SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

INER

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE TRASPLANTE

OCTUBRE, 2024.

ÍNDICE

Hoja

INTRODUCCIÓN 1

I. OBJETIVO DEL MANUAL 3

II. MARCO JURÍDICO 4

III. PROCEDIMIENTOS 9

1. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATO/AS A TRASPLANTE PULMONAR 9

2. PROCEDIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE TRASPLANTE PULMONAR 48

3. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA 69

IV. AUTORIZACIÓN DEL MANUAL 91

INTRODUCCIÓN

En el año 1963, James D. Hardy, en la Universidad de Mississippi, en los Estados Unidos de Norte América, se realizó el primer trasplante pulmonar en un paciente diagnosticado con cáncer pulmonar, quien fallece a los 18 días posteriores a la operación a causa de insuficiencia renal. A este primer intento siguieron otros, y para 1975 se habían practicado 37 trasplantes pulmonares, de los cuales 35 pacientes sobrevivieron horas o días y solamente 2 de ellos, más de 6 meses. En 1983, Joel Cooper, publicó en New England Journal of Medicine dos casos exitosos de trasplante pulmonar, en los cuales en cirugía pos trasplante no utilizaba cortisona.

A nivel Nacional, el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación en 1973, estableció en su título décimo, las bases para que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ejerza la normatividad y control sanitario correspondiente a los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

En octubre de 1976 se establece el Consejo Nacional de Trasplantes como un cuerpo colegiado, especializado y el Registro de Trasplantes para actividades relacionadas con disposición de órganos, tejidos de seres humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento Federal.

Por otro lado, en fechas anteriores a 1983 no se tenía conocimiento del trasplante pulmonar clínico en la República Mexicana; sin embargo, las actitudes de realizar trasplantes de órganos se vieron incrementadas gracias al descubrimiento de la ciclosporina.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, el Programa de Trasplante Pulmonar inició en 1985 con la realización de diferentes protocolos de investigación y el dominio de la técnica quirúrgica que, en su conjunto, lo llevaron a realizar el primer trasplante pulmonar clínico en 1989. Posteriormente, se realizaron otras experiencias en pacientes que incluyen trasplante simultáneo derecho e izquierdo en dos pacientes y trasplante lobar de donador vivo no relacionado.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas, normas y desarrollo de las actividades que se llevan a cabo dentro de la organización y funcionamiento de la Coordinación de Trasplante, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que la integran, así como del equipo multidisciplinario que participa en el proceso de trasplante pulmonar.

II. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DOF 05-02-1917. Última reforma publicada en el DOF 15-09-2024.

TRATADOS INTERNACIONALES

Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos

La Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada en el DOF 1-04-2024.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF14-05-1986. Última reforma publicada en el DOF 08-05-2023.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

DOF 26-05-2000. Última reforma publicada en el DOF 11-05-2022.

Ley General de Protección Civil.

DOF 06-06-2012. Última reforma publicada en el DOF 21-12-2023.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

DOF 11-06-2003. Última reforma publicada en el DOF 1-04-2024

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados

DOF 26-01-2017

Ley General de Salud.

DOF 07-02-1984. Última reforma publicada en el DOF 7-06-2024.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

DOF 04-08-1994. Última reforma publicada en el DOF 18-05-2018.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

DOF 18-07-2016. Última reforma publicada en el DOF 27-12-2022.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

DOF 29-06-1992. Última reforma publicada en el DOF 1-04-2024

Ley Federal de Austeridad Republicana.

DOF 19-11-2019. Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN notificada al Congreso de la Unión para efectos legales el 06-04-2022 y publicada en el DOF 02-09-2022.

Ley de Planeación.

DOF 05-01-1983. Última reforma publicada en el DOF 8-05-2023.

Ley General de Archivos.

DOF 15-06-2018. Última reforma publicada en el DOF 19-01-2023.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

DOF 02-08-2006. Última reforma publicada en el DOF 29-12-2023.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

DOF 01-02-2018. Última reforma publicada en el DOF 08-05-2023.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

DOF 25-06-2002. Última reforma publicada en el DOF 14-06-2024.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

DOF 30-05-2011. Última reforma publicada en el DOF 14-06-2024.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
DOF 09-05-2016. Última reforma publicada en el DOF 1-04-2024.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
DOF 04-05-2015. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción
DOF 18/07/2016. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
DOF 11/03/2006 Última reforma publicada en el DOF 19-01-2023.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
DOF 24-01-2012. Última reforma publicada en el DOF 26-01-2024.

CÓDIGOS

Código Civil Federal.
DOF 26-05-1928. Última reforma publicada en el DOF 17-01-2024.

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares
DOF 04-06-2024.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
DOF 26-01-1990. Última reforma publicada en el DOF 23-11-2010.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
DOF 11-06-2003.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

DOF.26-03-2014

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

DOF 11-03-2008. Última reforma publicada en el DOF 14-03-2014.

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

DOF 23-09-2013.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.

DOF 13-05-2014. Última reforma publicada en el DOF 09-12-2015.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

DOF 05-04-2004, Última reforma publicada en el DOF 17-12-2014.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

DOF 30-11-2012.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

DOF 14-05-1986. Última reforma publicada en el DOF 17-07-2018

DECRETOS

Decreto por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública.

DOF 12-03-1997. Última reforma publicada en el DOF 20-07-2016.

Decreto para realizar la entrega-recepción del Informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

DOF 14-09-2005.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.
DOF 14-11-2012.

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión. DOF: 06/07/2017.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
DOF 12-07-2019.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.
DOF 17-08-2020.

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.
DOF 30-08-2019.

LINEAMIENTOS

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la

Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.

DOF 18-08-2015.

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.

DOF 03-07-2015.

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.

DOF 18-09-2020.

DOCUMENTOS NORMATIVOS ADMINISTRATIVOS

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

05-11-2020.

Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

17-10-2022

OTRAS DISPOSICIONES

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM- 003-SSA-1994, Para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos, excepto sangre y sus componentes.

DOF. 30/09/1994

Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante en México CENATRA.

1. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS/AS A TRASPLANTE PULMONAR

1.0 PROPÓSITO

1.1. Establecer los criterios para la selección de pacientes candidatos/as a trasplante pulmonar, mediante criterios establecidos en el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar, con el fin de mejorar la salud respiratoria de los/as pacientes y su calidad de vida.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las personas adscritas a la Coordinación de Trasplante.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a pacientes del Instituto y las personas usuarias que acuden de otras instituciones de salud del sector público y/o privado, para ser considerados/as en el Programa de Trasplante Pulmonar.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La persona titular de la Coordinación de Trasplante, es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben cumplir este procedimiento, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y evitando la duplicidad de funciones.

3.2 En el desarrollo de procedimientos de la Coordinación de Trasplante, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el manual de organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

3.2 Las personas adscritas a la Coordinación de Trasplante, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de

conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

3.3 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

3.4 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participa en la atención de pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.

3.5 Todo aquel personal de la salud externo al instituto que sea invitado permanente o temporal a participar activamente en el cualquier proceso de trasplante o procuración de órganos debe contar con la aprobación de la Dirección Médica o Dirección General para otorgarle permiso de trabajo. En el caso de invitados extranjeros deberá de justificarse su invitación.

3.6 La Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal debe contar con los documentos que avalan las credenciales de los posibles invitados externos para contar con el expediente correspondiente.

3.7 En la Coordinación de Trasplante, se atiende a pacientes que cumplan con los criterios internacionales de referencia a un centro de trasplante pulmonar, los requisitos internos del INER (resumen clínico actual realizado por su neumólogo, últimas pruebas de función respiratoria, tomografía de tórax de alta resolución) y los criterios señalados en el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar para ser incluido en la lista de espera de trasplante pulmonar.

3.8 Es responsabilidad del personal de la Coordinación de Trasplante, verificar que el/la paciente cuente con expediente clínico institucional de lo contrario debe referirlo a la preconsulta de neumología para apertura de expediente clínico.

3.9 La consulta de trasplante pulmonar se realiza en el área física correspondiente al servicio de consulta externa, en los consultorios asignados por la persona titular de dicho Servicio y debe seguir el proceso ya establecido en el Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa para toma de signos vitales y el llamado al consultorio designado para la atención de pacientes de trasplante pulmonar.

3.10 El trasplante pulmonar está indicado en personas con enfermedad pulmonar crónica en estado terminal en los que ha fracasado el tratamiento médico máximo posible o en el cual no existe ninguna posibilidad de tratamiento médico eficaz.

3.11 La Coordinación de Trasplante Pulmonar mantendrá una comunicación constante con el personal médico de las clínicas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias, enfermedades intersticiales del pulmón, hipertensión pulmonar, neumología, así como con los diferentes servicios clínicos del instituto con la intención de reclutar posibles candidatos/as a trasplante.

3.12 La referencia de pacientes para valoración en la coordinación de trasplante, debe ser por las siguientes vías:

3.12.1 **Para pacientes del INER, mediante Interconsulta interna** realizada por el personal médico de las diferentes clínicas del INER, mediante el formato INER-EC-08 solicitud de la interconsulta debidamente requisitado, acompañada de un resumen clínico que incluya co-morbilidades, diagnóstico neumológico, manejo médico y/o quirúrgico, últimas pruebas de función respiratoria [espirometría simple y con broncodilatador, difusión de monóxido de carbono (DLCO), pletismografía corporal cuando sea posible, caminata de 6 minutos] y tomografía de tórax de alta resolución (TACAR).

3.12.2 **En el caso de pacientes de otras instituciones de salud, mediante resumen clínico** elaborado por el personal médico tratante y enviado al correo institucional trasplantepulmonar@iner.gob.mx. El resumen debe incluir antecedentes, co-morbilidades, diagnóstico neumológico, manejo médico y/o quirúrgico, últimas pruebas de función respiratoria y tomografía de tórax de alta resolución (TACAR).

3.12.3 **Vía telefónica al número 5554871700 (conmutador del INER) extensión 5047**, en donde se indicará el cumplimiento de los numerales 3.13.1 y/o 3.13/.2.

3.13 Es responsabilidad del personal médico de la Coordinación de Trasplante, determinar la forma en que el protocolo de estudio pre-trasplante pulmonar será realizado, ya sea de manera ambulatoria o por hospitalización.

3.14 La valoración pre-trasplante pulmonar de manera ambulatoria, debe realizarse en 3 etapas, e idealmente cada etapa no debe ser mayor a un mes:

3.14.1 Primera etapa:

3.14.1.1 Intervención con personal del Departamento de Trabajo Social.

3.14.1.2 Interconsultas en las especialidades de psiquiatría, nutrición clínica y rehabilitación pulmonar.

3.14.1.3 Estudios de gabinete, de acuerdo con lo señalado en el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.14.2 Segunda Etapa, comprende:

3.14.2.1 Interconsultas en las especialidades de Infectología, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, así como urología y ginecología cuando aplique.

3.14.2.2 Estudios de gabinete de acuerdo con lo señalado en el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.14.3 Tercera Etapa, comprende:

3.14.3.1 Interconsultas a las especialidades de cardiología, clínica de hipertensión pulmonar y hemodinamia, gastroenterología, endocrinología y cirugía de tórax.

3.14.3.2 Cateterismo cardiaco derecho en pacientes mayores de 45 años; en los menores de 45 años solo se realizará si en el ecocardiograma transtorácico (ECOTT) presenta alta probabilidad para Hipertensión pulmonar y estudios especiales de acuerdo lo señalado en el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.15 Para la valoración pre-trasplante pulmonar, en hospitalización, el personal médico de trasplante debe:

3.15.1 Completar el formato de solicitud de ingreso hospitalario INER-AHRM-01.

3.15.2 Completar formato de consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores), invasivos, de rehabilitación INER-EC/CI/DM-01.

3.15.3 Elaborar formato de solicitud para la realización de prueba por reacción en cadena de polimerasa con transcripción reversa (RT-PCR) para SARS-CoV-2 y para panel respiratorios (filmArray), en el caso de que aplique en el momento del ingreso hospitalario según los protocolos de admisión.

3.15.4 Con la intención de poder realizar todo el protocolo en un periodo de tiempo que no exceda de una semana en hospitalización, se establece como prioritario la realización de los estudios solicitados y las valoraciones por los/as especialistas.

3.15.5 En el caso de los estudios que se soliciten a otros institutos nacionales de salud, se deben gestionar como ambulatorios para que el/la paciente pueda regresar a casa.

3.15.6 Brindar indicaciones al/la paciente cuando aplique una vez finalizada la semana con el protocolo completo el personal médico de la coordinación de trasplante y cita para la consulta externa en no más de un mes a partir del egreso.

3.16 El ingreso de pacientes a hospitalización con fines de valoración de trasplante pulmonar, se realiza preferentemente en día domingo al Servicio Clínico 1.

