidoscopia diagnóstica |
| 056-06 | Dilatación mecánica |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA, VERACRUZ | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 056-07 | Escleroterapia de varices esofágicas por sesión/ hemostasia endoscópica |
| 056-08 | Esfinterotomía |
| 056-09 | Esofagogastroduodenoscopia (EGD) + cambio de endoprótesis |
| 056-10 | Esofagogastroduodenoscopia (EGD) + colocación de endoprótesis |
| 056-11 | Extracción de cuerpos extraños en vías respiratorias bajas |
| 056-12 | Fibrobroncoscopia biopsia punción transbronquial |
| 056-13 | Fibrobroncoscopia biopsia transbronquial |
| 056-14 | Fibrobroncoscopia cepillado selectivo ó lavado biopsia |
| 056-15 | Fibrobroncoscopia lavado broncoalveolar |
| 056-16 | Fibrolaringoscopia |
| 056-17 | Gastro terapéutico de ligadura de várices esofágicas |
| 056-18 | Gastrostomía endoscópica percutánea |
| 056-19 | Mucosectomía |
| 056-20 | Panendoscopia |
| 056-21 | Ph-metría esofágica de 24 horas |
| 056-22 | Polipectomía |
| 056-23 | Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido del esófago |
| 056-24 | Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia cerrada |
| 056-25 | Biopsia cerrada [endoscópica] del intestino grueso |
| 056-26 | Endoscopia del conducto ileal |
| 057-00 | OFTALMOLOGÍA |
| 057-01 | Ampliación de fisura palpebral |
| 057-02 | Fluorangiografía de retina |
| 057-03 | Avance de músculo extraocular |
| 057-04 | Biopsia de globo ocular y órbita |
| 057-05 | Biopsia de músculo o tendón extraocular |
| 057-06 | Biopsia de párpado |
| 057-07 | Biopsia glándula lagrimal |
| 057-08 | Biopsia saco lagrimal |
| 057-09 | Blefarorrafia |
| 057-10 | Campos visuales |
| 057-11 | Cantoplastia neom |
| 057-12 | Cantorrafia |
| 057-13 | Cantotomía (y cantolisis) |
| 057-14 | Ciclocrioterapia |
| 057-15 | Conjuntivocistorrinostomía |
| 057-16 | Conjuntivorrinostomía con inserción de tubo o varilla (stent) |
| 057-17 | Corrección de ptosis neom |
| 057-18 | Corrección de retracción de párpado |
| 057-19 | Crioterapia de lesión corneal |
| 057-20 | Dacrioadenectomía |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA, VERACRUZ | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 116 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 057-21 | Dacriocistorrinostomía [dcr] |
| 057-22 | Discisión valvular |
| 057-23 | Drenaje de hemorragia subhialoidea por láser |
| 057-24 | Ecografía modo a (cálculo de lente intraocular) |
| 057-25 | Enucleación del globo ocular |
| 057-26 | Epilación de párpado por láser |
| 057-27 | Evisceración de globo ocular |
| 057-28 | Exanteración del contenido de la órbita |
| 057-29 | Excisión de lesión de órbita |
| 057-30 | Extracción de cristalino (lente intraocular) implantado |
| 057-31 | Extracción de cuerpo extraño intraocular del segmento anterior del ojo |
| 057-32 | Extracción de implantación orbital |
| 057-33 | Extracción de material quirúrgicamente implantado del segmento posterior del ojo |
| 057-34 | Extracción del contenido del ojo con implantación simultánea de la esclerótica |
| 057-35 | Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de extracción lineal |
| 057-36 | Facoemulsificación y aspiración de catarata |
| 057-37 | Fotocoagulación retiniana |
| 057-38 | Fotografía de fondo de ojo |
| 057-39 | Fragmentación mecánica de membrana secundaria (después de catarata) láser yag |
| 057-40 | Implante de dispositivo de drenaje (válvula de Ahmed) |
| 057-41 | Indentación escleral |
| 057-42 | Indentación escleral con tamponado de aire o gas |
| 057-43 | Indentación escleral con vitrectomía |
| 057-44 | Inserción de cristalino protésico (pseudocristalino) o lente intraocular |
| 057-45 | Inserción secundaria de prótesis de cristalino (lente intraocular) intraocular |
| 057-46 | Inyección de medicamentos vía subtenoniana posterior |
| 057-47 | Inyección en cámara anterior del ojo |
| 057-48 | Inyección intravítrea de antibióticos |
| 057-49 | Inyección intravítrea de bevacizumab |
| 057-50 | Inyección intravítrea de ranibizumab |
| 057-51 | Inyección intravítrea de triamcinolona |
| 057-52 | Inyección retrobulbar de agente terapéutico |
| 057-53 | Iridotomía e iridectomía simple |
| 057-54 | Lisis de adherencias corneovítreas por laser |
| 057-55 | Minikeratoplastia penetrante |
| 057-56 | Orbitotomía |
| 057-57 | Otra fistulizacion escleral con iridectomía |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 057-58 | Otra iridectomía |
| 057-59 | Paquimetría corneal |
| 057-60 | Pneumodesplazamiento de hemorragia submacular |
| 057-61 | Pneumoretinopexia |
| 057-62 | Queratomileusis |
| 057-63 | Queratoplastia lamelar con auto injerto |
| 057-64 | Queratoplastia penetrante (transplante cornea) |
| 057-65 | Queratoprótesis (sólo procedimiento) |
| 057-66 | Recesión de un músculo extraocular |
| 057-67 | Recolocación de tubo |
| 057-68 | Reconstrucción de fondo saco conjuntival con injerto libre |
| 057-69 | Reconstrucción de párpado con colgajo o injerto |
| 057-70 | Recubrimiento conjuntival |
| 057-71 | Reducción de corrección excesiva de ptosis |
| 057-72 | Reparación de blefaroptosis |
| 057-73 | Reparación de blefaroptosis por resección o avance de músculo elevador |
| 057-74 | Reparación de blefaroptosis por técnica de músculo frontal |
| 057-75 | Reparación de desgarro retinal por crioterapia |
| 057-76 | Reparación de desprendimiento retinal con crioterapia |
| 057-77 | Reparación de desprendimiento retinal con fotocoagulación por arco de xenón |
| 057-78 | Reparación de entropión o ectropión |
| 057-79 | Reparación de lesión de globo ocular y de órbita |
| 057-80 | Reparación de ruptura de globo ocular |
| 057-81 | Resección en cuña de párpado |
| 057-82 | Sondaje de punto lagrimal con tubo de silastie (intubación punto a punto) |
| 057-83 | Tarsorrafia |
| 057-84 | Termocauterización de esclerótica con iridectomía |
| 057-85 | Tomografía de coherencia óptica (oct) |
| 057-86 | Topografía corneal |
| 057-87 | Trabeculotomía |
| 057-88 | Trepanación de esclerótica con iridectomía |
| 057-89 | Vitrectomía mecánica |
| 060-00 | CIRUGIA ANGIOLOGIA |
| 060-01 | Amputación |
| 060-02 | Angioplastia arteria femoral, poplitea, tibial (sólo procedimiento) |
| 060-03 | Angioplastia arteria visceral (sólo procedimiento) |
| 060-04 | Angioplastia con stent en tronco venoso braquiocefálico |
| 060-05 | Angioplastia con stent en vena cava |
| 060-06 | Angioplastia con stent en vena iliaca |
| 060-07 | Angioplastia con stent en vena subclavia |
| 060-08 | Cirugía de carótidas unilateral ó bilateral |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 060-09 | Colocación en filtro de vena cava |
| 060-10 | Embolectomía de arterias periféricas |
| 060-11 | Embolización en arteria periférica o visceral |
| 060-12 | Endarterectomía de vasos periféricos |
| 060-13 | Exploración arterial de vasos periféricos |
| 060-14 | Fístula arterio-venosa para diálisis renal |
| 060-15 | Injerto aorto-renal |
| 060-16 | Injerto arterial vascular periférico |
| 060-17 | Instalación de puerto subclavio, puerto central |
| 060-18 | Safenectomía |
| 060-19 | Tratamiento quirúrgico de aneurismas de arterias periféricas |
| 060-20 | Tratamiento quirúrgico de aorta descendente |
| 060-21 | Tratamiento quirúrgico de fistulas arterio-venosas |
| 060-22 | Tromboembolectomía con catéter arteria periférica |
| 061-00 | CIRUGÍA GENERAL |
| 061-01 | Apendicectomía abierta |
| 061-02 | Apendicetomía laparoscópica |
| 061-03 | Biopsia hepática |
| 061-04 | Canalización de absceso hepático |
| 061-05 | Cirugía laparoscópica |
| 061-06 | Cirugía derivación vía biliar |
| 061-07 | Cistogastro o cistoyeyunoanatomosis |
| 061-08 | Colecistectomía abierta |
| 061-09 | Colecistectomía con exploración de vías biliares |
| 061-10 | Colecistectomía laparoscópica |
| 061-11 | Colocación de catéter mahukar o de catéter rígido |
| 061-12 | Colostomía |
| 061-13 | Debridación de abscesos |
| 061-14 | Derivación portosistémica |
| 061-15 | Disección de ganglios linfáticos pélvicos |
| 061-16 | Enfermedad diverticular complicada |
| 061-17 | Esofagectomía con transposición de colon |
| 061-18 | Esófago-yeyuno-anastomosis |
| 061-19 | Esplenectomía laparoscópica |
| 061-20 | Esplenectomía quirúrgica |
| 061-21 | Eventración (1) |
| 061-22 | Excisión de ganglios linfáticos retroperitoneales laparoscópico |
| 061-23 | Exploración de vía biliar |
| 061-24 | Extirpación ganglionar |
| 061-25 | Fisuras |
| 061-26 | Funduplicatura abierta |
| 061-27 | Funduplicatura laparoscópica |
| 061-28 | Gastrectomía total o parcial |
| 061-29 | Gastroplastía laparoscópica |

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 119 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 061-30 | Gastrotomía percutánea (endoscópica) (peg) |
| 061-31 | Gastrostomía |
| 061-32 | Gastroyeyuno anastomosis |
| 061-33 | Hemicolectomías o colectomías |
| 061-34 | Hepatectomías segmentarias |
| 061-35 | Hernia umbilical |
| 061-36 | Hernia ventral por laparoscopia |
| 061-37 | Hernias diafragmáticas |
| 061-38 | Hernias ventrales |
| 061-39 | Ileostomía |
| 061-40 | Intervenciones del intestino, estómago y esófago |
| 061-41 | Intervenciones hepáticas, biliares y esplénicas |
| 061-42 | Laparoscopia diagnóstica |
| 061-43 | Laparotomía exploradora |
| 061-44 | Lavado quirúrgico |
| 061-45 | Omentectomía |
| 061-46 | Pancreato duodenectomía |
| 061-47 | Pancreatotomía |
| 061-48 | Pilorotomía |
| 061-49 | Plastía de pared |
| 061-50 | Plastía inguinal |
| 061-51 | Plastía inguinal x laparoscopia |
| 061-52 | Pleurotomía |
| 061-53 | Quiste tirogloso |
| 061-54 | Resección abdomino perineal |
| 061-55 | Resección tumorales abordajes mínima invasión |
| 061-56 | Resección y plastía de esófago |
| 061-57 | Reparación de rectocele |
| 061-58 | Anoplastía perineal o prolapso rectal |
| 061-59 | Restitución de tránsito intestinal |
| 061-60 | Tiroidectomía |
| 061-61 | Tiroidectomía videoasistida de mínima invasión |
| 061-62 | Traqueostomía |
| 061-63 | Trauma cerrado y por arma de fuego abdominal |
| 061-64 | Trombosis mesentérica y volvulus |
| 061-65 | Yeyunostomía |
| 061-66 | Ligadura de várices esofagicas |
| 061-67 | Biopsia abierta de intestino grueso |
| 061-68 | Otra reparación de recto |
| 062-00 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL |
| 062-01 | Alveoloplastía |
| 062-02 | Antrotomía maxilar |
| 062-03 | Artroplastía temporomandibular |
| 062-04 | Cierre de fistula oroantral |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPA TALPA DE COLIMA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 062-05 | Cirugía bucal menor |
| 062-06 | Cirugía de glándulas salivales |
| 062-07 | Cierre de fistula palatina y colocación de injerto de hueso autólogo |
| 062-08 | Corticotomía maxilar tipo lefort i |
| 062-09 | Curación de heridas maxilofaciales |
| 062-10 | Drenaje de absceso extraoral |
| 062-11 | Extensión o profundización del surco bucolabial o lingual por arcada |
| 062-12 | Extirpación de mucosa de revestimiento del seno maxilar (caldwell-luc) |
| 062-13 | Extracción dental quirúrgica |
| 062-14 | Extracción dentoalveolar simple |
| 062-15 | Frenilectomía |
| 062-16 | Mandibulectomía de reconstrucción simultánea |
| 062-17 | Mentoplastia |
| 062-18 | Osteoplastia de huesos faciales |
| 062-19 | Osteotomía maxilar tipo lefort i |
| 062-20 | Osteotomía sagital mandibular |
| 062-21 | Queiloplastia bilateral |
| 062-22 | Queiloplastia unilateral |
| 062-23 | Reducción cerrada de luxación de articulaciones temporomandibular |
| 062-24 | Reducción de fractura dentoalveolar |
| 062-25 | Reducción de fractura mandibular |
| 062-26 | Reducción de fractura orbitaria-cigomática |
| 063-00 | ORTODONCIA |
| 063-01 | Ajuste oclusal |
| 063-02 | Cementación de dispositivo ortodóncico |
| 063-03 | Colocación de aparatología ortopédica (sólo procedimiento) |
| 063-04 | Colocación de aparatología fija brackets |
| 063-05 | Colocación de dispositivo ortodóncico extraoral |
| 063-06 | Colocación de mantenedor de espacio |
| 063-07 | Control de ortodoncia |
| 063-08 | Control de ortopedia |
| 063-09 | Guarda oclusal |
| 063-10 | Obturador palatino |
| 063-11 | Planeación para cirugía ortognática |
| 063-12 | Profilaxis dental (ultrasónica) |
| 063-13 | Radiografía dentoalveolar |
| 063-14 | Recementación de banda |
| 063-15 | Recementación de bracket o dispositivo |
| 063-16 | Restauración dental (por diente) |
| 063-17 | Toma de modelos diagnósticos |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 121 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|---------------|--|
| 064-00 | TRASPLANTES |
| 064-01 | Trasplante cardíaco |
| 064-02 | Trasplante de médula ósea alogénico |
| 064-03 | Trasplante hepático (receptor) |
| 064-04 | Trasplante renal (receptor) |
| 064-05 | Trasplante renal de donador cadavérico |
| 064-06 | Trasplante renal incluye nefrectomía donador |
| 065-00 | UROLOGIA |
| 065-01 | Abordaje perineal para uretra |
| 065-02 | Abordaje sagital posterior para uretra |
| 065-03 | Adenomectomía, prostatectomía suprapúbica |
| 065-04 | Adrenalectomía laparoscópica |
| 065-05 | Ampliación vesical |
| 065-06 | Biopsia renal |
| 065-07 | Biopsia de uretra, testículo, próstata |
| 065-08 | Castración masculina |
| 065-09 | Cierre de fistula (perianal, vesico vaginal, vesico cutáneo, ureteral) |
| 065-10 | Cistectomía radical |
| 065-11 | Cistectomía radical + derivación urinaria |
| 065-12 | Cistoscopia |
| 065-13 | Cistoscopia con litotripsia |
| 065-14 | Colocación de catéter doble J |
| 065-15 | Corrección de hipospadias (cualquier tiempo) |
| 065-16 | Corrección de unión uretero - piélica (laparoscópica) pieloplastia |
| 065-17 | Desderivación urinaria |
| 065-18 | Fulguración de valvas uretrales |
| 065-19 | Litotripsia de cálculos renales ó ureterales |
| 065-20 | Nefrectomía laparoscópica |
| 065-21 | Nefrectomía parcial |
| 065-22 | Nefrectomía radical |
| 065-23 | Nefrolitotomía |
| 065-24 | Nefrostomía Abierta |
| 065-25 | Nefrostomía percutánea con guía ultrasonográfica |
| 065-26 | Nefrostomía percutánea sin fragmentación |
| 065-27 | Orquiectomía radical |
| 065-28 | Orquiopexia con destorsión de testículo |
| 065-29 | Perfilometría uretral |
| 065-30 | Pielografía ascendente |
| 065-31 | Pielografía retrograda |
| 065-32 | Pielolitotomía |
| 065-33 | Plastia de extrofia vesical, pieloplastia |
| 065-34 | Plastia de megaureteros con reimplantes |
| 065-35 | Plicatura de unión uretrovesical |
| 065-36 | Prostatectomía radical |

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 122 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 065-37 | Prostatectomía radical laparoscópica |
| 065-38 | Reconstrucción de vejiga urinaria |
| 065-39 | Reducción de elefantiasis de escroto |
| 065-40 | Reimplante uretero vesical |
| 065-41 | Reimplante uretero vesical laparoscópico |
| 065-42 | Reparación de extrofia vesical |
| 065-43 | Reparación de fistula con afectación de vejiga e intestino |
| 065-44 | Reparación de uretra |
| 065-45 | Resección endoscópica de tumor vesical |
| 065-46 | Resección transuretral de próstata |
| 065-47 | Resección y/o fulguración de pólipos vesicales o ureteroceles |
| 065-48 | Suspensión periuretral por vía vaginal mediante cabestrillos uretrales |
| 065-49 | Suspensión uretral retropúbica (burch) laparoscópico |
| 065-50 | Suspensión uretral retropúbica quirúrgica |
| 065-51 | Sustitución vesical o vejiga colónica |
| 065-52 | Tratamiento quirúrgico de enfermedad de Peyronie |
| 065-53 | Ureterolitotomía |
| 065-54 | Ureterolitotripsia |
| 065-55 | Ureteroneocistostomía |
| 065-56 | Ureteroscopia (diagnóstica) |
| 065-57 | Ureterostomía unilateral o bilateral |
| 065-58 | Uretroplastía |
| 065-59 | Uretrotomía interna |
| 065-60 | Urodinamia |
| 065-61 | Uroflujometría |
| 065-62 | Vejiga ileal |
| 065-63 | Nefroureterectomia |
| 065-64 | Extracción transuretral de obstáculo de uréter y pelvis renal |
| 065-65 | Ureterotomía |
| 065-66 | Formación de ureteroileostomía cutánea |
| 065-67 | Formación de otra ureterostomía cutánea |
| 065-68 | Otra cistotomía |
| 065-69 | Cistectomía parcial |
| 065-70 | Uretrotomía |
| 065-71 | Cierre de uretrotomía |
| 065-72 | Meatoplastia uretral |
| 065-73 | Incisión o excisión de tejido periuretral |
| 066-00 | ONCOLOGÍA |
| 066-01 | Aspirado de médula ósea |
| 066-02 | Biopsia de ganglio centinella |
| 066-03 | Biopsia de mama abierta |
| 066-04 | Biopsia por marcaje |
| 066-05 | Cuadrantectomía |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 123 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 066-06 | Disección axilar |
| 066-07 | Disección ganglios de mediastino superior |
| 066-08 | Disección radical de cuello |
| 066-09 | Disección radical inguinal |
| 066-10 | Disección radical pélvica |
| 066-11 | Disección selectiva de cuello |
| 066-12 | Exenteración pélvica |
| 066-13 | Extirpación amplia de lesión cutánea |
| 066-14 | Glosectomía ó hemiglosectomía |
| 066-15 | Hemimandibulectomía (no incluye injerto de otro tipo) |
| 066-16 | Hemimandibulectomía con injerto óseo |
| 066-17 | Hemitiroidectomía |
| 066-18 | Hemicolectomía derecha o izquierda |
| 066-19 | Laringectomía |
| 066-20 | Mastectomía radical modificada |
| 066-21 | Mastectomía parcial |
| 066-22 | Mastectomía total (simple) |
| 066-23 | Neumonectomía |
| 066-24 | Parotidectomía con anastomosis de nervio facial |
| 066-25 | Parotidectomía total y disección radical de cuello |
| 066-26 | Parotidectomía superficial / total |
| 066-27 | Penectomía |
| 066-28 | Resección amplia de glándulas submandibular y sublingual |
| 066-29 | Resección amplia más colgajo de labio |
| 066-30 | Resección de conductor mamaros |
| 066-31 | Extirpacion radical de otros ganglios linfaticos |
| 067-00 | NEUROCIRUGÍA |
| 067-01 | Abordaje especial para base de cráneo |
| 067-02 | Biopsia de cerebro abierta |
| 067-03 | Cirugía de médula espinal |
| 067-04 | Clipaje aneurismas |
| 067-05 | Colocación de válvula ventrículo peritoneal y/o válvula pudens |
| 067-06 | Cordotomías selectivas (pediátrico) |
| 067-07 | Corrección encefalocele y/o mielomeningocele |
| 067-08 | Craneoplastia por craneosinostosis y/o duroplastia fosa posterior |
| 067-09 | Craneotomía |
| 067-10 | Craneotomía con resección parcial del encéfalo (pediátrico) |
| 067-11 | Craneotomía fosa posterior para descompresión y tumor |
| 067-12 | Craneotomía para evacuar hematoma |
| 067-13 | Derivación siringosubaracnoidea |
| 067-14 | Discoidectomía cervical con injerto |
| 067-15 | Discoidectomía lumbar o cervical vía anterior |
| 067-16 | Embolización de aneurisma intracraneal gigante |
| 067-17 | Embolización de malformaciones arteriovenosas intracraneales |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 124 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 067-18 | Excisión de disco intervertebral |
| 067-19 | Excisión parcial de glándula pituitaria, acceso transesfenoidal |
| 067-20 | Exploración de nervio periférico. Plastias |
| 067-21 | Fusión espinal, no especificada de otra manera |
| 067-22 | Implantación de electrodo de medición de presión intracraneal (pediátrico) |
| 067-23 | Laminectomía cervical, dorsal y lumbar |
| 067-24 | Laminectomía cervical, dorsal y lumbar con fijación (sólo procedimiento) |
| 067-25 | Lobectomía cerebral |
| 067-26 | Meningoplastia |
| 067-27 | Microdiscoidectomía (adulto) |
| 067-28 | Palidotomías (pediátrico) |
| 067-29 | Punción subclavía |
| 067-30 | Radiocirugía con acelerador lineal |
| 067-31 | Resección de malformaciones vasculares |
| 067-32 | Resección meningional frontal |
| 067-33 | Resección tercer ventrículo |
| 067-34 | Resección transesfenoidal |
| 067-35 | Resección tumorales (pediátrico) |
| 067-36 | Talamotomías (pediátrico) |
| 067-37 | Callosotomías |
| 067-38 | Extirpación de foco epiléptico |
| 067-39 | Ventriculostomía externa |
| 067-40 | Toxina botulínica en neurocirugía |
| 068-00 | CIRUGÍA DE TÓRAX |
| 068-01 | Biopsia pulmón/tórax por toracoscopía |
| 068-02 | Biopsia pulmonar a cielo abierto |
| 068-03 | Cierre esternal diferido |
| 068-04 | Decorticación pulmonar abierta |
| 068-05 | Drenaje torácico |
| 068-06 | Esternotomía exploradora |
| 068-07 | Exploración mediastinal por sangrado |
| 068-08 | Ligadura de conducto torácico por tocoscopia |
| 068-09 | Ligadura de conducto torácico por toracotomía |
| 068-10 | Mediastinoscopia |
| 068-11 | Plastia de pectum sin material |
| 068-12 | Pleurotomía cerrada con colocación de válvula de hemlich |
| 068-13 | Resección de tumor mediastinal |
| 068-14 | Simpatectomía abierta unilateral, bilateral |
| 068-15 | Simpatectomía por mínima invasión unilateral, bilateral |
| 068-16 | Toracocentesis (terapéutica) |
| 068-17 | Toracoplastia |

| | | | | |
|---|---|---|--|-------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |
| | | | | Hoja: 125 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|--|
| 068-18 | Traqueostomía permanente percutánea de dilatación con broncoscopía sin material |
| 068-19 | Traqueostomía temporal percutánea de dilatación con broncoscopía sin material |
| 068-20 | Tratamiento quirúrgico de tumor de mediastino |
| 068-21 | Tratamiento quirúrgico por mediastinitis |
| 069-00 | CIRUGIA CARDIOVASCULAR |
| 069-01 | Ampliación de anillo valvular |
| 069-02 | Ampliación tracto salida pulmonar |
| 069-03 | Amuloplastia |
| 069-04 | Aortopexia |
| 069-05 | Aortoplastia |
| 069-06 | Bandaje de arteria pulmonar |
| 069-07 | Cierre de atrio común |
| 069-08 | Cierre de cia, civ, pca o fistula arteriovenosa |
| 069-09 | Cierre de civ y retiro de banding de la pulmonar |
| 069-10 | Cierre de civ y valvulotomía pulmonar o resección infundibular |
| 069-11 | Cierre de defecto septal no especificado |
| 069-12 | Cierre de valva semilunar aórtica o pulmonar |
| 069-13 | Cirugía de anillo vascular |
| 069-14 | Cirugía de conexión parcial de venas pulmonares |
| 069-15 | Cirugía tipo Switch Atrial, arterial con o sin cierre de CIV o con o sin resección de estenosis pulmonar |
| 069-16 | Comisurotomía cerrada |
| 069-17 | Comisurotomía mitral o aórtica abierta |
| 069-18 | Conducto de VI- arteria pulmonar |
| 069-19 | Derivación cavopulmonar bidireccional (glenn) |
| 069-20 | Derivación cavo-pulmonar total (fontan) |
| 069-21 | Doble o triple cambio valvular |
| 069-22 | Doble switch |
| 069-23 | Embolectomía de arterias periféricas unilateral o bilateral |
| 069-24 | Embolectomía pulmonar |
| 069-25 | Escleroterapia |
| 069-26 | Estadio 1 síndrome de ventrículo izquierdo, procedimiento de damus-kaye-stansel |
| 069-27 | Estadio 1 para ventrículo izquierdo hipoplásico (cirugía de norwood) |
| 069-28 | Fístula sistémico-pulmonar |
| 069-29 | Infundibulectomía ventricular derecha |
| 069-30 | Injerto de arco transverso |
| 069-31 | Manejo quirúrgico de catéteres arteriales y venosos |
| 069-32 | Parche al tracto de salida del VI |
| 069-33 | Pericardiectomía |
| 069-34 | Plastia valvular con/sin anillo |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 126 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|---|
| 069-35 | Procedimiento de Ross o konno |
| 069-36 | Reemplazo valvular pulmonar, aortica, mitral o tricúspideas |
| 069-37 | Reimplantación de arteria pulmonar anómala |
| 069-38 | Reparación de conexión total de venas pulmonares en menores de 30 días |
| 069-39 | Reparación de cor-triatriatum |
| 069-40 | Reparación total de venas pulmonares mayor de 30 días |
| 069-41 | Reparación de anomalía compleja (ventrículo único) defecto septal ventricular |
| 069-42 | Reparación de arteria coronaria anómala con túnel intrapulmonar (takeuchi) |
| 069-43 | Reparación de arteria coronaria anómala sin tunel intrapulmonar |
| 069-44 | Reparación de canal av, con o sin reemplazo valvular |
| 069-45 | Reparación de cia ostium primun |
| 069-46 | Reparación de CIA y CIV |
| 069-47 | Reparación de coartación aórtica y CIV |
| 069-48 | Reparación de coartación aórtica en menores de 30 días |
| 069-49 | Reparación de coartación aórtica mayor de 30 días |
| 069-50 | Reparación de corto circuito de VI a AD |
| 069-51 | Reparación de DVSVD con o sin reparación de obstrucción del VD |
| 069-52 | Reparación de estenosis de arteria pulmonar |
| 069-53 | Reparación de fistula de arteria coronaria |
| 069-54 | Reparación de interrupción o hipoplasia de arco aórtico con o sin cierre de CIV |
| 069-55 | Reparación de tetralogía de fallot con atresia pulmonar |
| 069-56 | Reparación de TGA, CIV y Estenosis Pulmonar (Rastelli) |
| 069-57 | Reparación de tronco arterioso con interrupción del arco aórtico |
| 069-58 | Reparación de ventana aortopulmonar |
| 069-59 | Reparación total de tetralogía de fallot |
| 069-60 | Reposición de válvula tricúspideas para ebstein edad >30 días |
| 069-61 | Resección de estenosis subaórtica |
| 069-62 | Resección de mixoma |
| 069-63 | Resección de tumor intracardiaco |
| 069-64 | Revascularización coronaria con/sin circulación extracorpórea injertos venosos |
| 069-65 | Revascularización coronaria con láser y con injertos |
| 069-66 | Transección de arteria pulmonar |
| 069-67 | Tratamiento quirúrgico de aneurisma de ventrículo izquierdo |
| 069-68 | Tratamiento quirúrgico de aorta abdominal |
| 069-69 | Tratamiento quirúrgico de aorta ascendente y valvulopatía aórtica |
| 069-70 | Tratamiento quirúrgico de aorta descendente o de cayado aórtico |
| 069-71 | Tratamiento quirúrgico de aorta descendente y abdominal |
| 069-72 | Tratamiento quirúrgico de insuficiencia mitral postinfarto |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 127 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 069-73 | Tratamiento quirúrgico de perforación de pared libre del V.I. |
| 069-74 | Tratamiento quirúrgico de perforación del septum |
| 069-75 | Tromboendarterectomía pulmonar |
| 069-76 | Unifocalización para tetralogía de fallot o atresia pulmonar |
| 069-77 | Valvulotomía o valvuloplastia |
| 069-78 | Ventana pericárdica |
| 069-79 | Ventriculomiotomía |
| 070-00 | CIRUGIA PEDIATRICA |
| 070-01 | Absceso residual |
| 070-02 | Anastomosis de hígado, riñón y tubo digestivo |
| 070-03 | Ano cubierto o ano humedo |
| 070-04 | Atresia, rectal baja |
| 070-05 | Atresia,rectal alta o de esófago |
| 070-06 | Descenso testicular |
| 070-07 | Desinvaginación por taxis |
| 070-08 | Esplenectomía |
| 070-09 | Estenosis uretero piélica unilateral o bilateral |
| 070-10 | Eventraciones, bridas, resección |
| 070-11 | Exonfalos en dos tiempos |
| 070-12 | Exonfalos simples |
| 070-13 | Fístula branquial (resección de fistula) |
| 070-14 | Fístula recto urinaria |
| 070-15 | Hernioplastia diafragmática |
| 070-16 | Hernioplastia inguinal o umbilical |
| 070-17 | Hipospadias: plastia de uretra peneana |
| 070-18 | Otras intervenciones del intestino |
| 070-19 | Otras intervenciones biliares |
| 070-20 | Otras intervenciones esplénicas |
| 070-21 | Otras intervenciones hepáticas |
| 070-22 | Mictomía rectal |
| 070-23 | Perforación de intestino |
| 070-24 | Piloroctomía |
| 070-25 | Quiste ideopático |
| 070-26 | Tumorectomías abdominales |
| 071-00 | GINECO-OBSTETRICIA |
| 071-01 | Asa diatérmica |
| 071-02 | Biopsia (vagina, cérvix, vulva) |
| 071-03 | Capacitación espermática |
| 071-04 | Cerclaje de cérvix |
| 071-05 | Cesárea |
| 071-06 | Cesárea-histerectomía |
| 071-07 | Cirugía de Adair |
| 071-08 | Colpoclisia |
| 071-09 | Colpoperinorrafia (Cirugía p/correc. est. pelv.) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 128 de 2669 | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 071-10 | Cuadrantectomía |
| 071-11 | Embarazo extrauterino quirúrgico |
| 071-12 | Extirpación de quiste de ovárico |
| 071-13 | Histerectomía radical por laparoscopia |
| 071-14 | Histerectomía vaginal |
| 071-15 | Histerectomía y omentectomía |
| 071-16 | Histeroscopia por laparoscopia |
| 071-17 | Histerotomía |
| 071-18 | Legrado terapéutico |
| 071-19 | Metroplastía |
| 071-20 | Miomectomía por laparoscopia |
| 071-21 | Ooforectomía por laparoscopia |
| 071-22 | Plastia tubaria |
| 071-23 | Reparación de fistula recto-vaginal |
| 071-24 | Reparación de fistulas vesíco vaginales |
| 071-25 | Reparación uterina |
| 071-26 | Salpingectomía |
| 071-27 | Salpingo oferectomia |
| 071-28 | Salpingoclasia por laparoscopia |
| 071-29 | Salpingo-ovariofisis y adherenciolisis |
| 071-30 | Suspensión de cúpula vaginal |
| 071-31 | Tumoraciones anexiales |
| 071-32 | Uretropexia |
| 071-33 | Traqueoplastia |
| 072-00 | PRÓTESIS ONCOLÓGICAS |
| 072-01 | Protésis oncológicas chicas |
| 072-02 | Protésis oncológicas medianas |
| 072-03 | Protésis oncológicas grandes |
| 073-00 | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA |
| 073-01 | Abordaje anterior de columna, cervical, torácica, lumbar (sólo procedimiento) |
| 073-02 | Alargamiento del tendón de aquiles en pie bott (sólo procedimiento) |
| 073-03 | Alargamientos óseos (sólo procedimiento) |
| 073-04 | Artrodesis de cadera (sólo procedimiento) |
| 073-05 | Artrodesis de codo (sólo procedimiento) |
| 073-06 | Artrodesis de muñeca (sólo procedimiento) |
| 073-07 | Artrodesis de rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-08 | Artrodesis de tobillo (sólo procedimiento) |
| 073-09 | Artrodesis interfalángica de mano o pie (sólo procedimiento) |
| 073-10 | Artroplastía de metacarpo falángicas con prótesis de swanson por articulación (sólo procedimiento) |
| 073-11 | Artroplastía acromio clavicular (sólo procedimiento) |
| 073-12 | Artroplastía de codo (sólo procedimiento) |