3.17 El personal médico de neumología de trasplante es responsable de:

3.17.1 Revisar la nota de interconsulta o el resumen clínico de referencia, las últimas pruebas de función respiratoria y los exámenes con los que cuente el/la paciente; realizar el interrogatorio enfocado a antecedentes quirúrgicos en tórax, características de la enfermedad pulmonar, actividades de la vida diaria, condición socioeconómica y cultural del/la paciente, red de apoyo, etc.

3.17.2 Explicar ampliamente al/la paciente en qué consiste el Programa de Trasplante Pulmonar del INER, las fases que lo conforman y entregarle el "Librillo de información para pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar" INER-CTR-01.

3.17.3 Recabar la firma del/la paciente en el formato Recomendaciones a pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-03.

3.17.4 Entregar al/la paciente el "Carnet de citas del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-02", el cual servirá para identificar a estos/as pacientes fácilmente por el resto del personal del Instituto, con el fin de priorizar para ellos/as las citas para consultas en las diferentes especialidades, así como los paraclínicos del protocolo.

3.17.5 Una vez terminadas todas las valoraciones el/la paciente debe regresar a su domicilio, con cita a la consulta de trasplante pulmonar y el resto de las

especialidades que lo requieran; se debe preparar el caso para presentarlo al Comité Interno de Trasplante en sesión ordinaria o extraordinaria.

3.17.6 Notificar al/la paciente las decisiones del Comité.

3.17.7 Actualizar de forma periódica de 3 a 6 meses los estudios de laboratorio del/la paciente.

3.17.8 Dar seguimiento mensual al/la paciente incluido/a en la lista de espera.

3.18 Es responsabilidad del personal médico adscrito y/o de residencia del Servicio Clínico 1:

3.18.1 Realizar la historia clínica completa, la exploración física de pacientes de protocolo de trasplante y la nota de ingreso al servicio clínico en caso de hospitalización.

3.18.2 Solicitar la realización de estudios de laboratorio al/la paciente y de acuerdo con los hallazgos, enfermedad y comorbilidad se pueden omitir o incluir pruebas adicionales; para pronta referencia ver el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.18.3 Requisitar las solicitudes de interconsulta correspondientes.

3.19 Es responsabilidad de cada especialista que participa en la valoración de pacientes de protocolo de trasplante, determinar si el/la paciente requiere seguimiento por consulta externa y la periodicidad de esta.

3.20 Al Comité Interno de Trasplante Pulmonar le corresponde:

3.20.1 Recibir propuesta del caso.

3.20.2 Realizar la discusión del caso.

3.20.3 Emitir la decisión acerca de la inclusión del/la paciente en la lista de espera.

3.21 El equipo interdisciplinario de trasplante pulmonar es responsable de verificar la vacunación del/la paciente que ingresa a lista de espera, siendo el personal especialista en infectología la persona encargada de vigilar la entrega de la cartilla nacional de vacunación oficial otorgada en medicina preventiva, así como su aplicación y cumplimiento, como parte del protocolo todo/a paciente que sea candidato/a a trasplante debe de contar con las siguientes vacunas.

3.21.1 Influenza: Todo/a paciente que sea candidato/a a la vacunación. Se debe vacunar de forma anual.

3.21.2 S. pneumoniae conjugada de 23: Se debe de vacunar todo/a paciente que nunca se ha vacunado o quienes ya han pasado más de 5 años desde su vacunación. Se debe esperar un año desde la vacuna con PCV13.

3.21.3 S. pneumoniae conjugada 13: se debe de vacunar todo/a paciente que nunca se ha vacunado. Se debe esperar 3 meses desde la administración de PCV23.

3.21.4 Varicela: Si no tiene historia de varicela y los títulos se encuentran negativos. Dos vacunas que se administran en las semanas 0 y 4.

3.21.5 Zoster: Paciente con antecedente de historia de varicela. Cuenta con títulos positivos en la ausencia de varicela. Se administra como dosis única.

3.21.6 Tétanos, Difteria y Pertusis (TDaP): más de 2 años desde su última vacuna.

3.21.7 Hepatitis B: en dado caso de descartar infección y tener títulos negativos. Se administra a las 0, 2 y 4 semanas. 3 dosis.

3.21.8 Hepatitis A: Si previamente no están vacunados/as. 2 dosis administradas de 0 y 6 meses.

3.21.9 Papiloma humano: Mujeres de 9 a 26 años. Tres dosis a los 0, 2 y 6 meses.

3.21.10 Vacuna para SARS-CoV-2. Contar con dos vacunas previo a trasplante acorde al tiempo establecido de cada vacuna.

3.22 Una vez seleccionada/o como candidato/a a trasplante pulmonar, el/la paciente debe:

3.22.1 Vivir cerca del INER preferentemente.

3.22.2 Acudir y cumplir con las actividades asistenciales del programa de trasplante pulmonar.

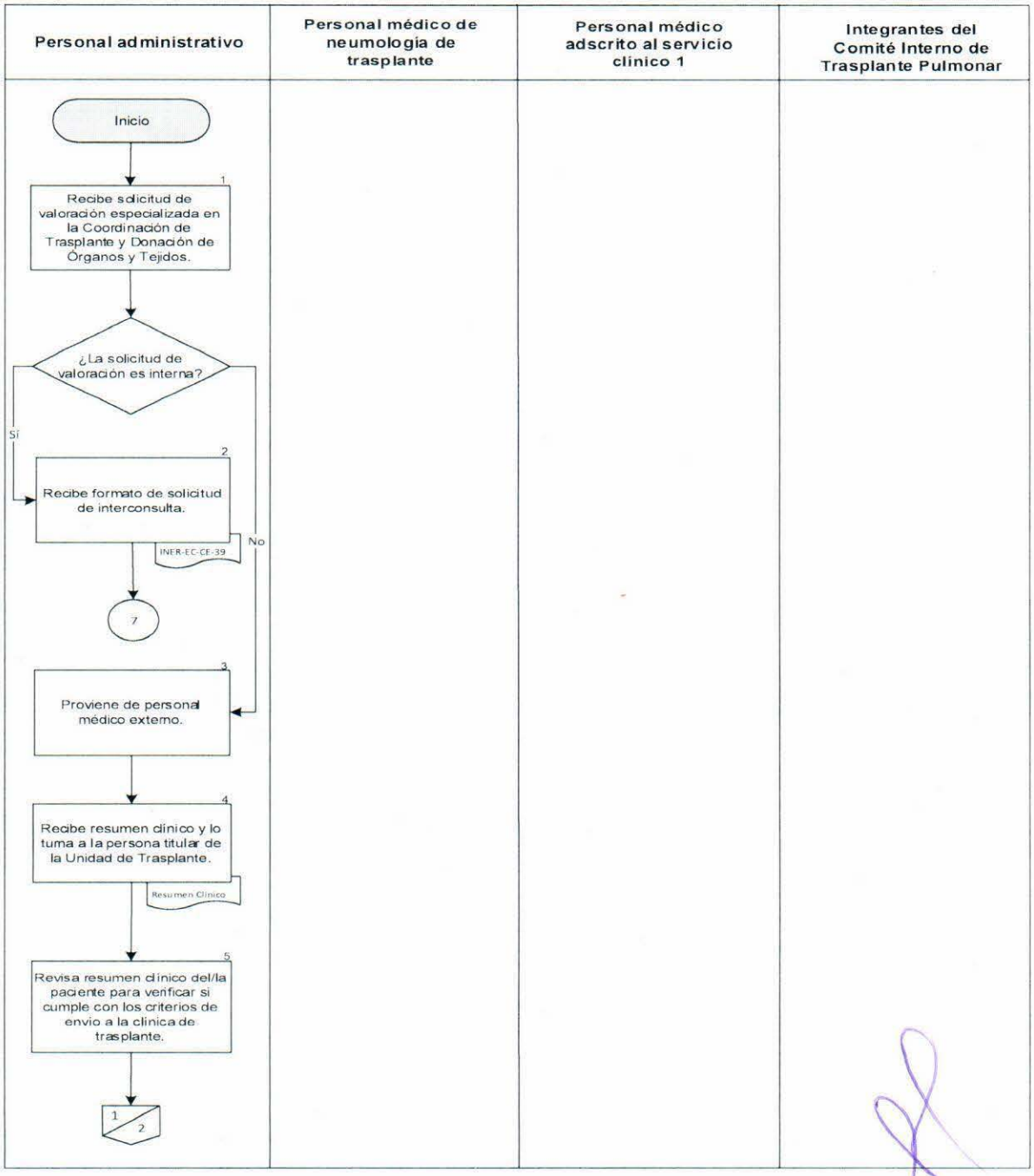
4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

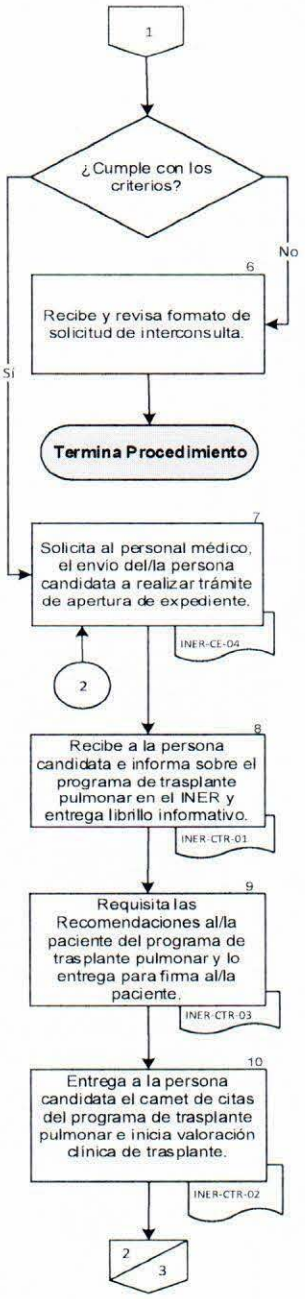
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal administrativo	1	Recibe solicitud de valoración especializada en la Coordinación de Trasplante. ¿La solicitud de valoración es interna?	
	2	Sí: Recibe formato de solicitud de interconsulta. Continua actividad 7.	INER-EC-CE-39
	3	No: Proviene de personal médico externo.	
	4	Recibe resumen clínico y lo turna a la persona titular de la Coordinación de Trasplante.	Resumen Clínico
Personal médico de neumología de trasplante	5	Revisa resumen clínico del/la paciente para verificar si cumple con los criterios de envío a la clínica de trasplante. ¿Cumple con los criterios?	
	6	No: Notifica al personal médico de origen. **Termina procedimiento.**	
	7	Sí: Solicita al personal médico, el envío del/la persona candidata a realizar trámite de apertura de expediente.	INER-CE-04

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	8	Recibe a la persona candidata e informa sobre el programa de trasplante pulmonar en el INER y entrega librillo informativo.	INER-CTR-01
	9	Requisita el formato de Recomendaciones al/el paciente del programa de trasplante pulmonar y lo entrega para firma al/la paciente.	INER-CTR-03
	10	Entrega a la persona candidata el carnet de citas del programa de trasplante pulmonar e inicia valoración clínica de trasplante. ¿La valoración será realizada en hospitalización?	INER-CTR-02
	11	No: Realiza seguimiento de paciente de forma ambulatoria. Continua actividad 14.	
	12	Sí: Elabora solicitud de ingreso para trámite en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.	INER-AHRM-01
Personal médico adscrito al Servicio Clínico 1	13	Elabora nota médica de ingreso hospitalario e indicaciones médicas hasta el egreso del/la paciente.	INER-EC-06 INER-EC-03
	14	Realiza historia clínica y solicitudes de estudios de laboratorio clínico y de gabinete.	INER-EC-05 INER-LC-01
	15	Requisita las solicitudes de interconsultas para valoración del/la paciente.	INER-EC-CE-39

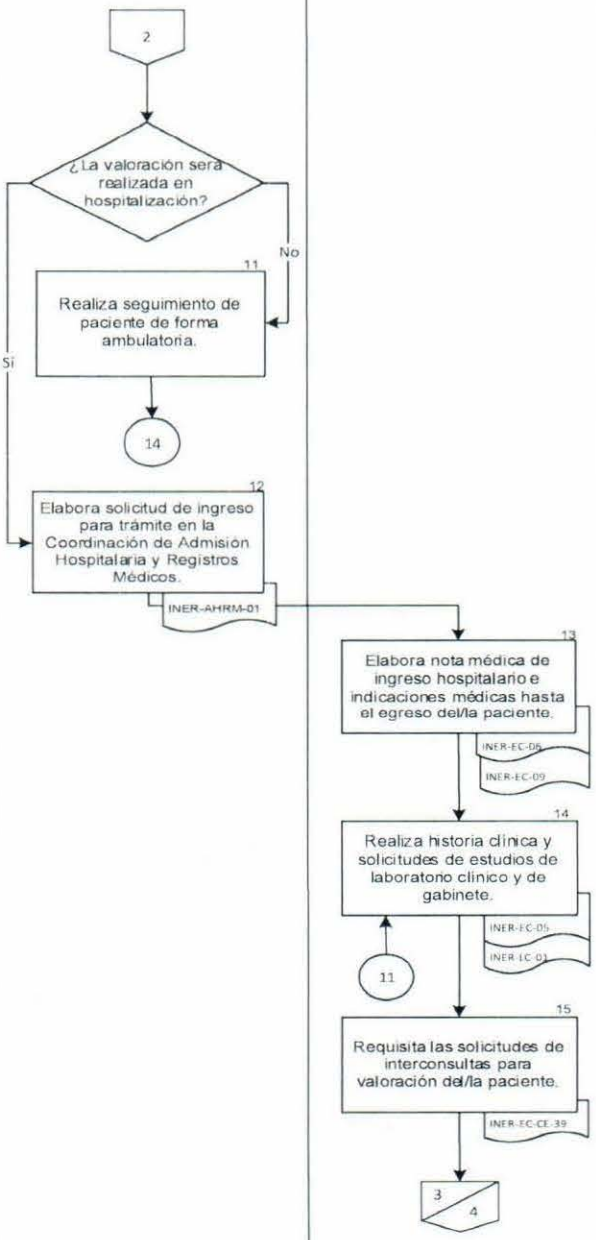
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico de neumología de trasplante	16	Revisa las valoraciones realizadas por el personal médico interconsultante.	Valoraciones
	17	Prepara presentación del/la paciente en el Comité Interno de Trasplante Pulmonar.	Propuesta
Integrantes del Comité Interno de Trasplante Pulmonar	18	Recibe propuesta para análisis del caso para emisión de opinión de clasificación del/la paciente como apto/a, no apto/a y/o apto/a en seguimiento. ¿Se clasifica como apto/a al/la paciente?	
	19	No: Entrega resultado del caso al personal médico de trasplante. Continua actividad 21.	Resultado
	20	Sí: Instruye a la persona responsable sanitaria del INER, para que realice el registro del/la paciente APTO/A en lista de espera del SIRNT.	Registro
Personal médico de neumología de trasplante	21	Informa al/la paciente la decisión del comité y da seguimiento periódico del estado del/la paciente, hasta la realización del trasplante pulmonar.	
		Termina procedimiento.	

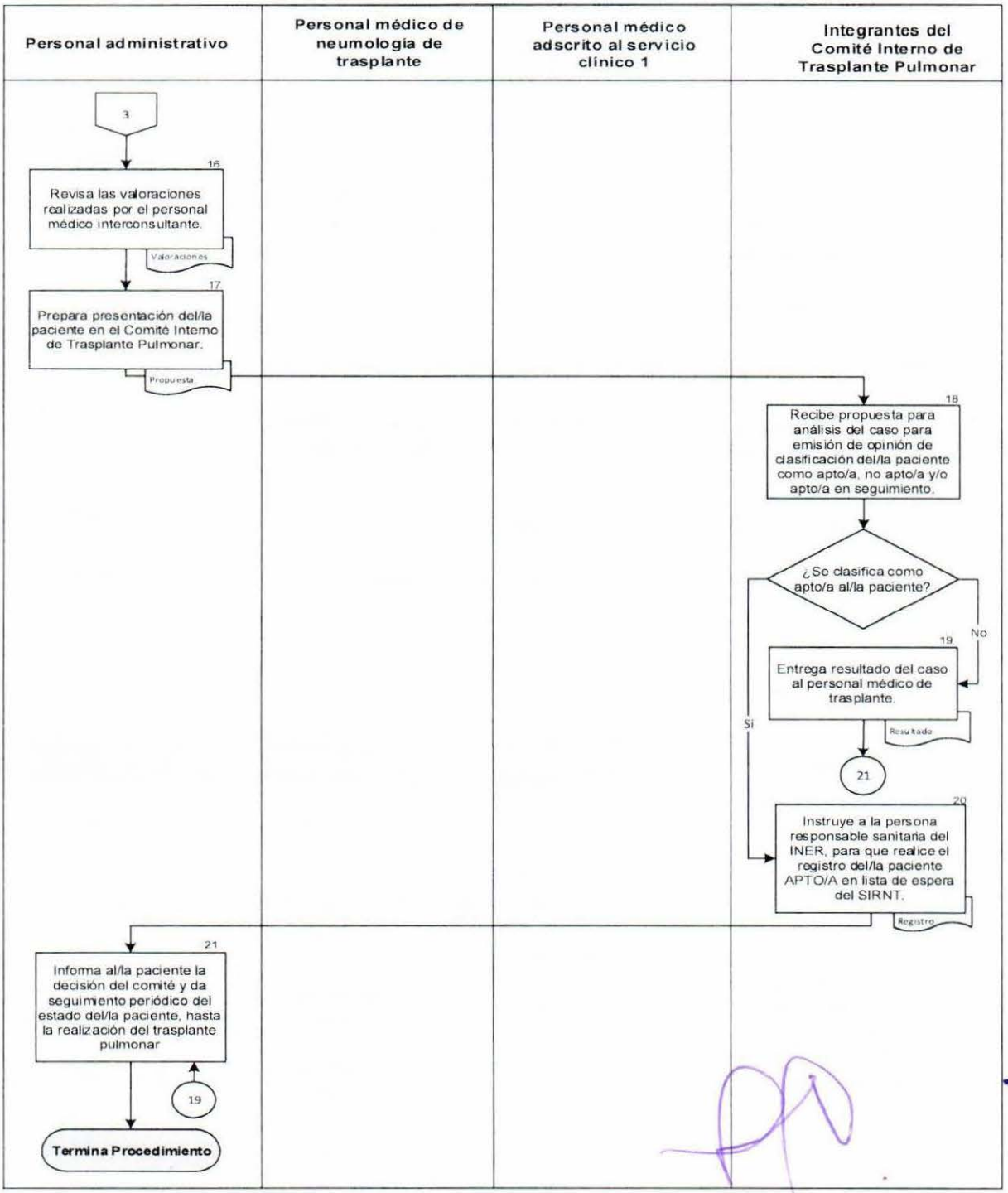
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



Personal administrativo	Personal médico de neumología de trasplante	Personal médico adscrito al servicio clínico 1	Integrantes del Comité Interno de Trasplante Pulmonar
			

Personal administrativo	Personal médico de neumología de trasplante	Personal médico adscrito al servicio clínico 1	Integrantes del Comité Interno de Trasplante Pulmonar




Personal administrativo
Personal médico de neumología de trasplante
Personal médico adscrito al servicio clínico 1
Integrantes del Comité Interno de Trasplante Pulmonar
3
16
Revisa las valoraciones realizadas por el personal médico interconsultante.
Valoraciones
17
Prepara presentación del/la paciente en el Comité Interno de Trasplante Pulmonar.
Propuesta
18
Recibe propuesta para análisis del caso para emisión de opinión de clasificación del/la paciente como apto/a, no apto/a y/o apto/a en seguimiento.
¿Se clasifica como apto/a al/la paciente?
No
Sí
19
Entrega resultado del caso al personal médico de trasplante.
Resultado
21
20
Instruye a la persona responsable sanitaria del INER, para que realice el registro del/la paciente APTO/A en lista de espera del SIRNT.
Registro
21
Informa al/la paciente la decisión del comité y da seguimiento periódico del estado del/la paciente, hasta la realización del trasplante pulmonar
19
Termina Procedimiento

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Ley General de Salud	N/P
6.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.	N/P
6.4 Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante en México. Centro Nacional de Trasplantes, 2019.	N/P
6.5 Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.	NCD-DM-PRTO-01
6.6 Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	NCD PR 045

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Librillo de Información para pacientes/Programa de Trasplante Pulmonar	No aplica	No aplica	INER-CTR-01
7.2 Solicitud de interconsulta	Lo que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación	Coordinación de Trasplante	INER-EC-CE-39
7.3 Solicitud de apertura de expediente clínico	5 años	Expediente clínico	INER-EC-04
7.4 Solicitud de Ingreso Hospitalario	5 años	Expediente Clínico	INER-AHRM-01
7.5 Carnet de citas del Programa de	No aplica	No aplica	INER-CTR-02

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Trasplante Pulmonar			
7.6 Historia Clínica	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-05
7.7 Notas Médicas	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-06
7.8 Recomendaciones al paciente del Programa de Trasplante Pulmonar	5 años	Expediente Clínico	INER-CTR-03
7.9 Indicaciones Médicas	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-03
7.10 Solicitud de estudios de Laboratorio clínico	Lo que determine el catálogo de disposición documental	Laboratorio Clínico	INER-LC-01
7.11 Propuesta al Comité	Lo que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación	Coordinación de Trasplante	N/P
7.12 Resultado de la propuesta	Lo que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación	Coordinación de Trasplante	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Asignación**: Es el proceso mediante el cual el Comité Interno de Trasplantes selecciona los receptores de órganos y tejidos, obtenidos de un donador que haya perdido la vida.

8.2 **Comité:** Comité Interno de Trasplante Pulmonar.

8.3 **Compatibilidad:** El grado de semejanza genética entre los individuos que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría o aquéllos necesarios, atendiendo al Órgano, Tejido o célula de que se trate y al avance científico; que prevenga el riesgo de rechazo del Órgano, Tejido o células trasplantadas.

8.4 **Criterios Médicos**: Los elementos clínicos, de laboratorio y de gabinete, definidos por los Comités Internos de Trasplantes, que permitan seleccionar a los candidatos a recibir un Órgano, Tejido o célula.

8.5 **Histocompatibilidad**: La semejanza entre dos o más tejidos a nivel de sus características genéticas e inmunológicas.

8.6 **Interdisciplinario:** Implica que los miembros del equipo de diferentes disciplinas trabajen en colaboración, con un propósito común, para establecer objetivos, tomar decisiones y compartir recursos y responsabilidades.

8.7 **Multidisciplinario:** Se refiere a un grupo de personas con habilidades diferentes pero complementarias que trabajan por un objetivo compartido.

8.8 **Oportunidad del Trasplante**: El conjunto de condiciones de tiempo, modo y lugar que permitan realizar un Trasplante.

8.9 **Protocolo**: Es un conjunto de reglas o instrucciones a seguir, fijadas por la ley o la tradición, hace referencia a distintas conductas y reglas que las personas en una determinada sociedad deberán conocer y respetar en ocasiones específicas.

8.10 **Receptor/a**: a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos.

8.11 **Receptor/a Candidato/a**: Paciente que ha sido aceptado por el Comité Interno de Trasplantes para ser Receptor de un Órgano, Tejido o célula y que ha sido inscrito en el Registro Nacional de Trasplantes, hasta antes de que se le realice el Trasplante.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
0	13/octubre/2023	Generación del documento e integración de procedimientos de acuerdo a la estructura funcional del área.

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	07/octubre/2024	Actualización por cambios en la estructura institucional y de normas, políticas y lineamientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39

10.2 Solicitud de apertura de expediente clínico INER-EC-04

10.3 Solicitud de Ingreso Hospitalario INER-AHRM-01

10.4 Indicaciones médicas INER-EC-03

10.5 Carnet de citas del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-02

10.6 Historia Clínica INER-EC-05

10.7 Notas Médicas INER-EC-06

10.8 Recomendaciones al paciente del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-03

10.9 Librillo de información para pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-01

10.10 Solicitud de estudios de Laboratorio Clínico INER-LC-01

10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Fecha: _____/_____/_____
DÍA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____/_____/_____ (AÑO MES DÍA)

SERVICIO SOLICITANTE: _____

No. DE PROTOCOLO: _____

MARQUE LAS INTERCONSULTAS QUE SOLICITE, RESALTANDO LA PRINCIPAL
***En estas especialidades llenar una solicitud por interconsulta**

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA			
CE01	PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA	CE21	CLÍNICA DE EPOC
CE02	PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE22	CLÍNICA DE INTERSTICIALES
CE03	PSIQUIATRÍA	CE23	CIRUGÍA
CE04	CARDIOLOGÍA	CE24	CLÍNICA DE TRÁQUEA
CE05	MEDICINA INTERNA	CE25	GASTROENTEROLOGÍA
CE06	NEUMOLOGÍA	CE26	AUDIOLOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*
CE07	NEUMOPEDIATRÍA	CE27	CLÍNICA DE VASCULITIS
CE08	OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE31	CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD
CE09	REUMATOLOGÍA	CE32	CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA
CE10	ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)	CE33	CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR
CE11	INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA	CE34	CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CE12	DIETOLOGÍA	CE35	NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)
CE13	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	CE36	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CE15	HEMATOLOGÍA*	SE01	ALERGOLOGÍA
CE16	CLÍNICA DEL DOLOR	ES02	ESTOMATOLOGÍA*
CE17	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *	CT07	CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*
CE18	CLÍNICA DE TUBERCULOSIS		
CE20	CARDIOPEDIATRÍA*		

Diagnostico(s): _____

Motivo de Interconsulta(s): _____

Nombre del médico tratante	Firma

Importante:

- Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la Interconsulta.
- El reporte de la Interconsulta se realizara en la hoja de nota médica.
- Es estrictamente necesario el envío de esta solicitud, para la correcta programación por el personal administrativo de la consulta externa.
- Para la interconsulta a cardiología se deberá anexar el formato de electrocardiograma INER-CE-29 (12.2013)
- Neumología consulta externa, solo para especialidades no neumológicas.