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 129 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|--------|---|
| 073-13 | Artroplastía de cadera (sólo procedimiento) |
| 073-14 | Artroplastía de interfalángicas o metacarpofalángicas por articulación (sólo procedimiento) |
| 073-15 | Artroplastía de metatarso falángicas (sólo procedimiento) |
| 073-16 | Artroplastía radio cubital distal (sólo procedimiento) |
| 073-17 | Artroplastía de rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-18 | Artroplastías carpo-metacarpianas (sólo procedimiento) |
| 073-19 | Artroscopía de rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-20 | Artroscopía diagnóstica de rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-21 | Artrotomía exploradora (sólo procedimiento) |
| 073-22 | Astragalectomía (sólo procedimiento) |
| 073-23 | Capsulotomía posterior de rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-24 | Cirugía de hallux valgus o artrodesis por mínima invasión (sólo procedimiento) |
| 073-25 | Cirugía de partes blandas de mano (sólo procedimiento) |
| 073-26 | Otra cirugía especial de muñeca y mano (sólo procedimiento) |
| 073-27 | Reducción de luxación de hombro o rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-28 | Desarticulación de codo, rodilla, muñeca o tobillo (sólo procedimiento) |
| 073-29 | Desarticulación de hombro o cadera (sólo procedimiento) |
| 073-30 | Descompresión neurológica artroscópica de hernia discal (sólo procedimiento) |
| 073-31 | Diafisectomías (sólo procedimiento) |
| 073-32 | Epifisiodesis (sólo procedimiento) |
| 073-33 | Espaciador interespinoso (sólo procedimiento) |
| 073-34 | Instrumentación de columna (sólo procedimiento) |
| 073-35 | Laminectomía (sólo procedimiento) |
| 073-36 | Laminectomía más discetomía (sólo procedimiento) |
| 073-37 | Liberación artroscópica de túnel del carpo (sólo procedimiento) |
| 073-38 | Libración del ligamento anular por artroscopía (sólo procedimiento) |
| 073-39 | Limpieza articular artroscópica (sólo procedimiento) |
| 073-40 | Limpieza artroscópica con liberación de retináculo ambas rodillas (sólo procedimiento) |
| 073-41 | Neurectomía de gemelos y obturador (sólo procedimiento) |
| 073-42 | Osteosíntesis de cadera o pelvis (sólo procedimiento) |
| 073-43 | Osteosíntesis de hueso de mano (sólo procedimiento) |
| 073-44 | Osteosíntesis de huesos cortos (sólo procedimiento) |
| 073-45 | Osteosíntesis de extremidades inf. (sólo procedimiento) |
| 073-46 | Osteosíntesis de rótula (sólo procedimiento) |
| 073-47 | Osteotomía de extremidades (sólo procedimiento) |
| 073-48 | Osteotomía femoral o iliaca (luxación congénita de cadera) (sólo procedimiento) |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 073-49 | Plastía artroscópica de ligamentos anterior de rodilla (sólo procedimiento) |
| 073-50 | Prótesis tumorales no convencionales (sólo procedimiento) |
| 073-51 | Implantes (espaciadores tumorales) (sólo procedimiento) |
| 073-52 | Reducciones de fracturas o luxaciones en quirófano (sólo procedimiento) |
| 073-53 | Reparación artroscópica de lesión de hombro (sólo procedimiento) |
| 073-54 | Resección de bursa (sólo procedimiento) |
| 073-55 | Resección y/o reconstrucción de menisco por artroscopía (sólo procedimiento) |
| 073-56 | Retiro de material de osteosíntesis en quirófano (sólo procedimiento) |
| 073-57 | Revisión o recambio de barras o fijadores (sólo procedimiento) |
| 073-58 | Sinovectomía o tenotomías (sólo procedimiento) |
| 073-59 | Tarsectomía o tenoplastia (sólo procedimiento) |
| 073-60 | Tratamiento artroscópico mang-rotador hombro (sólo procedimiento) |
| 073-61 | Tratamiento de fracturas complicadas, fijador externo (sólo procedimiento) |
| 073-62 | Tratamiento de pseudoartrosis infectada (sólo procedimiento) |
| 073-63 | Tratamientos complejos en el pie bott por evento (sólo procedimiento) |
| 073-64 | Vertebroplastía percutánea (sólo procedimiento) |
| 073-65 | Biopsia escisional para hueso |
| 073-66 | Biopsia incisional para hueso |
| 073-67 | Biopsia amplia para hueso |
| 073-68 | Toma y aplicación de injerto por gramo (sólo procedimiento) |
| 073-69 | Toma y aplicación de injerto para médula ósea (TAIMO) |
| 073-70 | Resección de lipomas en esqueleto apendicular (sólo procedimiento) |
| 073-71 | Resección de tumores malignos en esqueleto apendicular (sólo procedimiento) |
| 073-72 | Resección y curetaje de tumores óseos |
| 073-73 | Tratamiento de tumores malignos en columna vertebral (sólo procedimiento) |
| 073-74 | Amputación de miembros pélvicos |
| 073-75 | Amputación de miembros torácicos |
| 073-76 | Hemipelvectomías |
| 073-77 | Artrodesis de otras articulaciones especificadas (sólo procedimiento) |
| 073-78 | Revisión de sustitución de cadera (sólo procedimiento) |
| 073-79 | Revisión de sustitución de rodilla (sólo procedimiento) |
| 074-00 | CIRUGIA RECONSTRUCTIVA |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------|
|  |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALAPA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | Hoja: 131 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 074-01 | Cirugía de labio |
| 074-02 | Colgajos locales |
| 074-03 | Corrección de ala nasal y bermellón o de cicatriz bilateral y labio superior |
| 074-04 | Corrección de gigantomastia |
| 074-05 | Debridación de absceso en cara |
| 074-06 | Fractura mandibular inestable reducción de fracturas maxilares (sólo procedimiento) |
| 074-07 | Genioplastia (sólo procedimiento) |
| 074-08 | Injerto mayor de piel o cirugía de labio y paladar hendidos |
| 074-09 | Plastia facial mayor (sólo procedimiento) |
| 074-10 | Plastia reconstructiva frenillo lingual bajo anestesia |
| 074-11 | Reconstrucción de fractura de piso orbitario o de heridas penetrantes (sólo procedimiento) |
| 074-12 | Reconstrucción auricular (sólo procedimiento) |
| 074-13 | Reconstrucción de fracturas faciales (sólo procedimiento) |
| 074-14 | Reconstrucción de pared abdominal |
| 074-15 | Reconstrucción nasal |
| 074-16 | Reducción mamaria |
| 074-17 | Resección cicatriz gigante en cara (de 8 a 15 cms) |
| 074-18 | Resección cicatriz mediana en cara 6 cms, lipomas en cara |
| 074-19 | Resección de nevo gigante en cara con injerto en piel |
| 074-20 | Resección polidactilia de mano o pie |
| 074-21 | Rinoplastia cirugía plástica, cirugía de nariz y párpados |
| 074-22 | Toma de injerto autógeno de costilla o cresta iliaca |
| 074-23 | Tratamiento de macrodactilia en mano o pie |
| 074-24 | Tratamiento de otras malformaciones congénitas |
| 074-25 | Lipoplastia por succión |
| 075-00 | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| 075-01 | Adenoamigdalectomía |
| 075-02 | Amigdalectomía |
| 075-03 | Aplicación de tubos de ventilación |
| 075-04 | Cierre de fistula oroantral |
| 075-05 | Colgajo faríngeo |
| 075-06 | Corrección quirúrgica atresia de coanas |
| 075-07 | Debridación de angina de ludwig |
| 075-08 | Estapedectomía |
| 075-09 | Extirpación cuerpos extraños |
| 075-10 | Extirpación de glándula submandibular |
| 075-11 | Faringoplastia |
| 075-12 | Laringofisura |
| 075-13 | Laringoscopia directa de exploración microscópica de laringe |
| 075-14 | Mastoidectomía |
| 075-15 | Mastoidectomía y timplanoplastia |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA</small> | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | |
| | | | Hoja: 132 de 2669 | |

| Clave | Descripción |
|--------------|--|
| 075-16 | Microlaringoscopia |
| 075-17 | Mucocele |
| 075-18 | Nasolaringoscopia |
| 075-19 | Polipectomía |
| 075-20 | Ránula |
| 075-21 | Reemplazo total o parcial de cadena osicular |
| 075-22 | Resección nasoangiofibroma |
| 075-23 | Septoplastia |
| 075-24 | Taponamiento nasal anterior y posterior |
| 075-25 | Timpanoplastia |
| 075-26 | Tratamiento de pólipos laríngeos |
| 075-27 | Tratamiento quirúrgico de tumoraciones nasales benignas y malignas |
| 076-00 | ANESTESIOLOGÍA |
| 076-01 | Anestesia general |
| 076-02 | Anestesia combinada |
| 076-03 | Bloqueo mixto |
| 076-04 | Bloqueo subaracnoideo |
| 076-05 | Anestesia pediátrica |
| 076-06 | Cardioanestesia |
| 076-07 | Neuroanestesia |
| 076-08 | Analgesia post operatoria con infusor 24 hrs |
| 076-09 | Bloqueo peridural (bpd) |
| 076-10 | Sedación |
| 076-11 | Equipo de anestesia hora adicional cardio, neuro, pediatría, trasplantes |
| 076-12 | Equipo de anestesia hora adicional procedimientos convencionales |
| 077-00 | QUIMIOTERAPIA |
| 077-01 | Aplicación de quimioterapia intratecal |
| 077-02 | Quimioterapia intramuscular y subcutánea |
| 077-03 | Quimioterapia intravenosa (bolo) |
| 077-04 | Quimioterapia de 3 horas |
| 077-05 | Quimioterapia de 6 horas |
| 077-06 | Quimioterapia de 14 horas |
| 4 | TRATAMIENTO |
| 083-00 | HOSPITALIZACION |
| 083-01 | Día estancia en habitación privada para aplicación de yodo |
| 083-02 | Hospitalización día cama adulto (cuarto doble) |
| 083-03 | Hospitalización día cama pediatría (cuarto doble) |
| 083-04 | Hospitalización día cama adulto (cuarto individual) |
| 083-05 | Hospitalización día cama pediatría (cuarto individual) |
| 083-06 | Hospitalización día cama (cuarto aislado) |
| 083-07 | Internación de Admisión Continua (Obs. hasta 4 horas) |

| | | | | |
|---|---|---|---|-------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALEUCA</small> | Rev. 0 |
| | | 6.- Procedimiento para evaluar la cartera de los servicios | | Hoja: 133 de 2669 |

| Clave | Descripción |
|---------------|--|
| 084-00 | UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS |
| 084-01 | Hospitalización día cama unidad de cuidados intensivos adulto |
| 084-02 | Hospitalización día cama unidad de cuidados intensivos neonatal |
| 084-03 | Hospitalización día cama unidad de cuidados intensivos pediátrico |
| 085-00 | UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS |
| 085-01 | Hospitalización día cama unidad de cuidados intermedios adulto |
| 085-02 | Hospitalización día cama unidad de cuidados intermedios neonatal |
| 085-03 | Hospitalización día cama unidad de cuidados intermedios pediátrico |
| 085-04 | Alimentación parenteral |
| 086-00 | UNIDAD QUIRÚRGICA |
| 086-01 | Hora de Quirófano Tradicional |
| 086-02 | Hora de Quirófano Endosute |
| 086-03 | Hora de Quirófano Embarazo de Alto riesgo |
| 086-04 | Hora de Quirófano Cirugía Ambulatoria |
| 086-05 | Estancia en área de recuperación I (Hasta 1 hora) |
| 086-06 | Estancia en área de recuperación II (de 1 hora hasta 4 horas) |
| 086-07 | Estancia en área de recuperación III (de 4 horas hasta 10 horas) |
| 5 | SERVICIOS GENERALES |
| 092-00 | SERVICIOS DIVERSOS |
| 092-01 | Certificado médico |
| 092-02 | Expedición de reposición de credencial |
| 092-03 | Servicio de ambulancia s/med. a entidades federativas a cualquier zona (costo por kilómetro) |
| 092-04 | Servicio de reposición de carnet |
| 092-05 | Cuota de curso (20 horas) |
| 092-08 | Curso por telepresencia |

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 134 de 2669 |

7.- PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | Hoja: 135 de 2669 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. |  | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los mecanismos para el manejo e integración y resguardo del Expediente Clínico en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: la Dirección Médica gira las instrucciones para la integración del expediente clínico, la Subdirección de Servicios Clínicos y la Subdirección de Servicios Quirúrgicos elaboran los lineamientos para el manejo e integración y resguardo del expediente clínico, Enfermería resguarda e integra el expediente, Trabajo Social se encarga de entregarlo al archivo clínico.
- 2.2 A nivel Externo: No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La elaboración e integración del Expediente Clínico se apegará a la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico; así como a los lineamientos establecidos por el Consejo de Salubridad General para la Certificación de Hospitales.
- 3.2 Se creara un solo Expediente para cada paciente que solicite atención médica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. El número del Expediente Clínico es el único autorizado para identificar al paciente en toda la Institución.
- 3.3 La información contenida en el expediente debe ser clara y comprensible, además de justificar el diagnostico, los procedimientos realizados la terapéutica empleada y la evolución del paciente. No están emitidas las abreviaturas en los registros que integran el expediente clínico. Las abreviaturas que serán utilizadas son las que representen las unidades de medida internacional.
- 3.4 Es responsabilidad de los jefes de servicio de área resguardar los Expedientes Clínicos y la información que se genere de los usuarios en un área que evite la pérdida alteración o acceso de personal no autorizado a estos.
- 3.5 El personal que contara con autorización para tener acceso a la información contenida en el Expediente Clínico será el siguiente: Personal médico, Enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología.
- 3.6 El personal autorizado para agregar información es el personal médico, de enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología de acuerdo a los formatos y categoría de información de correspondiente.
- 3.7 Las notas del Expediente Clínico (Nota de Ingreso, historia clínica, nota de evolución, Interconsulta, urgencia, transfusión, pre y pos operatorias y pre y pos anestésicas, hoja de indicaciones así como los consentimientos informados), incluirán nombre, número de expediente dl paciente, fecha y hora de elaboración, signos vitales, nombre cedula y firma del médico tratante y del personal que la elabora. Será realizado utilizando lenguaje técnico médico sin abreviaturas y sin alteraciones.

| | | | |
|---|--|--|---|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | Hoja: 136 de 2669 | |

- 3.8 La evaluación inicial del área médica incluye: historia clínica. Exploración física, evaluación nutricional, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especiales adicionales, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la evaluación temprana del alta, evaluación del dolor.
- 3.9 La evaluación inicial del área de enfermería incluye: evaluación de enfermería, evaluación psicológica de tamizaje, evaluación funcional, evaluación del riesgo de caídas, identificación de las necesidades de educación, evaluación de las barreras para el aprendizaje, evaluación de la disposición para aprender, evaluación del dolor.
- 3.10 La evaluación inicial del área de trabajo social incluye: evaluación social, evaluación económica, evaluación cultural (valores y creencias)
- 3.11 La evaluación inicial tanto médica como de enfermería y de trabajo social de los pacientes hospitalizados se realizará dentro de las primeras 24 horas de ingreso, de acuerdo a la condición general del paciente y la información obtenida encontrándose la misma en los formatos y el expediente clínico correspondiente.
- 3.12 En una urgencia las evaluaciones iniciales médica y de enfermería podrán solamente enfocarse a las necesidades y al estado del paciente. Cuando no hay tiempo de registrar la historia clínica completa en un paciente de urgencia que requiera cirugía, se incluye una nota con el diagnóstico preoperatorio y se completará posteriormente.
- 3.13 La nota de ingreso será elaborada por el médico de guardia.
- 3.14 Los eventos adversos, errores en la medicación, reacciones adversas a medicamentos, cuasi fallas, accidentes y eventos centinelas ocurridos durante la atención del paciente serán registrados en el expediente clínico además de apegarse al procedimiento de registro, análisis y seguimiento de eventos adversos por parte de la unidad de calidad y seguridad de la atención médica.
- 3.15 Las indicaciones médicas serán numeradas sin abreviaturas ni símbolos. En el caso de indicaciones vía telefónica deberá seguirse el procedimiento correspondiente.
- 3.16 Las cartas de consentimiento bajo información serán explicadas detenidamente al paciente, cuando sea posible y a los familiares para autorizar el acto a realizar, aclarando precisamente toda duda que surja al usuario o a sus familiares; la falta del nombre, cedula y firma del médico responsable, del paciente o de la persona responsable a autorizar los procedimientos es un impedimento para llevar a cabo el acto. Excepto en casos de urgencia, donde se elabora nota en el expediente clínico describiendo la situación.
- 3.17 En caso de que el paciente o los familiares decidieran en base a la información proporcionada por el médico tratante así como de la enfermedad del paciente, no aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y/o tratamientos que prolonguen la vida se describirá la información proporcionada al paciente y/o familiar en el expediente clínico y firmarán el personal que proporcione la información así como el paciente y/o los familiares de conformidad.
- 3.18 Los familiares del paciente tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el paciente para evitar la obstinación terapéutica.
- 3.19 Es responsabilidad del médico tratante emplear los códigos de diagnóstico y de procedimiento de acuerdo a la CIE 9 y CIE 10 en la hoja de alta hospitalaria.

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 137 de 2669 |

- 3.20 En caso de traslado a otro servicio médico es responsabilidad del médico de base del servicio tratante, corroborar que el expediente del paciente a trasladar se encuentre completo, así como elaborar la nota de envió y resumen clínico con la información de la atención proporcionada, esta estará integrada como mínimo con lo siguiente elementos: motivo de ingreso, padecimiento actual, diagnóstico y procedimientos realizados así como la terapéutica empleada.
- 3.21 Durante el cambio de turno el personal encargado comunicara la información necesaria y suficiente del estado de salud del paciente al personal que quedara a cargo de este; esta información consistirá como mínimo en: padecimiento actual, diagnóstico, tratamiento, evolución, estudios realizados y actividades pendientes por realizar.
- 3.22 La información del estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico será otorgada a la persona que el paciente tenga a bien designar, siempre y cuando, se encuentre en condiciones de hacerlo.
- 3.23 Los informes del estado de salud del paciente o a sus familiares se darán en un horario y lugar establecido por cada servicio, con el fin de dar a conocer la atención brindada: diagnóstico, tratamiento, procedimientos, resultados, plan terapéutico, pronóstico, beneficios, riesgos y alternativas de atención aclarando cualquier duda que surja por parte del usuario o sus familiares.
- 3.24 La información proporcionada a los pacientes o a sus familiares del estado de salud, diagnóstico, tratamiento, procedimientos, resultados, plan terapéutico y pronóstico quedará registrada en el expediente clínico o bitácora específica y firmada de conformidad por el usuario o familiares responsables de este; así como por el médico tratante y será integrada por los siguientes elementos: fecha, hora, nombre completo y firma de conformidad por parte de los usuarios, nombre completo, cedula y firma del médico tratante.

| | |
|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del expediente clínico Hoja 138 de 2669 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

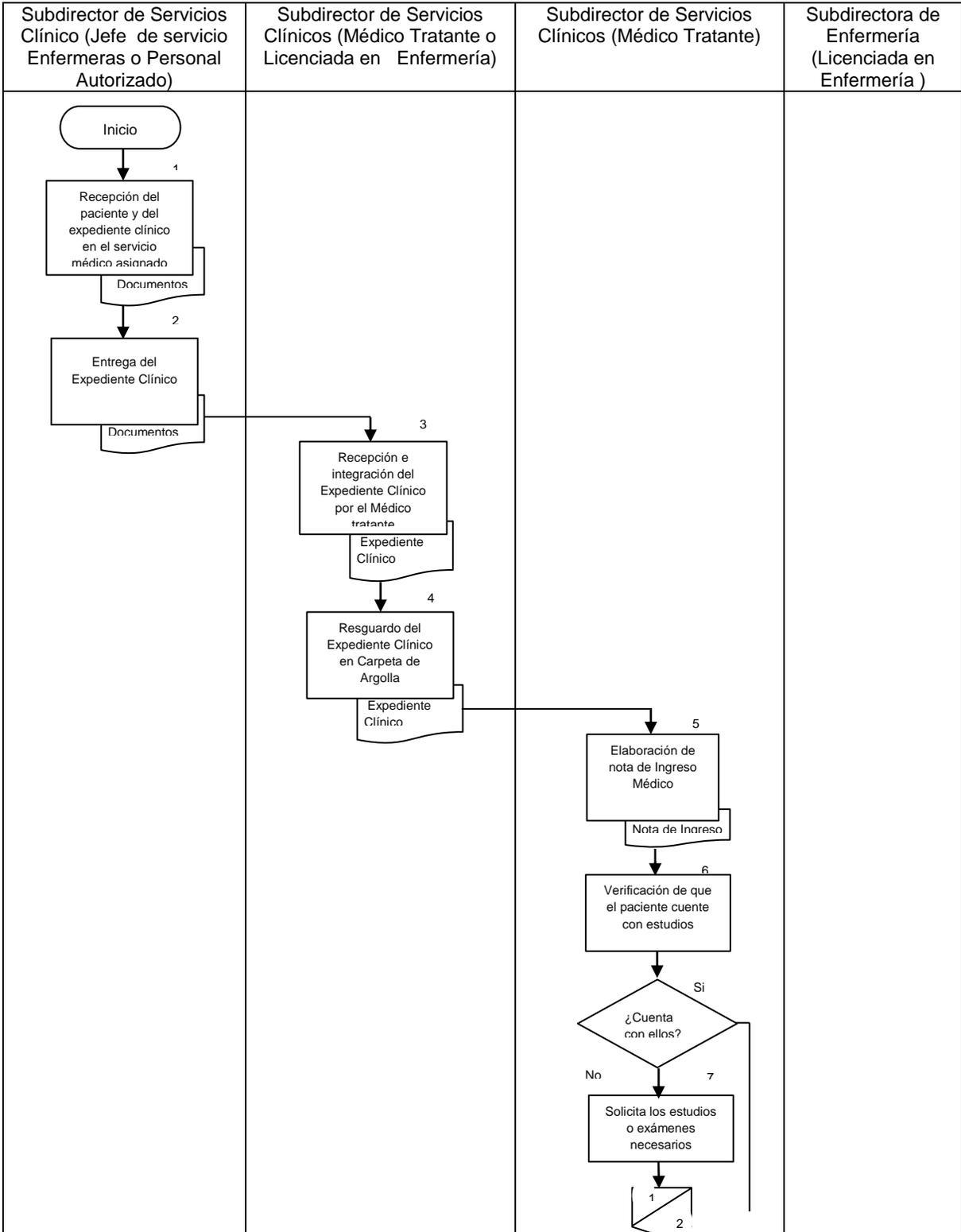
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|------------------|--|---|
| Subdirector de Servicios Clínicos (Médico, Enfermera) | 1 | Recibe paciente y Hoja de internamiento, Hoja de egreso, Hoja de consentimiento informado, Hoja de trabajo social, Hoja de enfermería, Nota de ingreso, Historia clínica, Nota de evolución, Nota de traslado de acuerdo al servicio procedente (Preconsulta, Consulta Externa, Admisión Continua) | Hoja de Internamiento |
| Subdirector de Servicios Clínicos o (Jefe de Enfermeras o Personal Autorizado) | 2 | Entrega Hoja de internamiento, Hoja de ingreso-egreso, Hoja de consentimiento informado, Hoja de trabajo social, Hoja de enfermería, Nota de ingreso, Historia clínica, Nota de evolución, Nota de traslado al médico tratante del paciente | Documentos |
| Subdirector de Servicios Clínicos (Médico Tratante o Enfermera) | 3 | Recibe los documentos e integra Expediente Clínico, resguarda el Expediente Clínico en la carpeta correspondiente a la cama del paciente | Documentos Expediente Clínico |
| Subdirector de Servicios Clínicos (Médico Tratante) | 5 6 7 8 | Elabora Nota de Ingreso al servicio Verifica si el paciente cuenta con estudios complementarios de laboratorio y/o imagen. ¿Cuenta con ellos? No: Solicita los estudios o exámenes necesarios Sí: Inicia procedimiento de ingreso | Nota de Ingreso Exámenes de Laboratorio o Gabinete |
| Subdirectora de Enfermería (Enfermera) | 9 | Inicia el registro en los formatos correspondientes al servicio de enfermería. | Formato de Registro de Enfermería |

| | |
|--|--|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del expediente clínico Hoja 139 de 2669 |

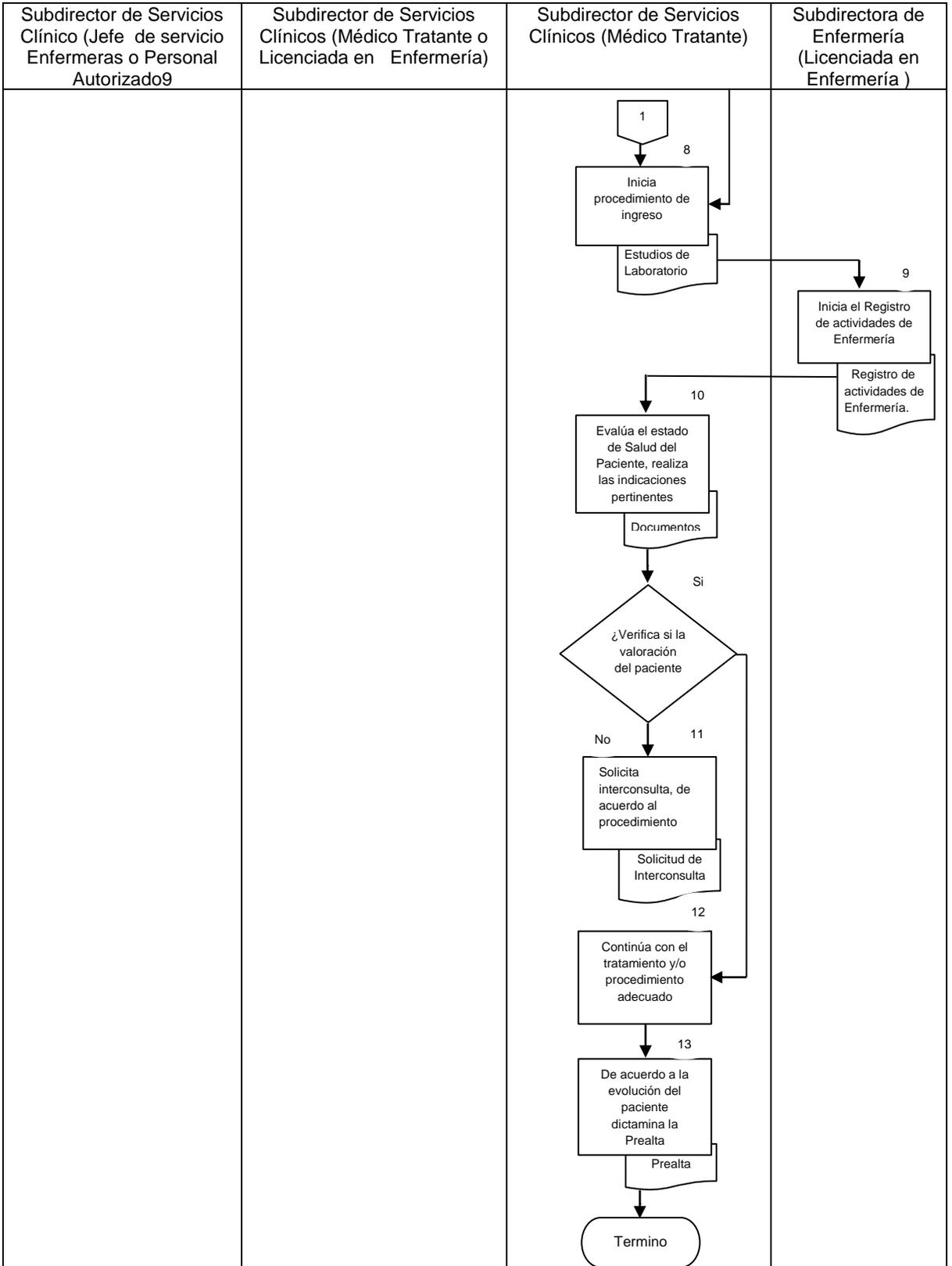
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Subdirector de Servicios Clínicos (Médico Tratante) | 10 | Evalúa el estado de salud del paciente realiza las indicaciones médicas, implementa las acciones para obtener un diagnóstico, establece éste o el tratamiento necesario para restaurar la salud del paciente y registra en el expediente clínico. a) Nota de evolución del estado de salud del paciente b) Nota de Admisión Continua c) Nota de transfusión d) Nota preoperatoria e) Nota postoperatoria f) Nota Preanestésica g) Nota Post-anestésica h) Hoja de indicaciones médicas ¿Verifica si la evaluación del paciente es suficiente con un sólo servicio? | Documentos de Registro Formato de Pre-alta |
| | 11 | No. Solicita interconsulta de acuerdo al "Procedimiento para la solicitud y realización de interconsultas". | |
| | 12 | Sí: Continúa con el tratamiento y/o procedimiento adecuado. | |
| | 13 | De acuerdo a la adecuada evolución del estado de salud, dictamina la pre-alta del paciente, de conformidad con el "Procedimiento para el egreso del paciente". | |
| TERMINA | | | |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 140 de 2669 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 141 de 2669 |



| | | | |
|---|--|--|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012 | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente Clínico | 5 años | Archivo Clínico | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Evento Adverso.-** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.
- 8.2 Expediente Clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.
- 8.3 Médico Tratante.-** Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud del paciente asignado a su cargo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPALPA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | | Hoja: 143 de 2669 |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formatos autorizados que integran el expediente clínico.
 - 10.1.1 Formato de Hoja Frontal
 - 10.1.2 Formato de Admisión Continua
 - 10.1.3 Formato de Atención Inicial
 - 10.1.4 Formato de Ingreso Hospitalario
 - 10.1.5 Formato de Internamiento
 - 10.1.6 Formato de Consentimiento Informado para Hospitalización
 - 10.1.7 Formato de Valoración de Riesgo Cardiovascular
 - 10.1.8 Formato de Solicitud de Cirugía Programada
 - 10.1.9 Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos de Diagnóstico o Tratamiento
 - 10.1.10 Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos Anestésicos
 - 10.1.11 Formato de Nota Preoperatoria
 - 10.1.12 Formato de Nota Trans anestésica
 - 10.1.13 Formato de Valoración Post-anestésica
 - 10.1.14 Formato de Nota Postoperatoria y Técnica Quirúrgica
 - 10.1.15 Formato de Nota Post-procedimiento
 - 10.1.16 Formato de Nota de Evolución
 - 10.1.17 Formato de Interconsulta
 - 10.1.18 Formato de Reporte de Solicitud de Productos
 - 10.1.19 Formato de Solicitud de Servicios
 - 10.1.20 Formato de Consentimiento Informado para Transfusión Sanguínea
 - 10.1.21 Formato de Hoja de Trabajo Social Diagnóstico y Plan Social
 - 10.1.22 Formato de Notas de Trabajo Social
 - 10.1.23 Formato de Registro Clínico de Enfermería
 - 10.1.24 Formato de Evaluación de Terapias
 - 10.1.25 Formato de Egreso
- 10.2 Reporte para el evento adverso en el SIRAI

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 144 de 2669 |

10.1 Formatos autorizados que integran el expediente clínico.

10.1.1 Formato de Hoja Frontal

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE CLINICO
 Carretera Federal México - Puebla Km 34.5, Pueblo de Zoquiapan,
 Estado de México, CP 56530



Nombre del Paciente: HERNANDEZ BRAVO GRISELDA
 Genero: F Fecha de Nacimiento: 10/08/1968
 CURP: HEBG680810MMCRRR06
 No de Expediente: HEBG680810MMCRRR06 Convenio: NIVEL 2

| Fecha | Clave | Descripción |
|------------|-------|---|
| 08/06/2014 | D259 | Leiomioma del útero, sin otra especificación |
| 20/05/2014 | B373 | Candidiasis de la vulva y de la vagina |
| 09/05/2014 | N920 | Menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular |
| 10/04/2014 | D251 | Leiomioma intramural del útero |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 145 de 2669 |

10.1.2 Formato de Admisión Continua

|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
|---|---|--------------------|-------------------|
| Fecha de Nacimiento | 1/10/41 12:00 AM | Fecha de Impresión | 10/06/2014 21:40 |
| Nombre Paciente | [REDACTED] | No. Exp: | [REDACTED] |
| CURP | [REDACTED] | Genero | F |
| Edad | 72 Año(s) 8 Mes(es) 22 Día(s) | | |
| Fecha de Admisión | 10/06/14 09:40 PM | Servicio | ADMISION CONTINUA |
| Diagnóstico | null | | |
| NOTA DE ADMISION CONTINUA | | | |
| Diagnóstico: <i>K52.1 Colitis y gastroenteritis náuseas</i> | | | |
| Historia clínica - Interrogatorio: | | | |
| <p>I. Antecedentes Heredofamiliares: causas de muerte, malformaciones congénitas: diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, infartos, ateroesclerosis, accidentes vasculares</p> <p>Neuropatía Tuberculosis, artropatías (Reumatismo, osteoartritis), infecciones, SIDA/SIDA, neoplasia, convulsiones, alcoholismo tóxico/crónico</p> | | | |
| <p>SE TRATA DE FEMENINO DE 73 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE OSTEOSINTEISIS CON CLAVOS EN PIE NO ESPECIFICADO POR FX DEL PIE HACE APROX 10 AÑOS HA SIDO HEMTRANSFUNDIDA HACE 4 MESES Y HACE 20 DIAS POR ANEMIA, ALERGICA A PENICILINA, NIEGA DM-2 Y ES HIPERTENSA SIN CONTROL, TIENE GASTRITIS Y ULCERA GÁSTRICA, ACTUALMENTE EN TX POR HEMATOLOGIA DE ESTA UNIDAD CON DX DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTROM, TIENE RITUXIMAS, DEXAMETASONA Y BORTEZOMIB, HACE 2 DIAS ULTIMA APLICACION.</p> | | | |
| Nota de atención inicial - Interrogatorio | | | |
| <p>Motivo de valoración: Descripción de padecimiento actual de forma resumida orientada a la consulta principal</p> | <p>ACUDE POR PRESENTAR 8X DIARREICO, VOMITO, FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL DE 24 HRS DE EVOLUCION MANIFIESTA HABER INICIADO LA NOCHE DE AYER CON EVACUACIONES LIQUIDAS DE COLOR AMARILLO, CON MOCO, SIN SANGRE CON DOLOR TIPO RETORTIJON, PUJO Y TENESMO RECTAL, VOMITO DESDE EL INICIO DEL CUADRO DE CONTENIDO GASTRICO Y BILIAR. REFIERE ADEMAS FIEBRE EL DIA DE HOY, ATAQUE AL ESTADO GENERAL, CON IMPOSIBILIDAD PARA LA BIPEDESTACION AUTONOMA.</p> | | |
| <p>Exploración Física: Descripción breve de los hallazgos relevantes relacionados con el motivo de valoración</p> | <p>SE APRECIA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, ESTA HIPOTENSA, HIPOREACTIVA, CBNUBILADA, PALIDA, TIENE PUPILAS CENTRALES SIN ALTERACION, ESTA CON MUJOSA ORAL CON SALIVA ESPESA EN CAVIDAD ORAL, TIENE ORL SIN COMPROMISO, CUELLO SIN PLETORA NI ALTERACION APARENTE Y CARDIOPULMONAR CON RS CS RS DE BAJA INTENSIDAD, SIN SOPLOS FROTES, NI ARRITMIAS, NO S3 NI S4, LOS CS PS HIPOVENTILADOS SIN ADVENTICIOS, NO BRONCOESPASMO Y NO INTEGRO 8X PP, EL ABDOMEN PLANO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO LEVEMENTE, SIN IP Y CON PERISTALSIS</p> | | |
| <p>Laboratorios y Gabinete: Descripción breve de todos los estudios de laboratorio y/o gabinete que sostiene la sospecha diagnóstica, si se cuenta con ellos.</p> | <p>SOLICITO BHC, QS, ES, EGO, TP Y TPT Y PFFH</p> | | |
| <p>Diagnóstico</p> | <p>CHOQUE HIPOVOLEMICO NO OLIGHEMICO ESTADIO I GEPI TAL VEZ AMIBIANA DHE Y DESHIDRATACION MODERADA-SEVERA MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTROM EN TX CON QUIMIOTERAPIA</p> | | |
| <p>Tratamiento indicado</p> | <p>SE INGRESA PARA REANIMACION HIDRICA Y ELECTROLITICA Y ESTABILIZACION HEMODINAMICA</p> | | |
| <p>Caso médico legal</p> | <p>No</p> | | |
| <p>Prognóstico</p> | <p>BUENO PARA LA FUNCION Y LA VIDA</p> | | |
| <p>Se refiere al MP</p> | <p>No</p> | | |
| <p>Plan:</p> | <p>SE HOSPITALIZA FAVOR DE VER ORDENES MEDICAS</p> | | |
| INGRESO URGENCIAS | | | |
| TIPO DE URGENCIA | 1-URGENCIA CALIFICADA | | |
| MOTIVO DE ATENCION | 2-MEDICA | | |
| ALTA POR (ENVIADO A) | 1-HOSPITALIZACION | | |
| <p>ELABORA: [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>FIRMA: _____</p> | | | |

NOTA DE ADMISION CONTINUA

| | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 146 de 2669 | |
| | | | | |

10.1.3 Formato de Atención Inicial

| | | | |
|---|---|---------------------|-----------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 15/11/54 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 20/05/2014 08:26 |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp: [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | F |
| | | Edad: | 59 Años) 7 Mes(es) 8 Día(s) |
| | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 20/05/14 08:26 AM | Servicio: | PROCEDIMIENTOS |
| Diagnóstico: | null | | |
| NOTA DE ATENCION INICIAL | | | |
| <small>Signos Vitales del 20/05/2014 08:26:26.2</small> | | | |
| [FRECUENCIA CARDIACA: 62] [FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 116] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 70] [TEMPERATURA (36°-37.3°): 36.1] [PESO: 54.4] [TALLA: 148] | | | |
| Diagnóstico: K830 Colangitis | | | |
| Nota de atención inicial - Interrogatorio | | | |
| Antecedentes de importancia relacionados con el motivo de valoración principal. Ejemplo: Antecedentes hereditarios de importancia Alergias, lactios, quirúrgicos, transfusiones Tabaquismo, alcoholismo, marihuana, cocaína Enfermedades infecciosas (Tuberculosis, sífilis, lepra, VIH, SIDA) Diabetes, hipertensión, cirrosis, insuficiencia renal | AHF: Preguntados y negados. APNP: Originaria de Puebla, residente de Ixtapaluca. Escolaridad analfabeta, dedicada al hogar, habita casa con todos los servicios intrahospitalarios, zoonosis(+) perro, gato. Toxicomanías preguntadas y negadas. APP: Qx CCT hace 3 años, Apendicectomía hace 24 años, Cestreas (2) sin complicaciones. Transfusiones (+) sin reacciones. Niega DM2, HAS. | | |
| Alergias | Preguntados y negados. | | |
| Motivo de valoración Descripción de padecimiento actual de forma resumida orientada a la molestia principal | Se trata de paciente femenino de 59 años, la cual es enviada del Hospital Pedro López con diagnóstico del Hospital General de Colangiocarcinoma, en enero colocándose prótesis tipo Amsterdam. Inicia hace una semana con ictericia, coluria, acolia, astenia, adinamia, hiporexia, alteración en el ritmo de las evacuaciones, escalofríos, sin cuantificar picos febriles, pérdida de peso de aproximadamente 11kg en 6 meses. | | |
| Exploración Física Descripción breve de los hallazgos relevantes relacionados con el motivo de valoración | Peso 54.4 Talla 1.48 FC 62X FR 20X TA 110/70 TEMP 36.1 Conciente, orientada, con regular estado de hidratación y tinte icterico. Cardiopulmonar con RxCs de buen tono e intensidad, sin soplos. CxPs con adecuada entrada y salida de aire sin estertores. Abdomen plano, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal. | | |
| Laboratorios y Gabinetes Descripción breve de todos los estudios de laboratorio y/o gabinete que sostiene la sospecha diagnóstica, si se cuenta con ellos. | USE Radial 24.01.14 : Coledoco dilatado en su porción proximal con engrosamiento en su pared de aspecto heterogéneo hiperecico, llegando a medir 13mm de diámetro con disminución en su calibre gradualmente hacia la porción, así como prótesis en su interior, se aprecia discretamente dilatada la vía biliar intrahepática. El parénquima hepático se observa hipoeicoico homogéneo. Se identifica derrame pleural izquierdo laminar y escaso líquido libre en cavidad. El páncreas se observa con aumento de su ecogenicidad de forma homogénea dando aspecto de páncreas graso. No se identifican ganglios regionales, los grandes vasos de aspecto normal. CPRE Pbe colangiocarcinoma , Colocación de prótesis plástica de 10Fr x12cm. Bx de ampulla RHP Mucosa duodenal sin alteraciones. | | |
| Diagnóstico | Colangiocarcinoma Colangitis Disfunción de prótesis plástica | | |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 147 de 2669 |