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER EC-CE-39 (01.2024)

10.2 Solicitud de Apertura de Expediente Clínico INER-CE-04

SALUD | SOLICITUD DE APERTURA DE EXPEDIENTE | INER

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	NUMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE					
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DÍA	EDAD: AÑOS	GÉNERO. H ☐ M ☐

DIAGNÓSTICOS

SERVICIO SOLICITANTE					
NEUMOLOGÍA	☐	OTORRINOLARINGOLOGÍA	☐	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	☐
CIRUGÍA TORÁCICA	☐	DIENI	☐	CLÍNICA DE TABAQUISMO	☐
CLÍNICA DE EPOC	☐	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	☐		

OTROS: _____

FIRMA DE SOLICITUD	VISTO BUENO
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

PARA USO EXCLUSIVO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA	
AUTORIZACIÓN	HORA
NOMBRE Y FIRMA	

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-CE-04 (04.2016)

10.3 Solicitud de Ingreso Hospitalario INER-AHRM-01

SALUD — SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO — INER

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS

	Día/Mes/Año	PRIORIZACIÓN		PROCEDENCIA	
Fecha de solicitud			URGENTE		URGENCIAS
Hora	Hrs.		NORMAL		SCIR
			PROGRAMADO		CONSULTA EXTERNA

Ingreso programado y/o Programación de ingreso	Día	Mes	Año	Requiere	Cubículo	Aislado	Habitación compartida

Servicio Clínico solicitado	1	2	3	4	5	7A	7B	CIRUGIA

DATOS DEL PACIENTE					
Nombre					Número de expediente
Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día	Edad: _____ años	Género. H☐ M☐
Diagnóstico principal					
Otros					
Metas a cumplir con el ingreso hospitalario / Información adicional					

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICA LA RESOLUCIÓN		
Nombre		Parentesco
Domicilio		
Estado	Teléfono	Horas de traslado

Nombre completo del médico que solicita el ingreso		
Teléfono o Extensión	Cédula profesional	Firma

AUTORIZACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS/SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA			
Servicio clínico	Cama	Fecha de hospitalización	Hora de asignación y/o ingreso
Autorización Nombre completo y firma			

Observaciones

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 — INER-AHRM-01 (10-2019)

10.4 Indicaciones médicas INER-EC-03

SALUD

INDICACIONES MÉDICAS

INER — DIRECCIÓN MÉDICA

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE			NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/Mes/Día)	
NÚMERO DE CAMA	FECHA DE ELABORACIÓN		SERVICIO QUE ELABORA		EDAD
SÉNERO	PESO	TALLA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m²)	ÁREA SUPERFICIE CORPORAL (kg/m²)	RELIGIÓN
PESO IDEAL	PESO AJUSTADO	PESO PREDICHO	CREATININA	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	

I. Cuidados generales

Hora	Dieta

Hora	Medidas generales	

Hora	**Terapia respiratoria** (oxígeno, ventilación, medicamentos inhalados, NO inhalaciones en dosis medida. Para medicamentos descríbe nombre, dosis, vía y frecuencia e intervalo)

Hora	**Hemoderivados y soluciones para hidratación o aporte nutricional de base** (incluye electrolitos como requerimiento metabólico de mantenimiento)	
	Denominación	*Alerta

II. **Prescripción de medicamentos (Incluye inhaladores en dosis medida).** Usando para el apoyo de alerta de seguridad AB (Alto Riesgo, LASA, nombre o sonido parecido, M. Prescripción de Dosis medida, F.a.P. Requiere por escrito y verificar, **Modificado** o **Suspendido**, indica modificación o suspensión de medicamento)

III. Transcripción-verificación

Hora	Modificado Dr.	Medicamento (nombre genérico)	*Alerta de seguridad	Dosis. Incluye solución y tiempo de infusión	Vía	Frecuencia	Fecha Inicio	Transcripción M	V	N	Revisa Farm. Hosp.

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC-03 (05.2022)

SALUD

INDICACIONES MÉDICAS

INER

DIRECCIÓN MÉDICA

IV. **Estudios de laboratorio, gabinete e interconsultas**

Hora		

Médico que elaboró: Nombre y apellidos Cédula Profesional:	Firma	Médico responsable: Nombre y apellidos Cédula Profesional:	Firma

V. **Registro de indicaciones verbales y telefónicas durante la atención médica** (exclusivo para situaciones de urgencia en la que exista un *peligro inminente para la vida* del paciente o situaciones excepcionales en las que el médico no esté presente. El receptor deberá confirmar la información que reciba. Marque con una X en los paréntesis de acuerdo a lo realizado.

Tipo de información:	**( ) Indicación médica**		**( ) Resultado de laboratorio**	**( ) Resultado transoperatorio**
( ) Escucho	**( ) Escribo** indicación o resultado del estudio			
Fecha				
	Lectura de la indicación ( )		Confirmación de la indicación ( )	
Hora	Nombre del **Receptor***		Nombre del **Emisor****	
	No. Trabajador/Cédula Profesional ***	Firma	No. Trabajador/Cédula Profesional ***	Firma

10.5 Carnet de citas del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-02

VALORACIONES POR ESPECIALISTAS

PRIMERA ETAPA	SOLICITADA	TERMINADA
PSIQUIATRÍA		
TRABAJO SOCIAL		
NUTRICIÓN		
REHABILITACIÓN PULMONAR		

SEGUNDA ETAPA	SOLICITADA	TERMINADA
INFECTOLOGÍA		
OTORRINOLARINGOLOGÍA		
CIRUGÍA MAXILOFACIAL		
CIRUGÍA DE TÓRAX		

TERCERA ETAPA	SOLICITADA	TERMINADA
CARDIOLOGÍA		
GASTROENTEROLOGÍA		
ENDOCRINOLOGÍA		

SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
COORDINACIÓN DE TRASPLANTE

CARNET DE CITAS
PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR

Usted se encuentra en:

Protocolo de estudio		En lista de espera		Seguimiento postrasplante	

**** IMPORTANTE: El estar en **protocolo de estudio** puede resultar en **NO SER CANDIDATO AL TRASPLANTE** si los riesgos superan los beneficios*

INER-CTR-02(09.2024)

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD

10.6 Historia Clínica INER-EC-05

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

INER

NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE EXPEDIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)	
FECHA DE ELABORACIÓN:		SERVICIO DE PROCEDENCIA:		SERVICIO QUE ELABORA	EDAD
GÉNERO	PESO	TALLA	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	OCUPACIÓN
LUGAR DE ORIGEN			LUGAR DE RESIDENCIA		

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES: Causas y edades de morbi-mortalidad (Padres, Hermanos, Cónyuge, Hijos): Cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, otros.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: ejercicio, deporte, sexualidad, higiene, habitación, dieta / estado nutricional, inmunizaciones, antecedentes ocupacionales, viajes. Para casos pediátricos: nacimiento y desarrollo psicomotriz.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: tabaquismo (paquetes año), alcoholismo (tiempo cantidad), exposición al humo de leña, toxicomanías, enfermedades congenitas, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alergias e intolerancia a fármacos, transfusionales, intoxicaciones, enfermedades, hospitalizaciones (relato cronológico). Nota: Documentar medicación crónica y actual en la siguiente hoja.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: menarca, ritmo catamenial/caracteristicas, inicio de vida sexual, gestaciones, partos, cesáreas, abortos lactancia, contracepción, menopausia.

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC-05 (05.2022)

Página 1 de 7

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "ISMAEL COSÍO VILLEGAS" DIRECCIÓN MÉDICA

MEDICACIÓN ACTUAL Y/O CRÓNICA. a) Listar medicamentos y suplementos de uso crónico o actual, incluyendo medicamentos de autoadministración (sin receta). b) Comparar con la medicación presente en hospitalización (Cotejo). c) Conciliar discrepancias con el médico responsable de la prescripción (Conciliación)

Medicamento (Nombre genérico)	Dosis y frecuencia	Presentación/ Vía	Periodo de uso (horas, días, meses, años)	Ultima dosis administrada (hora, día)	Razón de uso	Cotejo	Conciliación de la medicación		
							Continúa*	Suspende**	Modifica**

Notas:
Cotejo: verifica coincidencia entre la medicación anterior o crónica del paciente con la prescripción en hospitalización. Hace marca de verificación si coincide (✓), hace cruz (X) si hay incongruencias.
Conciliación de la medicación: evaluación de las incongruencias; define si la medicación crónica continúa, se modifica o se suspende.
Continúa: hace marca de verificación (✓) si determina que la prescripción del medicamento continuará en hospitalización.
Suspende: indica suspensión. **Modifica** indica modificación de dosis o posología. Si determina que el medicamento se Suspende o Modifica justifique colocando el número correspondiente a la causa acorde a la clasificación siguiente. 1. **No tiene indicación (no pertinente para la situación clínica actual)**; 2. Requiere posología diferente; 3. Medicamento sin existencia; 4. Requiere vía de administración diferente; 5. Otra ¿Cuál? Si suspende la medicación y comunica al paciente o familiar el retiro de los medicamentos).

Médico que concilia: Nombres y apellidos	
Cédula	
Fecha	Hora

PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de inicio, cuadro sintomático, evolución cronológica, sintomatología actual.

Listado de problemas.

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DIRECCIÓN MÉDICA

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

SÍNTOMAS GENERALES: variación ponderal, apetito, sed, fiebre, escalofríos, diaforesis, astenia, adinamia, fatiga, debilidad, malestar general.

RESPIRATORIO: tos, expectoración, hemoptisis, disnea, sibilancias, dolor pleurítico.

CARDIOVASCULAR: precordalgia, palpitaciones, disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística, edema, síncope, claudicación.

DIGESTIVO: anorexia, náusea, vómito, disfagia, odinofagia, pirosis, reflujo, regurgitación, hematemesis, dolor abdominal, distensión, hábito intestinal (cambios), constipación, diarrea, pujo, tenesmo, rectorragia, melena, ictericia, coluria, acolia.

GENITO-URINARIO: disuria, hematuria, poliuria, nicturia, chorro (calibre, fuerza, tenesmo, goteo), incontinencia, retención, pene, testículos, libido, potencia sexual, infertilidad, vagina: flujo, dolor, comezón, ardor. Mamas: dolor, masas, lesiones, secreción.

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

INER

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

ENDOCRINO: polidipsia, polifagia, bocio, letargia, bradilalia. Intolerancia a frio/calor. Amenorrea, galactorrea, ginecomastia. Obesidad (truncal, facial). Características sexuales.

REUMATOLÓGICO: ganglios, úlceras orales, xerostomia, xeroftalmia, fotosensibilidad, artralgias, mialgias, rigidez matutina, fuerza muscular, deformidades articulares, movimientos, marcha, fenómendo de Raynaud.

HEMATOLÓGICO: adenomegalias, palidez de tegumentos, petequias, púrpura, equimosis, hematomas, sangrado gingival.

NEUROLÓGICO: cefalea, convulsiones, pérdida del estado de alerta, parestesias, paresias, mareo, vértigo, sueño, marcha, equilibrio. Diestro(a). Funciones superiores.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS: visión, agudeza visual, diplopia, visión borrosa. Dolor, amaurosis fugaz. Otalgia, otorrea, hipoacusia, tinitus. Rinorrea, epistaxis, dolor, escurrimiento retronasal. Garganta: dolor, fonación.

PIEL Y ANEXOS: lunares, variaciones de color, rash, dolor, prurito, masas, pelo, uñas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TENSIÓN ARTERIAL: / mm Hg	FRECUENCIA CARDIACA: por min.
FRECUENCIA RESPIRATORIA: por minuto.	TEMPERATURA: oC.
OXIMETRÍA DE PULSO: %Sat.	CIRCUNFERENCIA DE CUELLO: cm
PESO: Kg TALLA: M	ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DIRECCIÓN MÉDICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN GENERAL: sexo, edad aparente. Estado de conciencia, orientación, facies, actitud. Integridad y conformación. Movimientos anormales. Marcha. Cooperación.