10.1.4 Formato de Ingreso Hospitalario

| | | | |
|---|---|-------------------|-------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | |
| Fecha de Nacimiento: | 9/05/69 12:00 AM | Fecha de Ingreso: | 17/08/2014 13:28 |
| MENDOZA FLORES LUIS | | No. Exp: | M-FLE-00508HMCNL-06 |
| CURP: | M-FLE-00508HMCNL-06 | Genero: | M |
| Edad: | 45 Año(s) 1 Mes(es) 14 Día(s) | | |
| Grupo y RH: | | | |
| Fecha de Atención: | 17/08/14 01:28 PM | Servicio: | CE CIRUGIA MAXILOFACIAL |
| Diagnostico: | | Cama: | |
| null | | | |
| NOTA DE INGRESO | | | |
| Diagnóstico: K122 Celulitis y absceso de boca | | ANGINA DE LUDWIG | |
| Nota de Ingreso | | | |
| Resumen de interrogatorio | REFEIRE EL PACINETE QUE CIOMIENZA CON PADECIMEINTO ACTUAL DESDE HACE 8 DIAS CON DOLOR SUBMANDIBULAR IZQUIERDO, POR LO QUE ACUDE A MEDICO GENERAL QUIEN LO MEDICA CON CLINDAMICINA Y DEXAMETASONA AL NO CEDER DECIDE ACUDIR AL HOSPITAL GENERAL VALIENTIN GOMEZ FARIAS EL DIA DE AYER DONDE ES MANEJADO CON CLINDAMICINA Y CEFTRIAXONA, AL NO TENER MEJORIA DECIDEN EL CAMBIO DE ANTIBIOTICO CON IMPENEN Y CLINDAMICINA, Y DECIDEN TRASFERIRLO A ESTE NOSOCOMIO | | |
| Motivo de ingreso | PARA INTERVENCION QUIRURGICA | | |
| Exploración física (debe incluir hábitos exterior, cabeza, cuello, tórax, Abdomen, miembros y genitales): | PACIENTE CONSIENTE Y ORIENTADO, CON CRANEO NORMOCEFLO, OJOS SIMETRICOS, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES CON PARAMETROS DENTRO DE LO NORMA, CON DISFAGIA LEVE, SIN DATOS DE OBSTRUCCIÍN RESPIRATORIA, SE OBSERFVA EDEMA DE TRES CRUCES EN REGION SUBMANDIBULAR BILATERAL, EL CUAL ESTA HIPERTEMICO SIN DATOS DE SUPURACION Y TRAQUEA CENTRAL SIN DESPLAZAMIENTO SE OBSERVA ZONA CON ERITEMA EN REGION DE PECHO DEL TORAX, SIN DATOS DE CREPITACION, INTRAORALMENTE AUMENTO DE VOLUMEN EN PISO DE BOCA CON LEGUA ELEVADA Y TRISMUS. MULTIPLES CARIES DENTALES | | |
| Estado mental | CONSCIENTE Y ORIENTADO | | |
| Resumen de estudios de laboratorio y gabinete | GLUCOSA 100, BUN 21, CRE 0.9, LEU 16.3, LINF 5.7, NEU 89.700 | | |
| Tratamiento | DRENAJE QUIRURGICO DE ABSCESO SUBMANDIBULAR SE SOLICITARA VALORACION PREANESTESICA Y SOLICITUD DE PAQUETES GLOBULARES | | |
| Pronóstico | RESERVADO | | |
| Reingreso | NO | | |
| Uso de antibióticos de amplio espectro | SI | | |

ELABORA C.P.: _____

 ESP. _____
 FIRMA: _____

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 148 de 2669 |

10.1.5 Formato de Internamiento

| | | |
|---|---|--|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE "IXTAPALUCA" | FOLIO: <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| | ORDEN DE INTERNAMIENTO | EXPEDIENTE: <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____ | EDAD: _____ | SEXO: _____ |
| SERVICIO AL QUE SE HOSPITALIZA _____ | CAMA: _____ | |
| HORA DE HOSPITALIZACIÓN: _____ | | |
| DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____ _____ | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE ATENCION DEL USUARIO | NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO | |
| <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/> | |

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | | Hoja: 149 de 2669 |
| | | | | |

10.1.6 Formato de Consentimiento Informado para Hospitalización

| | | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------------|------------|
|  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 22/04/67 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 09/02/2014 16:16 | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp: | [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: |
| | | | 46 Año(s) 9 Mes(es) 22 Día(s) | |
| | | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 9/02/14 04:07 PM | Servicio: | ADMISION CONTINUA | Cama: |
| | | | HAC111 | |
| Diagnostico: | null | | | |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO DE HOSPITALIZACION | | | | |

CONSENTIMIENTO ALTO RIESGO

Paciente identificado con: IFE
Nombre del familiar responsable: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR
Familiar responsable identificado con: IFE
Nombre y firma del representante legal: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR
Representante legal identificado con: IFE
Por medio de la presente manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimiento que se realizará en mi persona, de sus beneficios, riesgos y complicaciones, y autorizo al personal de salud de este hospital para efectuar: HOSPITALIZACION
Nombre y firma del paciente: BALDERAS RAMOS JORGE ALBERTO
Nombre y firma del médico tratante: BERTHA GENOVEVA MONTEERRUBIO MARTINEZ
Nombre y firma del familiar responsable: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR
Nombre y firma del representante legal: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR
Nombre y firma del testigo1: IVONNE RIVADENEIRA BARBAS
Nombre y firma del testigo2: NORA GODINEZ CUBILLO

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 150 de 2669 |

10.1. 7 Formato de Valoración de Riesgo Cardiovascular

| | | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 20/03/32 12:00 AM | | | Fecha de Impresión: | 11/02/2014 20:16 | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | F | Edad: | 81 Año(s) 10 Mes(es) 24 Día(s) | |
| | | | | Grupo y RH: | | |
| Fecha de Atención: | 11/02/14 07:34 PM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NV | | Cama: | HAC106 |
| Diagnostico: | C241 - TUMOR MALIGNO DE LA AMPOLLA DE VATER | | | | | |
| VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | | | | | | |
| <small>Signos Vitales del 2014-02-11 16:00:00.0</small> | | | | | | |
| <small>[FRECUENCIA CARDIACA: 80] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 110] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [PAM (PRESION ARTERIAL MEDIA): 76] [TEMPERATURA 36°-37.5°]: 36.6]</small> | | | | | | |
| Diagnostico: | C241 Tumor maligno de la ampolla de Vater | | | | | |
| <small>DATOS DEL PACIENTE - VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR</small> | | | | | | |
| EDAD | 82 años. | | | | | |
| SEXO | Femenino. | | | | | |
| N. DE EXPEDIENTE | COME320320MTLRZF05 | | | | | |
| SERVICIO SOLICITANTE | Cirugía Oncológica. | | | | | |
| N. DE CAMA | 106. | | | | | |
| DIAGNOSTICO | Sx icterico en estudio. Colangitis. A descartar neoplasia encrucijada biliopancreatica. Programada CPRE | | | | | |
| FECHA | 11/02/2014 | | | | | |
| <small>FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR - VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR</small> | | | | | | |
| CARDIOPATIA ISQUEMICA | Interrogados y negados. Su CF I NYHA. No angina. No antecedentes de IAM. | | | | | |
| ENFERMEDAD VALVULAR | Negados. A la EF sin evidencia de soplos significativos. | | | | | |
| INSUFICIENCIA CARDIACA | Interrogados y negados. CF I. No edemas. No datos de disnea paroxística nocturna. | | | | | |
| PRESION ARTERIAL | Antecedente de hipertensión arterial sistémica 8 años de evolución tratamiento previo con enalapril, en las últimas semanas ingesta de forma irregular por periodos de hipotensión arterial. manteniendo cifras de TA dentro de la normalidad. | | | | | |
| ELECTROCARDIOGRAMA | Se realiza EKG en reposo el 10/02/2014 con trazo eu demuestra ritmo sinusal, con FC de 76 por minuto. el eje QRS a 40 grados. La morfología de p normal, el intervalo PR de 140 mseg. No evidencia de isquemia o zonas de necrosis. No evidencia de trast del ritmo. El punto J dentro de la normalidad. Análisis del ST sin alteraciones. Onda T sin anormalidades. | | | | | |
| PLACA DE TORAX | Se realiza en proyeccion PA. Mala técnica inspiratoria. Tejidos blandos sin alteraciones. mediastino sin agregados. Destaca calcificación de anillos traqueales. Silueta cardiaca con aortoesclerosis, discreto aumento de silueta cardiaca. IC limitrofe. A nivel pulmonar datos ampliamente sugestivos de neumopatía crónica manifestada por engrosamiento intersticial, zonas de fibrosis difusa, datos indirectos de atrapamiento aéreo. | | | | | |
| LABORATORIO | Se realiza determinación el 10/02/2014 con leucocitos de 22.700, predominio de 17.900 neutrófilos. Con linfocitos de 1800, Hb de 13.2, Hcto de 40.3: hay normocitosis normocromia. Las cifras opaqueterias disminuidas en 118.000 mismo que puede estar en relación a los datos de proceso inflamatorio sistémico con foco infeccioso en vía biliar. Pese a datos de colestasis sin alteración en TP y TTPa con cifra de 110.6 seg y 25.4 segundos respectivamente. referente a QS con control glucémico de 87, luego con aumento de nivel de creatinina en 29.3, probable señal de hipovolemia y deshidratación debido a las manifestaciones clínicas presentadas. Con urea de 63.6, Cr de 1. BUN de 29.7. No hay alteraciones en NA de 142, no obstante potasio limitrofe en 3.5. ALbumina de 3.8. Hay tendencia a hiperbilirrubinemia con 4.2, con predominio de 3.52 de BD. Complementando con aumento de enzimas que son formas de colestasis con FA 1530 y GGt de 1400, milisasa 57 Reacciones febriles negativas. | | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | | Hoja: 151 de 2669 |
| | | | | |

10.1.8 Formato de Solicitud de Cirugía Programada

| | | | | | |
|--|---------------------------------|------|---------------------|-----------------|--|
| SECRETARIA DE SALUD | [REDACTED] | | | [REDACTED] | |
| DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD | Nombre del Paciente | | | Expediente | |
| HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | [REDACTED] XX | M | 17/12/1980 | 33 Años 8 Meses | |
| | CURP | Sexo | Fecha de Nacimiento | Edad | |
| SOLICITUD DE CIRUGÍA PROGRAMADA | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | | | 115 | |
| | Sala o Servicio | | | Cama | |

Fecha de Elaboración 17/06/2014 10:52 Fecha de Impresión 23/06/2014 02:00

Usuario EMANUEL BERMEO MALDONADO

Nombre JULIAN CASTREJON ANGELICA Especialidad CIRUGIA MAXILOFACIAL

Cédula 6982297

Fecha de la Cirugía 23/06/2014 08:00 AM

Diagnóstico S027 Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara

Observaciones diagnóstico null

Cirugía 76.70 Reducción de fractura facial, no especificada de otra manera

Observaciones intervención null

Tipo de estancia null Tipo de Cirugía H Prioridad U

Duración 180

Descripción

Alergias null

Instrumental y equipo null

Hemoglobina null TP null TTP null Plaquetas null

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | | Hoja: 152 de 2669 |
| | | | | |

10.1.9 Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos de Diagnóstico o Tratamiento

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Carretera Federal México - Puebla Km 34.5 Pueblo de Zoquiapan,
 Estado de México. CP 56530

PARA EL CASO DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO, CONSIDERADO COMO DE ALTO RIESGO: ARTICULOS 80, PRIMER PARRAFO, 81 Y 82 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE ATENCION MEDICA; NUMERALES 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.1.2 Y 10.1.2.8 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO Y 3.7 DE LA NOM-024-SSA3-2010 DEL EXPEDIENTE CLINICO ELECTRONICO Y DEMAS DISPOSICIONES APLICABLES.

| | | | |
|--|-------------------|-------|------------|
| Nombre: [REDACTED] | | | |
| Cama: | No. de expediente | Edad: | Teléfono: |
| Servicio: CIRUGIA CARDIOTORACICA | | 31 | HRAEI |
| Lugar y fecha: AGRICULTURA NO. S/N COL. COATEPEC, IXTAPALUCA, MEXICO, MEXICO | | | 20/06/2014 |

| | |
|---|-------------------|
| Yo (nombre y Firma del Paciente o Persona Legalmente Responsable) | En calidad de: |
| DATOS DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE EN CASO DE URGENCIA | |
| Nombre: [REDACTED] | Edad: Parentesco: |
| Domicilio: AGRICULTURA S/N, COL. COATEPEC, DEL. IXTAPALUCA, CP 56580, EDO DE MEXICO | 19 [REDACTED] |
| Identificado con: IFE | |

ACTO AUTORIZADO

Expreso mi libre voluntad para autorizar el procedimiento o intervención quirúrgica señalada en este documento después de haberme proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, de igual forma los beneficios.
 El médico me informo la existencia de procedimientos alternativos, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestaría antes del procedimiento o intervención. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.
 Otorgo mi autorización al personal de salud del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

| | |
|--|---|
| Tipo de Procedimientos o Intervención quirúrgica: | ELECTIVA |
| Diagnóstico previo al procedimiento o intervención quirúrgica (CIE10): | |
| Otro diagnóstico | |
| Procedimiento o Intervención quirúrgica proyectada (CIE09): | 40.69 - OTRAS OPERACIONES SOBRE CONDUCTO TORACICO |
| Otro procedimiento o intervención quirúrgica proyectada: | CIERRE QUIRURGICO DE CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE |
| Procedimiento de tabulador | |

| | | | | |
|--|---|---|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 153 de 2669 |

| |
|--|
| Riesgos más frecuentes inherentes al procedimiento o intervención quirúrgica y a las condiciones actuales del |
| MUERTE; FALLA MULTIORGÁNICA; FALLA CARDÍACA; ARRITMIAS; FALLA PULMONAR; HEMORRAGIAS; INFECCIONES; CONVULSIONES; COMPROMISO NEUROLÓGICO; Y CUALQUIER OTRA COMPLICACIÓN |
| Beneficios esperados con la cirugía o procedimiento proyectado: |
| RESOLUCIÓN DE SU CARDIOPATÍA CONGÉNITA |

| | |
|--|--|
| Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o persona legalmente responsable _____ | Nombre completo y firma del testigo del paciente. _____ |
| Nombre completo, cédula profesional y firma del médico tratante. 5721542 PEDRO JOSÉ CURÍ CURÍ | Nombre completo y firma del testigo del paciente. AIDE GARCÍA REYES |

MÉDICOS QUE AUTORIZAN EL ACTO EN CASO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE Y AUSENCIA DE SU FAMILIAR

| | |
|---|---|
| Nombre completo, cédula profesional y firma del médico _____ | Nombre completo, cédula profesional y firma del médico _____ |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nombre completo y firma del paciente o personal legalmente autorizada que revoca la autorización _____ | |
| Nombre completo y firma del testigo del paciente _____ | Nombre completo y firma del testigo del hospital _____ |

| | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 155 de 2669 | |
| | | | | |

10.1.11 Formato de Nota Preoperatoria

| | | | | | |
|--|---|---------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 8/05/93 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 13/06/2014 07:58 | | |
| Nombre Paciente: | MARTINEZ MENDOZA ANGEL ALBERTO | | No. Exp: | MAMA930508HMCRNN07 | |
| CURP: | MAMA930508HMCRNN07 | Genero: | M | Edad: | 21 Año(s) 1 Mes(es) 15 Día(s) |
| | | | Grupo y RH: | | |
| Fecha de Atención: | 13/06/14 08:02 AM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | Cama: | HAC148 |
| Diagnostico: L089 - INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, NO ESPECIFICADA | | | | | |
| NOTA PREOPERATORIA | | | | | |
| Signos Vitales del 2014-06-13 08:00:00.0 | | | | | |
| [FRECUENCIA CARDÍACA: 80] [TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: 110] [TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA: 60] [PAM (PRESIÓN ARTERIAL MEDIA): 93.3] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 37] | | | | | |
| Diagnostico: L089 Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada | | | | | |
| Nota preoperatoria | | | | | |
| Fecha de la cirugía | 13/06/2014 | | | | |
| Hora de la cirugía | 08:00 | | | | |
| Plan quirúrgico | LAVADO QUIRURGICO DESBRIOBACION TOMA DE CULTIVOS Y BIOPSIA APLICACION DE SISTEMA VAC | | | | |
| Tipo de intervención quirúrgica | LAVADO QUIRURGICO DESBRIOBACION TOMA DE CULTIVOS Y BIOPSIA APLICACION DE SISTEMA VAC | | | | |
| Riesgo quirúrgico | MODERADO | | | | |
| Cuidados | AHNO MEDIAS TED CEFTRIAXONA | | | | |
| Plan | LAVADO QUIRURGICO DESBRIOBACION TOMA DE CULTIVOS Y BIOPSIA APLICACION DE SISTEMA VAC | | | | |
| Pronóstico | RESERVADO | | | | |
| | | | TRATANTE |   | |
| | | | ESP.: |  | |
| | | | FIRMA: | | |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 156 de 2669 |

10.1.12 Formato de Nota Transanestésica

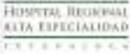
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
|---|---|---------------------|-----------------------------|
| Fecha de Nacimiento: | 8/05/93 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 13/06/2014 15:01 |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | No. Exp.: | M [REDACTED] 7 |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M |
| | | Edad: | 21 Años) 1 Mes(es) 15 Días) |
| | | Grupo y Rh: | |
| Fecha de Atención: | 13/06/14 02:55 PM | Servicio: | QUIROFANOS CENTRALES |
| | | Cama: | HAC148 |
| Diagnóstico: | L089 - INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, NO ESPECIFICADA | | |
| NOTA TRANSANESTESICA | | | |
| <small>Signos Vitales del 2014-06-13 08:00:00.3</small> | | | |
| [FRECUENCIA CARDIACA: 80] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 110] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [PAM] [PRESION ARTERIAL MEDIA: 91.3] [TEMPERATURA 38°-37.8°]: 37] | | | |
| Diagnóstico: | L089 Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada | | |
| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | | | |
| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | FASCITIS NECROTIZANTE SEC A HERPES ZOSTER | | |
| DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO | | | |
| DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO | FASCITIS NECROTIZANTE SEC A HERPES ZOSTER | | |
| CIRUGIA PROGRAMADA | | | |
| CIRUGIA PROGRAMADA | ASEO QUIRURGICO + DESBIDAMIENTO + COLOCACIÓN DE VAC | | |
| CIRUGIA | | | |
| CIRUGIA REALIZADA | ASEO QUIRURGICO + DESBIDAMIENTO + COLOCACIÓN DE VAC | | |
| RIESGO ANESTESICO QUIRURGICO | | | |
| RIESGO ANESTESICO | U S B | | |
| ASA | 3 | | |
| TIPO DE ANESTESIA | | | |
| TIPO DE ANESTESIA | ANESTESIA GENERAL BALANCEADA. | | |
| SIGNOS VITALES INICIALES | | | |
| SIGNOS VITALES INICIALES | TA 118/70 MMHG, FC 94 X', FR 19 X', SPO2 92% CON FIO2 AL 21% | | |
| HALLAZGOS: | | | |
| HALLAZGOS: | PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD CON OX FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A HERPES ZOSTER QUE INGRESA PARA ASEO QUIRURGICO BAJO ANESTESIA GENERAL BALANCEADA. MONITORIZACIÓN: PAIN, ECG, OXIMETRÍA DE PULSO, CAPNOGRAFÍA, SONDA VESICAL, CVC. MEDICACIÓN PREANESTÉSICA EN SALA: MIDAZOLAM 2 MG IV PREVIA OXIGENACIÓN CON MASCARILLA FACIAL SE REALIZA INDUCCIÓN INTRAVENOSA CON FENTANIL 250 MCG, PROPOFOL 150 MG, CISATRACURIO 8 MG IV. SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL BAJO LARINGOSCOPIA AL PRIMER INTENTO CON TUBO ENDOTRAQUEAL TIPO MURPHY NO 8. NEUMOTAPONAMIENTO 3 CC. VENTILACIÓN MECÁNICA CONTROLADA POR VOLUMEN CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS: VT 320 ML, FR 18 X', RELACIÓN 1:2, PEEP 4 CMH2O. MANTENIMIENTO: OXIGENO AL 80% A 2L/MIN, SEVOFLUORANO VOL% 2, FENTANIL PERFUSIÓN CONTINUA DOSIS TOTAL 400 MCG, LIDOCAINA SIMPLE PERFUSIÓN CONTINUA, DOSIS TOTAL 130 MG. TRANSANESTÉSICO: HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SANGRADO ESTIMADO 300 ML, DIURESIS 100 ML. MEDICACIÓN ADYUVANTE: TRAMADOL 100 MG, KETAMINA 15 MG IV, PARACETAMOL 1 GR IV, ONDANSETRON 8 MG IV. | | |
| COMPLICACIONES | | | |
| COMPLICACIONES | NINGUNA | | |
| SIGNOS VITALES FINALES | | | |
| SIGNOS VITALES FINALES | TA 103/52 MMHG, FC 98 X', FR 18 X', SPO2 98% | | |
| DURACIÓN DE ANESTESIA | | | |
| DURACIÓN DE ANESTESIA | 2 HRS | | |
| DURACIÓN DE LA CIRUGIA | | | |
| DURACIÓN DE LA CIRUGIA | 1 HR 30 MINUTOS | | |
| GRÁFICA | | | |
| Gráfica: | 1003395_1000126_150_7558703748249345054 .jpg | | |

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | | Hoja: 157 de 2669 |
| 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | | |

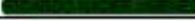
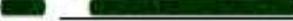
10.1.13 Formato de Valoración Post-anestésica

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------|------------|-------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 8/05/93 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 13/06/2014 15:04 | | |
| Nombre Paciente: | MARTINEZ MENDOZA ANGEL ALBERTO | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 21 Año(s) 1 Mes(es) 15 Día(s) |
| | | Grupo y RH: | | | |
| Fecha de Atención: | 13/06/14 03:07 PM | Servicio: | QUIROFANOS CENTRALES | Camá: | HAC148 |
| Diagnostico: LD89 - INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, NO ESPECIFICADA | | | | | |
| NOTA DE VALORACION POSTANESTESICA | | | | | |
| <small>Signos Vitales del 2014-06-13 15:07:00.0</small> | | | | | |
| [FRECUENCIA CARDIACA: 80] [TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA: 110] [TENSIÓN ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [PAM (PRESIÓN ARTERIAL MEDIA): 83.3] [TEMPERATURA (38°-37.5°): 37] | | | | | |
| Diagnostico: <i>LD89 Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO. | | | | | |
| DIAGNOSTICO | FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A HERPES ZOSTER | | | | |
| CIRUGÍA REALIZADA. | | | | | |
| CIRUGÍA REALIZADA. | ASEO QUIRURGICO + DESBRIDAMIENTO + COLOCACIÓN DE SISTEMA VAC | | | | |
| ALDRETE | | | | | |
| ALDRETE | 9 | | | | |
| RAMSAY | | | | | |
| RAMSAY | 3 | | | | |
| EVA | | | | | |
| EVA | 0 | | | | |
| SIGNOS VITALES: | | | | | |
| TAS | 103 | | | | |
| TAD | 52 | | | | |
| FC | 98 | | | | |
| FR | 18 | | | | |
| TEMP | 36.2 | | | | |
| SERVICIO | | | | | |
| SERVICIO | CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA | | | | |
| DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO | | | | | |
| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A HERPES ZOSTER | | | | |
| CIRUGIA PROGRAMADA | | | | | |
| CIRUGIA PROGRAMADA | ASEO QUIRURGICO + DESBRIDAMIENTO + COLOCACIÓN DE SISTEMA VAC | | | | |
| ELABORA C.P.: [REDACTED] [REDACTED] ESP.: [REDACTED] FIRMA: _____ | | | | | |

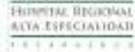
10.1.14 Formato de Nota Postoperatoria y Técnica Quirúrgica

| | | | | | |
|---|--|---------------------|----------------------|------------|-------------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 8/05/93 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 19/06/2014 12:15 | | |
| Nombre Paciente: | MARTINEZ MENDOZA ANGE ALBERTO | | No. Exp.: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 21 Año(s) 1 Mes(es) 15 Día(s) |
| | | Grupo y RH: | | | |
| Fecha de Atención: | 19/06/14 12:13 PM | Servicio: | QUIROFANOS CENTRALES | Cama: | HAC148 |
| Diagnóstico: | L089 - INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, NO ESPECIFICADA | | | | |
| NOTA POST-OPERATORIA Y TECNICA QUIRURGICA | | | | | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| I. Diagnóstico Preoperatorio CIE10 | L089 - Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada |
| II. Diagnóstico Postoperatorio CIE10 | L089 - Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada |
| Cirugía Programada (CIE9) | LAVADO QUIRURGICO - DESBRIDACION DE MATERIAL NECROTICO RECAMBIO DE VAC |
| Procedimiento CIE9 | 96.22 - Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura |
| Otros procedimientos Realizados | RETIRO DE CATETER CENTRAL |
| Cirugía de Mínima Invasión | No |
| Cirugía Ambulatoria | No |
| Cirugía Realizada | LAVADO QUIRURGICO DESBRIDACION DE MATERIAL NECROTICO RECAMBIO DE VAC |
| ¿Tipo de cirugía? | Contaminada |
| Fecha de inicio | 19/06/2014 |
| Hora de inicio | 11 |
| Minuto de inicio | 21 |
| Fecha fin | 19/06/2014 |
| Hora de fin | 11 |
| Minuto de fin | 51 |
| Médico Cirujano | NAJR731134I1A/2 - RICARDO NADER JIMENEZ |
| Tipo de Anestesia | General |
| Anestesiólogo | DALIA MORLAES |

| |
|---|
| TRATANTE    FIRMA: _____ |
|---|

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 159 de 2669 |

| | | | | | |
|---|---|--------------------|----------------------|------------|------------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | |
| Fecha de Nacimiento | 8/05/93 12:00 AM | Fecha de Impresión | 19/06/2014 12:15 | | |
| Nombre Paciente | MARTINEZ MENDOZA ANGEL ALBERTO | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP | [REDACTED] | Genero | M | Edad | 21 Años/ 1 Mes(es) 15 Día(s) |
| | | | | Grupo y RH | |
| Fecha de Atención | 19/06/14 12:13 PM | Servicio | QUIRÓFANOS CENTRALES | Cama | HAC148 |
| Diagnóstico | L080 - INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, NO ESPECIFICADA | | | | |
| Ayudante de Anestesiólogo | ROXANA CRUZ | | | | |
| Enfermera instrumentista | BEATRIZ ARNULFO DE JESUS | | | | |
| Cirujante | ELIZABETH AYALA | | | | |
| Estudios transoperatorios | CULTIVO DE ULCERA POR HERPES | | | | |
| Enfermería circulante | ELIZABETH AYALA | | | | |
| Accidentes | NO | | | | |
| Incidentes | NO | | | | |
| Hallazgos | MEJORES CONDICIONES GENERALES DE LA HERIDA TEJIDO DE GRANULACION AUN SE TUVO QUE DEBRIDAR LA PARTE DEL FLANCO Y HACIA LA ESPALDA, FATAS DE FIBRINA. | | | | |
| Complicaciones | NO | | | | |
| Sangrado estimado en mililitros | 300 | | | | |
| Cuenta de gasas y compresas | COMPLETA | | | | |
| Gasas y compresas dejadas en cavidad | NO | | | | |
| Pronóstico postoperatorio | RESERVADO | | | | |
| Plan de tratamiento | LAVADO QUIRURGICO DEBRIDACION DE MATERIAL NECROTICO RECAMBIO DE VAC TIGECICLINA | | | | |
| Indicaciones postoperatorias | PASA DIRECTO A SU HABITACION DIETA LIQUIDA EN CUANTO TOLERE | | | | |
| Descripción de la técnica quirúrgica | BAGIOT, ANTISEPSIA, CAMPOS ESTERILES. LAVADO QUIRURGICO EXHAUSTIVO CON CLOREXIDINA, IODINE, AGUA OXIGENADA Y ESTERICIDE. DEBRIDACION DE MATERIAL FIBRINOIDE COLOCACION DE VAC | | | | |
| Estado actual del paciente | ESTABLE | | | | |
| Egreso a: | SU HABITACION 148 | | | | |

| | |
|----------|------------|
| TRATANTE | [REDACTED] |
| | [REDACTED] |
| FIRMA: | [REDACTED] |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 160 de 2669 |

| | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 8/05/93 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 19/06/2014 12:15 |
| Nombre Paciente: | MARTINEZ MENDOZA ANGEL ALBERTO | | No. Exp: M [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M |
| | | Edad: | 21 Año(s) 1 Mes(es) 15 Día(s) |
| | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 19/06/14 12:13 PM | Servicio: | QUIRÓFANOS CENTRALES |
| | | Cama: | HAC148 |
| Diagnóstico: | L089 - INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO; NO ESPECIFICADA | | |

Nombre, Firma y Cédula del Cirujano

RICARDO NADER JIMENEZ
2882916

Nota válida para expediente

Si

| | |
|----------|------------|
| TRATANTE | [REDACTED] |
| | [REDACTED] |
| FIRMA: | [REDACTED] |

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | Rev. 0 |
| | | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | Hoja: 161 de 2669 |

10.1.15 Formato de Nota Post-procedimiento

| | | | | | |
|---|---|---|---------------------|------------------|------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 6/05/53 12:00 AM | | Fecha de Impresión: | 07/02/2014 14:04 | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp.: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 60 Año(s) 9 Mes(es) 7 Día(s) |
| | | | Grupo y RH: | | |
| Fecha de Atención: | 7/02/14 01:53 PM | Servicio: | HEMODINAMIA | Cama: | |
| Diagnostico: | I212 - INFARTO AGUDO TRANSMURAL DEL MIOCARDIO DE OTROS SITIOS | | | | |

NOTA POST - PROCEDIMIENTO

| | |
|-------------------------------------|--|
| Procedimiento CIE9 | 00.2 - Imagen intravascular de vasos sanguíneos |
| Motivo del procedimiento | EFFECTIVAMENTE COMO REFERIDO EN NOTAS PREVIA INFARTO PERIPROCEDIMIENTO , SE DECIDE EL DIA DE HOY PASAR A ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA PARE VERIFICAR PERMEABILIDAD DE STENT , DESPUES DE USO DE INHIBIDOR DE IIBIIIA, SE REALIZA ANGIOGRAFIA CORONARIA CON CATETER MATCH FL 3.5 , EN PROYECCION OCAUDAL , Y DICAUDAL ; SE CORROBORA FLUJO EPICARDICO TIMI 3/ BLUSH 3 EN ARTERIA DESCENTE ANTERIOR Y FLUJO EPICARDICO TIMI 3/ BLUSH 3 EN ARTERIA CIRCUNFLEJA CON RECUPERACION DE CIRCUNFLEJA AURICULAR Y SIN EVIDENCIA ANGIOGRAFICA DE IMAGENES SUGESTIVAS DE TROMBO INTRASTENT O LESION RESIDUAL , SE DA POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO , SE RETIRA INTRODUCTOR ARTERIAL , SE DEJA COMPRESION , SE SUGIERE INICIO DE ENOXAPARINA 60 MG SC C 12 HRS , CLOPIDOGREL 75 MG C, 24 HRS VO , ASPIRINA PROTEC 100 MG C, 24 HRS VO , ATORVASTATINA 80 MG C, 24 HRS , VIGILAR DATOS DE COMPROMISO VASCULAR DISTAL , VALORAR REHABILITACION CARDIACA |
| Descripción del procedimiento | ANGIOGRAFIA CORONARIA |
| Tipo de Anestesia | Local |
| Fecha de Inicio del Procedimiento: | 07/02/2014 |
| Hora de Inicio del Procedimiento: | 12 |
| Minuto de Inicio del Procedimiento: | 30 |
| Duración Hrs: | 00 |
| Duración Minutos: | 10 |
| Complicaciones | NINGUNA |
| Pronóstico | RESERVADO A EVOLUCION |
| Tipo de cirugía: | Limpia |
| Nota válida para expediente | Si |

| | | |
|----------------------------|-------------|---------|
| TRATANTE | C.P.: | 5461249 |
| NOE ALFREDO OSORIO VELAZCO | | |
| ESP.: | CARDIOLOGIA | |
| FIRMA: | | |

| | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 162 de 2669 | |
| | | | | |

10.1. 16 Formato de Nota de Evolución

| | | | | | | |
|--|--|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------|--|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 27/09/11 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 28/01/2014 12:13 | | | |
| Nombre Paciente: | GUTIERREZ OLVERA LEILANI ESTRELLA | | Exp: | 2014-01-06 07:00:00 AM | | |
| CURP: | GUOL110907MMCTLLA | Genero: | F | Edad: | 2 Año(s) 8 Mes(es) 27 Día(s) | |
| | | | | Grupo y RH: | | |
| Fecha de Atención: | 28/01/14 12:13 PM | Servicio: | CE NEUROLOGIA PEDIATRICA | | Cama: | |
| Diagnostico: | null | | | | | |
| NOTA DE EVOLUCION | | | | | | |
| Diagnóstico: G402 Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos | | | | | | |
| Nota de evolución | | | | | | |
| Estado mental actual | Femenina de 2 años 3 meses con edad mental acorde a edad cronológica. Con los siguientes problemas: P1. Epilepsia | | | | | |
| Interrogatorio | SE refiere por parte de la madre que le suspende el medicamento (Valproato de Mg debido a refiere que otro medico se lo suspendio), se comenmta que tiene que reanuidar medicamento. Se encuentra asintomática, neurofísiologicamente estable. | | | | | |
| Exploración física (debe incluir hábitos exterior, cabeza, cuello, tórax, Abdomen, miembros y genitales) | P: 8.6 Kg | | | | | |
| Resultado de estudio de laboratorio y gabinete | no | | | | | |
| Tratamiento | Valproato de Mg siolucion dar 0.3 ml C/8 horas | | | | | |
| Pronóstico | Depende evolucion de paciente | | | | | |
| Se consultaron guías terapéuticas: | Si | | | | | |

ELABORA: 

ESP. 

FIRMA: _____

NOTA DE EVOLUCION

| | | | | |
|--|--|---|--------|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | Rev. 0 | |
| | | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 163 de 2669 |
| | | | | |

10.1.17 Formato de Interconsulta

| | | | | | |
|---|--|---|-------------------------|--------------------|------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 27/09/11 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 22/10/2013 12:33 | | |
| Nombre: | GUTIERREZ OLVERA LEILANI ESTRELLA | | No. Exp: | G00LT10927MMCTLLA2 | |
| CURP: | G00LT10927MMCTLLA2 | Genero: | F | Edad: | 2 Año(s) 8 Mes(es) 27 Día(s) |
| | | | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 22/10/13 12:33 PM | Servicio: | CE CIRUGIA MAXILOFACIAL | | Cama: |
| Diagnostico: | null | | | | |
| NOTA DE INTERCONSULTA | | | | | |
| Diagnóstico: Q250 <i>Conducto arterioso persistente</i> | | | | | |
| <i>Nota de interconsulta.</i> | | | | | |
| Nombre de la especialidad interconsultada | ORTODONCIA MAXILOFACIAL | | | | |
| Motivo de la consulta | PROTOCOLO PARA ERRADICACIÓN DE FOCOS SÉPTICOS (Qx CARDIOTORAX) | | | | |
| Criterios diagnósticos | SIN PRESENCIA DE CARIES DENTAL DENTICIÓN DECIDUA | | | | |
| Sugerencias de diagnóstico y tratamiento | SE SUGIERE ACUDIR 2 SEMANAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA REALIZAR PROFILAXIS | | | | |
| Exploración Física | CRÁNEO NORMOCÉFALO. BIOTIPO MESOFACIAL. SE OBSERVA INTRAORALMENTE MUCOSAS ADECUADAMENTE HIDRATADAS E IRRIGADAS, SIN ALTERACIONES DENTALES ASÍ COMO EN TEJIDOS BLANDOS Y LENGUA APERENTES. ADECUADA APERTURA BUCAL Y DINÁMICA DE LA MISMA. NO SE OBSERVAN CARIES DENTALES NI FOCOS INFECCIOSOS APARENTES. ÚNICAMENTE SE CITA PARA PROFILAXIS DENTAL 2 SEMANAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. | | | | |
| Pronóstico | DENTAL: FAVORABLE SISTÉMICO: RESERVADO | | | | |
| Se consultaron guías terapéuticas: | Si | | | | |
| ELABORA C.P.: _____ _____ ESP. _____ FIRMA: _____ | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | | Hoja: 164 de 2669 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | | |

10.1.18 Formato de Reporte de Solicitud de Productos

| LINEA | ARTICULO | DESCRIPCION | UM | SOLICITADOS | LOCALIZADOR |
|----------------|----------|---------------------------|--------|-------------|-------------|
| 10 | AFER001 | CONCENTRADO ERITROCITARIO | UNIDAD | 2 | ATTRANSANG- |
| TOTALES | | | | 2.00 | |

Reporte de solicitud de Productos Pagina 1
 Almacén Solicitante: A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV Movimiento 5129488
 Almacén de TRANSFUSION DE SANGRE Y AFERESIS
 Fecha de Solicitud : 21/06/2014 A las : 16:09
 Cta Paciente : 5003580 Nombre del Paciente _____

Solicitado por: LIVA8011273P8 _____

1 Lineas Fecha : 23/06/201
 SECRETARIA DE SALUD-HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA Hora : 01:48

| | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 165 de 2669 | |
| | | | | |

10.1.19 Formato de Solicitud de Servicios

|  | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA SECRETARIA DE SALUD Area: ANATOMIA PATOLOGICA |  | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------|-------------|---------------|----------|--------|--------|------------------|-----------------|---|----|
| Fecha de Impresión: 23/junio/2014 13:45 N2 | | Página 1 de 1 No. 5101901 | | | | | | | | | | |
| Nombre: HERNANDEZ BRAVO GRISELDA | | No. Historia: HEBG680810MMCRRR06 | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: 10/08/1968 | Edad: 45.10.12 | Sexo: F | | | | | | | | | | |
| Fecha de Ingreso: 21/06/2014 | | No. Expediente: | | | | | | | | | | |
| Procedencia: QUIROFANOS CENTRALES | | No. Protocolo: | | | | | | | | | | |
| Fecha Programada: 22/06/2014 17:01 | | Prioridad: MEDIA | | | | | | | | | | |
| Nombre del Médico: ANGEL ANTONIO AJ JOR - GINECOLOGIA - LICONA VA70IIF7 | Cedula: 4718073 | Especialidad: GINECOLOGIA | | | | | | | | | | |
| Diagnostico: | | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Codigo</th> <th style="text-align: left;">Descripción</th> <th style="text-align: left;">Observaciones</th> <th style="text-align: left;">Cantidad</th> <th style="text-align: left;">Unidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>012-13</td> <td>Pieza quirurgica</td> <td>UTERO Y SALPING</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> </tbody> </table> | | | Codigo | Descripción | Observaciones | Cantidad | Unidad | 012-13 | Pieza quirurgica | UTERO Y SALPING | 1 | SI |
| Codigo | Descripción | Observaciones | Cantidad | Unidad | | | | | | | | |
| 012-13 | Pieza quirurgica | UTERO Y SALPING | 1 | SI | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 166 de 2669 |

10.1.20 Formato de Consentimiento Informado para Transfusión Sanguínea

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCION MEDICA
CONSENTIMIENTO PARA TRANSFUSION DE SANGRE Y COMPONENTES
 Carretera Federal México-Puebla Km 34.5, Pueblo de Zoquiapan
 Estado de México, CP 56630

PT-ST-01B

| DATOS DEL PACIENTE | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: [REDACTED] | IDENTIFICADO CON: IFE |
| EDAD: 2 | SEXO: F |
| DIAGNÓSTICO: [REDACTED] | |
| NUMERO DE EXPEDIENTE: GUOL110927MMCTLLA2 | |
| FUNDAMENTO LEGAL | |
| <p>Con fundamento en los artículos 51 Bis 1, 314, fracciones III, IV, XII, XIV, 314 Bis 1, 315, 316, quinto párrafo, 316 Bis, fracción II, 321, 322, 323, 330, 332, 333, 336, 341 de la Ley General de Salud; 80, 81, y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; numerales 4.2, 10.1 y 10.1.2.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y numerales 11.2, 11.3 y 12.1 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás legislación aplicable.</p> <p>1.- Descripción del procedimiento: Utilizando material estéril, nuevo y desechable, se introduce a través de una aguja o catéter colocado en una vena, habitualmente en el brazo la sangre o componente específico y la cantidad que se transfunda será a juicio de su médico tratante basado en sus requerimientos personales.</p> <p>2.- Riesgos: La transfusión es un procedimiento común pero implica riesgos. Estos pueden ser menores como moretones, hinchazón, infección local, fiebre o reacciones en la piel (salpullido o comezón). Reacciones más serias podrían ser enfermedades infecciosas como son la hepatitis o SIDA. Estas enfermedades, aunque raras, pueden ser fatales.</p> <p>Antes de transfundir cualquier sangre o componente, el donador es sujeto a un examen clínico y a exámenes de laboratorio para conocer si tiene anemia (hemoglobina y hematocrito) y para detectar la presencia de anticuerpos que indiquen el riesgo de transmitir virus de la hepatitis o SIDA. Estas pruebas tienen capacidad para detectar el riesgo a transmitir la enfermedad en más del 99% de los casos, sin embargo, no existe prueba en el mundo que garantice el 100% que no se transmitirá ninguna enfermedad. También se realiza una prueba de compatibilidad, pero a pesar de esto, existe riesgo de poderse producir destrucción acelerada de los glóbulos rojos dentro de las venas del receptor.</p> <p>3.- Alternativas: Existen medicamentos como el hierro, vitamina B12, ácido fólico, eritropoyetina, entre otras, que de acuerdo a su padecimiento pueden en su momento dar la solución a su anemia, sin embargo EL JUICIO CLINICO DE SU MEDICO ES EL QUE DECIDE ENTRE MEDICAMENTOS O TRANSFUSION.</p> | |
| AUTORIZACION DEL PACIENTE | |
| <p>He comprendido la información anterior y manifiesto que he sido informado que la transfusión sanguínea se requiere para mi tratamiento, me han hecho saber de los riesgos inmediatos y tardíos que conlleva la administración de sangre y/o sus componentes, por lo que otorgo mi consentimiento al personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, para que se me realicen todos los estudios, procedimientos, maniobras y transfusiones que estimen necesarios para salvaguardar mi salud, así como la atención de</p> | |
| PACIENTE | REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO EN CASOS DE URGENCIA (FAMILIAR) |
| NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: [REDACTED] |
| | PARENTESCO: M [REDACTED] |
| | EDAD: 19 años |
| | IDENTIFICADO CON: IFE |
| FIRMA: | FIRMA: |

| | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 | |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 167 de 2669 | |
| | | | | |

10.1.21 Formato de Hoja de Trabajo Social Diagnóstico y Plan Social

| | | | |
|---|---|---------------------|--------------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 10/08/68 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 05/06/2014 11:30 |
| Nombre Paciente: | HERNANDEZ [REDACTED] No. Exp. [REDACTED] | | |
| [REDACTED] | [REDACTED] | Genero: | F |
| [REDACTED] | [REDACTED] | Edad: | 45 Año(s) 10 Mes(es) 13 Día(s) |
| [REDACTED] | [REDACTED] | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 5/06/14 10:56 AM | Servicio: | ATENCION AL USUARIO |
| [REDACTED] | [REDACTED] | Cama: | |
| Diagnostico: | null | | |
| Observaciones, Diagnostico y Plan Social | | | |
| Observaciones, Diagnostico y Plan Social | | | |
| Observaciones de la Entrevista | Acude paciente sola se presenta con buena apariencia física (arreglo personal), con actitud y comportamiento amable, la entrevista se realiza de forma favorable y sin inconvenientes la cual proporciona la información de manera clara. Refiere que la responsable (hermana) cuida a su menor hijo para que ella pudiera acudir a esta unidad hospitalaria. | | |
| Diagnostico Social | Paciente femenina que presenta dinámica familiar estable, con variaciones en cuanto actividades de la vida cotidiana, se encarga de cuidados de su hijo (menor de edad) y su padre (adulto mayor). La principal proveedora económica de la familia es la paciente con empleos de tipo informal, su padre es pensionado, se contempla como proveedor económico complementario. Se identifica un adecuado funcionamiento familiar. El cuidado de ambos miembros requiere de su atención primordial, siendo este el principal factor de riesgo para la adherencia terapéutica de la paciente. La vivienda que habitan tiene la siguiente distribución, dos recamaras, baño, comedor – cocina y sala. Las redes de apoyo pueden ser favorables con sus hermaos con quienes refieren el tipo de relación es buena. | | |
| Plan Social | <ul style="list-style-type: none"> •Se orienta respecto a los servicios que se le darán al paciente en el HRAEI, durante sus consultas, así como sus derechos y obligaciones, se le proporciona y firma aviso de confidencialidad. Se solicitan documentos oficiales en original y en copia simple (completos). •Se le informa sobre la importancia de que acuda con regularidad a sus citas médicas, para que tenga mejor salud. •Fomentar la participación de toda la familia en el tratamiento y control del padecimiento para mejorar la calidad de vida. •Dar continuidad al seguimiento del paciente durante el proceso salud-enfermedad. | | |
| Familiograma | _____ | | |
| ELABORA [REDACTED] [REDACTED] ESP: [REDACTED] FIRMA: _____ | | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 168 de 2669 |

10.1.22 Formato de Notas de Trabajo Social

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------|------------------|--------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento | 19/12/39 12:00 AM | | Fecha de Impresión: | 24/01/2014 15:13 | |
| Nombre Paciente | [REDACTED] | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP | [REDACTED] | Genero | M | Edad | 74 Años(s) 1 Mes(es) 25 Día(s) |
| | | | Grupo y RH | | |
| Fecha de Atención | 24/01/14 03:09 PM | Servicio | ATENCIÓN AL USUARIO | | Cama |
| Diagnóstico | null | | | | |
| NOTAS DE TRABAJO SOCIAL | | | | | |
| NOTAS DE TRABAJO SOCIAL | | | | | |
| FECHA | 24/01/2014 | | | | |
| HORA | 12:00 hrs | | | | |
| NOTA DE TRABAJO SOCIAL | Asunto: Seguimiento de corrección de datos. Se presenta familiar responsable [REDACTED] a Trabajo Social, para enseñar documento original "Extracto de Acta de Nacimiento" número 7714390 con el nombre del paciente EUGENIO HERNANDEZ MEDINA, proporciona copia simple, se anexa a expediente, se informa al área de archivo el cambio del nombre en el sistema MedSys (anterior [REDACTED] X). Se agradece a la familiar responsable su disposición, expresa su gratitud con el personal que la oriento para realizar dicho cambio. | | | | |
| ARCHIVO ADJUNTO | | | | | |
| | | | ELABORA | C.P.: | [REDACTED] |
| | | | RODRI | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | | | ESP.:T | [REDACTED] | [REDACTED] |
| | | | FIRMA: | [REDACTED] | [REDACTED] |

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | Rev. 0 |
| | | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | Hoja: 170 de 2669 |

10.1.24 Formato de Evaluación de Terapias

| | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|----------------------------|---------------------|--------------------------------|--|--|
|  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 7/08/53 12:00 AM | | | Fecha de Impresión: | 18/06/2014 16:02 | | |
| Nombre Paciente: | HERRERA LOPEZ ALFONSO | | | No. Exp: | H-LAS-30807-H3CRPLUB | | |
| CURP: | H-LAS30807H3CRPLUB | Genero: | M | Edad: | 60 Año(s) 10 Mes(es) 16 Día(s) | | |
| | | | | Grupo y RH: | | | |
| Fecha de Atención: | 18/06/14 04:05 PM | Servicio: | MEDICINA DE REHABILITACION | | Cama: | | |
| Diagnostico: | null | | | | | | |
| EVALUACIÓN TERAPIAS | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Interrogatorio:

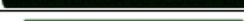
Padecimiento PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE ABCESO EXTRADURAL Y SUBDURAL,NO ESPECIFICADO.

Subjetivo EL FAMILIAR HERMANA REFIERE A ALFONSO QUE HA DORMIDO TODO EL DIA.

Objetivo PACIENTE MASCULINO DE EDAD APARENTE A LA CRONOLOGICA,SE COMUNICA GESTICULANDO CON LA CABEZA,CON COLLARIN PHILADELPIA,A PERMANENCIA CON CUADRIPLERIA.SIN CONTROL DE CUELLO Y TRONCO.

Analisis INGRESO A LA HABITACION CITADA CON EL PACIENTE ALFONSO .LA INTERVENCION TERAPEUTICA CONSISTIO EN MOVILIZACION A CUATRO EXTREMIDADES,CUIDOS DE LA PIEL ALINEACION DE SEGMENTO ME RETIRO SIN CONTRATIEMPO.SE DA ENSEÑANZA A FAMILIAR DE DICHO TRATAMIENTO SIN REFERIR DUDAS.

Plan SE CONTINUARA ADANDO ATENCION MEDICA EN BASE A INDICACIONES DE MEDICO.SESION 5

| | |
|---------|---|
| ELABORA |  |
| ESP. |  |
| FIRMA: |  |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 171 de 2669 |

10.1.25 Formato de Egreso

| | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|------------------|-------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 20/11/25 12:00 AM | | Fecha de Impresión: | 17/04/2013 11:04 | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 88 Año(s) 2 Mes(es) 24 Día(s) |
| PESO | | TALLA | | Grupo y RH: | |
| 73.5 | | 165 | | | |
| Fecha de Atención: | 17/04/13 10:46 AM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | | Cama: |
| Diagnostico: | I830 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ÚLCERA | | | | |
| NOTA DE EGRESO | | | | | |
| <small>Signos Vitales del 2013-04-17 08:01:00.0</small> | | | | | |
| <small>[FRECUENCIA CARDIACA: 64] [FRECUENCIA CARDIACA: 64] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 138] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.8] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.3]</small> | | | | | |
| Diagnostico: <i>I830 Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera</i> | | | | | |

Nota de egreso

Fecha de ingreso 02/04/2013

Hora de ingreso 13:24 h

Fecha de egreso 17/04/2013

Hora de egreso 12:30 h

Resumen de evolución y estado actual Se trata de hombre de 87 años de edad quien ingreso por ulcera flebotática crónica infectada del miembro pélvico derecho, desnutrición crónica, insuficiencia de renal crónica agudizada, bradicardia e hipotensión. Se encontro con edema generalizado, se documentó hipoalbuminemia y sepsis secundaria a foco en ulceras infectadas, cardiopatía hipertensiva e hipertensión pulmonar, además de osteomielitis fpor contigüdad en zona correspondiente a ulcera flebotática. Durante su estancia despues del tratamiento establecido curso a la mejoría con mejoría en la función renal, mejoría en el estado hemodinámico, y resolución del foco infecciosos a nivel de ulcera flebotática. Presentó cuadro de herpes generalizado que amerito tratamiento con antiviral y desarrollo trombocitopenia. Actualmente se encuentra estable hemodinamicamente, con resolución de bradicardia, neurologicamente integro, sin fiebre desde hace 72 horas, con dermatosis secundaria a herpes en fase de resolución y mejoría de trombocitopenia.

Manejo durante la estancia hospitalaria Tratamiento antimicrobiano.
Tratamiento antiviral.
Debridación y lavado de ulcera flebotatica.
Apoyo nutricao.
Rehabilitación física y pulmonar.

Problemas clínicos pendientes: Completar tratamiento antimicrobiano para osteomielitis.
Mejorar estado nutricao.
Estadificar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
Lograr cicatrización de úlceras flebotática crónicas.

Plan y tratamiento final Continuará con tratamiento antimicrobiano actual por 5 días y posteriormente se ajustara para completar 8 semanas por osteomielitis.
Completara tratamiento antiviral para herpes por 3 días más.
Recibirá apoyo con diuretico para mejorar distribución hidrica.
Continuara con apoyo por nutrición por la consulta externa para mejorar estado nutricao.
Continuara con rehabilitación física para mejorar condiciones generales.

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | Rev. 0 |
| | | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | Hoja: 172 de 2669 |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|-------------------|----------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 20/11/25 12:00 AM | | | Fecha de Ingreso: | 17/04/2013 11:04 |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | | No. Exp.: | [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 88 Años(2 Meses) 24 Días(|
| PESO | | TALLA | | Grupo y RH: | |
| 73.5 | | 165 | | | |
| Fecha de Atención: | 17/04/13 10:46 AM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NV | Cama: | |
| Diagnóstico: | 800 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA Curaciones de úlceras diariamente como fue indicado por angiología. Favor de programar las siguientes citas en consulta externa: - Angiología en 1 semana (jueves 25 abril). - Nutrición en 1 semana (jueves 25 abril). - Medicina Interna 1 semana (martes 23 abril). - Urología en una semana. | | | | |

Prescripción: Reservado a evolución.

Motivo del egreso: A. mejoría

| | |
|----------|------------------|
| ELABORA: | C.P.: [REDACTED] |
| ESP. DE: | [REDACTED] |
| FIRMA: | [REDACTED] |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 7. Procedimiento para el manejo e integración del Expediente Clínico. | | Hoja: 173 de 2669 |

10.2 Reporte para el evento adverso en el SIR AIS

SIR AIS - SISTEMA DE REGISTRO AUTOMATIZADO DE INCIDENTES EN SALUD
BASADO EN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA OMS V1.2

Usuario

Contraseña

El proyecto de registro confidencial de incidentes en salud, de acuerdo a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), se ha venido consolidando después de dos años de trabajos colaborativos entre la CONAMED y SICALIDAD y con la decidida participación inicial de 15 hospitales de las diferentes instituciones de salud nacionales. Las experiencias que se han logrado hasta el momento, apuntan a la posibilidad de constituir un sistema nacional de reporte, orientado fundamentalmente a la mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente.

Por otra parte, la ampliación a partir de ahora de la base del reporte, con la participación anónima de profesionales y trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio, radiología, etc., abre la posibilidad de influir más activamente en el desarrollo de una cultura específica en este campo. Esta iniciativa, tanto de la Academia Nacional de Medicina como de la Academia Mexicana de Cirugía, seguramente permitirá un mayor impacto del proyecto.

Como resultado del registro de incidentes en salud, en el que se incluyen de acuerdo a la CISP, tanto los eventos adversos como las cuasi-fallas o cuasi-errores, se establecerán medidas estandarizadas de mejora de la calidad de la atención médica y de la seguridad del paciente así como de evaluación, de tal manera que las diferentes instituciones de salud puedan utilizarlas y comparar sus resultados con las demás.

De esta manera, el personal interesado puede utilizar el sistema en forma anónima, registrándose con el vínculo en blanco que aparece arriba y a la izquierda de esta página, para obtener su usuario y contraseña sin necesidad de anotar ningún dato personal o institucional. Una vez obtenidos, puede comenzar a registrar. Los datos serán visibles únicamente para ese usuario.

Explorador recomendado:
[Google Chrome](#)
[Safari](#)

Resolución mínima recomendada:
1024x768






Calle: Mitla 250 esquina con Eje 5 Sur (Eugenia) Col. Vertis Norte, C.P. 03020, México D.F.
Tel: +52 (55) 6420 200 - 01800 211 6658 Todos los derechos reservados ©2010

SIR AIS - SISTEMA DE REGISTRO AUTOMATIZADO DE INCIDENTES EN SALUD
BASADO EN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA OMS V1.2

Bienvenido: **QUILICERO**

Características del paciente

Tipo de incidente

Características del incidente

Detección

Factores contribuyentes / Riesgos

Factores atenuantes

Resultados del paciente

Resultados organizacionales

Acciones para reducir riesgos

Acciones de mejora

Reportes

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

DEMOGRÁFICAS

Edad Género Seleccionar una opción Otros

PROCEDIMIENTO

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

Otro

DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS

Diagnósticos específicos

DIAGNÓSTICO PRIMARIO

Ciertas infecciones y enfermedades parasitarias

Neoplasias

Enfermedades de la sangre y de los sistemas hematopoyéticos

Enfermedades orgánicas que involucran mecanismos inmunológicos

Enfermedades metabólicas, Endocrinas, Nutricionales

Enfermedades del Sistema Nervioso

Enfermedades de los ojos y anexos

Enfermedades de los oídos y procesos mastoideos

Enfermedades del Sistema Circulatorio

Enfermedades del Sistema Respiratorio

Enfermedades del Sistema Digestivo

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XETAMALPA | Hoja: 174 de 2669 |

8. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA PALANCA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | | Hoja: 175 de 2669 |
| | | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos para la realización de interconsultas, con el fin de brindar una atención médica de calidad basada en los modelos multidisciplinarios a los pacientes hospitalizados.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento aplica a las Subdirecciones coordinan el cumplimiento de la normatividad, jefaturas de Servicio supervisan la aplicación de los procedimientos, Médicos Adscritos ejecutan los procedimientos.

- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

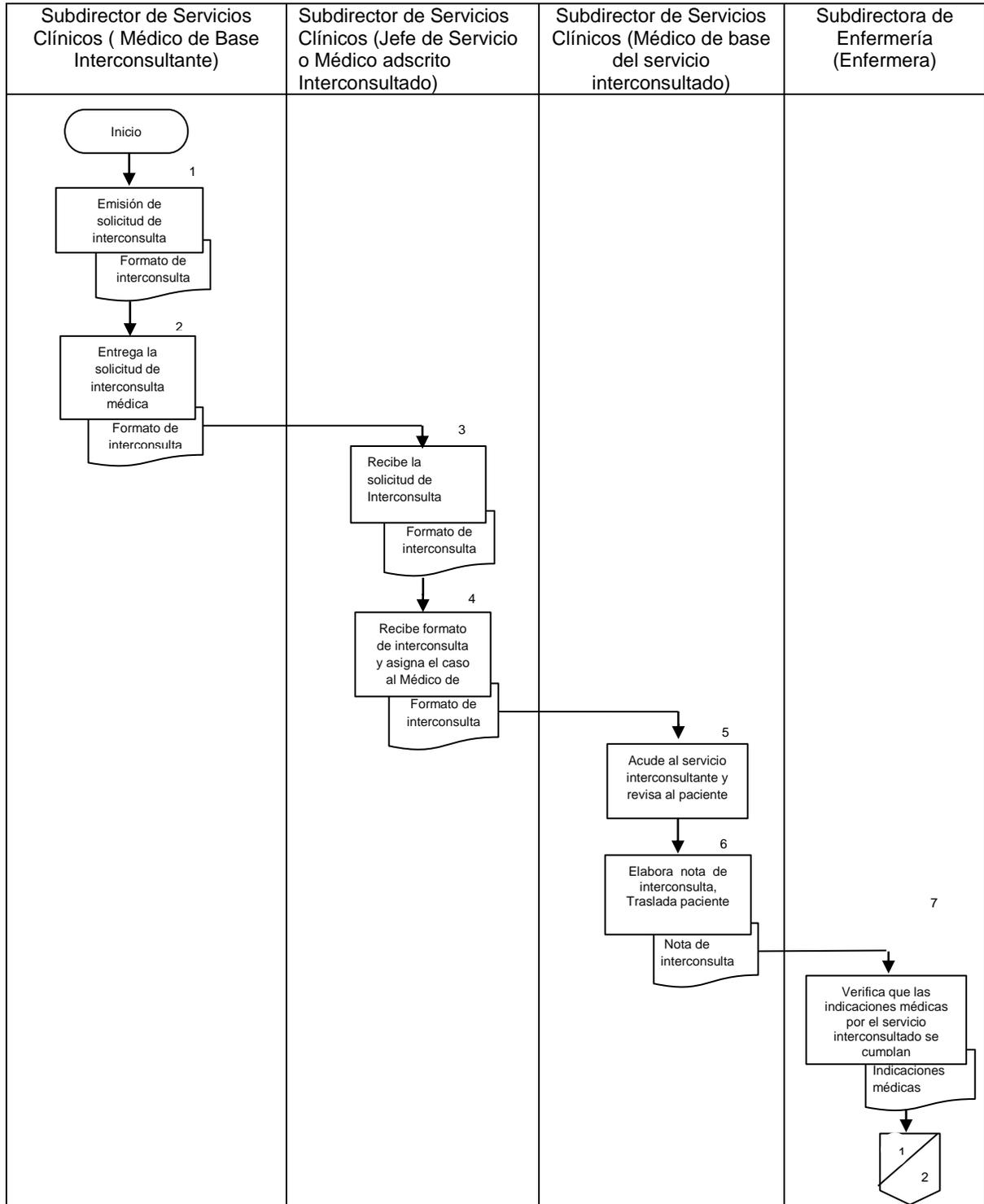
- 3.1 La Dirección Médica será la responsable de conformar los procedimientos para la solicitud y realización de interconsultas médicas.
- 3.2 Será responsabilidad de las Direcciones Médica y Operaciones, la difusión, vigilancia y verificación de este procedimiento a todos los servicios correspondientes para la solicitud y realización de interconsultas médicas.
- 3.3 Los servicios dependientes de las distintas direcciones serán responsables de la solicitar y realizar las interconsultas médica y deberán cumplir con los lineamientos establecidos en este procedimiento.
- 3.4 Serán las distintas direcciones las responsables de revisar y verificar que se haya cumplido con los procedimientos establecidos para la solicitud y realización de interconsultas médicas de los servicios a su cargo.
- 3.5 El incumplimiento de este procedimiento será sancionado por las autoridades correspondientes y de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo del HRAEI.
- 3.6 Las jefaturas de servicio tendrán la obligación de solicitar y en su caso realizar las interconsultas médicas correspondientes.
- 3.7 La solicitud de interconsultas se hará apegada a los lineamientos establecidos en los procedimientos generales para la atención de los pacientes hospitalizados.

| | | |
|--|--|--|
|   | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas Hoja 176 de 2669 | |

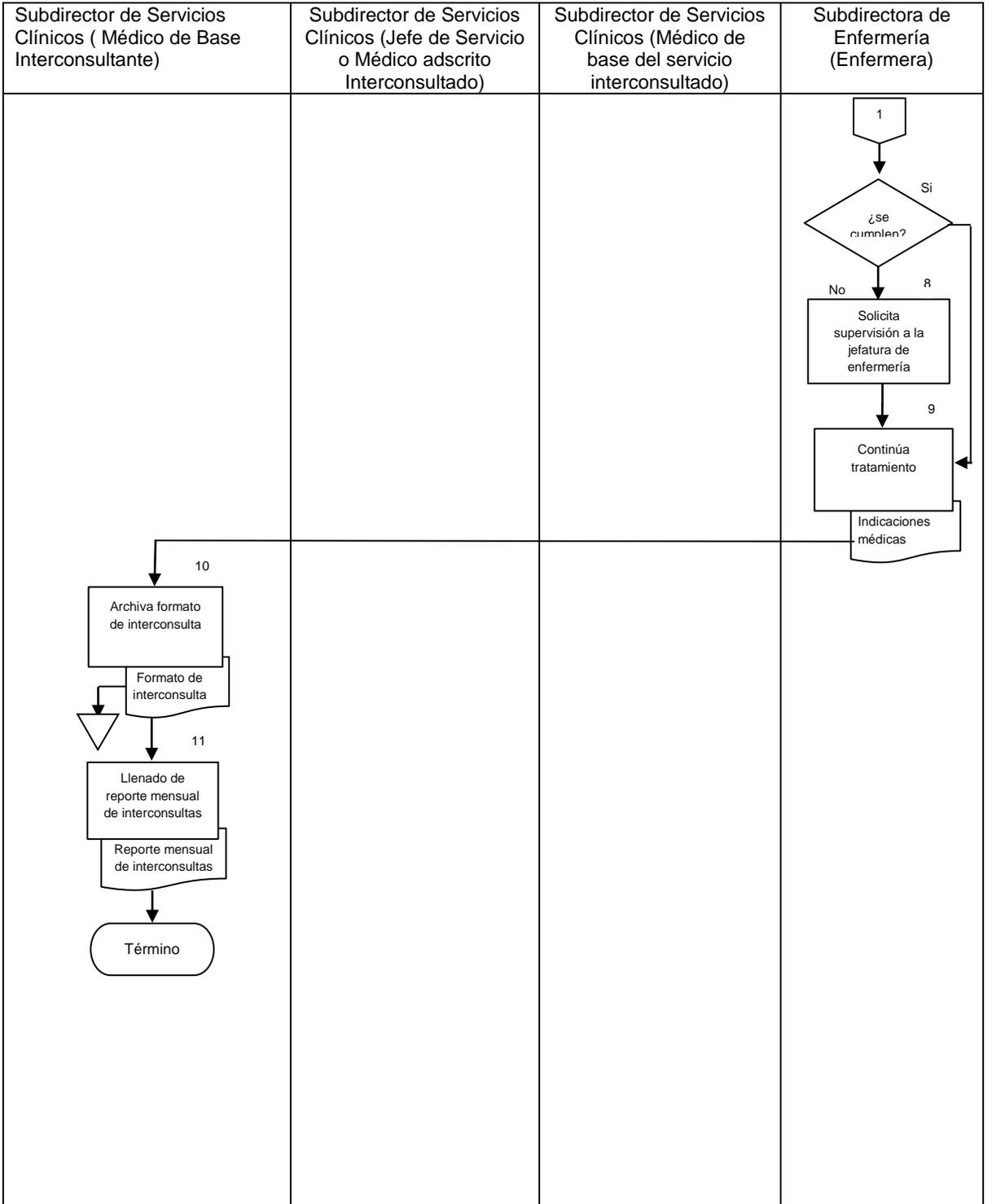
4. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Subdirector de Servicios Clínicos (Jefe de Servicio o Médico Adscrito Interconsultante) | 1 | Emite la solicitud de interconsulta médica de acuerdo a la evolución clínica del paciente hospitalizado en el servicio a su cargo a través del formato de interconsulta correspondiente, | Formato de Interconsulta |
| | 2 | Entrega la Interconsulta Médica al Jefe de Servicio o Médico Adscrito interconsultante | |
| Subdirector de Servicios Clínicos (Jefe de Servicio o Médico adscrito Interconsultado) | 3 | Recibe la solicitud de Interconsulta Médica. | Formato de Interconsulta |
| | 4 | Recibe la copia del formato de interconsulta y asigna el caso motivo de interconsulta a médico de base de su servicio, enfatizando en la atención del paciente del servicio Interconsultante en un lapso no mayor de tres horas. | |
| Subdirector de Servicios Clínicos (Médico Adscrito del servicio Interconsultado) | 5 | Acude al servicio Interconsultante y revisa al paciente motivo de interconsulta. | Nota de Interconsulta en Expediente Clínico |
| | 6 | Elabora la nota de hallazgos clínicos e indicaciones médicas en el expediente del paciente de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, de ser necesario traslada al paciente a su servicio para hacerse cargo de él. Y emite por escrito sugerencias diagnóstico-terapéuticas para el paciente interconsultado | |
| Subdirectora de Enfermería (Enfermera) | 7 | Verifica que las indicaciones médicas anotadas por el servicio interconsultado sean seguidas por el personal médico y de enfermería del servicio a su cargo. ¿Se cumplen? | Indicaciones Médicas Expediente Clínico |
| | 8 | No: Solicita supervisión a la jefatura de enfermería y regresa a la actividad 7. | |
| | 9 | Sí: Continúa con el tratamiento | |
| Subdirector de Servicios Clínicos (Médico Adscrito Interconsultado) | 10 | Archiva original de interconsulta en el expediente clínico del paciente. | Expediente Clínico Reporte mensual de Interconsulta |
| | 11 | Requisita formato de reporte mensual de interconsultas realizadas y lo envía a la Dirección Médica. | |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | | |
|--|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 | |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | | Hoja: 178 de 2669 | |
| | | | | |



| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | | Hoja: 179 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012 | N/ A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Formato de solicitud de interconsultas Médicas | 5 años | Archivo Clínico | N/A |
| 7.2 Expediente Clínico | 5 años | Archivo Clínico | N/A |
| 7.3 Reporte Mensual de Interconsultante | 5años | Archivo del Servicio | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Formato de Interconsulta Médica.-** Documento mediante el cual se solicita la Interconsulta Médica del servicio Interconsultante.
- 8.2 Servicio Interconsultado.-** Servicio que otorga la interconsulta médica.
- 8.3 Servicio Interconsultante.-** Servicio que solicita la interconsulta médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

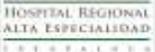
10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

10.1 Formato de Interconsulta

10.2 Historia Clínica

| | | | |
|--|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | | Hoja: 180 de 2669 |
| | | | |

10.1 Formato de Interconsulta

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------|-----------|---|--|---------------------------------|-------------------------------|-------|--------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | | 19/12/32 12:00 AM | | | Fecha de Impresión: | | 10/02/2014 09:20 | | |
| Nombre Paciente: | | | [REDACTED] | | | No. Exp: | | [REDACTED] | | |
| CURP: | | [REDACTED] | | Genero: | M | Edad: | | 81 Año(s) 1 Mes(es) 25 Día(s) | | |
| | | | | | | | Grupo y RH: | | | |
| Fecha de Atención: | | 10/02/14 09:13 AM | | Servicio: | | | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | | Cama: | HAC118 |
| Diagnostico: | | S722 - FRACTURA SUBTROCANTERIANA | | | | | | | | |
| NOTA DE INTERCONSULTA | | | | | | | | | | |
| Signos Vitales del 2014-02-10 07:36:00.0 | | | | | | | | | | |
| [FRECUENCIA CARDIACA: 66] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 136] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 59] [PAM (PRESION ARTERIAL MEDIA): 90] [TEMPERATURA 36°-37.5°: 36] [GLUCEMIA: 100] | | | | | | | | | | |
| Diagnostico: | | S722 Fractura subtrocanteriana | | | | | | | | |
| Nota de Interconsulta. | | | | | | | | | | |
| Nombre de la especialidad interconsultada | | Cardiología | | | | | | | | |
| Motivo de la consulta | | Fractura Transtrocanteria | | | | | | | | |
| Criterios diagnósticos | | Hipertensión pulmonar y disfunción diastolica | | | | | | | | |
| Sugerencias de diagnostico y tratamiento | | Paciente del que se solicita valoración por riesgo cardiovascular elevado, sin embargo en ecocardiograma realizado el día de ayer se documento movilidad segmentaria normal, con FE def 80% solo con hipertensión pulmonar con PSAP de 40 mmHg, y alteraciones de la relajación ventricular, por lo que no hay recomendaciones especiales, solo sugiero medidas de higiene venosa y manejo con heparinas de bajo peso molecular. Comparto la opinión con Medicina Interna el riesgo inherente al procedimiento es elevado. | | | | | | | | |
| Exploración Física | | Se encuentra paciente despierto orientado, cooperador, sujeto a cama, no tiene cuidador primario por el momento, tolera el decúbito, con patrón respiratorio normal, con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin s3 o s4, campos pulmonares con apropiada entrada y salida de aire, no tiene síndromes de pleura o pulmón, no tiene congestión hepática. | | | | | | | | |
| Pronóstico | | Se espera bueno | | | | | | | | |
| Se consultaron guías terapéuticas: | | Si | | | | | | | | |
| | | | | | | ELABORA C.P.: 2650908 RENE RODRIGUEZ CRUZ ESP.:CARDIOLOGIA FIRMA: _____ | | | | |

| | | | |
|--|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | | Hoja: 181 de 2669 |
| | | | |