CABEZA: cráneo: cabello, senos paranasales. Articulación temporo-mandibular, pares craneales V y VII (sensibilidad y mímica facial), asimetrías.

OJOS: xantelasma, conjuntivas, escleróticas, corneas. Par craneal II. Campimetría. Movimientos: pares craneales III, IV y VI. Pupilas, reflejos fotomotor, motomotor, consensual. Fondo óptico.

NARIZ: olfacción Par I. Aleteo nasal. Rinoscopia.

OIDO: audición Rinne/Weber (Par craneal VIII). Otoscopia: conducto auditivo externo. Tímpano.

BOCA: mucosa, labios, dientes, encías. Lengua (Par XII). Paladar duro y blando. Reflejo nauseoso (Par Craneal IX y X). Orofaringe (Uvula, amígdalas). Fonación. Deglución.

CUELLO: piel, edema, crepitación. Rigidez, movimientos. Traquea: movilidad, dolor. Yugulares: presión venosa, distensión. Carótidas, pulsos, soplos, fremito. Tiroides: crecimiento, nódulos. Adenomegalias. Parótidas.

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "ISMAEL COSÍO VILLEGAS" DIRECCIÓN MÉDICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tórax

Inspección

Palpitación

Percusión

Auscultación

Área cardíaca

Mamas

ABDOMEN: forma, volumen, simetría. Piel: cicatrices, edema. Reflejos, hiperestesia, hiperbaralgesia, dolor, rebote, hernias. Ascitis. Peristalsis. Visceromegalias. Pulsos, soplos.

RECTO: Tacto rectal, esfínter, paredes, masas. Próstata. Sangre oculta en heces.

GENITALES: Pene, testículos, vulva. Hernias.

EXTREMIDADES: Volumen, estado de la superficie: cianosis, edema, pulsos, circulación distal. Hommans.

NEUROLÓGICO: Pares craneales, Sistema motor, reflejos osteotendinosos. Sensibilidad: tacto. Vibración. Función Cerebral.

SALUD

HISTORIA CLÍNICA

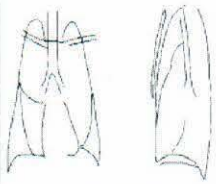
INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "ISMAEL COSÍO VILLEGAS" DIRECCIÓN MÉDICA

LABORATORIO Y GABINETE

Gasometría arterial: Pa02 mmHg PaC02 mmHg HC03 mEq.Lto PH

Espirometría: CVF FEV1 FEV1/CVF

Radiografía de Tórax:



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PRONÓSTICO

PLANES

PLANEACIÓN TEMPRANA DEL ALTA: (Pacientes que requieren planeación temprana del alta, con apoyo de equipo médico y/o cuidados especiales)

Oxígeno suplementario ☐ Ventilación mecánica ☐ Cuidado de estomas ☐ Manejo de drenaje ☐ Cuidados paliativos ☐ Transporte ☐ Ninguno ☐

ELABORÓ LA HISTORIA CLÍNICA:

Nombre completo del médico _____ Firma _____ Cedula profesional

REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA

Nombre completo del médico _____ Firma _____ Cedula profesional

FECHA DE ELABORACIÓN _____ Día _____ Mes _____ Año

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC-05 (05.2022)

Página 7 de 7

10.7 Notas Médicas INER-EC-06

SALUD

NOTAS MÉDICAS

INER

DIRECCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DIA No. DE EXPEDIENTE: No.DE HISTORIA: CLASIFICACION SOCIOECONOMICA:	FECHA: CAMA: SERVICIO CLINICO: EDAD: SEXO: HOJA No.:

FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0012

INER-EC-06 (05.2013)

10.8 Recomendaciones al paciente del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-03

SALUD

Recomendaciones al paciente del Programa de Trasplante Pulmonar

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
COORDINACIÓN DE TRASPLANTE

Ciudad de México, _____

Datos del paciente
Nombre Completo:
Edad:
Genero:
Domicilio:
Estado civil:
Expediente:
Fecha de nacimiento:
Diagnóstico:

Yo _____, en calidad de paciente acepto voluntariamente el proceso estipulado en este documento para iniciar el proceso de evaluación del programa de Trasplante Pulmonar del INER y participar para ser tomado en cuenta como probable candidato a trasplante.

Manifiesto que en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, a través del médico _____ me han informado lo siguiente.

Principales recomendaciones.

- Cumplir con todas mis citas agendadas por los especialistas para mi valoración pre-Trasplante Pulmonar.
- Cumplir con el programa de Rehabilitación Pulmonar Institucional.
- Adherencia estricta a mis tratamientos indicados por los especialistas previa cirugía de trasplante y tratamiento inmunosupresor postrasplante.
- Cumplir con el esquema de vacunación indicado por el programa.
- Realizar todos los estudios solicitados durante mi evaluación.
- No fumar, no tomar alcohol ni consumir ningún tipo de drogas recreativas.
- Cuidar mi salud evitando actividades de alto riesgo para evitar en la medida de lo posible el contagio de enfermedades tanto previo al trasplante como posterior a este.
- Residir preferentemente en un perímetro no mayor a 30 km a la periferia del INER una vez enlistado en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) como receptor y el periodo post-trasplante por un mínimo de 6 meses.

INER-CTR-03(09 2024)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

Recomendaciones al paciente del Programa de Trasplante Pulmonar

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
UNIDAD DE TRASPLANTE PULMONAR

Por este medio, manifiesto mi satisfacción con la información recibida y, conscientemente en qué consiste el programa, sus beneficios, sus riesgos y consecuencias, estoy de acuerdo en que se me de la atención médica, con fundamento en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplante, entendiendo que el proceso de evaluación se practicará por médicos especialistas o en formación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

He comprendido satisfactoriamente el propósito de la incorporación al programa de trasplante pulmonar, y los requisitos para ser seleccionado según los criterios establecidos por el programa.

Después de conocer lo antes mencionado, y en entendimiento de que al no cumplir con estos requisitos o compromisos puedo ser retirado/a del programa de trasplante pulmonar y no realizarse el procedimiento quirúrgico, manifiesto mi deseo de ser parte del programa de Trasplante Pulmonar y cumplir con los puntos solicitados previamente.

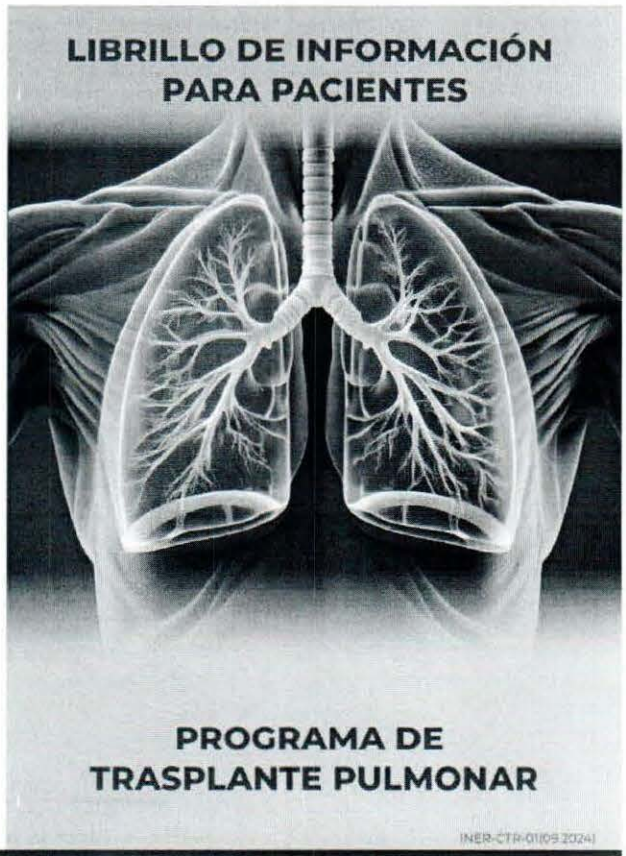
Si autorizo ☐ **No autorizo** ☐

_____
Nombre del paciente
Firma del paciente

_____
Nombre del personal médico
Firma del personal médico

_____
Nombre del/la Testigo
Firma del/la Testigo

10.9 Librillo de Información para pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar INER-CTR-01



ELABORADO POR:
Dr. Víctor Manuel Mendoza Romero
Titular de la Coordinación de Trasplante
Septiembre, 2024

CONTACTO:
Grupo de Trasplante Pulmonar en el INER
Teléfono/Conmutador: 55 5487 1700
Servicio de Urgencias Respiratorias: Ext. 5164
Coordinación de Trasplante: Ext. 5047
Subdirección de Cirugía: Ext. 5210
Correo electrónico: trasplantepulmonar@iner.gob.mx

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

10.10 Solicitud de estudios de Laboratorio Clínico INER-LC-01

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

INER
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

NOMBRE (S): PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

EXPEDIENTE: GENERO: FEMENINO ☐ MASCULINO ☐

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:

SERVICIO: CAMA: EDAD:

CLÍNICA DE ESTUDIO:

NO. DE PROTOCOLO: NO. DE CONVENIO: FECHA:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

HEMATOLOGÍA
- ☐ LC07 MEDULA ÓSEA
- ☐ LC08 HEMATOCRITO
- ☐ LC09 HEMOGLOBINA
- ☐ LC10 PLAQUETAS

COAGULACIÓN
- ☐ LC05 PRUEBAS DE COAGULACIÓN

PACIENTE ANTICOAGULADO: SI ☐ NO ☐
- ☐ LC01 TIEMPO DE PROTOMBINA
- ☐ LC04 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA
- ☐ LC06 TIEMPO DE TROMBINA

PRUEBAS DE COAGULACIÓN ESPECIALES
- ☐ LC07 ANTITROMBINA III
- ☐ LC08 DIMERO D
- ☐ LC09 PROTEÍNA C
- ☐ LC10 PROTEÍNA S
- ☐ LC11 RESISTENCIA DE LEIDEN

LC200 PERFIL ANTIFOSFOLÍPIDO
- ☐ LC195 AC. LÚPICO
- ☐ LC196 ANTICUERPOS ANTI BETA 2 GLICOPROTEÍNA IgG
- ☐ LC197 ANTICUERPOS ANTI BETA 2 GLICOPROTEÍNA IgM
- ☐ LC198 ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS IgG
- ☐ LC199 ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS IgM

CUANTIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTES
- ☐ LC174 HEPARINA ANTI XA UNF
- ☐ LC175 HEPARINA ANTI XA HBPM
- ☐ LC176 HIRUDINA
- ☐ LC177 DABIGATRAN

BIOQUÍMICA
- ☐ LC01 QUÍMICA SANGUÍNEA
- ☐ LC02 GLUCOSA
- ☐ LC03 UREA (BUN)
- ☐ LC04 CREATININA
- ☐ LC05 ACIDO URICO
- ☐ LC06 COLESTEROL

LC07 PERFIL LIPÍDICO
- ☐ LC08 COLESTEROL TOTAL
- ☐ LC09 TRIGLICÉRIDOS
- ☐ LC10 HDL COLESTEROL
- ☐ LC11 LDL COLESTEROL

OTROS LÍPIDOS
- ☐ LC12 ACIDOS GRASOS
- ☐ LC13 APOLIPOPROTEÍNA A
- ☐ LC14 APOLIPOPROTEÍNA B

LC15 PERFIL DE HIERRO
- ☐ LC16 HIERRO SÉRICO
- ☐ LC17 CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE HIERRO
- ☐ LC18 TRANSFERRINA

PRUEBAS CARDIACAS
- ☐ LC19 CREATIN CINASA (CPK)
- ☐ LC20 TROPONINA TP
- ☐ LC21 BNP
- ☐ LC22 MIOGLOBINA
- ☐ LC23 TROPONINA

LC24 ELECTROLITOS SÉRICOS
- ☐ LC25 SODIO
- ☐ LC26 POTASIO
- ☐ LC27 CLORO
- ☐ LC28 CALCIO
- ☐ LC29 FÓSFORO
- ☐ LC30 MAGNESIO

INMUNOLOGÍA
- ☐ LC31 PERFIL INMUNOLÓGICO
- ☐ LC32 INMUNOGLOBULINA IgG
- ☐ LC33 INMUNOGLOBULINA IgA
- ☐ LC34 INMUNOGLOBULINA IgM
- ☐ LC35 INMUNOGLOBULINA IgE
- ☐ LC36 COMPLEMENTO C3
- ☐ LC37 COMPLEMENTO C4