10.2 Formato de Historia Clínica

| | | | | | |
|--|--|---------------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 8/01/72 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 10/06/2014 10:37 | | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp.: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | F | Edad: | 42 Año(s) 5 Mes(es) 15 Día(s) |
| | | | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 10/06/14 10:37 AM | Servicio: | CE NEUROLOGIA ADULTOS | Cama: | |
| Diagnóstico: | null | | | | |
| HISTORIA CLINICA <small>Signos Vitales del 2014-06-10 09:30:43.3</small> | | | | | |
| <small>[FRECUENCIA CARDIACA: 75] [FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 120] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 70] [TEMPERATURA (36-37.5°): 36] [PESO: 75.2] [TALLA: 154] [IMC (INDICE DE MASA CORPORAL): 31.7]</small> | | | | | |
| Diagnóstico: <i>R51X Cefalea</i> | | | Cefalea secundaria a tumoración | | |
| Historia clínica - Interrogatorio: | | | | | |
| 1. Antecedentes Heredofamiliares causas de muerte, malformaciones congénitas: diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial infartos, ateroesclerosis, accidentes vasculares Neumopatía Tuberculosis, artropatías Hemopatías, consanguinidad, infecciones, SIDA/SIDA, neoplasia, convulsiones, alcoholismo, toxicomanías | Niega familiares con patología neurológica. Madre diabética e hipertensión. | | | | |
| Hay familiares con obesidad: | NO | | | | |
| 2. Antecedentes personales no patológicos para el nacer, anomalías perinatales desarrollo físico y mental, Exposición hábito de vacunación higiénica Alimentación, deportes, integración familiar, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, hábitos, grupo sanguíneo y factor Rh | Femenino de 42 años, dedicada al hogar, escolaridad primaria completa, casada, diestra. Tabaco, alcohol y otras toxicomanías negadas. No hace ejercicio. | | | | |
| 3. Enf. De la infancia y adolescencia, ateroesclerosis accidentes vasculares, hipertensión arterial fístulas meningíneas, cardiopatías, vórtices, F febril, padecimientos respiratorios, obesidad, diabetes gata, hipertensión, infecciones, parasitosis hepatitis, hemorroides, úlcera péptica, padecimientos neurológicos, y padecimientos alérgicos, epilépticos, traumatismos alérgicos, epilépticos, | Quirúrgicos, transfusionales, traumas de cráneo o de otro tipo negados. Alergias desconocidas y negadas. | | | | |
| 4. Antecedentes ginecoobstétricos menarca, FUR, ritmo, inicio de vida sexual número de parejas sexuales, gestaciones partos, cesáreas, abortos, métodos anticonceptivos, Papasitosis, enfermedades de transmisión sexual, alteraciones en las mamas lactancia, oligomenorrea. | Gestas 3, Para 3, Abortos 0, Cesáreas 0. Nunca ha utilizado hormonales. | | | | |
| 5. Padecimiento Actual Motivo de consulta, síntomas principales cuadro actual, cronología inicial, evolución de los síntomas, etiología del dolor, acciones tomadas, terapéutica empleada | Presenta datos de paresia facial izquierda desde fines de octubre de 2013, de la cual no se recuperó la fuerza facial completamente. Refiere cefalea desde hace dos años, de localización holocefálica, y que últimamente se concentra en la región del vértex, de tipo punzante, pero que le cuesta trabajo definir, sin irradiaciones, que se incrementa con la posición, además de exponerse al sol. Ha tomado analgésicos (en especial ketorolaco), el cual lo toma de manera ocasional. Refiere mareo desde enero de 2014, acompañado de disminución de la agudeza visual del mismo tiempo de evolución. No toma ningún medicamento en este momento. Se inició en la anterior consulta tratamiento con topiramato 25 mg 0-0-1, con lo que nota discretos cambios en la intensidad de la cefalea. Nota también que ha aumentado la afectación de la agudeza visual, que relaciona con la aplicación del medio de contraste de la tomografía. | | | | |

| HISTORIA CLÍNICA | |
|--|--|
| <i>Historia clínica - Interrogatorio:</i> | |
| 6. Interrogatorio por aparatos y sistemas: Síntomas Generales: fiebre, escalofríos, anemia, adelgata, anorexia, variaciones en peso | No refiere síntomas a este nivel. |
| 7. Respiratorio: obstrucción nasal, dificultad, tos, expectoración hemoptoica, dolor, ruidos dismin. | No refiere síntomas a este nivel. |
| 8. Cardiovascular: Antecedentes de cardiopatía, disnea, taqicardia, bronquitis frecuente, hipertensión, vértigo, insuficiencia arterial y venosa, síncope, fatiga, palpitaciones, dolor precordial, mareos, edemas, ascitis, diabetes, estado venoso, varices. | No refiere síntomas a este nivel. |
| 9. Digestivo: Apetito, masticación, digestión, proeza, regurgitación, distensión abdominal, dolor, vómito, hematemesis, evacuaciones diarreas, náusea, pesa, y tenesmo, constipación intolerancia a los alimentos | No refiere síntomas a este nivel. |
| 10. Urinario: Dolor, poliuria, micción vesica, hematuria, piuria, incontinencia, dolor lumbar, espaldas de cálculos, secreción uretral | No refiere síntomas a este nivel. |
| 11. Reproductor: alteraciones Menstruales, dolor pélvico, cólicos patológicos, alteraciones de la libido, patología obstétrica. Alteraciones testicular, trastornos en la erección y eyaculación, alteraciones de la libido | No refiere síntomas a este nivel. |
| 12. Hematológico: Anemia, hemófilia, tendencia a hemorragia, adenopatía, menor resistencia a infecciones. | No refiere síntomas a este nivel. |
| 13. Endocrino: Crecimiento en peso y estatura, perturbaciones somáticas, caracteres sexuales, sensibilidad al calor y al frío, piel y uñas, osteoporosis diabetes y asma | No refiere síntomas a este nivel. |
| 14. Sistema nervioso: Perfil del conocimiento parálisis, parosís, hemiplejía, convulsiones, convulsiones, ataxias tipo o hiperestésicas, cefaleas, ruidos auditivos equilibrio, vértigo, gusto, sueño, alter de la personalidad, depresión, compulsión, irritación, ansiedad, memoria, cambios en la conducta, infertilidad, nerviosismo, angustia | Lo referido en el padecimiento actual Se refiere ansiosa, susceptible al estrés. No hay trastornos del sueño. |
| 15. Musculo-esquelético: Deformidades óseas, limitación de movimientos, algias, atrofia | No refiere síntomas a este nivel. |
| 16. Piel y anexos mucosas, piel, pelo, uñas, prurito, cambios de coloración, alopecia, erupciones, infestaciones miteoide | No refiere síntomas a este nivel. |
| <i>Historia clínica - Exploración Física</i> | |
| Peso actual (kg) | 75.2 kg |
| Talla (cm) | 154 cm |
| BMC | 31.7 (obesidad clase I) |
| Temperatura (C°) | 36° C |
| Frecuencia cardíaca (x minuto) | 75x' |
| Presión arterial (mm Hg) | 120/70 mmHg |
| Frecuencia respiratoria | 20x' |
| Pulsos | 75x' |

| | | | |
|--|---|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD PÍTOPALCA | Rev. 0 |
| | 8. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas. | | Hoja: 183 de 2669 |
| | | | |

| HISTORIA CLÍNICA | |
|---|--|
| Historia clínica - Explotación Física | |
| Habitus Exterior Edad aparente, biotipo, estado de conciencia, orientación en tiempo espacio y persona, facies postura, marcha, movimientos anormales, estado y color de tegumentos, actitud. | Femenino de edad aparente similar a la cronológica, en actitud libremente elegida, con facies de parésia facial izquierda. |
| Cabeza Cráneo, tipo, forma, volumen, cabello estado, movimientos, fontanelas, con, tinte ojos, reflejos pupilares, fondo de ojo, conjuntivas, nariz, obstrucción mucosa. Boca, derivación de las comisuras, aliento labios y faringe, faringe, óvula, secreciones, amígdalas, adenoides. | Cráneo normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos, sin dolor a la palpación de la piel cabelluda. |
| Cuello forma, movilidad, contracturas, arterias, pulsos, soplos venosos, frenos, Traquea, tímido, ruidos, bullicios, huesos supraclaviculares. | Cuello cilíndrico, simétrico, sin adenomegalias palpables, con pulsos carotídeos de buena frecuencia e intensidad. |
| Tórax Inspección , forma, volumen, simetría, tinte, red venosa y puntos dolorosos, campos pulmonares, movimientos de expansión, auscultación vibraciones vesicales, ganglios, axilas y nódulos. Arta precordial, frecuencia cardíaca, ruidos cardíacos y soplos. Mamas forma, consistencia tamaño, volumen, simetría, color temperatura secreciones, deformaciones del pezón, presencia. | Tórax con amplexión y amplexación normales, sin ruidos anormales a la auscultación. |
| Abdomen Inspección, forma, edema, red venosa, pigmentación, vello, latido pigilétrico, ascitis, movilidad, umbiligo, puntos y zonas dolorosas, mamas, frías, orificios, inguinales, hernias, reflejos cutáneos, percusión, peristaltia, forma y tamaño de vísceras. | Abdomen globoso por panículo adiposo, sin dolor a la palpación, con peristaltia normal. |
| Explotación Ginecológica Explotación manual: útero, forma, volumen, tamaño, posición, consistencia, masas tumorales, dolor uterino y sacro y anexos: dolor a la exploración de ovarios y trompas, presencia de masas tumorales, fondo de saco y adherencias. Explotación armada: forma color deformaciones sangrado, alpebras, leucorrea, sicosis, ectopión piloso. | Diferida la exploración a este nivel. |
| Extremidades Superiores e Inferiores Forma, volumen, piel, uñas, dedos, articulaciones, tono, fuerza, reflejo tendinoso, movimientos, pulsos arteriales, simetría, amplitud, frecuencia, ritmo, arco de movilidad, várices, úlceras, flebitis, edema, marcha, edema, reflejos rotuliano, aquilino y plantar. | Extremidades simétricas, eutróficas, con llenado capilar de 3 segundos, pulsos distales de buena frecuencia e intensidad. |
| Columna Vertebral Inspección, posición, dolor, deformaciones, distensión, alineación, función, simetría, movimiento flexión, extensión, rotación y lateralidad, curvaturas lordosis, cifosis, escoliosis, masas tumorales lesiones cutáneas. | Aparentemente bien alineada, sin dolor a la palpación de las apófisis espinosas. |

| | | | |
|---|--|--|--|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. |

9.- PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN DE CAMAS CENSABLES

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 186 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Proporcionar los mecanismos administrativos que sirvan de Guía al personal médico y paramédico para la realización del egreso hospitalario del paciente, con el fin de disminuir los tiempos de espera, tener un control estricto y oportuno del flujo del expediente clínico y liberar de manera automática las camas censables para mayor disponibilidad de las mismas.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Subdirección de Enfermería comunica al Jefe de servicio la disponibilidad de camas, Jefaturas de Servicios determinan la cama a ocupar, Personal Administrativo y Trabajo Social se coordinan para la asignación de cama de acuerdo al diagnóstico médico.
- 2.2 A Nivel Externo: No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través en conjunto con las Dirección de Operaciones y Subdirección de Enfermería así como los Coordinador de área y Trabajo Social serán responsables de vigilar que se realice adecuadamente el presente procedimiento.
- 3.2 Es responsabilidad del Médico tratante elaborar y firmar la documentación necesaria (Pre-alta, Nota de alta, Hoja de procedimientos médicos y Hoja de hospitalización) para el egreso hospitalario.
- 3.3 Es responsabilidad del subdirector de área donde se encuentre hospitalizado el paciente, supervisar y confirmar el envío del expediente clínico debidamente ordenado al Archivo Clínico en las primeras 24 horas, salvo en caso de contingencia (ausencia de sistema).
- 3.4 Es responsabilidad del Personal de Enfermería verificar que el Expediente Clínico este ordenado, completo y cuente con los documentos necesarios para su egreso.
- 3.5 Es responsabilidad de Trabajo Social de generar la captura de la información del egreso del paciente (Diagnostico, tipo de movimiento, motivo del egreso).
- 3.6 Es responsabilidad del Personal de Trabajo Social de emitir el pase de salida a través de su sistema de cómputo, una vez que se haya realizado la captura del egreso. Al realizar esta actividad el sistema liberara la cama censable de manera automática, a excepción de casos de contingencia (ausencia del sistema).
- 3.7 Personal Administrativo de la Oficina de Admisión Hospitalaria es responsable de liberar las camas censables en el caso de traslado interno de pacientes.
- 3.8 En caso de egreso definitivo y directo de camas no censables, la unidad de hospitalización será responsable de realizar la captura de información (diagnostico, tipo de movimiento y motivo del egreso) y la consecuente liberación de cama censable reservada.

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | Hoja: 187 de 2669 |
| 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | | |

- 3.9 El personal de Trabajo Social es responsable de realizar el trámite de egreso, con base a su Manual de Procedimientos.
- 3.10 En caso de ausencia de sistema en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca el personal administrativo de la oficina de admisión deberá capturar en la bitácora de ingreso "Ausencia del Sistema" los movimientos de egreso generados, ingresarlos al sistema una vez restablecida la operación y enviar el Expediente Clínico a Trabajo Social antes de 24 horas para la liberación de la cama censable.

| | |
|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. |

Hoja 188 de 2669

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos (Médico tratante) | 1 | Realiza visita médica diaria y si existe indicación de la pre-alta en la hoja de indicaciones médicas, notificando al paciente y a enfermería para que informe a Trabajo Social. | Hoja de Evolución |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 2 | Informa a Trabajo Social de la pre-alta, envía al familiar a Trabajo Social para anticipar tramites de egreso | Formato de Pre-alta |
| Subdirectora de Atención al Usuario (Trabajador Social) | 3 | Verifica los documentos en expediente y genera la orden de pago, el día que será dado de alta el paciente, la entrega al familiar y lo envía a realizar el pago correspondiente. | Orden de Pago Expediente Recibo de pago |
| | 4 | Recibe al familiar con las copias de los comprobantes de pago realizados | |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico tratante) | 5 | Realiza visita médica al paciente y determina confirmación de Alta Hospitalaria. ¿Confirma alta del paciente? | Hoja de Alta Formato de Hospitalización |
| | 6 | No: Realiza valoración nuevamente, regresa actividad 1 | |
| | 7 | Si: Informa al paciente y a enfermería, elabora nota de alta, llena y firma la hoja de hospitalización | Expediente Clínico |
| | 8 | Ordena los documentos clínicos e integra el expediente de acuerdo a formato establecido por la Dirección Médica y los entrega a enfermería. | |
| | 9 | Solicita a enfermería informe del alta a personal de trabajo social. | |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 10 | Informa a Trabajo Social del Alta. | |
| | 11 | Verifica que el expediente este ordenado y que contenga nota de alta, receta médica y hoja de hospitalización; debidamente requisitadas. | |

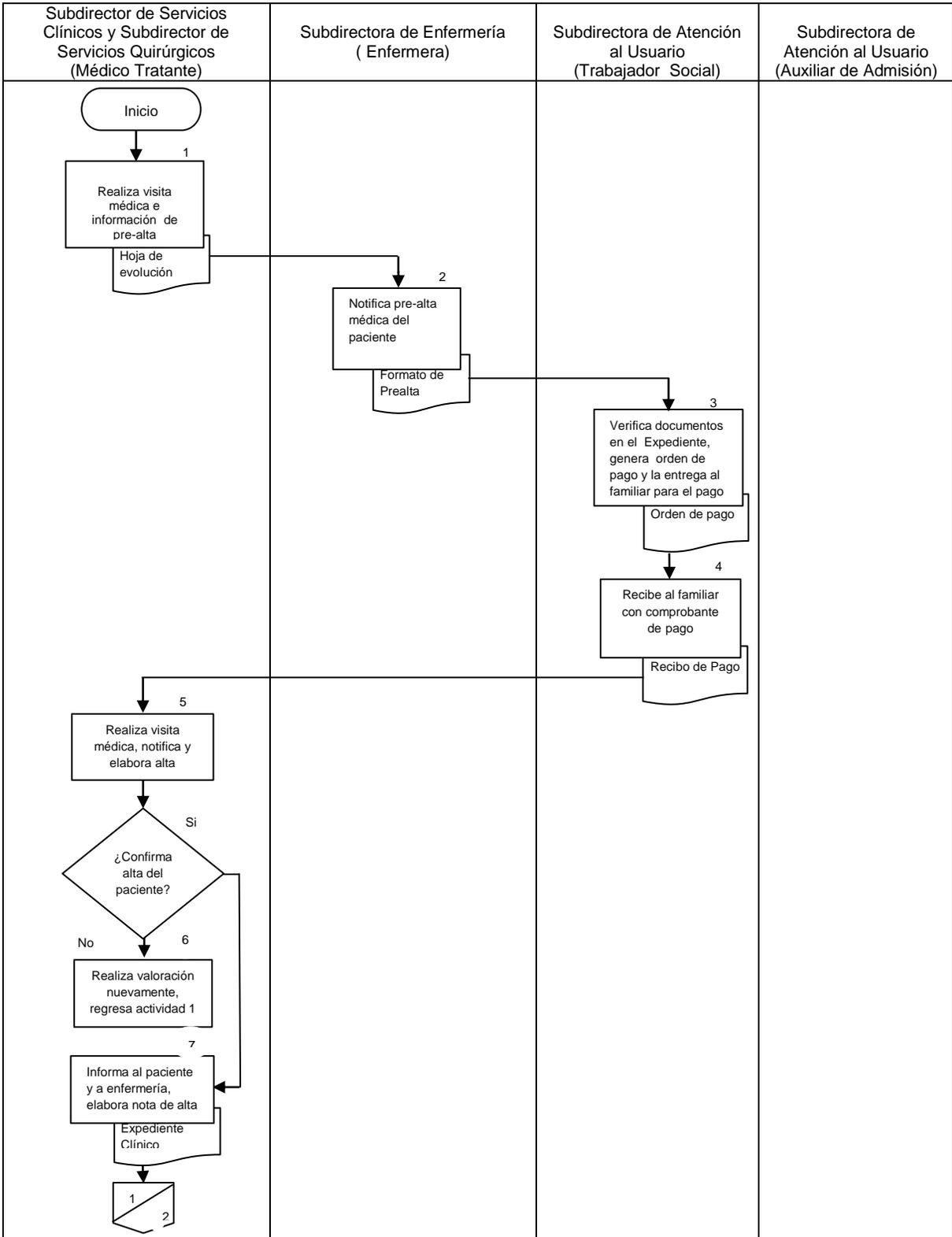
| | |
|--|--|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. |

Hoja 189 de 2669

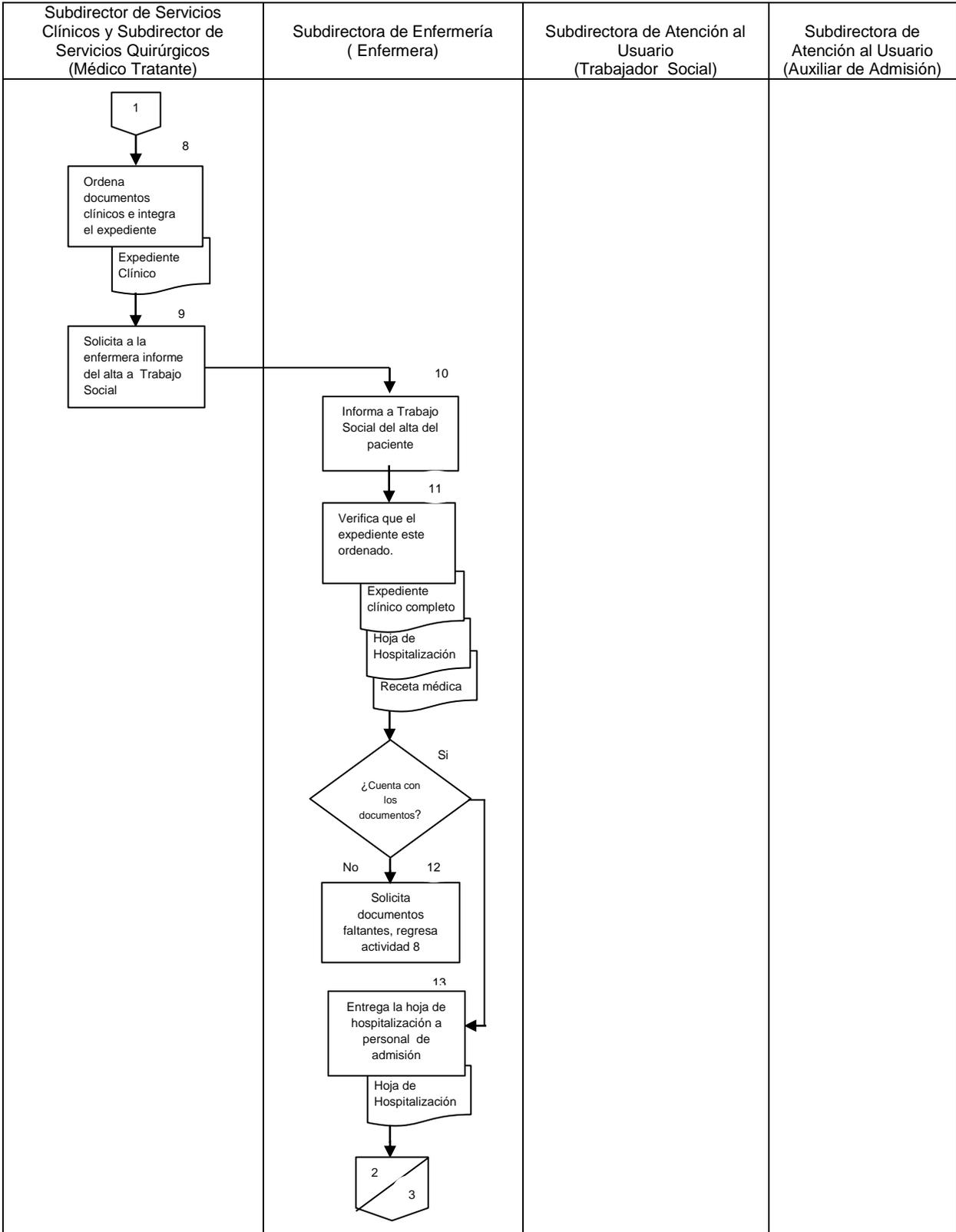
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | 12 | ¿ Cuenta con los documentos No: Solicita documentos faltantes y regresa a actividad 8 | Expediente Clínico/Hoja de Hospitalización |
| | 13 | Si: Entrega hoja de hospitalización a personal administrativo de Admisión Hospitalaria y solicita captura del egreso en el sistema de información. Informa a Trabajo Social del Alta | |
| Subdirectora de Atención al Usuario, (Auxiliar de Admisión) | 14 15 | Captura la información registrada por los médicos en la hoja de hospitalización. Regresa la hoja de Hospitalización a la enfermera para que integre el expediente. | Hoja de Hospitalización |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 16 | Recibe documentos y envía al familiar a trabajo social para concluir el trámite de egreso con la siguiente documentación: Hoja de hospitalización, ficha socioeconómica inicial, hoja de procedimientos en hospitalización y carnet. | Documentos |
| Subdirectora de Atención al Usuario, (Trabajador Social) | 17 18 | Recibe documentos y verifica requisitos cubiertos para realizar el egreso con base en el procedimiento correspondiente.(Ver manual de Trabajo Social) Emite e imprime pase de salida electrónico (dos copias) engrapa una copia a la hoja de hospitalización y la otra la entrega al familiar; envía al familiar con personal de enfermería para que le sea proporcionado el plan de alta e indicaciones médicas del paciente. | Documentos Pase de Salida/ Documentos |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 19 | Recibe el Plan de Alta, verifica que se encuentre el pase de salida en impresión electrónica y los entrega al familiar junto el carnet y la receta para concluir con el egreso. | Documentos |
| Subdirectora de Atención al Usuario, (Auxiliar de Admisión) | 20 | Revisa que el Expediente Clínico se encuentre completo y ordenado de acuerdo al formato establecido, lo registra en Bitácora y lo envía al archivo en menos de 24 horas, solicitando firma de recibido por el personal correspondiente. | Expediente Clínico Bitácora de Ingreso |
| TERMINA | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TUXTLA GUTIERREZ | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | | Hoja: 190 de 2669 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 191 de 2669 |



| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 192 de 2669 |



| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 193 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |
| 6.2 Manual de Procedimientos de Enfermería | N/A |
| 6.3 Manual de Procedimientos de Trabajo Social | N/A |
| 6.4 Código de Bioética para el personal del hospital | N/A |
| 6.5 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012 | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente Clínico | 5 años | Archivo Clínico | N/A |
| 7.2 Bitácora de egresos "Ausencia del Sistema" | 5 años | Archivo del Servicio | N/A |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama Censable.- Es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. **Es la única que produce los egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.**

8.2 Cama Hospitalaria.- Es la cama disponible para la atención continua de pacientes, admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico quirúrgico y no quirúrgico, comúnmente desagregadas por tipo de servicio (Incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedio, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado).

8.3 Cama No censable.- Es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de tratamientos médico quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y **su característica fundamental es que**

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 194 de 2669 |

no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencia, terapia intensiva, trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.4 Egreso.- Es la salida de un paciente de un servicio de hospitalización, se emplea también el término “Alta” que puede ser por curación, mejoría, fuga, voluntario o traslado.

8.5 Expediente Clínico.- Es el conjunto de documentos básicos escritos de manera específica, exacta y ordenada que reflejan con claridad el historial de salud de un paciente.

8.6 Ingreso.- Es la entrada oficial de un paciente en un servicio de hospitalización con fines de diagnóstico, tratamiento o estudios; también se conoce como admisión.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet

10.2 Estudio Social

10.3 Nota de Egreso

10.4 Hoja de aviso de pago

| | | | |
|---|--|--|--------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | |

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CARNET DE CITAS

PROPÓSITO

Poseer un conocimiento homogéneo del proceso de llenado del Carnet de Citas en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI).

PERSONAL INVOLUCRADO

- ✓ Profesionales de Trabajo Social y Auxiliares de Admisión.

ANTECEDENTES

Una vez que el usuario acudió a su cita de primera vez, el personal de trabajo social asignado a realizar el estudio social del paciente, deberá al término de dicho estudio, o si se trata de un paciente hospitalizado que va a ser dado de alta; requisitar el carnet de citas médicas como sigue:

DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

a) Portada

1) NOMBRE DEL NOMBRE DEL PACIENTE como se solicita.

2) CURP Se anotará la clave única del registro de población, ya sea la que proporciona el sistema o si el usuario cuenta en el momento con su clave.

3) NÚMERO DE CARNET Se inscribirá el número correspondiente al estudio social realizado.

b) Interior 1

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

4) GRUPO SANGUÍNEO Y RH Del paciente, si se cuenta con ellos en ese momento o en cuanto se obtengan.

1. Datos Generales:

5) EDAD: se anotara la edad del paciente

6) SEXO: se marcara con una **X** el género del paciente Femenino.

7) SEXO: se marcara con una **X** el género del paciente Masculino.

8) DOMICILIO: Del paciente, se anotará en el formato: Calle y Número, Colonia/Localidad, Municipio o Delegación, Código Postal y Entidad Federativa.

9) FECHA Y EL LUGAR DE NACIMIENTO Del paciente, con el formato para la fecha DD/MM/AA, para el lugar de nacimiento se registrará Delegación o Municipio y el Estado correspondiente.

| | | | | |
|--|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 | |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 197 de 2669 | |
| | | | | |

10.2 Estudio Social

| HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--------------------------|------------|
| Subdirección de Atención al Usuario | | | | |
| Trabajo Social | | | | |
|  ESTUDIO SOCIAL | DATOS GENERALES DEL PACIENTE: | | | |
| | (1) Número de Expediente o Folio: | _____ | | |
| | (2) Nombre del paciente: | _____ | | |
| | | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) |
| | (3) Fecha de nacimiento: | Día | Mes | Año |
| (4) Nivel: | _____ | | | |
| (5) No. de Estudio Social: | _____ | | | |
| (6) SERVICIO: | _____ | | | |
| (7) Fecha de Ingreso | Día | Mes | Año | |
| (8) Fecha de elaboración | Día | Mes | Año | |
| (9) Por: Ingreso | <input type="checkbox"/> | Actualización | <input type="checkbox"/> | |
| (10) Institución que lo refirió: | _____ | | | |
| (11) Edad: | _____ | | | |
| [12] Lugar de nacimiento: | _____ | | Delegación o Municipio | |
| [13] Sexo: Masculino () | Femenino () | (14) Estado CMI: Soltero () Casado () | | |
| [15] Nacionalidad: | _____ | | | |
| [16] Parto atendido en: | _____ | | | |
| [17] Es escolaridad: | _____ | | | |
| [18] Registrado civilmente: | Sí <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | | |
| [19] Ocupación | _____ | | [21] Religión | |
| [20] Lengua/ Idioma | _____ | | | |
| [22] Domicilio actual: | _____ | | | |
| | Calle | | No. exterior / Interior | |
| | Colonia o Ranchería | | C.P. | |
| | Delegación o Municipio | | Estado | |
| | Teléfono particular | Teléfono celular | Teléfono para recado | |
| [23] Domicilio Temporal: | _____ | | | |
| | Calle | | No. exterior / Interior | |
| | Colonia | | C.P. | |
| | Delegación o Municipio | | Estado | |
| | | | Teléfono | |
| | Nombre de quien brinda alojamiento: | | Parentesco: | |
| | _____ | | _____ | |

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA |  | Rev. 0 |
| | Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 198 de 2669 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|---------------|--|--------------|--------|-----------------------------|------------|--|--|
| [24] Datos del Responsable: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Nombre | | | Parentesco | | |
| Domicilio: | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | No. Ext.-Int. | | | | Colonia/Localidad/Ranchería | | | |
| C.P. | | | Municipio/Delegación | | | | Estado | | | | |
| Teléfonos: | | | | | | Escolaridad: | | | | | |
| | | | | | | Religión: | | | | | |
| FACTORES FAMILIARES Y EMOCIONALES. | | | | | | | | | | | |
| [25] FAMILIOGRAMA | | | | | | | | | | | |
| (De cohabitantes anotar: Nombre, Edad, Escolaridad, Ocupación y Enfermedades). | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| [26] Relaciones Familiares: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| [27] En qué ocupan su tiempo libre los miembros de la familia? | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos |  | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 199 de 2669 |
| | | | |

| ESTADO DE SALUD FAMILIAR | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|--------------|--|--|--|-----------------------|----------------------|--|--|
| [28] Diagnóstico(s) médico (s) del paciente: _____ | | | | | | | | | | | |
| [29] ¿Hace cuánto tiempo está enfermo el paciente? | | | | | | | | | | | |
| Menos de 3 meses (2) | | | De 3 a 6 meses (1) | | | Más de 6 meses (0) | | | <input type="text"/> | | |
| [30] ¿Además del problema de salud que presenta, el paciente tiene otras enfermedades de las que se atiende en otra institución? NO (1) SI (0) <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| ¿CUÁL? | | | | | | ¿Dónde se atiende? | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | |
| [31] Estado de Salud de los Integrantes de la Familia: | | | | | | | | | | | |
| Ningún enfermo (2) | | | Un enfermo (1) | | | Dos o el principal proveedor económico (0) | | | <input type="text"/> | | |
| Parentesco: | | | | Diagnóstico: | | | | Lugar de tratamiento: | | | |
| _____ | | | | _____ | | | | _____ | | | |
| _____ | | | | _____ | | | | _____ | | | |
| [32] Algún miembro de la familia presenta limitaciones físicas o cognitivas? SI () NO (X) Cuáles? _____ | | | | | | | | | | | |
| [33] Método de control de la fertilidad: _____ | | | | | | | | | | | |
| [34] Derechohabiente de Seguridad Social: | | | | Sí | | No | | ¿Cuál ? | | | |
| [35] Cuenta con seguro de gastos médicos: | | | | Sí | | No | | ¿Cuál? | | | |
| [36] El paciente o responsable tiene disposición a recibir información del personal de salud? Si () NO () ¿Por qué? _____ | | | | | | | | | | | |
| [37] Existen barreras emocionales y motivacionales del paciente y responsable? Si () NO () CUALES? _____ | | | | | | | | | | | |
| [38] ALIMENTACION | | | | | | | | | | | |
| Desayuno: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | (Horario) | | | | (Alimentos) | | | |
| Comida: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | (Horario) | | | | (Alimentos) | | | |
| Cena: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | (Horario) | | | | (Alimentos) | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD TLAXCALA | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | | Hoja: 200 de 2669 |
| | | | | |

| CONDICIONES ECONOMICAS Y DE TRABAJO | | | | | | | | | |
|--|----|----------------------|---------|----------|---|--|--|--|--|
| [39] PERSONAS QUE APORTAN (Nombre y parentesco) | | [40] INGRESO MENSUAL | | | [41] APORTACION MENSUAL AL GASTO FAMILIAR | | | | |
| Jefe de Familia | | \$ | | | \$ | | | | |
| Esposa (o) | | \$ | | | \$ | | | | |
| Hijo (a) | | \$ | | | \$ | | | | |
| Otro (s) | | \$ | | | \$ | | | | |
| [42] Total | | \$ | | | \$ | | | | |
| [43] No. de dependientes económicos | | | | | | | | | |
| [44] Ocupación del principal proveedor económico: | | | | | | | | | |
| [45] Trabajo: | | Lugar | Horario | Teléfono | Antigüedad | | | | |
| [46] Egreso Mensual: | | | | | | | | | |
| Alimentación y Despensa | | \$ | | | | | | | |
| Renta, Crédito Hipotecario, Predial | | \$ | | | | | | | |
| Agua | | \$ | | | | | | | |
| Luz | | \$ | | | | | | | |
| Gas | | \$ | | | | | | | |
| Teléfono | | \$ | | | | | | | |
| Transporte o gasolina | | \$ | | | | | | | |
| Gastos escolares | | \$ | | | | | | | |
| Gastos en Salud | | \$ | | | | | | | |
| Servicios domésticos, | | \$ | | | | | | | |
| Gastos adicionales | | \$ | | | | | | | |
| [47] Total | | \$ | | | | | | | |
| [48] Relación Ingreso - Egreso: | | | | | | | | | |
| [49] Relación Ingreso - Número de dependientes Económicos: | | | | | | | | | |
| [50] Situación económica | | | | | | | | | |
| [51] Déficit: | \$ | | | | | | | | |
| [52] Superávit: | \$ | | | | | | | | |
| [53] Equilibrio: | \$ | | | | | | | | |

**9. Procedimiento para el egreso del paciente,
control del expediente clínico y liberación de
camas censables.**

| CONDICIONES DE LA VIVIENDA | | | | | | | | | | Puntuación | | |
|----------------------------|--|----------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--|--|
| [54] | Tipo de tenencia: | | Propia pagada (3) | Prestada (1) | Rentada / Crédito (0) | | | | | | | |
| [55] | Tipo de Vivienda: | | | | | | | | | | | |
| | Grupo 1: | Institución de protección social | <input type="checkbox"/> | choza | <input type="checkbox"/> | cueva | <input type="checkbox"/> | casa rural | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Jacal | <input type="checkbox"/> | Cuarto redondo | | <input type="checkbox"/> | sin vivienda | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | barraca | <input type="checkbox"/> | tugurio | <input type="checkbox"/> | | (0) | | | | | |
| | Grupo 2: | Vecindad | <input type="checkbox"/> | Cuarto de servicio | <input type="checkbox"/> | | (1) | | | | | |
| | Grupo 3: | Departamento o casa popular | <input type="checkbox"/> | Unidad habitacional (Interés Social) | <input type="checkbox"/> | | (2) | | | | | |
| | Grupo 4: | Departamento Clase Media | <input type="checkbox"/> | casa clase media | <input type="checkbox"/> | | (3) | | | | | |
| | Grupo 5: | Departamento Residencial | <input type="checkbox"/> | casa residencial | <input type="checkbox"/> | | (5) | | | | | |
| [56] | Número de dormitorios: | | | | | | | | | | | |
| | 5 o más habitaciones (2) | | De 3 a 4 habitaciones (1) | | De 1 a 2 habitaciones (0) | | | | | | | |
| [57] | Dispone de: | | Cocina | Sala | Comedor | Sanitario | Patio | | | | | |
| [58] | No. de personas por dormitorio: | | | | | | | | | | | |
| | 1 a 2 personas (2) | | 3 personas (1) | | 4 o más personas (0) | | | | | | | |
| [59] | No. de familias que habitan el predio: | | | | | | | | | | | |
| [60] | Material de construcción de la vivienda: | | | | | | | | | | | |
| | Mampostería (2) Mixta (1) | | Lámina de cartón, madera, material de deshecho o de la región (0) | | | | | | | | | |
| | Paredes | | Piso | | | | | | | | | |
| [61] | Servicios intradomiciliarios: | | Agua () | Luz () | Drenaje () | Teléfono () | Gas () | Cable () | internet () | | | |
| | Cuatro servicios o más (3) | | Tres servicios (2) | | Dos servicios (1) | | 1 o 0 servicio (0) | | | | | |
| [62] | Servicios Públicos: | | | | | | | | | | | |
| | Tipo Abastecimiento de agua | | Alumbrado | | Drenaje | | Pavimentación | | | | | |
| | Alcantarillado | | Escuelas | | Teléfonos | | Recolección de basura | | | | | |
| | 4 o más (3) | | 3 serv. o más (2) | | 2 Serv. (1) | | 0-1 Serv. (0) | | | | | |
| [63] | Lugar de Procedencia: | | | | | | | | | | | |
| | Distrito Federal (3) | | Estado de México o Hidalgo (2) | | Resto de la República (1) | | | | | | | |
| | Otro País ¿Cuál? | | | | | | | | | | | |
| [64] | Zona de ubicación: | | | | | | | | | | | |
| | Tipo: | | Urbana (2) | | Suburbana (1) | | Rural (0) | | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 | |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 202 de 2669 | |
| | | | | |

| | | | | | |
|------|---|------|----------------------------|----|--------------------------|
| [65] | Estudio Social elaborado en visita domiciliaria: | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| [66] | ARGUMENTACION CON RESPECTO A NIVEL ASIGNADO | [67] | Total de puntos | | <input type="text"/> |
| | | [68] | Nivel de acuerdo a puntaje | | <input type="text"/> |
| | | [69] | Nivel asignado | | <input type="text"/> |
| [70] | Nombre, Firma del (la) T.S. | | | | |
| [71] | Nombre y firma de Supervisor | | | | |
| [72] | Nombre y Firma de autoridad que autoriza el nivel asignado: | | | | |
| [73] | Protesto Decir Verdad | | | | |
| | Nombre y Firma del Paciente, Familiar o Responsable. | | | | |

| | | | |
|--|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 203 de 2669 |
| | | | |

10.3 Nota de Egreso

| | | | |
|---|-------------------|---------------------|--------------------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 20/11/25 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 17/04/2013 11:04 |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | No. Exp: | [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M |
| | | Edad: | 88 Año(s) 2 Mes(es) 24 Día(s) |
| PESO | TALLA | | Grupo y RH: |
| 73.5 | 165 | | |
| Fecha de Atención: | 17/04/13 10:46 AM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NV |
| | | Cama: | |
| Diagnostico: I830 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ÚLCERA | | | |
| NOTA DE EGRESO | | | |
| <small>Signos Vitales del 2013-04-17 08:01:00.0</small> | | | |
| [FRECUENCIA CARDIACA: 64] [FRECUENCIA CARDIACA: 64] [TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA: 138] [TENSIÓN ARTERIAL SISTOLICA: 138] [TENSIÓN ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [TENSIÓN ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.8] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.3] | | | |
| Diagnostico: I830 Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera | | | |

Nota de egreso

Fecha de ingreso 02/04/2013
Hora de ingreso 13:24 h
Fecha de egreso 17/04/2013
Hora de egreso 12:30 h

Resumen de evolución y estado actual Se trata de hombre de 87 años de edad quien ingreso por ulcera flebotática crónica infectada del miembro pelvico derecho, desnutrición cronica, insuficiencia de renal crónica agudizada, bradicardia e hipotensión. Se encontro con edema generalizado, se documentó hipoalbuminemia y sepsis secundaria a foco en ulceras infectadas, cardiopatia hipertensiva e hipertensión pulmonar, además de osteomielitis ñpor contigüdad en zona correspondiente a ulcera flebotática. Durante su estancia despues del tratamiento establecido curso a la mejoría con mejoría en la función renal, mejoría en el estado hemodinámico, y resolución del foco infecciosos a nivel de ulcera flebotática. Presentó cuadro de herpes generalizado que amerito tratamiento con antiviral y desarrollo trombocitopenía. Actualmente se encuentra estable hemodinamicamente, con resolución de bradicardia, neurologicamente integro, sin fiebre desde hace 72 horas, con dermatosis secundaria a herpes en fase de resolución y mejoría de trombocitopenía.

Manejo durante la estancia hospitalaria Tratamiento antimicrobiano.
 Tratamiento antiviral.
 Debridación y lavado de ulcera flebotatica.
 Apoyo nutricional.
 Rehabilitación física y pulmonar.

Problemas: clínicos pendientes Completar tratamiento antimicrobiano para osteomielitis.
 Mejorar estado nutricional.
 Estadificar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 Lograr cicatrización de úlceras flebotática crónicas.

Plan y tratamiento final Continuará con tratamiento antimicrobiano actual por 5 días y posteriormente se ajustara para completar 8 semanas por osteomielitis.
 Completara tratamiento antiviral para herpes por 3 días más.
 Recibirá apoyo con diuretico para mejorar distribución hidrica.
 Continuará con apoyo por nutrición por la consulta externa para mejorar estado nutricional.
 Continuará con rehabilitación física para mejorar condiciones generales.

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA |  | Rev. 0 |
| | Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 9. Procedimiento para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables. | | Hoja: 204 de 2669 |

10.4 Recibo Único de Pago

| Clave | Concepto | Cantidad | Costo Unitario | Importe Total |
|---|--|----------|-----------------------|---------------|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</p> <p>RECIBO ÚNICO DE INGRESOS</p> <p>Exp. Paciente: 5000041</p> <p>Nombre del Paciente: SANTOS BRAVO JAIRO JOEL</p> <p>Domicilio:</p> <p>Colonia:</p> <p>Delegación o Municipio:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo Electrónico:</p> <p>Médico: TANIA SANJURJO VILLAGRA</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>Recibo No: R27</p> <p>Referencia: 5044721</p> <p>4/04/14 09:44 AM</p> <p>Calle y No.: CEFERESO OAXACA</p> <p>Código Postal:</p> <p>Entidad: OAX</p> <p>Nivel de Clasificación: HOSP_EXTERNO</p> <p>Especialidad: OFTALMOLOGIA</p> </div> </div> | | | | |
| | Categoría: CONSULTA EXTERNA | | | |
| 001-02 | Consulta medica de especialidad de primera vez | 1 | 0.01 | 0.01 |
| | Forma de pago: EFECTIVO | | Monto de pago: 767.92 | |
| | Forma de pago: CUENTA POR COBRAR | | Monto de pago: 0.01 | |
| | Total pago(s): 767.93 | | | |
| | | | Subtotal: | 0.01 |
| | | | IVA 16%: | 0.00 |
| | | | Monto Total: | 0.01 |
| | CERO PESOS 01/100 M.N. | | | |
| RAMSES DE LA TORRE ROSAS | | | | |

Este documento no es un comprobante fiscal.

| | | | |
|--|--|--|--------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | |

10.- PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y SOLICITUD DE FIRMA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | | Hoja: 206 de 2669 |
| | | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | |

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos que sirvan de guía al personal médico para el correcto y completo llenado de los formatos de consentimiento informado, que deberán anexarse al expediente a fin de proporcionar al paciente y su familiar responsable información clara, sencilla y entendible sobre los beneficios, riesgos y alternativas (si existiesen) acerca de cada procedimiento médico y/o quirúrgico con fines de diagnóstico terapéuticos y de rehabilitación que se realizaran en su persona, cumpliendo con el principio ético de la autonomía y con ello obtener así la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección Médica coordina la realización de los formatos de consentimiento bajo información, los Subdirectores de Servicios Clínicos y de Servicios Quirúrgicos supervisan e instruyen acerca de la normatividad establecida para el cumplimiento e integración del consentimiento informado al expediente clínico, Jefaturas de Servicios verifican la existencia y el llenado correcto, médico adscrito solicita, explica y llena el formato, enfermera recibe al paciente y/o familiar y verifica formatos de consentimiento requisitados y firmados en el expediente clínico .

2.2 A Nivel Externo: No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad de la Dirección Médica, y Subdirecciones de Área la supervisión del cumplimiento del presente procedimiento.

3.2 Es responsabilidad del Médico adscrito informa claramente al paciente y su familiar responsable la necesidad de firmar la autorización voluntaria de aceptación, bajo la debida información de riesgos, complicaciones, efectos secundarios, secuelas, beneficios esperados y tipo de procedimiento por realizar aclarando al máximo las dudas que existan respecto al procedimiento.

3.3 Es responsabilidad del Médico adscrito realizar el llenado completo solicitando credencial con fotografía para los rubros de identificación del paciente, tipo del procedimiento a realizar, con las firmas obligatorias del paciente si está en condiciones, del familiar responsable del médico tratante y de los testigos presenciales antes de realizar cualquier procedimiento.

3.4 Es responsabilidad del Médico adscrito solicitar la firma de consentimiento bajo información en los siguientes casos específicos, con el llenado completo de los formatos correspondientes:

- a) Al ingreso hospitalario (Médico que realiza el ingreso).
- b) Antes de realizar un procedimiento de alto riesgo (Médico que lo realizará).
- c) Antes de realizar una transfusión sanguínea (Médico que indica la transfusión, solicitará la firma en el formato de consentimiento de receptor una para cada evento de transfusión).
- d) Antes de realizar una donación de sangre (Médico de banco de sangre solicitará la firma en el formato de consentimiento de donador uno para cada evento de donación).
- e) Antes de realizar una cirugía (Médico responsable de la intervención quirúrgica).
- f) Antes de realizar un procedimiento anestésico (Médico Anestesiólogo responsable o durante la vista pre –anestésica).
- g) En caso de fallecimiento solicitar la autorización de necropsia al familiar responsable (Médico tratante en casos excepcionales Médico patólogo).

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | Hoja: 207 de 2669 |

- h) Al ingreso para atención obstétrica (Médico que atenderá el evento obstétrico).
- i) Antes de realizar un procedimiento de planificación familiar definitivo vasectomía salpingoclasia (Médico responsable de la cirugía).
- j) En los casos que proceda antes de realizar un egreso voluntario (Médico que realiza el egreso).
- k) Antes de realizar la colocación de catéter blando para diálisis peritoneal (Médico de nefrología).
- l) Antes de iniciar tratamiento para la enfermedad por modelantes (Médico de cirugía plástica y reconstructiva).
- m) Antes de realizar procedimientos invasivos en la clínica del dolor, hemodinamia, endoscopia, imagenología, urodinamia (Médico tratante del servicio).
- n) Antes de realizar una toma de muestra de sangre para detección de V.I.H.
- o) Antes de realizar una toma de muestra de sangre para determinación de cariotipo.

3.5 Es responsabilidad del subdirector de área supervisar que los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en su servicio contengan los formatos de consentimiento bajo información adecuadamente llenados y firmados además de difundir entre el personal a su cargo que la omisión de la firma del médico tratante en cualquiera de los formatos de consentimiento informado obliga a la suspensión de los mismos y se sancionará administrativamente al personal involucrado.

3.6 En los casos que se consideren necesaria la realización del estudio post-mortem (necropsia) el médico tratante y/o el médico patólogo serán responsables de solicitar la autorización y firma del formato de "Consentimiento bajo información para la realización de necropsia" a los familiares del paciente fallecido, respetando siempre e invariablemente la decisión de los mismos para tal efecto.

| | |
|--|--|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. |

Hoja 208 de 2669

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico tratante) | 1 | Revisa al paciente y determina hospitalizar para estudio o tratamiento médico y/o quirúrgico. ¿Acepta tratamiento? | Solicitud de internamiento Hoja de ingreso hospitalario Formato de consentimiento para hospitalización |
| | 2 | No: Termina procedimiento | |
| | 3 | Si: Llena formato de admisión hospitalaria, hoja de ingreso hospitalario y de consentimiento informado para hospitalización. | |
| | 4 | Solicita identificación y firma del formato de consentimiento bajo información para hospitalización, firma del paciente y/o del familiar responsable y de dos testigos presenciales. | |
| | 5 | ¿Determina la necesidad de tratamiento médico invasivo y/o quirúrgico? | |
| | 6 | No: Envía al paciente al servicio de Medicina Interna y termina el procedimiento Si: Envía al paciente con el familiar responsable al servicio de cirugía y continua tratamiento | |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico Cirujano) | 7 | Recibe al paciente y familiar responsable. ¿Determina y/o confirma la necesidad de cirugía o procedimiento invasivo? | Formato de consentimiento informado para cirugía y/o Formato para procedimiento invasivo |
| | 8 | No: Anota indicaciones médicas | |
| | 9 | Si: Explica los motivos de cirugía o procedimiento invasivo con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, el tipo de procedimiento a realizar, riesgos, beneficios, complicaciones, secuelas y efectos secundarios. | |
| | 10 | Solicita identificación y firma del formato de consentimiento bajo información para cirugía y/o procedimiento invasivo, firma del paciente y/o del familiar responsable y de dos testigos presenciales. | |
| | 11 | ¿Determina la necesidad de utilizar una técnica anestésica? | |
| | 12 | No: realiza la cirugía o procedimiento invasivo con anestesia local Si: Envía al paciente para valoración pre-anestésica. | |

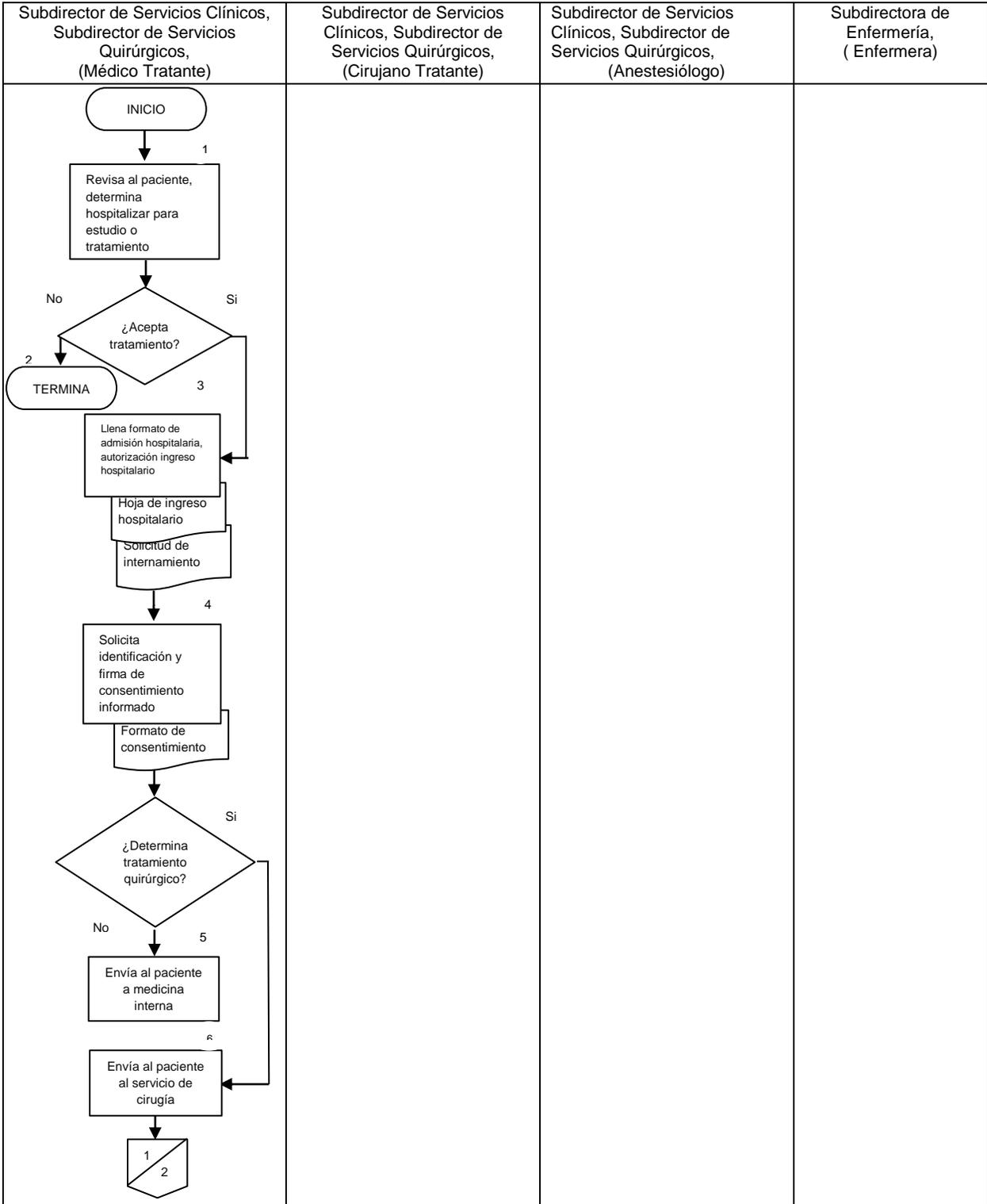
| | |
|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. |

Hoja 209 de 2669

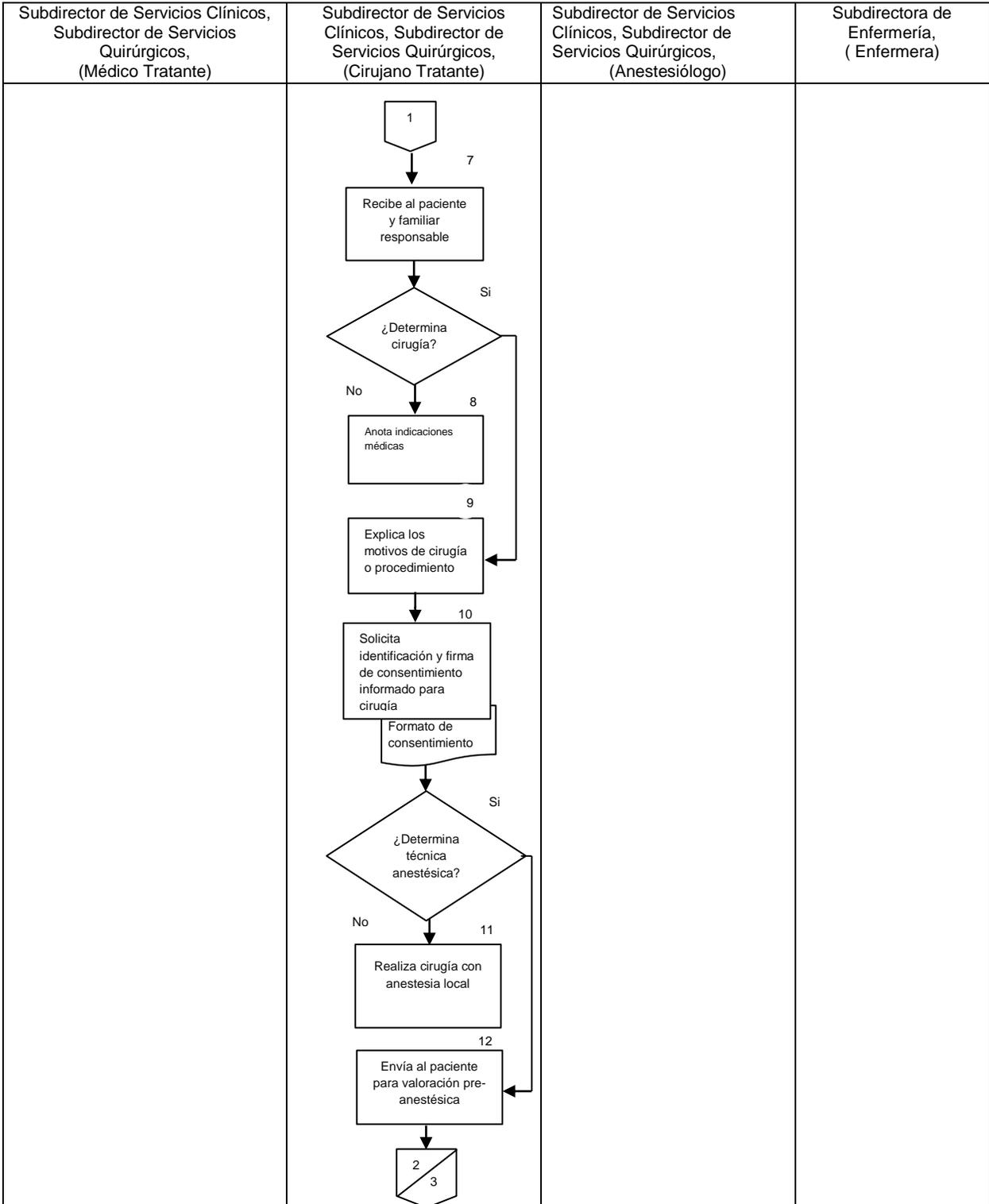
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico Anestesiólogo) | 13 | Recibe al paciente para evaluación preanestésica, determina condiciones satisfactorias para realizar procedimiento anestésico. ¿El paciente es apto para anestesia? | .Formato de consentimiento informado para anestesia |
| | 14 | No: Explica los motivos, solicita adecuación del estado clínico y regresa a la actividad 1 | |
| | 15 | Si: Explica la necesidad de anestesia, técnica(s), anestésica (s) a realizar, riesgos, benéficos, complicaciones, alternativas. | |
| | 16 | Solicita firma del formato, de consentimiento bajo información para anestesia del paciente, solicita identificación con fotografía y firma y de (representante legal en casos especiales), del familiar y de dos testigos presenciales. | |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico tratante) | 17 | Determina la necesidad de transfusión y explica los motivos de la transfusión, riesgos, beneficios, complicaciones, alternativas. | .Formato de consentimiento informado para transfusión |
| | 18 | Solicita identificación y firma del formato, de consentimiento bajo información para transfusión del paciente, familiar y de dos testigos presenciales. Envía al paciente y/o su familiar a la oficina de admisión para continuar procedimiento de admisión. | |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 19 | Recibe al paciente y/o familiar y verifica formatos firmados. <p style="text-align: center;">TERMINA</p> | .Formatos de consentimiento |

| | | | |
|--|---|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | Hoja: 210 de 2669 |

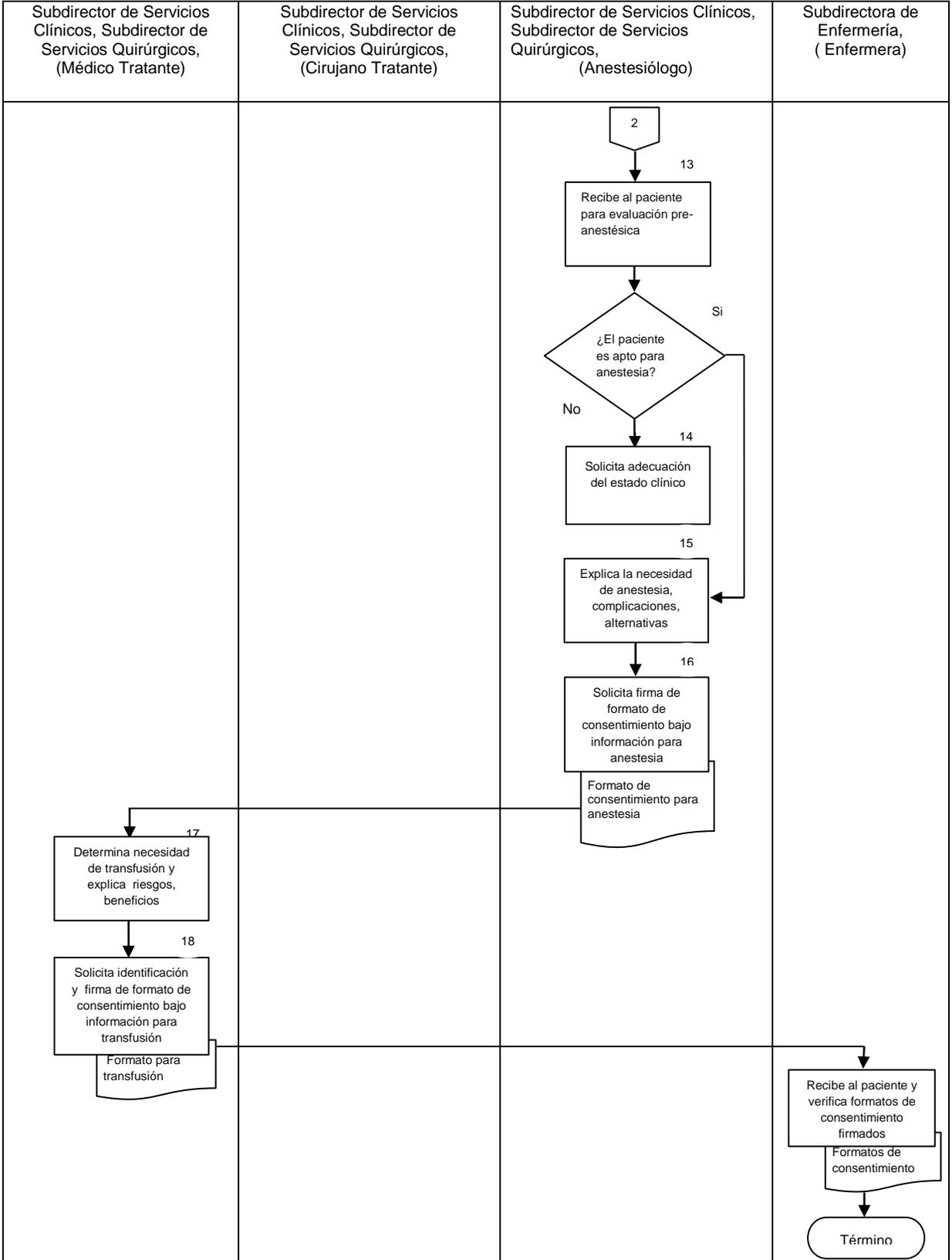
5. DIAGRAMA DE FLUJO.



| | | | |
|--|---|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA |  | Rev. 0 |
| | (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | Hoja: 211 de 2669 |
| 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | |  | |



| | | | |
|--|---|---|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA | Rev. 0 |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | Hoja: 212 de 2669 |



| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPALUCA | Hoja: 213 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--------------------|------------------------|----------------------------|---|
| Expediente Clínico | 5 años | Archivo Clínico | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carta de consentimiento Informado.- Documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal o el familiar más cercano mediante el cual se acepta bajo debidamente información de los riesgos más frecuentes y de los beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico terapéutico, rehabilitatorio, paliativo o de investigación. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligaran al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.2 Consulta preoperatoria de anestesiología.- Protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente, para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y de ser posible respetar la preferencia del paciente.

8.3 Expediente Clínico.- Es el conjunto de documentos básicos escritos de manera específica, exacta y ordenada que reflejan con claridad el historial de salud de un paciente.

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

8.5 Ingreso.- Es la entrada oficial de un paciente en un servicio de hospitalización con fines de diagnóstico, tratamiento o estudios; también se conoce como admisión.

8.6 Riesgo.- Constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad siempre dinámica e individual. No implica necesariamente daño, no otorga certezas ni relaciones directas y deterministas, sino una probabilidad de ocurrencia de este.

8.7 Transfusión alógena.- Aplicación de sangre o componentes sanguíneos de un individuo a otro.

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD XTAPA PALUCA | Hoja: 214 de 2669 |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carta de consentimiento bajo información de ingreso hospitalario
- 10.2 Carta de consentimiento bajo información de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo
- 10.3 Carta de consentimiento bajo información para procedimientos anestésicos
- 10.4 Carta de consentimiento bajo información para cirugía

| | | | |
|---|---|--|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | Hoja 215 de 2669 |

10.1 Carta de consentimiento bajo información de ingreso hospitalario

| | | | |
|---|---|---------------------|-------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | |
| Fecha de Nacimiento: | 22/04/67 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 09/02/2014 16:16 |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | No. Exp: | [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M |
| | | Edad: | 46 Año(s) 9 Mes(es) 22 Día(s) |
| | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 9/02/14 04:07 PM | Servicio: | ADMISION CONTINUA |
| | | Cama: | HAC111 |
| Diagnostico: | null | | |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO DE HOSPITALIZACION | | | |

CONSENTIMIENTO ALTO RIESGO

Paciente identificado con: IFE

Nombre del familiar responsable: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR

Familiar responsable identificado con: IFE

Nombre y firma del representante legal: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR

Representante legal identificado con: IFE

Por medio de la presente manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimiento que se realizará en mi persona, de sus beneficios, riesgos y complicaciones, y autorizo al personal de salud de este hospital para efectuar:

Nombre y firma del paciente: BALDERAS RAMOS JORGE ALBERTO

Nombre y firma del médico tratante: BERTHA GENOVEVA MONTEERRUBIO MARTINEZ

Nombre y firma del familiar responsable: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR

Nombre y firma del representante legal: MARIA MAGDALENA VENTURA BALTAZAR

Nombre y firma del testigo1: IVONNE RIVADENEIRA BARBAS

Nombre y firma del testigo2: NORA GODINEZ CUBILLO

| | | | |
|---|---|--|------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | Hoja 216 de 2669 |

10.2 Carta de consentimiento bajo información de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE ALTO RIESGO
 Carretera Federal México - Puebla Km 34.5 Pueblo de Zoquiapan,
 Estado de México. CP 56530

| | |
|---|------------|
| LUGAR Y FECHA: <u>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</u> | 13/02/2014 |
| NOMBRE: [REDACTED] | |
| NUMERO DE EXPEDIENTE: [REDACTED] | |
| IDENTIFICADO CON: <u>EXPEDIENTE MEDICO</u> | |
| NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE: [REDACTED] (HIJA) | |
| IDENTIFICADO CON: <u>IEE</u> | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: [REDACTED] (HIJA) | |
| IDENTIFICADO CON: <u>IEE</u> | |
| <p>Por medio de la presente manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimiento que se realizara en mi persona, de sus beneficio, riesgos y complicaciones y autorizo al personal de salud de este hospital para efectuar: COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA CON COLOCACION DE PROTESIS PLASTICA, BAJO SEDACION POR ANESTESIOLOGO, SE INFORMA DE COMPLICACIONES COMO SON: SANGRADO, INFECCIÓN, PERFORACIÓN, PANCREATITIS Y/O COLANGITIS QUE PUEDEN REQUERIR DE MANEJO MEDICO, ENDOSCOPICO Y/O CIRUGIA DE URGENCIA. así como, para la atención de contingencia y/o urgencias. Lo</p> | |

[REDACTED]

 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED]

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE
 QUE SE IDENTIFICA CON: GAFETE INSTITUCIONAL

[REDACTED] (HIJA)

 NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

[REDACTED] (HIJA)

 NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|---|--|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 10. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de Consentimiento Informado. | | Hoja 218 de 2669 |

10.4 Carta de consentimiento bajo información para cirugía

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Carretera Federal México - Puebla Km 34.5 Pueblo de Zoquiapan,
 Estado de México. CP 56530

PARA EL CASO DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO, CONSIDERADO COMO DE ALTO RIESGO: ARTICULOS 80, PRIMER PARRAFO, 81 Y 82 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE ATENCION MEDICA; NUMERALES 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.1.2 Y 10.1.2.8 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO Y 3.7 DE LA NOM-024-SSA3-2010 DEL EXPEDIENTE CLINICO ELECTRONICO Y DEMAS DISPOSICIONES APLICABLES.

| | | | |
|--|-------------------|-------|------------|
| Nombre: [REDACTED] | | | |
| Cama: | No. de expediente | Edad: | Teléfono: |
| Servicio: ORTOPEDIA | | 31 | 1126 |
| Lugar y fecha: RIO PANUCO NO. MZ.7 INT. CASA 28 COL. FRACC. JOSE DE LA MORA, IXTAPALUCA, MEXICO. | | | 06/02/2014 |

Yo (nombre y Firma del Paciente o Persona Legalmente Responsable)

En calidad de:

| DATOS DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE EN CASO DE URGENCIA | | | |
|--|--|-------|-------------|
| Nombre: | | Edad: | Parentesco: |
| Domicilio: | | | |
| Identificado con: | | | |

ACTO AUTORIZADO

Expreso mi libre voluntad para autorizar el procedimiento o intervención quirúrgica señalada en este documento después de haberme proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, de igual forma los beneficios.

El médico me informo la existencia de procedimientos alternativos, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla antes del procedimiento o intervención. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.

Otorgo mi autorización al personal de salud del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

| | |
|--|---|
| Tipo de Procedimientos o intervención quirúrgica: | ELECTIVA |
| Diagnóstico previo al procedimiento o intervención quirúrgica (CIE10): | S722 - FRACTURA SUBTROCANTERIANA |
| Otro diagnóstico | FRACTURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR IZQUIERDO |
| Procedimiento o intervención quirúrgica proyectada (CIE09): | 79.3 - REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA |
| Otro procedimiento o intervención quirúrgica proyectada: | |
| Procedimiento de tabulador | |

Riesgos más frecuentes inherentes al procedimiento o intervención quirúrgica y a las condiciones actuales del

LESIONES VASCULARES, NEUROLÓGICAS, INFECCIÓN DE TEJIDO BLANDO, OSEO, CHOQUE HIPOVOLEMICO, TROMBOSIS VENOSA, TROMBOEMBOLIA PULMONAR, TROMBOSIS CARDIACA

Beneficios esperados con la cirugía o procedimiento proyectado:

DISMINUIR LOS RIESGOS Y COMORBILIDADES ASOCIADAS A ESTANCIAS PROLONGADAS INTRAHOSPITALARIAS Y DECUBITO DORSAL.

| | | | |
|---|---|---|-------------------|
|  <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> |  <p>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA</p> | Rev. 0 |
| | <p>DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos)</p> | | |
| | <p>11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria.</p> | | Hoja: 219 de 2669 |

11. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ESTAPALUCA | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | | |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | | Hoja: 220 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos que sirvan de guía al personal médico y paramédico de los servicios quirúrgicos para realizar cirugía mayor ambulatoria en los pacientes que sean candidatos a ella y cumplan con los requisitos establecidos en la NOM-205-SSA1-2002 para la práctica de cirugía mayor ambulatoria con la finalidad de obtener la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección Médica coordina la estandarización de los procedimientos considerados como cirugía mayor, Dirección de Operaciones se encarga del abasto, Subdirección de recursos materiales proporciona los insumos necesarios, Subdirección de Servicios Quirúrgicos realiza los procedimientos quirúrgicos, Subdirección de Enfermería proporciona los cuidados necesarios al paciente., Trabajo social, Oficina de Admisión (Cajeros del Hospital).
- 2.2 A Nivel Externo: No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad del Médico Cirujano tratante, realizar el estudio clínico de los pacientes con necesidades quirúrgicas y determinar si son candidatos para el programa, de acuerdo a los criterios establecidos en la NOM-205-SSA1-2002 para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- 3.2 En los casos de ser requerida la intervención del servicio de anestesiología es responsabilidad del médico anestesiólogo de la consulta pre-anestésica de realizar esta, de acuerdo a los criterios establecidos en la NOM-170-SSA1-1998 para la práctica de la anestesiología una vez que el paciente ha sido estudiado integralmente por el médico cirujano tratante.
- 3.3 Es responsabilidad del Médico cirujano tratante una vez determinada la necesidad de cirugía ambulatoria mayor de solicitar el ingreso del paciente el día de la cirugía al personal de admisión a través del formato de ingreso.
- 3.4 Es responsabilidad del personal de Trabajo Social el realizar el ingreso y egreso del paciente en base a los procedimientos correspondientes establecidos en el Manual de Procedimientos de Trabajo Social.
- 3.5 Es responsabilidad del Personal de Trabajo Social informar ampliamente y de acuerdo a ámbito de su competencia sobre el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria y Trámites a Seguir, así como de la importancia de presentar los requisitos cubiertos el día de la cirugía ambulatoria (recibos de pago y comprobante de donación de sangre).
- 3.6 Es responsabilidad del Personal Administrativo de las cajas (cajeros), de solicitar el pago de la cirugía programada, de acuerdo al Nivel Socioeconómico previamente establecido por Trabajo Social.
- 3.7 El Personal Administrativo del servicio tratante será responsable, una vez identificado el paciente como parte del programa, realizar su ingreso a las camas asignadas al programa a través del formato correspondiente (el tiempo máximo establecido para el ingreso será de 30 minutos).

| | | | |
|---|---|---|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | Hoja: 221 de 2669 |
| 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | | |

- 3.8 El Personal de Enfermería del servicio será responsable de recibir al paciente verificando las condiciones preoperatorias.
- 3.9 El Médico Cirujano tratante será el responsable de realizar el procedimiento quirúrgico programado en los quirófanos asignados para ello además de realizar el dictado operatorio y enviar al paciente a la cama asignada una vez que se determinó su alta de recuperación
- 3.10 El Personal de Enfermería será el responsable de recibir al paciente, verificar que el expediente este completo, verificar la firma del alta del paciente y de avisar a trabajo social de egreso del paciente.
- 3.11 Sera responsabilidad de Trabajo Social realizar el egreso del paciente de acuerdo al procedimiento correspondiente.

| | |
|--|---|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria Hoja 222 de 2669 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico tratante) | 1 | Recibe al paciente lo explora, realiza historia clínica, solicita exámenes de laboratorio y de gabinete para confirmar diagnóstico, programa al paciente para cita subsecuente. | Historia Clínica Exámenes de Laboratorio Formato de interconsulta Valoración cardiovascular y de anestesiología |
| | 2 | Recibe al paciente y revisa los resultados de los exámenes de laboratorio. ¿Determina si es candidato al programa de cirugía mayor ambulatoria? | |
| | 3 | No: Explica la resolución no ambulatoria del padecimiento. | |
| | 4 | Si: Explica detalles del programa. | |
| | 5 | Determina necesarias la valoración cardiovascular y de anestesiología | |
| | 6 | No: programa la cirugía de acuerdo a la disponibilidad de turno , pasa a la actividad 5.0 | |
| | 7 | Sí: solicita interconsulta a los servicios de cardiología y anestesiología y canaliza al paciente a ambos servicios, con apego al procedimiento 8 "Para la solicitud y realización de interconsultas medicas" del Manual de la Dirección Médica, programa cita subsecuente con resultados de valoraciones solicitadas. | |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Medico de base tratante, Cirugía) | 8 | Realiza al paciente, valoración cardiovascular y determina la ausencia de contra indicaciones. ¿Existe alguna contraindicación? | Expediente Clínico Formato valoración cardiovascular |
| | 9 | No: prescribe tratamiento lo asienta en el Expediente Clínico, programa citas subsecuentes hasta el alta al efectuarse esta pasa a la siguiente actividad. | |
| | 10 | Si: realiza valoración en formato y canaliza al paciente con el anestesiólogo. | |

| | |
|--|---|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria Hoja 223 de 2669 |