LC38 PERFIL REUMATOLÓGICO
- ☐ LC39 ANTIESTREPTOLISINA
- ☐ LC40 FACTOR REUMATOIDE
- ☐ LC41 PROTEÍNA C REACTIVA

PRUEBAS INMUNOLÓGICAS ESPECIALES
- ☐ LC42 ANA (ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES)
- ☐ LC43 REACTIVOS FEBRILES
- ☐ LC44 PRUEBA DE EMBARAZO
- ☐ LC45 PROCALCITONINA
- ☐ LC46 ANTÍGENO ADENOVIRUS
- ☐ LC47 IgE
- ☐ LC48 INSULINA
- ☐ LC49 HEMATIA
- ☐ LC50 DETERMINACIÓN DE CITRATO
- ☐ LC51 PARATOHORMONA
- ☐ LC52 CORTISOL SÉRICO
- ☐ LC53 CORTISOL URINARIO
- ☐ LC54 ACTH

INMUNOLOGÍA
MARCADORES TUMORALES
- ☐ LC55 GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)
- ☐ LC56 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL (PSA)
- ☐ LC57 ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (ACE)
- ☐ LC58 ALFA FETOPROTEÍNA
- ☐ LC59 CA 125
- ☐ LC60 CA 19-9
- ☐ LC61 CA 15-3
- ☐ LC62 CA 72-4

LC63 PERFIL DE TORCH
- ☐ LC64 ANTICUERPOS IgG Frente a Toxoplasma gondii
- ☐ LC65 ANTICUERPOS IgM Frente a Toxoplasma gondii
- ☐ LC66 ANTICUERPOS IgG Frente a virus de la Rubeola
- ☐ LC67 ANTICUERPOS IgM Frente a virus de la Rubeola
- ☐ LC68 ANTICUERPOS IgG Frente a Citomegalovirus
- ☐ LC69 ANTICUERPOS IgM Frente a Citomegalovirus
- ☐ LC70 ANTICUERPOS IgG Frente a Herpes simplex
- ☐ LC71 ANTICUERPOS IgM Frente a Herpes simplex

OTRAS SEROLOGÍAS
- ☐ LC72 ANTICUERPOS ANTI HIDATIDOSA ELISA
- ☐ LC73 ANTICUERPOS ANTI HIDATIDOSA IgM
- ☐ LC74 ANTICUERPOS ANTI TUBERCULOSIS (MANTOUX, QUANTIFERON)
- ☐ LC75 ANTICUERPOS IgG Frente a CHAGAS + ZOSTER
- ☐ LC76 ANTICUERPOS IgG Frente a SARAMPIÓN
- ☐ LC77 ANTICUERPOS IgG Frente a otras INFECTIN BANK

DETERMINACIÓN DE MEDICAMENTOS
- ☐ LC78 VANCOMICINA
- ☐ LC79 VITAMINA A
- ☐ LC80 VITAMINA E

INMUNOSUPRESORES
- ☐ LC81 TACROLIMUS
- ☐ LC82 SIROLIMUS
- ☐ LC83 CICLOSPORINA

LC84 PERFIL TIROIDEO
- ☐ LC85 TIROXINA LIBRE (T4L)
- ☐ LC86 TIROXINA (T4)
- ☐ LC87 TRIYODOTIROXINA LIBRE (T3L)
- ☐ LC88 TRIYODOTIROXINA (T3)
- ☐ LC89 TIROTROPINA (TSH)
- ☐ LC90 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES
- ☐ LC91 TIROGLOBULINA

TOXICOLOGÍA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
- ☐ LC92 PLASMA
- ☐ LC93 SUERO (ORIGEN)
- ☐ LC94 ANTIESTEROIDEO
- ☐ LC95 PORFIRINAS
- ☐ LC96 SINOVIAL
- ☐ LC97 MICROORGANISMOS
- ☐ LC98 PRUEBA DE LSD
- ☐ LC99 ACTIVACIÓN DE CATEPSINA (AGUA DE ____)

URINARIAS
- ☐ LC100 EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO)
- ☐ LC101 ACIDO URICO URINARIO (24 HR)
- ☐ LC102 ACIDO URICO URINARIO (2 HR)
- ☐ LC103 CREATININA URINARIA
- ☐ LC104 DEPURACIÓN DE CREATININA (2H)
- ☐ LC105 DEPURACIÓN DE CREATININA (24H)

PESO: _____ TALLA: _____
- ☐ LC106 MICROALBUMINA EN ORINA (2 HR)
- ☐ LC107 MICROALBUMINA EN ORINA (24 HR)
- ☐ LC108 MICROPROTEÍNAS EN ORINA (2 HR)
- ☐ LC109 MICROPROTEÍNAS EN ORINA (24 HORAS)
- ☐ LC110 UREA ORINA (24HR)
- ☐ LC111 CREATININA ACTIVADA EN ORINA (24 HR) _____ (pH)

ELECTROLITOS URINARIOS
- ☐ LC112 SODIO URINARIO (ALEATORIO)
- ☐ LC113 SODIO URINARIO (2 HR)
- ☐ LC114 SODIO URINARIO (24HR)
- ☐ LC115 CALCIO URINARIO (ALEATORIO)
- ☐ LC116 CALCIO URINARIO (2 HR)
- ☐ LC117 CALCIO URINARIO (24HR)
- ☐ LC118 FÓSFORO URINARIO (ALEATORIO)
- ☐ LC119 FÓSFORO URINARIO (2 HR)
- ☐ LC120 FÓSFORO URINARIO (24HR)
- ☐ LC121 MAGNESIO
- ☐ LC122 MAGNESIO URINARIO (ALEATORIO)
- ☐ LC123 MAGNESIO URINARIO (2 HR)
- ☐ LC124 MAGNESIO URINARIO (24HR)
- ☐ LC125 POTASIO
- ☐ LC126 POTASIO URINARIO (ALEATORIO)
- ☐ LC127 POTASIO URINARIO (2 HR)
- ☐ LC128 POTASIO URINARIO (24HR)
- ☐ LC129 CLORO
- ☐ LC130 CLORO URINARIO (ALEATORIO)
- ☐ LC131 CLORO URINARIO (24HR)

CORPORALES/FISIOLÓGICOS
- ☐ LC132 MUESTRA LÁCTEA
- ☐ LC133 SEMEN DE 3
- ☐ LC134 SANGRE OCULTA EN HECES

CONGÉNITOS
- ☐ LC135 ERITROPOYETINA
- ☐ LC136 SECRETINA NADIR

MÉDICO SOLICITANTE
NOMBRE Y FIRMA

CÉDULA PROFESIONAL

INER LC 01/02-2024

2. PROCEDIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE TRASPLANTE PULMONAR

1.0 PROPÓSITO

1.1. Otorgar atención médica oportuna, eficiente con calidad y calidez a pacientes referidos/as, mediante el Programa de Trasplante Pulmonar en la realización de cirugía de trasplante, con el fin de restablecer y mejorar su salud.

2.0 ALCANCE

2.1. A nivel interno el procedimiento es aplicable a todo el personal de la Coordinación de Trasplante.

2.2. A nivel externo el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario de las áreas del Instituto que participan en la realización de la cirugía de trasplante pulmonar a pacientes usurias/os.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La persona responsable de la Coordinación de Trasplante, es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben cumplir este procedimiento, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y evitando la duplicidad de funciones.

3.3 En el desarrollo de procedimientos de la Coordinación de Trasplante, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el manual de organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

3.2. Las personas adscritas a la Coordinación de Trasplante, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de

conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.

3.3. El personal de la salud del instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

3.23 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participa en la atención de pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o del Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.

3.4. La notificación al/la potencial receptor/a, es responsabilidad del personal neumólogo de Trasplante, (ver Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar).

3.5. Es responsabilidad de la probable persona receptora:

3.5.1. Presentarse en la ventanilla del Servicio de Urgencias Respiratorias a más tardar 2 horas después de la notificación, acompañado/a de un familiar, con su carnet de citas y una identificación oficial, independientemente de la hora y el día.

3.5.2. Contar con panel viral respiratorio negativo, de lo contrario no podrá ser candidato/a al trasplante pulmonar y se valorará el llamar a otro/a receptor/a, dependiendo de la compatibilidad y de la posibilidad de acudir al Instituto inmediatamente para no extender el tiempo de isquemia del órgano. (consultar el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar)

3.6. El personal especialista en Cirugía de Trasplante (implante) y anestesiología, deben:

3.6.1. Explicar a la persona receptora el procedimiento junto con sus beneficios y riesgos.

3.6.2. Llevar a cabo la valoración, previo al ingreso del/la receptor/a al Servicio designado del Departamento de Áreas Críticas, tomando en consideración:

3.6.3. Revisar el expediente clínico de la persona receptora.

3.6.4. Solicitar al/la receptor/a la firma del formato de consentimiento informado del procedimiento quirúrgico y anestésico INER-EC-CI-DM-01.

3.6.5. El personal especialista en anestesiología debe llevar a cabo el Protocolo FATE (Ecocardiograma Transtorácico) y demás valoraciones y estudios necesarios, de acuerdo con lo señalado en el Protocolo para la Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.6.6. Documentar en todo momento la atención y valoraciones realizadas.

3.7. El equipo de cirugía de explante está conformado por 2 especialistas en cirugía de tórax y por personal de la Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos.

3.8. Es responsabilidad del personal de la Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos:

3.8.1. Tener una comunicación estrecha con la Coordinación de Trasplante para comunicar cada paso del proceso que van realizando y así optimizar tiempos en el INER con la persona receptora.

3.8.2. Corroborar que la situación clínica del/a paciente corresponda con lo presentado al momento de la oferta de órganos.

3.8.3. Corroborar que la persona donadora cumpla con los criterios de muerte encefálica como se marca en el artículo 20 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplante.

3.8.4. Corroborar que se tenga toda la documentación necesaria para realizar la cirugía de explante.

3.8.5. Llevar 2 hieleras e insumos necesarios para toma de muestras sanguíneas, muestras bronquiales y cirugía de explantación

3.8.6. Para más detalles ver Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.9. El personal del equipo de cirugía de implante está conformado por 3 especialistas en cirugía de tórax, quienes deben abordar al/el paciente para iniciar con la primera neumonectomía en cuanto se tenga viabilidad del órgano. Para más detalles ver Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.10. El manejo del/la paciente trasplantado/a en el Servicio de Cuidados Intensivos, tiene como objetivo:

3.10.1. Recuperación de la anestesia general.

3.10.2. Monitoreo hemodinámico

3.10.3. Control de la temperatura

3.10.4. Control respiratorio

3.10.5. Control de la hemostasia y sangrado postquirúrgico

3.10.6. Control del funcionamiento del injerto

3.10.7. Control del drenaje por tubos de tórax

3.10.8. Profilaxis antibiótica, antiviral, antimicótica

3.10.9. Control de la infección

3.10.10. Control de las complicaciones

3.10.11. Extubación precoz.

3.11. Es responsabilidad del personal médico del Servicio de Cuidados Intensivos Respiratorios:

3.11.1. El manejo crítico del/la paciente durante su estancia en el Servicio.

3.11.2. Pasar visita todos los días.

3.11.3. Acompañar al equipo de trasplante pulmonar (Neumólogos y Cirujanos de tórax) en el pase de visita para comentar la evolución del/a paciente.

3.11.4. Avisar cualquier eventualidad del/a paciente al responsable del programa de trasplante pulmonar inmediatamente.

3.12. Es responsabilidad de la persona titular del programa de trasplante pulmonar y/o personal neumólogo del equipo de trasplante:

3.12.1. Pasar visita diaria a pacientes, tanto en el Servicio de Cuidados Intensivos Respiratorios como en el Servicio de Terapia Intermedia u hospitalización.

3.12.2. Verificar y ajustar niveles de inmunosupresión.

3.12.3. Mantener comunicación estrecha con el equipo médico del Servicio de Cuidados Intensivos Respiratorios para ver evolución.

3.12.4. Decidir y coordinar el tiempo y momento para realizar video broncoscopias.

3.12.5. Coordinar con el personal médico de Cuidados Intensivos Respiratorios y cirugía de tórax para dar informes a los familiares.

3.12.6. Verificar que el/la paciente inicie lo más pronto posible fisioterapia y rehabilitación pulmonar.

3.12.7. Solicitar las valoraciones especializadas por nutrición, trabajo social y psiquiatría.

3.12.8. Coordinar con el grupo médico del servicio de cuidados intensivos respiratorios y de cirugía de tórax el egreso del/la paciente.

3.12.9. Dar seguimiento en consulta externa de trasplante pulmonar.

3.12.10. Es responsabilidad del personal neumólogo intervencionista del programa de trasplante la realización de la video broncoscopia a pacientes del programa, especialmente durante su estancia en el Servicio de Cuidados Intensivos Respiratorios.