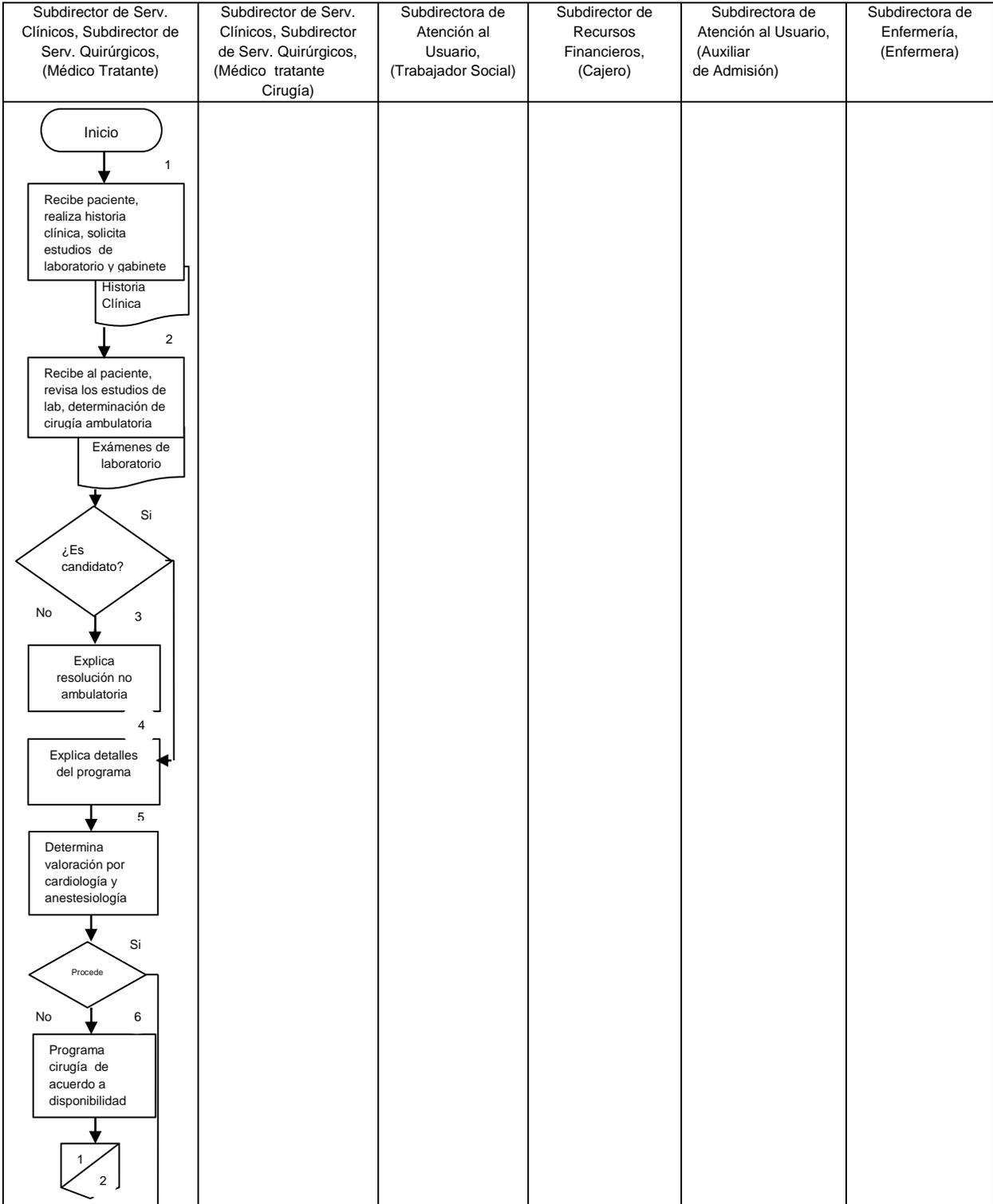
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico tratante) | 11 | Recibe al paciente lo interroga, lo explora y realiza el llenado de hoja de valoración preanestésica y determina la ausencia de contraindicaciones. | .Consentimiento informado .Valoración pre-anestésica |
| | 12 | ¿existen contraindicaciones No: Informa de la causa de la contraindicación y canaliza al paciente con su médico tratante para su corrección, regresa a la actividad 2. | |
| | 13 | Si: Explica el plan anestésico al paciente y lo canaliza con su médico tratante. Solicita firma del Formato de consentimiento informado para anestesia | |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico Tratante) | 14 | Recibe al paciente en cita subsecuente, revisa ausencia de contraindicaciones y confirma fecha de cirugía, extiende orden de internamiento. | .Orden de internamiento .Consentimiento Informado |
| | 15 | Solicita firma de formatos de consentimiento informado para ingreso a cirugía, para realización de procedimientos de alto riesgo y de estudio Histopatológico. | |
| | 16 | Canaliza al paciente con trabajo social para su orientación y entrega de expediente al personal administrativo. | |
| Subdirectora de Atención al Usuario, (Trabajador Social) | 17 | Recibe al paciente, solicita carnet y hoja de internamiento. | . Carnet de citas Orden de internamiento |
| | 18 | Entrevista al paciente elabora estudio social y consigna el nivel de clasificación, coloca sello personal y firma en el carnet de citas. Elabora orden de pago, volante de donación de sangre y las entrega al paciente. | .Volante de internamiento .De sangre .Orden de pago. |
| | 19 | Orienta y envía al módulo de cajas para el pago correspondiente y enfatiza la importancia de presentar su recibo de pago a su ingreso hospitalario. | |
| Subdirector de Recursos Financieros, (Cajero) | 20 | Recibe al paciente, revisa el monto a pagar de acuerdo a la clave asignada a la cirugía solicita el pago y extiende el recibo correspondiente. Canaliza al paciente al servicio de admisión en la fecha programada de cirugía. | .Recibo de pago |

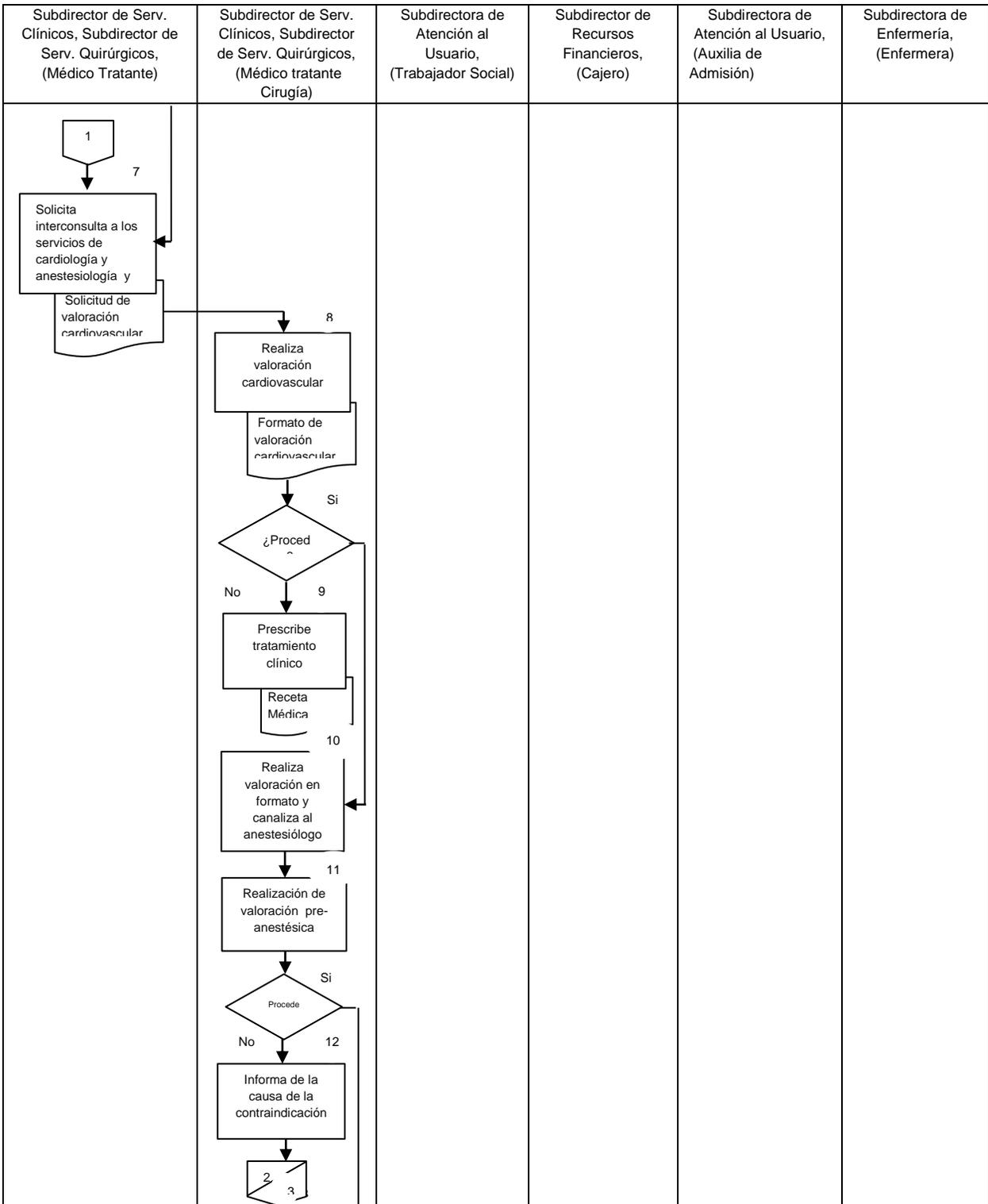
| | |
|--|---|
|   | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria Hoja 224 de 2669 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Subdirectora de Atención al Usuario, (Auxiliar de Admisión) | 21 | Recibe al paciente, verifica la orden de internamiento, recibo de pago, carnet, asigna cama, para cirugía ambulatoria disponible y lo envía con personal de enfermería del servicio correspondiente. | .Orden de internamiento .Recibo de pago .Carnet |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 22 | Recibe al paciente, lo ingresa al área de hospitalización de los servicios quirúrgicos. | .Expediente clínico |
| Subdirector de Servicios Clínicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, (Médico Tratante) | 23 24 | Realiza las indicaciones preoperatorias y la preparación del paciente para cirugía. Realiza dictado operatorio, nota de indicaciones médicas NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y solicita traslado al área de recuperación. | .Expediente clínico |
| Subdirectora de Enfermería, (Enfermera) | 25 | Verifica expediente completo que contenga hoja de alta y hoja de hospitalización debidamente requisitada. Avisa a Trabajo Social para que inicie trámites de egreso. | .Expediente clínico |
| Subdirectora de Atención al Usuario, (Trabajador Social) | 26 | Recibe documentos y realiza egreso en base al procedimiento correspondiente (Manual de Trabajo Social) | .Expediente Clínico |
| TERMINA | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD | Rev. 0 |
| | | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD | Hoja: 225 de 2669 |

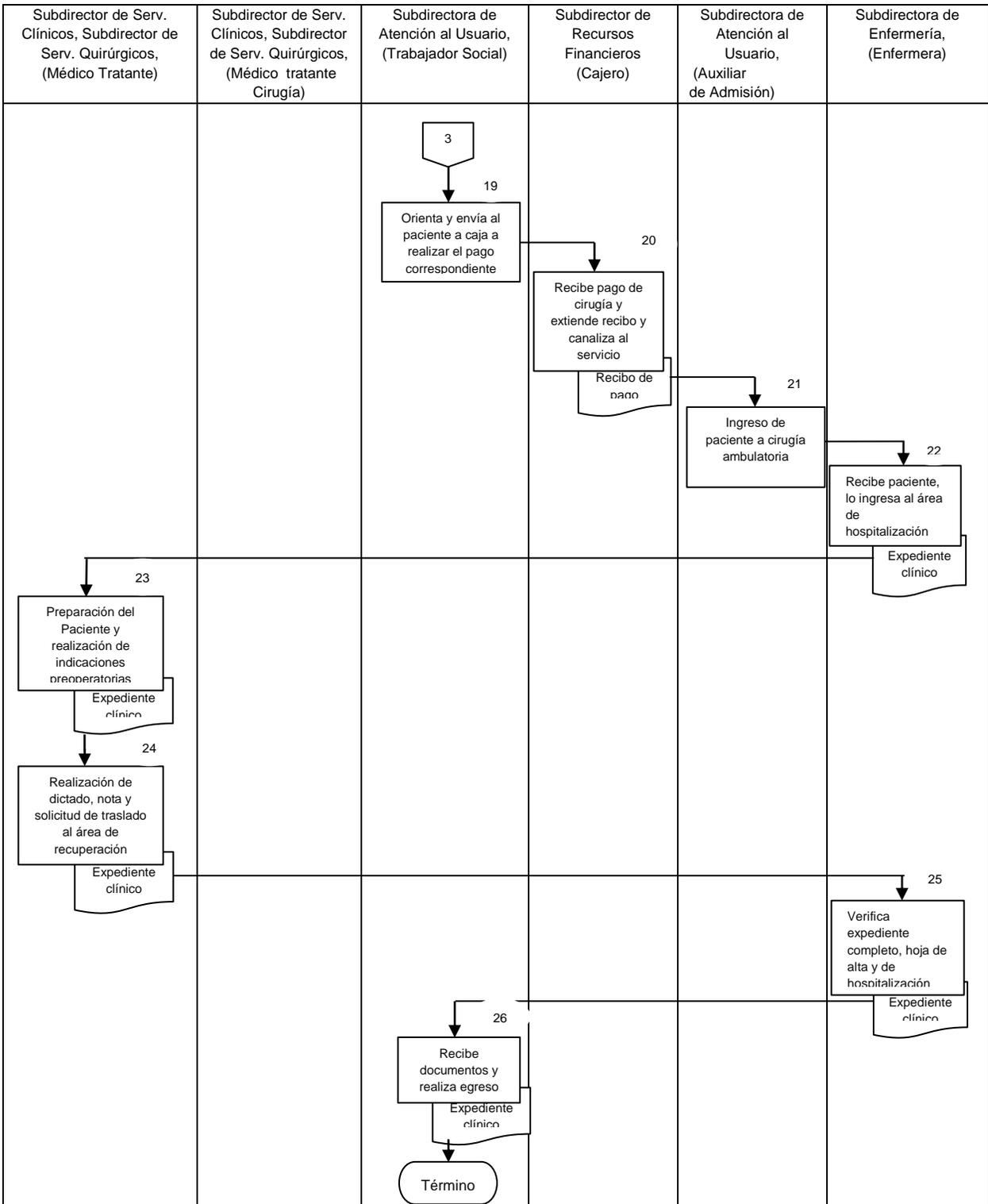
5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|---|--|---|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | Rev. 0 |
| | | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. |  Hoja: 227 de 2669 |





| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja: 229 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria NOM-205-SSA1-2002. | N/A |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología NOM-170-SSA1-1998. | N/A |
| 6.4 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012. | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente Clínico | 5 años | Archivo Clínico | N/A |
| 7.2 Libreta de programación de cirugía ambulatoria | 5 años | Archivo del Servicio | N/A |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cirugía Mayor Ambulatoria:** Procedimiento de cirugía mayor que deben realizarse en salas de cirugía y que por no haber producido invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente en la valoración postoperatoria inmediata; requiere únicamente valoración en cama no censable y ser dados de alta en un lapso no mayor a 24 horas, a partir del ingreso a la unidad quirúrgica.
- 8.2 Egreso de Corta estancia:** A la acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable; es decir estuvo en el servicio de corta estancia. Esta puede clasificarse en quirúrgica y no quirúrgica y no genera egreso hospitalario y por lo tanto tampoco día estancia.
- 8.3 Formato:** Es el conjunto características y de presentación de una publicación periódica o de un programa de televisión o radio.
- 8.4 Interconsulta:** solicitud que se hace a un médico de la misma o de diferente especialidad, con la finalidad de recabar una segunda opinión acerca del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad en la que se tienen dudas al respecto, con la finalidad de otorgar una atención médica de manera oportuna, eficiente y segura.

| | | | | |
|--|---|--|---|-------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD | Rev. 0 |
| | | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD | Hoja: 230 de 2669 |

8.5 Valoración Cardiovascular: Revisión exhaustiva de las condiciones de un paciente, en este caso el sistema cardiovascular.

8.6 Valoración Preanestésica: Protocolo de estudios que permite la realización de una historia clínica en anestesiología para recabar información del paciente y que el mismo tenga conocimiento del riesgo que puede presentar durante el preanestésico, transanestésico, postanestésico, así como manejo de analgesia temprana también conocida como medicina perioperatoria.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet de citas

10.2 Formato de ingreso hospitalario (cirugía ambulatoria)

10.3 Recibo de pago

10.4 Hoja de alta

10.5 Formato de interconsulta

10.6 Formato de valoración cardiovascular y de anestesia

10.7 Formato de consentimiento informado

10.8 Volante de donación de sangre

| | | | |
|---|---|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 232 de 2669 |

10.2 Formato de ingreso hospitalario (cirugía ambulatoria)

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 15/12/03 12:00 AM | Fecha de Impresión: | 28/01/2014 23:19 |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | No. Exp: | [REDACTED] |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M |
| Edad: | 10 Año(s) 1 Mes(es) 29 Día(s) | | |
| Fecha de Atención: | 28/01/14 10:42 PM | Servicio: | ADMISION CONTINUA |
| Cama: | 101 | | |
| Diagnostico: | W542 - MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO, ESCUELAS, OTRAS INSTITUCIONES Y ÁREAS ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS | | |
| NOTA DE INGRESO | | | |
| Diagnostico: W542 <i>Mordedura o ataque de perro, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas</i> | | | |
| Nota de Ingreso | | | |
| Resumen de interrogatorio | Lucio, masculino de 10 años 1 mes. Previamente sano. Ingresó referido del HG de Texcoco del ISEM en helicóptero por haber sufrido agresión por dos perros; con lesión en cara posterior del cuello y en región occipital. Fue intervenido en dos ocasiones en el Hospital de referencia sin éxito ya que no lograron encontrar el sitio de origen de la hemorragia y por sospecha de lesión de plexos venosos cervicales se solicitó su traslado a nuestra Unidad. | | |
| Motivo de ingreso | Lesiones graves por mordedura de perro. Aemia severa aguda Alto riesgo neurológico Fracturas de C2 y C3 | | |
| Exploración física (debe incluir hábitos exterior, cabeza, cuello, tórax, Abdomen, miembros y genitales) | FC: 93x', FR: 18x', TA: 96/52mmHg, sat: 100% Temp: 35°C. Peso: 25 kg SC: 0.90m2SC Bajo sedación superficial, normocéfalo con pupilas isocóricas normorreflejas, orointubado, Glasgow 3. Se aprecia vendaje compresivo en cuello el cual se removerá hasta quirófano, se aprecian dermoabrasiones en hombros y tórax anterior de longitud variables. Se encuentra orointubado con ventilación ciclada por volumen a 10 ml/kg con parámetros FIO2: 80%, PEEP: 5, Ciclado: 18x'. En tórax se ausculta adecuada entrada y salida de aire, los ruidos cardiacos sin fenómenos agragados, abdomen depresible, blando, peristalsis regular, ingreso con globo vesical con donda Foley disfuncional que ya se cambió, no hay otras visceromegalias, genitales masculinos Tanner I, extremidades sin alteraciones con llenado capilar de 3 segundos, frías, y con palidez de tegumentos +++. | | |
| Estado mental | Bajo sedación superficial. Pupilas isocóricas normorreflejas, hay movilidad de las 4 extremidades. | | |
| Resumen de estudios de laboratorio y gabinete | Hb: 8.0 h/dL. Hto: 17.3%, Leuc: 12.400/mm3, segs: 84%, Linf: 9%, Band: 5%, Plaquetas: 111.000/mm3. QS: Gluc: 177mg/dL, Urea: 33.6 mg/dL, Creat: 0.5 mg/dL, Na: 139.7 mEq/L, K: 2.52mEq/L, Cl: 108.3mEq/L. Se realizó TAC de cuello simple y contrastada pendiente interpretación de la misma. | | |
| Tratamiento | Transfusión de CE. Continuamos antibióticoterapia indicada en hospital de procedencia con ceftriaxona y vancomicina (alla se ministraron además gamaglobulina antirrábica y vacuna antirrábica). Plan quirúrgico en cuanto mejoren sus condiciones de Hb. | | |
| Prognóstico | Reservado a evolución | | |
| Reingreso | NO | | |
| Uso de antibióticos de amplio espectro | SI | | |
| ELABORA C.P.: 4854044 PAVEL KORCHAGUIN PIÑA PEREZ ESP.: NEONATOLOGIA FIRMA: _____ | | TRATANTE C.P.: 2982816 RICARDO NADER JIMENEZ ESP.: CIRUGIA RECONSTRUCTIVA FIRMA: _____ | |

10.3 Recibo de pago


HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

| RECIBO ÚNICO DE INGRESOS | | Recibo No: | R34129 |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|---------|
| Exp. Paciente: JUXL490803MDFXRD0 | | Referencia: | 5029368 |
| Nombre del Paciente: X JUAREZ LIDIA | | 8/01/14 06:50 AM | |
| Domicilio: | | Calle y No.: PASE DE LO EUCALIPTOS | |
| Colonia: San Buenaventura | | Código Postal: 56536 | |
| Delegación o Municipio: Ixtapaluca | | Entidad: MEX | |
| Teléfono: 25923782 | | Nivel de Clasificación: NIVEL 1 | |
| Correo Electrónico: | | Especialidad: MEDICINA INTERNA | |
| Médico: JUAN CARLOS ANDA GARAY | | | |

| Clave | Concepto | Cantidad | Costo Unitario | Importe Total |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------|----------------|---------------|
| Categoría: LABORATORIO | | | | |
| 031-25 | Proteínas en orina | 1 | 25.00 | 25.00 |
| 031-14 | Depuración de creatinina | 1 | 17.00 | 17.00 |
| 022-46 | Hemoglobina glucosilada fracción A1C | 1 | 27.00 | 27.00 |
| 030-05 | Química sanguínea de 3 elementos | 1 | 10.00 | 10.00 |
| 030-10 | Perfil de lípidos | 1 | 35.00 | 35.00 |
| 030-08 | Electrolitos séricos (3) | 1 | 18.00 | 18.00 |

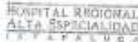
| | |
|-------------------------|-----------------------|
| Forma de pago: EFECTIVO | Monto de pago: 133.00 |
| Total pago(s): 133.00 | |

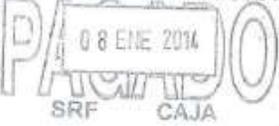
| | | |
|--|---------------------|--------|
| | Subtotal: | 133.00 |
| | IVA 16%: | 0.00 |
| | Monto Total: | 133.00 |

CIENTO TREINTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.


 CARLOS ALBERTO JIMENEZ SANTANA

Este documento no es un comprobante fiscal.



| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 234 de 2669 |

10.4 Hoja de alta

| | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|------------------|-------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 20/11/25 12:00 AM | | Fecha de Impresión: | 17/04/2013 11:04 | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 88 Año(s) 2 Mes(es) 24 Día(s) |
| PESO | | TALLA | | Grupo y RH: | |
| 73.5 | | 165 | | | |
| Fecha de Atención: | 17/04/13 10:48 AM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | | Cama: |
| Diagnostico: | I830 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ÚLCERA | | | | |
| NOTA DE EGRESO | | | | | |
| <small>Signos Vitales del 2013-04-17 08:01:00.0</small> | | | | | |
| <small>[FRECUENCIA CARDIACA: 64] [FRECUENCIA CARDIACA: 64] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 138] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.8] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.3]</small> | | | | | |
| Diagnostico: | I830 Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera | | | | |

Nota de egreso

Fecha de ingreso 02/04/2013
Hora de ingreso 13:24 h
Fecha de egreso 17/04/2013
Hora de egreso 12:30 h

Resumen de evolución y estado actual Se trata de hombre de 87 años de edad quien ingreso por ulcera flebotática crónica infectada del miembro pelvico derecho, desnutrición cronica, insuficiencia de renal crónica agudizada, bradicardia e hipotensión. Se encontro con edema generalizado, se documentó hipoalbuminemia y sepsis secundaria a foco en ulceras infectadas, cardiopatía hipertensiva e hipertensión pulmonar, además de osteomielitis ñpor contigüdad en zona correspondiente a ulcera flebotática. Durante su estancia despues del tratamiento establecido curso a la mejoría con mejoría en la función renal, mejoría en el estado hemodinámico, y resolución del foco infecciosos a nivel de ulcera flebotática. Presentó cuadro de herpes generalizado que amerito tratamiento con antiviral y desarrollo trombocitopenia. Actualmente se encuentra estable hemodinamicamente, con resolución de bradicardia, neurologicamente integro, sin fiebre desde hace 72 horas, con dermatosis secundaria a herpes en fase de resolución y mejoría de trombocitopenía.

Manejo durante la estancia hospitalaria Tratamiento antimicrobiano.
 Tratamiento antiviral.
 Debridación y lavado de ulcera flebotatica.
 Apoyo nutricio.
 Rehabilitación física y pulmonar.

Problemas clínicos pendientes: Completar tratamiento antimicrobiano para osteomielitis.
 Mejorar estado nutricio.
 Estadificar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 Lograr cicatrización de úlceras flebotática crónicas.

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 235 de 2669 |

10.5 Formato de interconsulta

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------|-------|---------|---------------------|--|--|------------------|--|--|--------------|--|--|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 19/12/32 12:00 AM | | Fecha de Impresión: | 10/02/2014 09:20 | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp: | [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | M | Edad: | 81 Año(s) 1 Mes(es) 25 Día(s) | | | | | | | | | | | | |
| | | | Grupo y RH: | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Atención: | 10/02/14 09:13 AM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | | Cama: | | | | | | | | | | | | |
| Diagnostico: | S722 - FRACTURA SUBTROCANTERIANA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOTA DE INTERCONSULTA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Signos Vitales del 2014-02-10 07:36:00.0</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>[FRECUENCIA CARDIACA: 66] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 136] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 59] [PAM (PRESION ARTERIAL MEDIA): 90] [TEMPERATURA 36°-37.5°]: 36] [GLUCEMIA: 100]</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnostico: S722 Fractura subtrocanteriana | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Nota de interconsulta.</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la especialidad interconsultada: | Cardiología | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo de la consulta: | Fractura Transtrocantería | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criterios diagnósticos: | Hipertensión pulmonar y disfunción diastólica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sugerencia de diagnóstico y tratamiento: | Paciente del que se solicita valoración por riesgo cardiovascular elevado, sin embargo en ecocardiograma realizado el día de ayer se documento movilidad segmentaria normal, con FE del 80% solo con hipertensión pulmonar con PSAP de 40 mmHg, y alteraciones de la relajación ventricular, por lo que no hay recomendaciones especiales, solo sugiero medidas de higiene venosa y manejo con heparinas de bajo peso molecular. Comparto la opinión con Medicina Interna el riesgo inherente al procedimiento es elevado. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exploración Física: | Se encuentra paciente despierto orientado, cooperador, sujeto a cama, no tiene cuidador primario por el momento, tolera el decúbito, con patrón respiratorio normal, con ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad sin s3 o s4, campos pulmonares con apropiada entrada y salida de aire, no tiene síndromes de pleura o pulmón, no tiene congestión hepática. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prognóstico: | Se espera bueno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se consultaron guías terapéuticas: | Si | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">ELABORA</td> <td style="width: 20%;">C.P.:</td> <td style="width: 20%;">2650908</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">RENE RODRIGUEZ CRUZ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESP.:CARDIOLOGIA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FIRMA: _____</td> </tr> </table> | | | | | | ELABORA | C.P.: | 2650908 | RENE RODRIGUEZ CRUZ | | | ESP.:CARDIOLOGIA | | | FIRMA: _____ | | |
| ELABORA | C.P.: | 2650908 | | | | | | | | | | | | | | | |
| RENE RODRIGUEZ CRUZ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESP.:CARDIOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 236 de 2669 |

10.6 Formato de valoración cardiovascular

| | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|------------------|--------------------------------|
|  | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA | | | |
| Fecha de Nacimiento: | 20/03/32 12:00 AM | | Fecha de Impresión: | 11/02/2014 20:16 | |
| Nombre Paciente: | [REDACTED] | | No. Exp: | [REDACTED] | |
| CURP: | [REDACTED] | Genero: | F | Edad: | 81 Afo(s) 10 Mes(es) 24 Día(s) |
| | | | | Grupo y RH: | |
| Fecha de Atención: | 11/02/14 07:34 PM | Servicio: | A2-HOSPITALIZACION ADULTOS 1NIV | | Cama: |
| Diagnostico: | C241 - TUMOR MALIGNO DE LA AMPOLLA DE VATER | | | | |
| VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | | | | | |
| <small>Signos Vitales del 2014-02-11 16:00:00.0</small> | | | | | |
| [FRECUENCIA CARDIACA: 80] [TENSION ARTERIAL SISTOLICA: 110] [TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: 60] [PAM (PRESION ARTERIAL MEDIA): 76] [TEMPERATURA (36°-37.5°): 36.6] | | | | | |
| Diagnostico: C241 Tumor maligno de la ampolla de Vater | | | | | |
| DATOS DEL PACIENTE - VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | | | | | |
| EDAD | 82 años. | | | | |
| SEXO | Femenino. | | | | |
| N. DE EXPEDIENTE | COME320320MTLRZF05 | | | | |
| SERVICIO SOLICITANTE | Cirugía Oncológica. | | | | |
| N. DE CAMA | 106. | | | | |
| DIAGNOSTICO | Sx icterico en estudio. Colangitis. A descartar neoplasia encrucjada bilopancreatica. Programada CPRE | | | | |
| FECHA | 11/02/2014 | | | | |
| FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR - VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | | | | | |
| CARDIOPATIA ISQUEMICA | Interrogados y negados. Su CF I NYHA. No angina. Bo antecedentes de IAM. | | | | |
| ENFERMEDAD VALVULAR | Negados. A la EF sin evidencia de soplos significativos. | | | | |
| INSUFICIENCIA CARDIACA | Interrogados y negados. CF I. No edemas. No datos de disnea paroxistica nocturna. | | | | |
| PRESION ARTERIAL. | Antecedente de hipertension arterial sistémica 8 años de evolucion tratamiento previo con enalapril, en las últimas semanas ingesta de forma irregular por periodos d ehipotension arterial. manteniendo cifras de TA dentro de la normalidad. | | | | |
| ELECTROCARDIOGRAMA | Se realizo EKG en reposo el 10 02 2014 con trazo eu demuestra ritmo sinusal, com FC de 76 por minuto. el eje QRS a 40 grados. La morfología de p normal, el intervalo PR de 140 mseg. No evdencia de ischemia o zonas de necrosis. No evidencia de trast del ritmo. El punto J dentro de la normalidad. Analisis del ST sin alteraciones. Onda T sin anormalidades. | | | | |
| PLACA DE TORAX | Se realiza en proyeccion PA. Mala técnica inspiratoria. Tejidos blandos sin alteraciones. mediastino sin agregados. Destaca calcificación de anillos traqueales. Silueta cardiaca con aoroesclerosis, disorto aumentod e silueta cardiaca. IC limitrofe. A nivel pulmonar datos ampliament sugestivos de neumopatía crónica manifestad por engrosamiento intersticial, zonas de fibrosis difusa, datos indirectos de atrapamiento aéreo. | | | | |
| LABORATORIO | Se realiza deteiancion el 10/02/2014 con leucocitos de 22.700, predominio de 17.900 neutrófilos. Con linfocitos de 1800, Hb de 13.2, Hcto de 40.3: hay normocitosis normocromía. Las cifras opalquetarias disminuidas en 118.000 mismoq ue pride estar en relacións los datos de proceso inflamatorio sistémico con foco infeccioso en vía biliar. Pese a datos de colestasis sin alteracione en TP y TTPa con cifra de 110.6 seg y 25.4 segundos respectivamente.. referente a QS con control glucémico de 87, llego con aumento de rel bun creatinina en 29.3, probable señal de hipovolemia y deshidratacion debido a las manifestaciones clinicas presentadas. Con urea de 63.6, Cr de 1. BUN de 29.7. No hay alteraciones en NA de 142, no obstanet potasio limitrofe en 3.5. ALbumina de 3.8. HAY tendencia a hiperbilirubinemia con 4.2, con predominio de 3.52 de BD. Complementando con suemnto de enzimas que sonforman colestasis con FA 1530 y GGt de 1400. qmilasa 57 Reacciones febriles negativos. | | | | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 237 de 2669 |

| VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | |
|---|--|
| FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR - VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | |
| OBSERVACIONES | <p>Medicina Interna.</p> <p>Mujer de 82 años de edad hospitalizada a cargo de Qx oncológica por sx icterico en estudio, alta sospecha de comportamiento paraneoplásico, se planea CPRE, se sol VPO, destacan los siguientes antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No alergias. * Niega tabaquismo, etilismo y demás toxicomanías. Antecedente de exposición prolongada a productos de combustión de biomasa por aproximadamente 30 años. * DM2 7 años de evolución tratamiento con glibenclamida 2.5mg cada 12 hrs. HAS 8 años de evolución tratamiento con enalapril 10mg cada 1 2hrs. AL momento sin ingesta continua por controlid e cifras de TA. *Antecedente de artroplastia de ambas rodillas sin complicaciones por gonartrosis. Antecedente de desprendimiento retiniano sometido a tratamiento con fotocoag y laser. Antecedente de drenaje de absceso en glúteo sin complicaciones. Niega transfusionales. *Niega cardiopatía isquémica. Niega hemorragias. * Niega tos crónica aunque existe antecedente de cuadros infecciosos respiratorios frecuentes. *Destaca en su cuadro actual historia de una semana consistente en dolor de tipo colico en epigastrio e hipocondrio derecho así como datos de bacteremia. <p>La TA 128/82, FC 74 FR 18 Temp 36. Orientada 3 esferas. Tinte icterico de escleras. Mucosa seca. Cavidad oral lengua saburra. Cuello corto, no megalias, IY grado I. Pulsos sin alteraciones. Tórax con aumento de diametro AP, limitacion de amplitud de move resp. Sibilancias intermitentes espiratorias, no estertores, no ruidos respiratoria. Hiperclaridad. Rcs ritmicos, intensidad normal, ritmicos, no soplos. Abdomen globoso pro panículo adiposo, blando depresible, peristalsis isminuida. Dolor en epigastrio hipocondrio derecho. No se integra irritación peritoneal. Extremidades sin edema.</p> |
| RESULTADO | <p>Mujer con sx icterico pbe obstructivo de etiología a determinar elevada probabilidad de paraneoplásico. Sin contraindicaciones absolutas para realizar procedimiento dx. Destaca en estudios complementarios datos de neumopatía crónica, por lo que se recomienda complementación dx con espirometría para establecer una clasificación funcional desde el punto de vista respiratoria. La omisión de este estudio no contraindica procedimiento.</p> <p>ASA III. Goldmann I. Índice de Lee I. riesgo TE moderado.</p> <p>Indicaciones preqx:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Higiene venosa. * Vigilancia de cifra sde TA, por el momento sin necesidad de tratamiento antihipertensivo. * Continuar sola isotónica de tipo NA CL 0.9% con complementación de potasio. * Antipiretico en caso necesario. Si hace bacteremia y/o pico febril. sugiero toma de hemocultivos * Medias elásticas o vendaje elásticos de extremidades inferiores. * Vigilancia de glucometría por turno con esquema de insulina en caso necesario: <180=0, 181-240=2, 241-300=4, 301-350=6 Mas de 350=8. * Dados los datos incipientes de colangitis sugiero complementar antimicrobiano que de acuerdo a recomendaciones puede oscilar entre uso de cefalosporina de tercera generación+ metronidazol, o en su defecto complementar metronidazol al ciprofloxacino actual. * Vig SV. <p>Tranqx.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Vigilancia de sV. * Vig de SaO2. * Vig hemodinámica. * O2 optima <p>Postqx.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Vig de SV. * Controlid e dolor. * Vig de SV. Vig de dolor abdominal postcpre y toma de labs incluyendo lipasa amilasa. * Continuar antimicrobiano establecido. *En caso de postración y de no haber datos de sangrado incipiente y/o coagulopatía iniciar tromboprofilaxis. * Continuar sola isotónicas. |
| MEDICO RESPONSABLE - VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | |
| NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO RESPONSABLE | Juan carlos Anda |
| CEDULA PROFESIONAL | 4784653 |

| | |
|------------------------|---------------|
| ELABORA | C.P.: 4784653 |
| JUAN CARLOS ANDA GARAY | |
| ESP.:MEDICINA INTERNA | |
| FIRMA: _____ | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 238 de 2669 |

10.7 Formato de consentimiento informado

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
DIRECCIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
 Carretera Federal México - Puebla Km 34.5 Pueblo de Zoquiapan,
 Estado de México. CP 56530

PARA EL CASO DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO, CONSIDERADO COMO DE ALTO RIESGO: ARTICULOS 80, PRIMER PARRAFO, 81 Y 82 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE ATENCION MEDICA; NUMERALES 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.1.2 Y 10.1.2.8 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO Y 3.7 DE LA NOM-024-SSA3-2010 DEL EXPEDIENTE CLINICO ELECTRONICO Y DEMAS DISPOSICIONES APLICABLES.

| | | | |
|---|-------------------|-------|-----------|
| Nombre: [REDACTED] | | | |
| Cama: | No. de expediente | Edad: | Teléfono: |
| Servicio: ORTOPEDIA | | 31 | 1126 |
| Lugar y fecha: RÍO PANUCO NO. MZ.7 INT. CASA 28 COL. FRACC. JOSE DE LA MORA, IXTAPALUCA, MEXICO, 06/02/2014 | | | |

| | |
|---|-------------------|
| Yo (nombre y Firma del Paciente o Persona Legalmente Responsable) | En calidad de: |
| DATOS DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE EN CASO DE URGENCIA | |
| Nombre: | Edad: Parentesco: |
| Domicilio: | |
| Identificado con: | |

ACTO AUTORIZADO

Expreso mi libre voluntad para autorizar el procedimiento o intervención quirúrgica señalada en este documento después de haberme proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los posibles riesgos, complicaciones y secuelas, de igual forma los beneficios.