3.13. Es responsabilidad del personal especialista en cirugía de tórax del equipo de trasplante pulmonar:

3.13.1. El manejo de sondas endopleurales y drenajes, así como cualquier eventualidad referente en lo quirúrgico.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

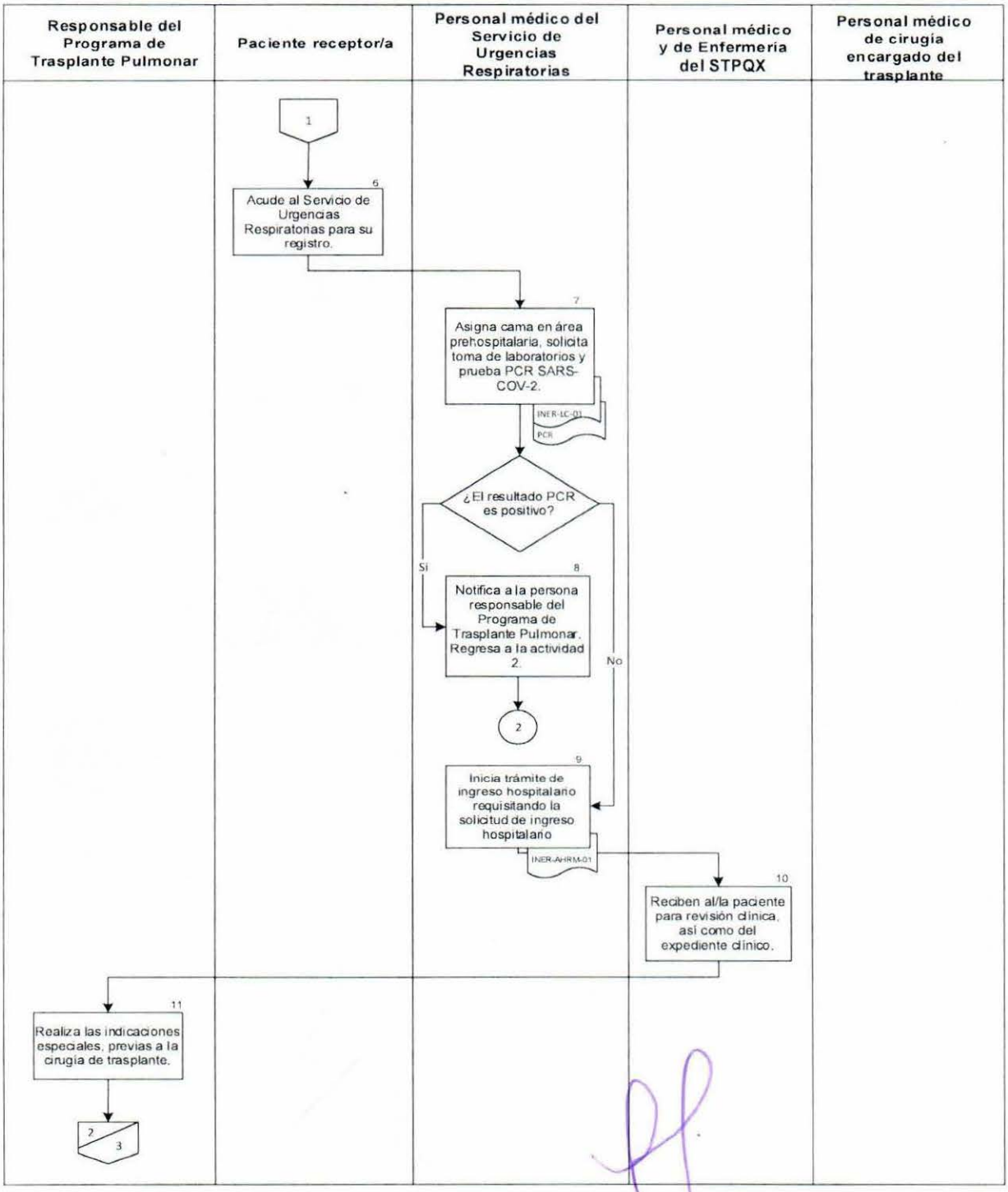
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Responsable del programa de trasplante pulmonar	1	Recibe del CHDOT la notificación de la existencia de un/a posible donador/a.	Notificación
	2	Revisa en colaboración con el personal de cirugía de trasplante pulmonar, la lista de espera y eligen al/la posible receptor/a de acuerdo a la compatibilidad sanguínea, tamaño de tórax, etc.	
	3	Notifica a la Presidencia del Comité Interno de Trasplante Pulmonar cuando se cuente con receptor/a para el/la donador/a.	Notificación
	4	Activa el "código de trasplante" para notificar al equipo multidisciplinario involucrado en el procedimiento de trasplante pulmonar.	
	5	Informa vía telefónica al/la potencial receptor/a elegido/a que debe presentarse en el Servicio de Urgencias Respiratorias del INER.	
Paciente receptor/a	6	Acude al Servicio de Urgencias Respiratorias para su registro.	
Personal médico del Servicio de Urgencias Respiratorias	7	Asigna cama en área prehospitalaria, solicita toma de laboratorios y prueba PCR SARS-COV-2.	INER-LC-01 PCR
		¿El resultado PCR es positivo?	
	8	Sí: Notifica a la persona responsable del programa de trasplante pulmonar. Regresa a la actividad 2.	

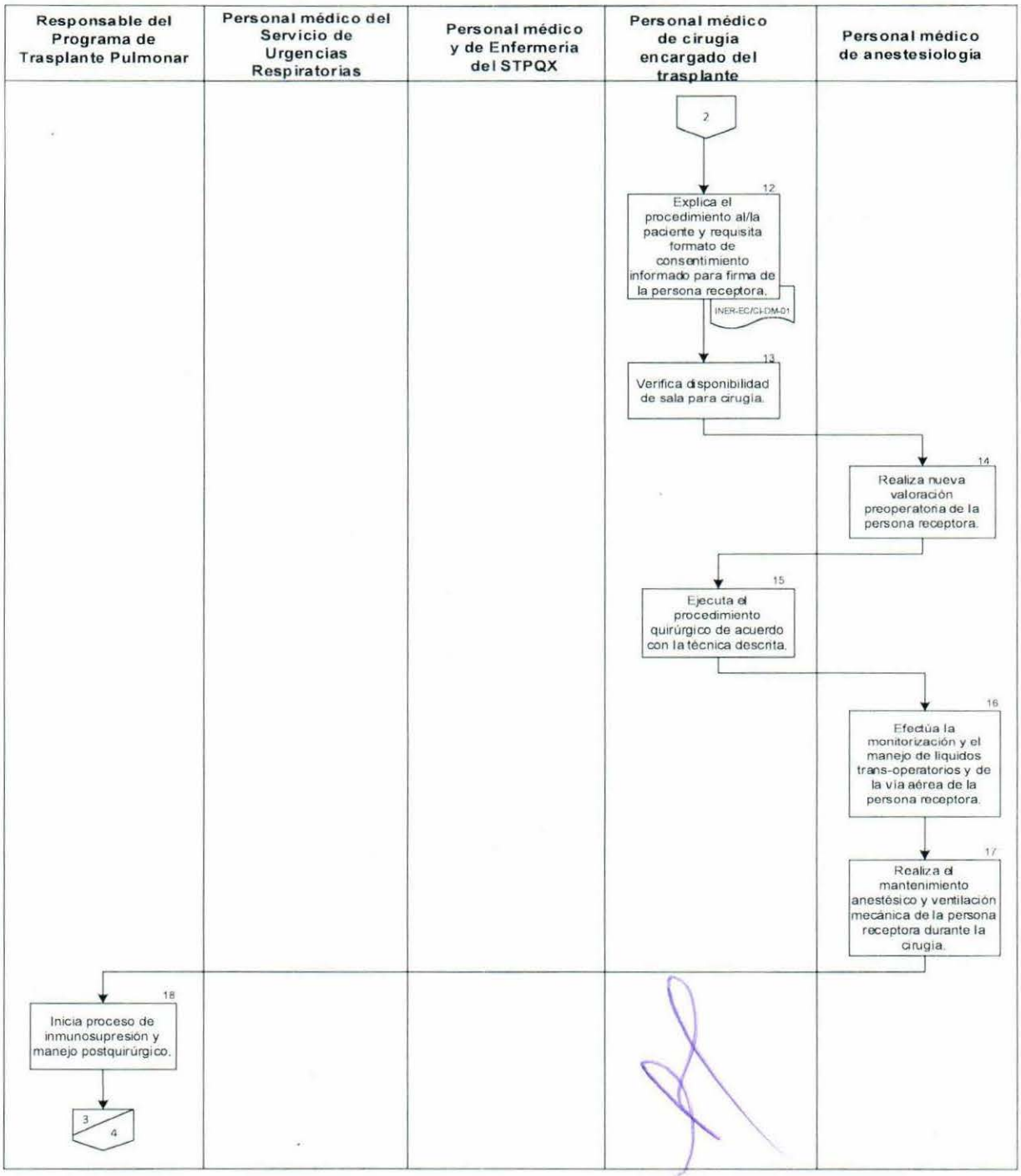
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	9	No: Inicia trámite de ingreso hospitalario requisitando la solicitud de ingreso hospitalario.	INER-AHRM-01
Personal Médico adscrito y de enfermería de la STPQX	10	Reciben al/la paciente para revisión clínica, así como del expediente clínico.	
Responsable del Programa de Trasplante Pulmonar	11	Realiza las indicaciones especiales, previas a la cirugía de trasplante.	
Personal médico de cirugía encargado del trasplante	12	Explica el procedimiento al/la paciente y requisitan formato de consentimiento informado para firma de la persona receptora.	INER-EC-DM-01
	13	Verifica disponibilidad de sala para cirugía.	
Personal médico de anestesiología	14	Realiza nueva valoración preoperatoria a la persona receptora.	
Personal médico de cirugía encargado del trasplante	15	Ejecuta el procedimiento quirúrgico de acuerdo con la técnica descrita.	
Personal médico de anestesiología	16	Efectúa la monitorización y el manejo de líquidos trans-operatorios y de la vía aérea de la persona receptora.	
	17	Realiza el mantenimiento anestésico y ventilación mecánica de la persona receptora durante la cirugía.	
Responsable del Programa de Trasplante Pulmonar	18	Inicia proceso de inmunosupresión y manejo postquirúrgico.	
Personal Médico adscrito de la STPQX	19	Realiza evaluación inicial e indica estudios paraclínicos.	Solicitudes de estudios

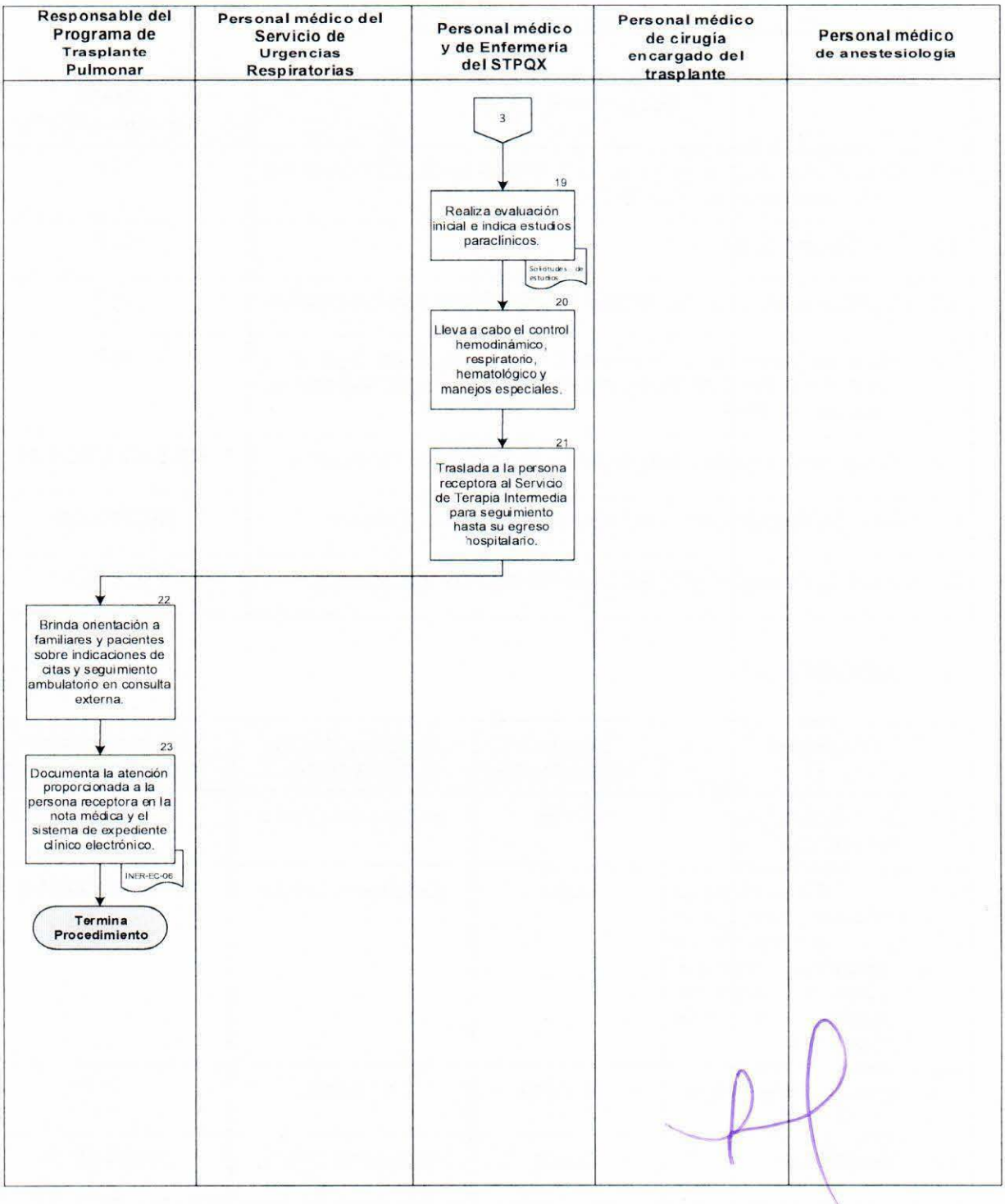
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Responsable del programa de Trasplante Pulmonar	20	Lleva a cabo el control hemodinámico, respiratorio, hematológico y manejos especiales.	
	21	Traslada a la persona receptora al Servicio de Terapia Intermedia para seguimiento hasta su egreso hospitalario.	
	22	Brinda orientación a familiares y pacientes sobre indicaciones de citas y seguimiento ambulatorio en consulta externa.	
	23	Documenta la atención proporcionada a la persona receptora en la nota médica y en el sistema de expediente clínico electrónico.	INER-EC-06
		Termina procedimiento.	