El médico me informo la existencia de procedimientos alternativos, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla antes del procedimiento o intervención. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.

Otorgo mi autorización al personal de salud del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

| | |
|--|---|
| Tipo de Procedimientos o intervención quirúrgica: | ELECTIVA |
| Diagnóstico previo al procedimiento o intervención quirúrgica (CIE10): | S722 - FRACTURA SUBTROCANTERIANA |
| Otro diagnóstico | FRACTURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR IZQUIERDO |
| Procedimiento o intervención quirúrgica proyectada (CIE09): | 79.3 - REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA |
| Otro procedimiento o intervención quirúrgica proyectada: | |
| Procedimiento de tabulador | |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 11. Procedimiento para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria. | | Hoja 239 de 2669 |

10.8 Volante de donación de sangre

Requisitos mínimos para la donación

- ⇒ Tener entre 18 y 65 años.
- ⇒ Peso igual o superior a 55kg.
- ⇒ Pulso y Tensión Arterial sin alteraciones.
- ⇒ No tener Anemia.
- ⇒ No realizar prácticas de riesgo que faciliten el contagio de hepatitis, sífilis o SIDA.

Frecuencia de donación

- Mujeres 3 veces al año como máximo.
- Hombres 4 veces al año como máximo.
- Todos deben dejar pasar 2 meses como mínimo entre una donación y la siguiente.



POR TU APOYO GRACIAS




MISIÓN DEL HOSPITAL
 Brindar servicios de salud con un equipo innovador de profesionales competentes y altamente comprometidos con el usuario, en la resolución de los problemas de alta complejidad, con estructura y tecnología de punta, a través de un modelo de atención único, integrado a la red de servicios que promueve la formación y desarrollo de recursos humanos y generación del conocimiento.

INFÓRMES: Carretera Federal México-Puebla km. 34.5, Pueblo Zoquiapan, Municipio de Ixtapaluca Estado de México CP. 56530, T. (55) 5972-9800 SERVICIO DE TRANSFUSION Ext: 1094.

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

Dona sangre, regala vida




T. (55) 5972-9800 SERVICIO DE TRANSFUSION EXT: 1094

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. | | Hoja: 240 de 2669 |

12. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO.

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. | Ixtapaluca | Hoja: 241 de 2669 |

1. PROPOSITO

- 1.1 Establecer los mecanismos que permitan la selección y contratación del personal médico aspirante a nuevo ingreso al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, con el fin de colaborar a que los trámites se agilicen por las partes que intervienen en el proceso.

2. ALCANCE

- 2.1 A Nivel Interno: Aplica a la Dirección Médica entrevista y selecciona a los profesionales, Subdirecciones de Área Médica y Jefaturas de Servicio en conjunto con la dirección médica analizan que es un recurso humano apto para su contratación, la Subdirección de Recursos Humanos integra los documentos, el Director General otorga el Vo,Bo y solicita al Administrador su contratación.
- 2.2 A Nivel Externo: No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

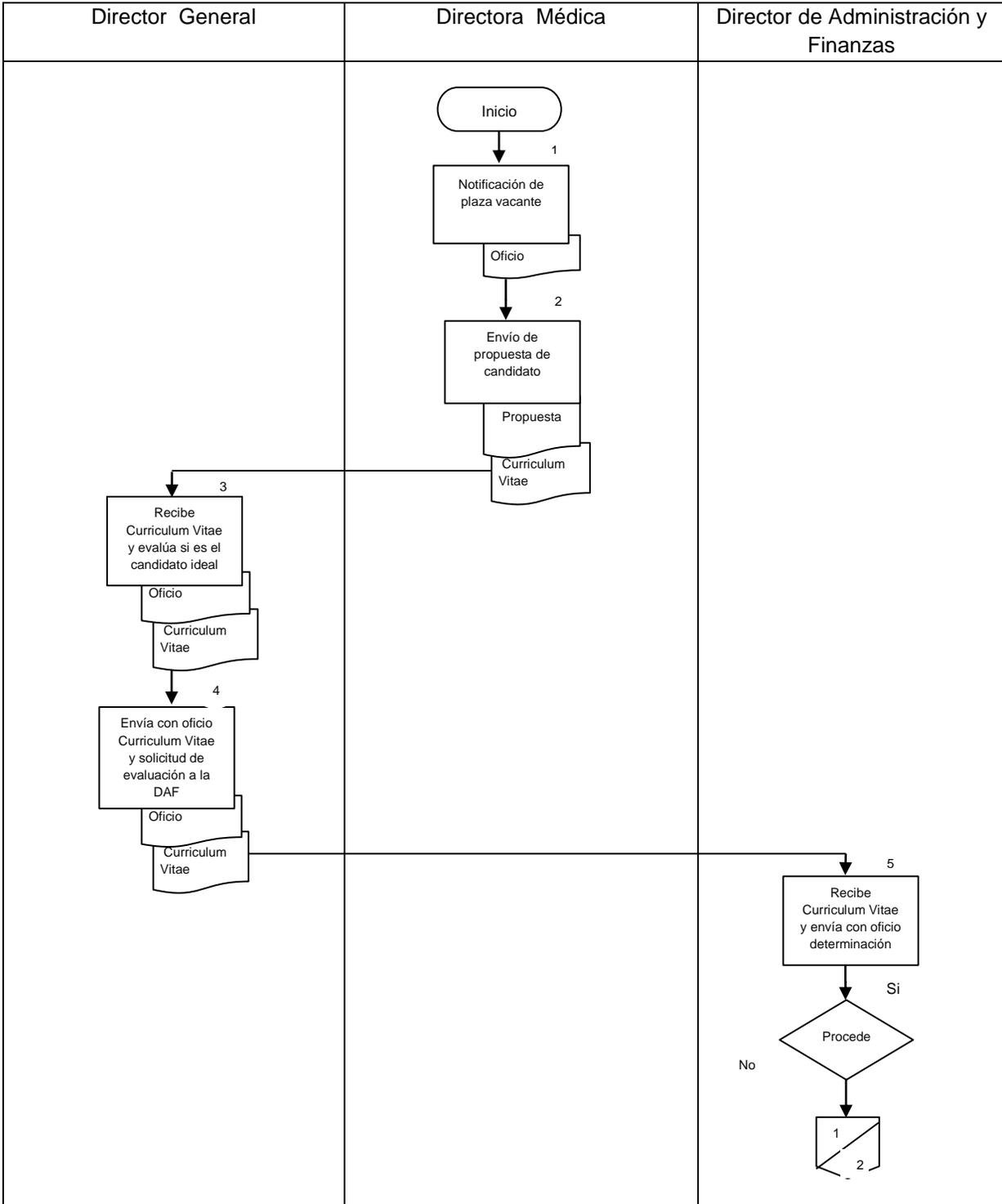
- 3.1 Es responsabilidad de las Jefaturas de Servicio, de las Subdirecciones Clínica y Quirúrgica notificar la liberación de una plaza de Médico Especialista y/o General a la Dirección Médica, así como de presentar el curriculum vitae de sus candidatos para ocupar una plaza vacante en su servicio.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica establecer, revisar, verificar y vigilar que se cumplan los lineamientos y los requisitos para la selección del personal médico de base de nuevo ingreso.
- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección Médica difundir este procedimiento a todos los servicios correspondientes.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección Médica y de las Subdirecciones de Área Médica realizar la evaluación integral de los candidatos propuestos por las Jefaturas de Servicios para ocupar una plaza vacante.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección Médica una vez aprobada la propuesta de candidatos enviar la solicitud de contratación a la Dirección de Administración y Finanzas.
- 3.6 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos mantener abierta la convocatoria en caso de que no se seleccione ningún candidato.
- 3.7 El incumplimiento de este procedimiento, será sancionado por las autoridades correspondientes de acuerdo a la Ley federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos Vigentes.
- 3.8 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se apegarán al Código de Ética vigente en el Hospital regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

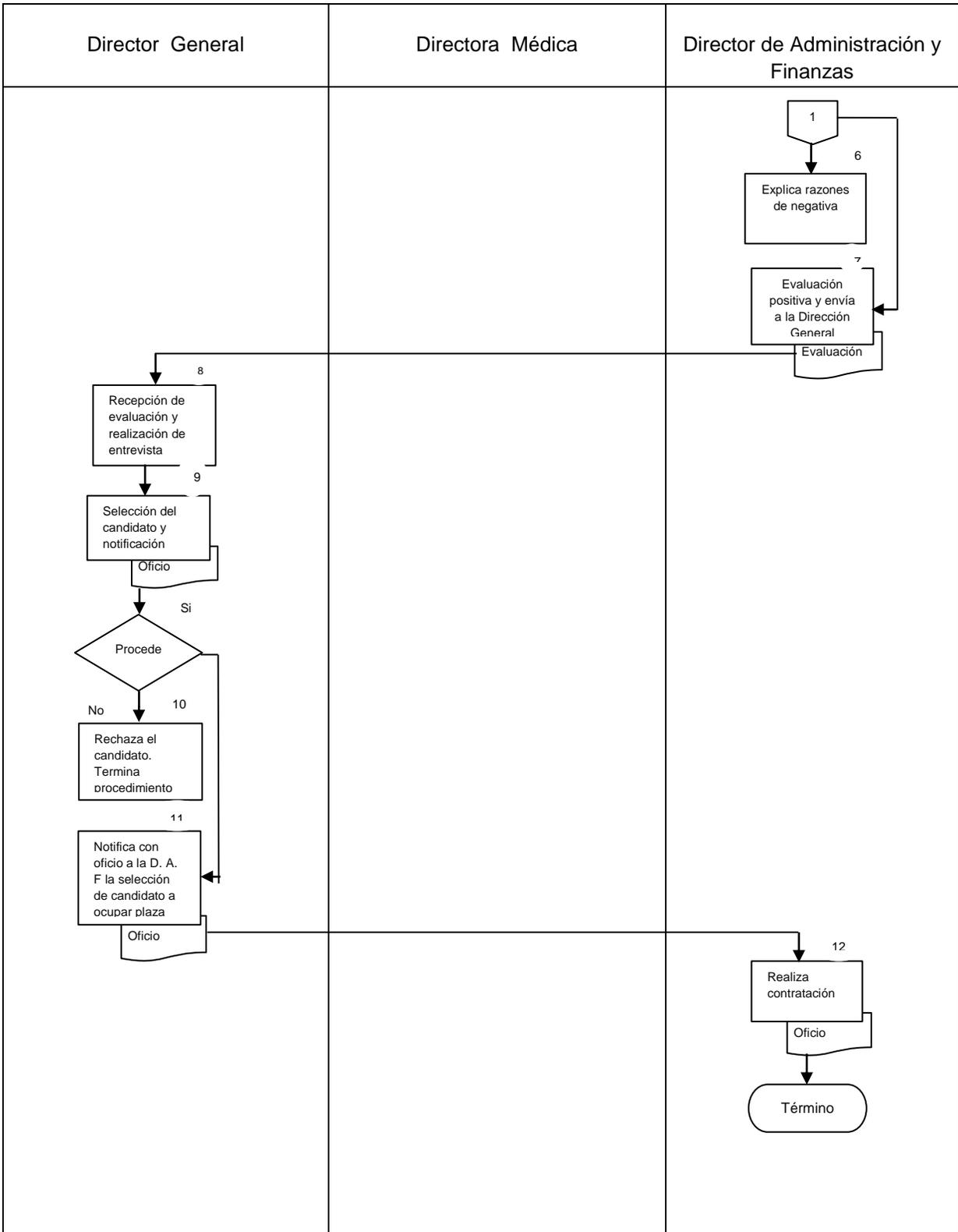
| | |
|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. Hoja 242 de 2669 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|---|
| Directora Médica | 1 | Notifica mediante oficio a la Dirección General que tiene una plaza vacante especificando el motivo de la baja. | Oficio Propuesta Curriculum Vitae |
| | 2 | Envío de propuesta de candidato idóneo para ocupar la plaza vacante, con curriculum vitae a la Dirección General. | |
| Director General | 3 | Recibe curriculum vitae para evaluar si es candidato idóneo para ocupar plaza vacante | Oficio Curriculum Vitae |
| | 4 | Envía con oficio el curriculum y la solicitud de evaluación a la Dirección de Administración y Finanzas | |
| Director de Administración y Finanzas | 5 | Recibe curriculum vitae y envía con oficio determinación de aceptación de candidato a la Dirección General | Oficio |
| | 6 | Procede: No: Explica razones de negativa y termina procedimiento | |
| | 7 | Si: Continúa procedimiento | |
| Director General | 8 | Recibe la evaluación positiva y realiza entrevista al candidato. | Oficio |
| | 9 | Selecciona al candidato idóneo en base a entrevista, curriculum vitae y resultado de evaluación de Dirección Médica. | |
| | 10 | Procede: No: rechaza el candidato y termina el procedimiento | |
| | 11 | Si: Notifica con oficio a la Dirección de Administración y Finanzas las selección del candidato a ocupar plaza vacante. Solicita con Oficio la realización de trámites correspondientes a la Dirección de administración y Finanzas. | |
| Director de Administración y Finanzas | 12 | Realiza trámites de contratación y envía oficio a la Dirección General de la fecha de presentación del candidato seleccionado. TERMINA | Oficio |

5. DIAGRAMA DE FLUJO.





| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. | IXTAPALUCA | Hoja: 245 de 2669 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|--------------------------|
| 6.1 Manual de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |
| 6.2 Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. | N/A |
| 6.3 Lineamientos para la evaluación curricular. | N/A |
| 6.4 Código de Ética del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Oficios | 5 años | Dirección Médica | Número de Oficio |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Autorizar:** Dar a uno autoridad o facultad para hacer una cosa. Permitir.
- 8.2 Candidato:** Persona que aspira a un cargo, titulo, premio, etc., o que es propuesta para recibirlo.
- 8.3 Contratación:** Acción y efecto de contratar. Emplear a alguien para un trabajo.
- 8.4 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos:** Ley que reglamenta a los sujetos de Responsabilidad en el Servicio Público, sus obligaciones, responsabilidades en el servicio público, sanciones administrativas y las autoridades competentes así como los procedimientos para aplicar dichas sanciones.
- 8.5 Personal Médico:** Persona autorizada legalmente y con título profesional y cédula que desempeñan labores relacionadas con la atención médica en beneficio de los pacientes
- 8.6 Plaza Vacante:** Se dice del cargo empleo o dignidad que esta sin cubrir.
- 8.7 Propuesta:** Presentación de un aspirante a un cargo, empleo o galardón.
- 8.8 Recursos Humanos:** Se refiere al inventario de personal operativo vinculado al sector salud, clasificados como profesionales, técnicos, auxiliares, administrativos y otros.

| | | | |
|---|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. | | |
| | | ESTADALUCA | Hoja: 246 de 2669 |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| No aplica. | | |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

10.1 Oficio de envío de Currículos para Reclutamiento y Selección

10.3 Oficio de Solicitud de Contratación de Personal Área Médica

| | | | | |
|--|---|--|--|-------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |  HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA | Rev. 0 |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. | | | Hoja: 247 de 2669 |
| | | | | |

10.1 Oficio de envío de Currículos para Reclutamiento y Selección


SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD


 HOSPITAL REGIONAL
 ALTA ESPECIALIDAD
 IXTAPALUCA



SRH/HRAE/203/2014
 Ixtapaluca Edo. México, a 14 de febrero de 2014
ASUNTO: ENVÍO DE CURRÍCULOS

[REDACTED]
 DIRECTORA DE AREA MEDICA
 PRESENTE.

De conformidad con el procedimiento de Reclutamiento y Selección, adjunto al presente, los currículos recibidos en esta Subdirección del 14 de enero al 12 de febrero del año en curso. Señalo a los candidatos en la siguiente relación:

| | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- Celia Ramos Ávila 2.- Paula Morelos Herrera 3.- Mercedes Hernández Valbuena 4.- Guadalupe Jaqueline García Amador 5.- Williams Alejandro Domínguez Martínez 6.- Bennhur González Estrada 7.- Bladimir Díaz Martínez 8.- José Alejandro Barreto Vázquez 9.-Raymundo Sánchez Ruiz 10.- David Luis Pérez Carrillo 11.- Paulina Verónica Ramírez Rojas 12.-Rafel Cortés Ávila 13.-Alejandro Julio Pontasa Díaz 14.-Oscar Fernández Cruz 15.-Raúl Florentino González 16.-Miguel Ángel Franco Rubio 17.-Juan Manuel Guerra Martínez | <p>Médico Cirujano y Partero. Médico Cirujano y Partero, Especialidad en Oftalmología, Subespecialidad en Oftalmología Pedilátrica y Estrabismo. Técnico Laboratorista Clínico. Técnico Laboratorista Clínico. Licenciado en Nutriología. Técnico en Radiología. Médico Cirujano, Especialidad en Ortopedia. Técnico en Terapia Respiratoria. Médico Cirujano, Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Técnico en Radiología e Imagen. Técnico Terapia Respiratoria. Médico Cirujano y Partero, Especialidad en Medicina de Rehabilitación. Técnico Terapia Respiratoria. Técnico Terapia Respiratoria. Médico Cirujano, Especialidad en Radioterapia. Técnico Terapia Respiratoria. Licenciatura en Psicología Social/ Especialidad en Terapias psicosociales.</p> |
|--|---|

Carretera Federal, México Puebla Km 34.5 Puerto de Zaragoza, Municipio de Ixtapaluca,
 Estado de México, C.P. 56200 Tel.: 011 5620 233 1108

| | | | |
|---|---|--|--------|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Clínicos y Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | | |
| | 12. Procedimiento para la selección y contratación del Personal Médico. | | |

10.3 Oficio de Solicitud de Contratación de Personal Área Médica




HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
COORDINACIÓN DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN
SOLICITUD DE CONTRATACIÓN

Ixtapaluca, Estado de México a 10 de junio del 2014
DM/HRAEI/0545/2014
ASUNTO: CONTRATACIÓN

[REDACTED]
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DEL
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

Por medio del presente, solicito a usted de la manera más atenta, se proceda con la contratación del personal previamente evaluado, que se menciona a continuación. Asimismo, hago de su conocimiento que dichos aspirantes ya han sido entrevistados y valorados por ésta Dirección a mi cargo, resultando ser capital humano eficaz, eficiente y que cubre con los requisitos del perfil de las plazas propuestas.

| NOMBRE | | | CÓDIGO | PUESTO | ADSCRIPCIÓN Y/O ÁREA DE SERVICIO | HORARIO |
|---------------------|---------------------|--------|--------|--------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE | | | | |
| [REDACTED] | | | | | | MATUTINO 7:00 A 15:00 HORAS |

Aprovecho la ocasión para hacerle llegar saludos cordiales y sin otro particular al cual referirme, quedo de Usted para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

DIRECTORA DEL ÁREA MÉDICA DEL
HRAE IXTAPALUCA

VISTO BUENO

DIRECTOR GENERAL DEL
HRAE IXTAPALUCA

[REDACTED]

Minuta
HACIARSC/mrg*

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 13. Procedimiento para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI. | | Hoja: 249 de 2669 |

13. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA ATENCIÓN QUIRURGICA EN EL HRAEI

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 13. Procedimiento para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI. | | Hoja: 250 de 2669 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los indicadores de las áreas quirúrgicas con la finalidad de unificar criterios para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI y contar con información fidedigna que sea útil en la toma de decisiones dando como resultado una atención de calidad en el paciente quirúrgico.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno. Aplica a la Dirección Médica elabora los criterios e indicadores para la evaluación de la atención quirúrgica, Subdirección de Servicios Quirúrgicos realiza el análisis de los resultados e informa a la dirección médica para la toma de decisiones, los jefes de servicio retroalimentan al personal operativo .
- 2.2 A nivel Externo. No aplica

3. POLITICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

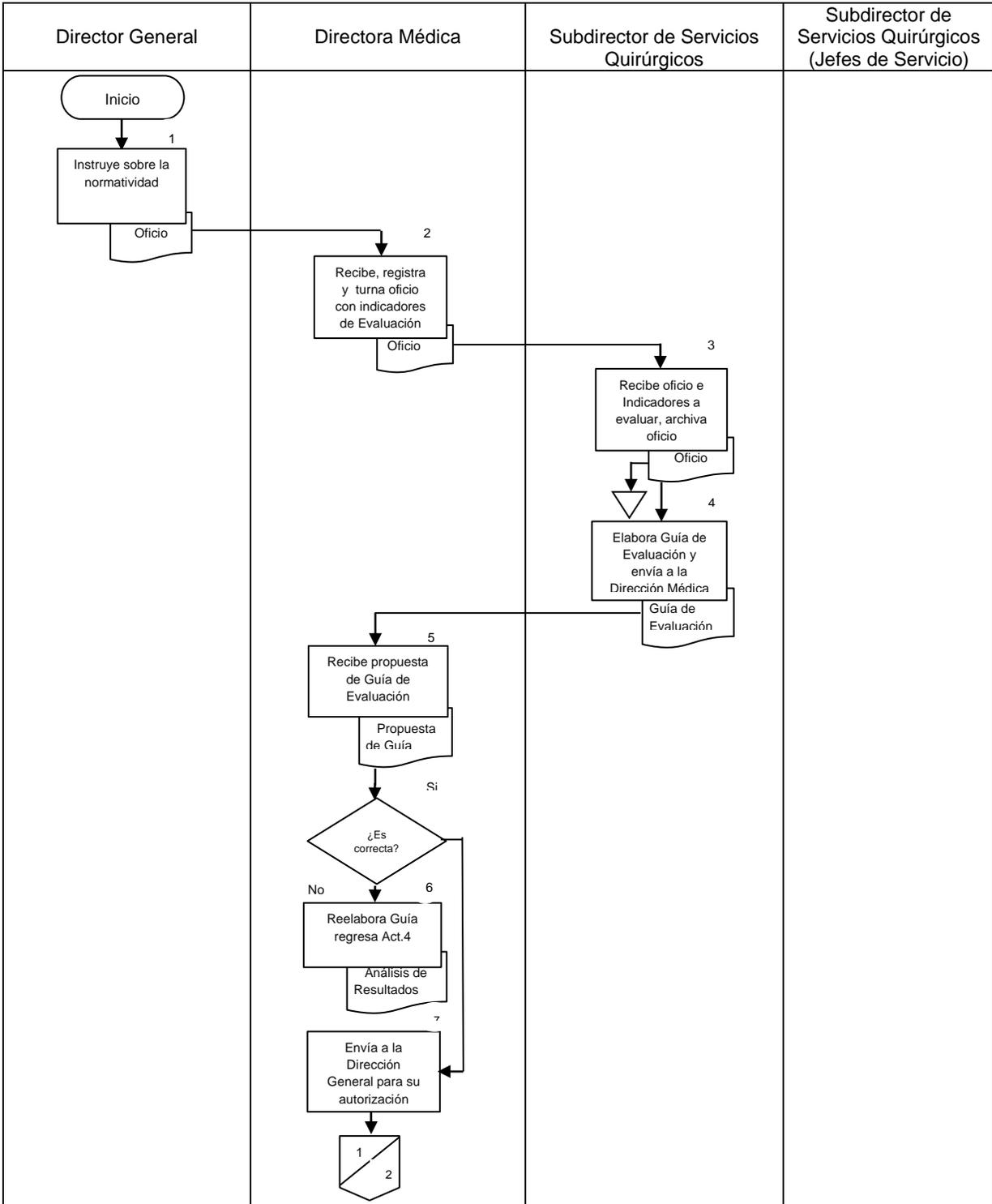
- 3.1 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos elaborar la Guía para la evaluación de la atención quirúrgica, basada en los indicadores establecidos por la Secretaria de Salud.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos la emisión de la Guía y entrega para su aplicación a las Jefaturas de Servicios.
- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos la remisión y difusión oficialmente en un plazo no mayor a 20 días posteriores a su recepción a las Jefaturas de Servicio.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos establecer las correcciones derivadas de los resultados obtenidos de la Evaluación de la Atención Quirúrgica que permitan establecer una cultura de mejora continua.
- 3.5 Los Derechos de los Pacientes deberán respetarse conforme a la normatividad establecida y en base a las políticas de la Secretaría de Salud referentes a un trato digno.
- 3.6 La Dirección Médica a través de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos, será la responsable de vigilar el respeto a los Derechos de los Pacientes.
- 3.7 La Atención Quirúrgica respetará en todo momento la Carta Universal de los Derechos Humanos y la Carta de los Derechos de los Pacientes.

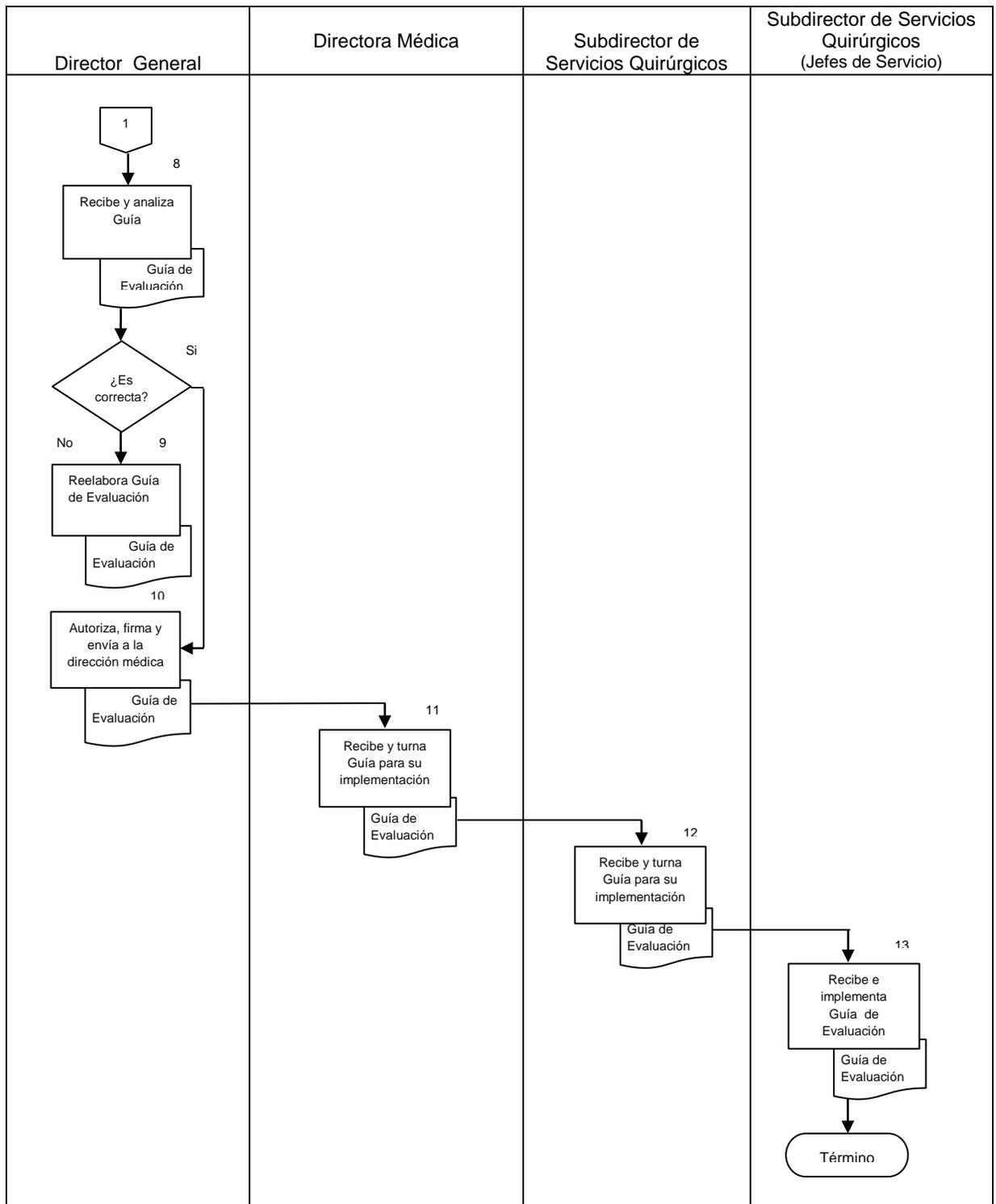
| | | |
|---|---|--|
|   | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) | |
| | 13. Procedimiento para evaluar la atención quirúrgica en el HRAEI. Hoja 251 de 2669 | |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--------------------------------|
| Director General | 1 | Instruye a la Directora Médica sobre la utilización de los Indicadores establecidos para la evaluación de la Atención Médica | .Oficio |
| Directora Médica | 2 | Recibe, registra y turna oficio con los indicadores a evaluar a la subdirección de servicios clínicos. | Oficio |
| Subdirector de Servicios Quirúrgicos | 3 | Recibe oficio e indicadores a evaluar archiva oficio. | .Oficio .Guía de Evaluación |
| | 4 | Elabora Guía de Evaluación y envía a la Dirección Médica para Vo.Bo. | |
| Directora Médica | 5 | Recibe la propuesta de Guía y procede a su análisis. | .Guía de Evaluación |
| | 6 | ¿Es correcta? NO. Reelabora Guía regresa a actividad 3 | |
| | 7 | SI. Envía a la Dirección General para su autorización. | |
| Director General | 8 | Recibe la Guía y analiza | .Guía de Evaluación |
| | 9 | ¿Las estrategias son adecuadas? NO. Reelabora propuestas regresa a la actividad 4 | |
| | 10 | SI. Autoriza, firma y envía a la dirección médica para su implementación | |
| Directora Médica | 11 | Recibe y turna Guía a la Subdirección de los Servicios Clínicos para su difusión e implementación. | .Guía de Evaluación |
| Subdirector de Servicios Quirúrgicos (Jefes de Servicio) | 12 | Recibe y turna Guía Autorizada a las Jefaturas de Servicio para su difusión e implementación. | . Guía de Evaluación |
| | 13 | Difunde y aplica la Guía de Evaluación. | |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|--|--|--|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MEDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 13. Procedimiento para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI. | | Hoja: 254 de 2669  |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización autorizado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca | N/A |
| 6.2 Guía para la Evaluación de la Atención Quirúrgica | N/A |
| 6.3 Condiciones Generales de Trabajo de la SSA | N/A |
| 6.4 Carta Universal de los Derechos Humanos | N/A |
| 6.5 Carta de los derechos de los Pacientes | N/A |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-----------|------------------------|---------------------------------------|---|
| Oficios | 5 años | Subdirección de Servicios Quirúrgicos | Número de Oficio |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Guía para la Evaluación de la Atención Quirúrgica:** En ella se integran los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de las diferentes actividades que realizan los médicos y cuya evaluación y cumplimiento son necesarios para restablecer la política de mejora continua con el objetivo de ofrecer servicios médicos de alta calidad. Tiene sustento en la normatividad emitida por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
- 8.2 Propuestas de mejora:** Documento que recaba el análisis de los indicadores evaluados en los servicios quirúrgicos y que expresa cuales son los problemas detectados y posibles soluciones. Documento a realizar y evaluarse cada año con el fin de establecer la política de mejora continua con los más altos estándares de calidad en la Atención Médica.
- 8.3 Estrategias de Mejora:** Acciones para resolver problemas detectados en el área quirúrgica. Anotándose los responsables de las acciones y el tiempo estimado de solución, así como el alcance y la finalidad de las mismas. Documento que deberá realizarse cada año.

| | | | |
|--|--|--|---|
|   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MEDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 13. Procedimiento para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI. | |  |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Numero de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|------------------------|
| N/A. | N/A | N/A |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

10.1 Guía para la Evaluación de la Atención Quirúrgica

10.2 Oficio de Propuestas

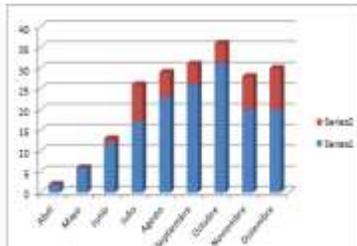
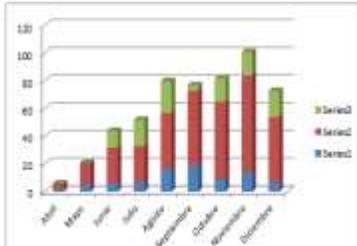
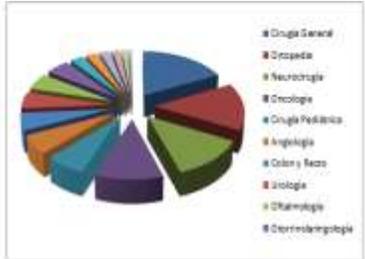
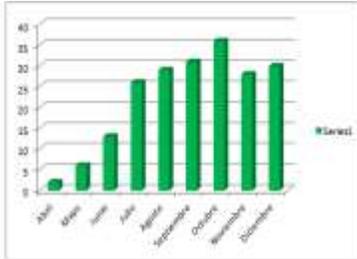
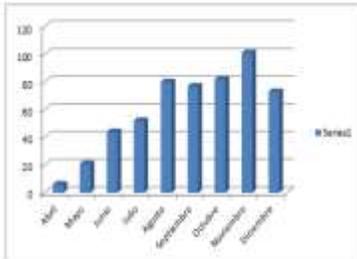
10.3 Oficio de Estrategias

10.1 Guía para la Evaluación de la Atención Quirúrgica

| PRODUCTIVIDAD DE QUIRÓFANOS | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|
| Mes | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Total | % |
| Programado | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 6 | 7 | 16 | 19 | 9 | 14 | 7 | 85 | 16% |
| Urgente | 0 | 0 | 0 | 4 | 16 | 25 | 20 | 41 | 54 | 56 | 70 | 47 | 340 | 83% |
| Ambulatoria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 19 | 23 | 4 | 17 | 17 | 19 | 111 | 21% |
| Total | 0 | 0 | 0 | 6 | 21 | 44 | 52 | 80 | 77 | 82 | 101 | 73 | 536 | 100% |

| INDICADORES DE OPERACIÓN QUIRÓFANOS | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------|----|
| Mes | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Acumulado | % |
| Días | 31 | 28 | 31 | 30 | 31 | 30 | 31 | 31 | 30 | 31 | 30 | 31 | 275 | NA |
| Días Habiles | 21 | 17 | 16 | 21 | 22 | 20 | 23 | 22 | 20 | 23 | 20 | 21 | 192 | NA |
| Salas Abiertas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | NA |
| Qx / Día | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.7 | 1.5 | 1.7 | 2.6 | 2.6 | 2.6 | 3.4 | 2.4 | 1.9 | NA |
| Qx /Quirófano / Día | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.3 | 0.7 | 0.8 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.7 | 1.2 | 1.0 | NA |
| Qx / Día HAbil | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 1.0 | 2.2 | 2.3 | 3.6 | 3.9 | 3.0 | 5.1 | 3.5 | 2.8 | NA |
| Qx /Quirófano / Día HAbil | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.5 | 1.1 | 1.1 | 1.8 | 1.9 | 1.8 | 2.5 | 1.7 | 1.4 | NA |

| PRODUCTIVIDAD ENDOSCOPIA | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|-----|
| Mes | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Total | % |
| Pantendoscopia | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 19 | 19 | 19 | 26 | 18 | 17 | 130 | 65% |
| Colonoscopia | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 6 | 4 | 4 | 5 | 25 | 12% |
| Nasofaringoscopia | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 0 | 15 | 7% |
| Broncoscopia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 10 | 5% |
| CPRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 9 | 4% |
| Rectosigmoidoscopia | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 3 | 10 | 5% |



| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MEDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 13. Procedimiento para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI. | | Hoja: 257 de 2669 |

10.2 Oficio de Propuestas



Ixtapaluca Estado de Méx a 14 de abril de 2014

Oficio Numero _____

DR. [REDACTED]

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS

PRESENTE:

Por medio del presente le envío para su conocimiento existencia de un plan de mejora continua para la evolución de los procedimientos quirúrgicos realizados en su área, el cual consta de estrategias las cuales deberá documentar y difundir en el personal a su cargo, con el propósito de apegarnos a los modelos integrales de la secretaria de salud y ofrecer una atención medica de calidad. Estas estrategias de acuerdo a los lineamientos deberán ser evaluadas semestralmente.

Sin más por el momento quedo de Ud.

DRA. [REDACTED]

DIRECCTORA MÉDICA

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN MEDICA (Subdirección de Servicios Quirúrgicos) |  | Rev. 0 |
| | 13. Procedimiento para evaluar la Atención Quirúrgica en el HRAEI. | | Hoja: 258 de 2669 |

10.3 Oficio de Estrategias



Ixtapaluca Estado de Méx a 14 de abril de 2014

Oficio Numero _____

DR. IVAN DE LA SERNA

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS

PRESENTE:

Por medio del presente le envío para su conocimiento las estrategias (documento anexo) aprobadas para la mejora de la atención quirúrgica proporcionada en esta institución. Estas estrategia deberán ser implementada en un lapso de ____ días. Para lo cual lo invito que difunda a su personal en los diferentes turnos y de esta manera sea homogénea la información y se cumplan cabalmente.

Sin más por el momento quedo de Ud.

DRA. ALMA ROSA SANCHEZ CONEJO

DIRECCTORA MÉDICA