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

Responsable del Programa de Trasplante Pulmonar	Paciente receptor/a	Personal médico del Servicio de Urgencias Respiratorias	Personal médico y de Enfermería del STPQX	Personal médico de cirugía encargado del trasplante


Responsable del Programa de Trasplante Pulmonar
Paciente receptor/a
Personal médico del Servicio de Urgencias Respiratorias
Personal médico y de Enfermería del STPQX
Personal médico de cirugía encargado del trasplante
1
6
Acude al Servicio de Urgencias Respiratorias para su registro.
7
Asigna cama en área prehospitalaria, solicita toma de laboratorios y prueba PCR SARS-COV-2.
INER-LC-01
PCR
¿El resultado PCR es positivo?
Sí
No
8
Notifica a la persona responsable del Programa de Trasplante Pulmonar. Regresa a la actividad 2.
2
9
Inicia trámite de ingreso hospitalario requisitando la solicitud de ingreso hospitalario
INER-AHRM-01
10
Reciben al/la paciente para revisión clínica, así como del expediente clínico.
11
Realiza las indicaciones especiales, previas a la cirugía de trasplante.
2
3


Responsable del Programa de Trasplante Pulmonar
Personal médico del Servicio de Urgencias Respiratorias
Personal médico y de Enfermeria del STPQX
Personal médico de cirugía encargado del trasplante
Personal médico de anestesiología
2
12
Explica el procedimiento al/la paciente y requisita formato de consentimiento informado para firma de la persona receptora.
INER-EC/CI-DM-01
13
Verifica disponibilidad de sala para cirugía.
14
Realiza nueva valoración preoperatoria de la persona receptora.
15
Ejecuta el procedimiento quirúrgico de acuerdo con la técnica descrita.
16
Efectúa la monitorización y el manejo de líquidos trans-operatorios y de la vía aérea de la persona receptora.
17
Realiza el mantenimiento anestésico y ventilación mecánica de la persona receptora durante la cirugía.
18
Inicia proceso de inmunosupresión y manejo postquirúrgico.
3
4


Responsable del Programa de Trasplante Pulmonar
Personal médico del Servicio de Urgencias Respiratorias
Personal médico y de Enfermería del STPQX
Personal médico de cirugía encargado del trasplante
Personal médico de anestesiología
3
19
Realiza evaluación inicial e indica estudios paraclínicos.
Solicitudes de estudios
20
Lleva a cabo el control hemodinámico, respiratorio, hematológico y manejos especiales.
21
Traslada a la persona receptora al Servicio de Terapia Intermedia para seguimiento hasta su egreso hospitalario.
22
Brinda orientación a familiares y pacientes sobre indicaciones de citas y seguimiento ambulatorio en consulta externa.
23
Documenta la atención proporcionada a la persona receptora en la nota médica y el sistema de expediente clínico electrónico.
INER-EC-06
Termina Procedimiento

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Ley General de Salud	N/P
6.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.	N/P
6.4 Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante en México. Centro Nacional de Trasplantes, 2019.	N/P
6.5 Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.	NDC-DM-PROT-01
6.6 Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	NDC PR 045
6.7 Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social	NCD PR 047

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario	5 años	Expediente Clínico	INER-AHRM-01
7.2 Consentimiento informado autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación	5 años	Expediente Clínico	INER-CE/CI/DM-01
7.3 Solicitudes de estudios	No aplica	No aplica	N/P
7.4 Nota Médica	5 años	Expediente clínico	INER-EC-06

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Compatibilidad:** El grado de semejanza genética entre los individuos que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría o aquéllos necesarios, atendiendo al Órgano, Tejido o célula de que se trate y al avance científico; que prevenga el riesgo de rechazo del Órgano, Tejido o células trasplantadas.

8.2 **Criterios Médicos:** Los elementos clínicos, de laboratorio y de gabinete, definidos por los Comités Internos de Trasplantes, que permitan seleccionar a los candidatos a recibir un Órgano, Tejido o célula.

8.3 **Interdisciplinario:** Implica que los miembros del equipo de diferentes disciplinas trabajen en colaboración, con un propósito común, para establecer objetivos, tomar decisiones y compartir recursos y responsabilidades.

8.4 **Multidisciplinario:** Se refiere a un grupo de personas con habilidades diferentes pero complementarias que trabajan por un objetivo compartido.

8.5 **Oportunidad del Trasplante:** El conjunto de condiciones de tiempo, modo y lugar que permitan realizar un Trasplante.

8.6 **Programa de Trasplante**: El conjunto de servicios autorizados a un Establecimiento de Salud para proporcionar en forma integral a pacientes que requieren de un Trasplante de un Órgano, Tejido o célula, coordinado por el Comité Interno de Trasplantes.

8.7 **Protocolo**: es un conjunto de reglas o instrucciones a seguir, fijadas por la ley o la tradición, hace referencia a distintas conductas y reglas que las personas en una determinada sociedad deberán conocer y respetar en ocasiones específicas.

8.8 **Receptor:** persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos.

8.9 **Receptor Candidato/a**: El/La paciente que ha sido aceptado/a por el Comité Interno de Trasplantes para ser receptor/a de un órgano, tejido o célula y que ha sido inscrito/a en el Registro Nacional de Trasplantes, hasta antes de que se le realice el Trasplante.

8.10 **Trasplante:** a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

8.11 **Urgencia de Trasplante o Código 0**: El riesgo inminente de muerte de un paciente, que, por su condición de gravedad, su única alternativa de vida es el Trasplante de Órganos.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
0	13/octubre/2023	Generación del documento e integración de procedimientos de acuerdo a la estructura funcional del área.
1	07/octubre/2024	Actualización por cambios en la estructura institucional y de normas, políticas y lineamientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario INER-AHRM-01

10.2 Consentimiento informado Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación INER-CE/CI/DM-01

10.3 Nota médica INER-EC-06

10.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario INER-AHRM-01

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "ISMAEL COSÍO VILLEGAS"

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS

	Día/Mes/Año	PRIORIZACIÓN		PROCEDENCIA	
Fecha de solicitud			URGENTE		URGENCIAS
Hora	Hrs.		NORMAL		SCIR
			PROGRAMADO		CONSULTA EXTERNA

Ingreso programado y/o Programación de ingreso	Día	Mes	Año	Requiere	Cubículo	Aislado	Habitación compartida

Servicio Clínico solicitado	1	2	3	4	5	7A	7B	CIRUGÍA

DATOS DEL PACIENTE					
Nombre					Número de expediente
Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día	Edad: _____ años	Género: H☐ M☐
Diagnostico principal					
Otros					
Metas a cumplir con el ingreso hospitalario / Información adicional					

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICA LA RESOLUCIÓN		
Nombre		Parentesco
Domicilio		
Estado	Teléfono	Horas de traslado

Nombre completo del médico que solicita el ingreso		
Teléfono o Extensión	Cédula profesional	Firma

AUTORIZACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS/SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA			
Servicio clínico	Cama	Fecha de hospitalización	Hora de asignación y/o ingreso
Autorización Nombre completo y firma			

Observaciones

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-AHRM-01 (10-2019)

10.2 Consentimiento informado Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación INER-CE/CI/DM-01

SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

(**Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación.** De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV. Art. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico. numerales 4.2 y 10.1)

Tlalpan, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____

Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento			N. de expediente
	Año	Mes	Día	

Información: Con motivo de la atención médica que se encuentra Usted recibiendo por su problema de _____, su médico(a) tratante (_____) ha determinado que se requiere de la realización de un procedimiento:

☐ diagnóstico, ☐ médico, ☐ quirúrgico, ☐ invasivo, ☐ rehabilitación

que aquí se indican.

El médico tratante debe describir el procedimiento, tipo de estudio o el tratamiento a realizar, así como los beneficios esperados y los riesgos inherentes, así como posibles alternativas:

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-EC/CI/DM-01 (07.2018)

SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV. Art. 80, 81,82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1).

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, hago constar que me fue explicado en forma verbal, sin presión alguna, de manera clara, sencilla y completa sobre el probable diagnóstico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y autorizo libremente la realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación que aquí se indica, sabiendo el(los) Diagnóstico(s) probable(s) o diagnóstico confirmado de: _____

Me explicaron los beneficios esperados, así como los riesgos potenciales y posibles complicaciones del procedimiento antes mencionado. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento o administración de medicamentos representa un riesgo de complicaciones, pero que el beneficio redundará en un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi problema médico. Así mismo, se me ha informado que es un Hospital-Escuela donde personal clínico en formación puede participar en mis procesos de atención.

Tomando en cuenta lo anterior y en pleno uso de mis facultades determino que:

☐ **SI AUTORIZO** al equipo de salud del INER a que realicen el procedimiento antes señalado.

☐ **NO AUTORIZO**, el procedimiento propuesto y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal	**Firma y/o huella digital**

TESTIGO	TESTIGO
Nombre completo Firma y/o huella digital	**Nombre completo** Firma y/o huella digital

Nombre completo del médico tratante	**Cédula Profesional**	**Firma**

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento del procedimiento señalado en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital. La revocación de este documento no condicionará la prestación de servicios de atención médica.

Yo en mi carácter de paciente, familiar o responsable legal del paciente, **revoco el consentimiento autorizado previamente** en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

Revoco el consentimiento de _____

Nombre completo del paciente, familiar responsable o representante legal que revoca	**Firma y/o huella digital**	**Fecha (día/mes/año)**

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento Informado.

10.3 Notas Médicas INER-EC-06

SALUD

NOTAS MÉDICAS

INER

DIRECCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DIA	CAMA:
No. DE EXPEDIENTE:	SERVICIO CLINICO:
No.DE HISTORIA:	EDAD: SEXO: HOJA No.:
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA:	

FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO

LICENCIA SANITARIA No. 13 AA 09 012 0002

INER-EC-06 (01.2022)

3. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA

1.0 PROPÓSITO

1.1. Dar seguimiento oportuno a pacientes pos-trasplante pulmonar, a través del control general y/o específico oportuno, con el fin de prevenir posibles complicaciones potenciales y/o casos de deterioro respiratorio de pacientes trasplantados/as.

2.0 ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal adscrito de la coordinación de trasplante.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a pacientes del Instituto que recibieron trasplante pulmonar y el equipo interdisciplinario que participa en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La persona responsable de la Coordinación de Trasplante, es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben cumplir este procedimiento, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y evitando la duplicidad de funciones.

3.2 En el desarrollo de procedimientos de la Coordinación de Trasplante, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el manual de organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

3.3 Las personas adscritas a la Coordinación de Trasplante, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de

conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.

3.4 El personal de la salud del instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participa en la atención de pacientes del Programa de Trasplante Pulmonar, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.

3.6 La valoración clínica de seguimiento a pacientes trasplantados/as, debe basarse en controles generales y específicos sobre la medicación y las posibles complicaciones potenciales y está a cargo del personal médico especialista en neumología del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.7 El Control de la vía aérea, debe contemplar:

3.7.1 Tiene como objetivo el control de la anastomosis bronquial y el rechazo pulmonar. Se recomienda una broncoscopia a la semana, al mes y luego cada tres meses el primer año. Cada 6 meses el segundo año y luego de forma anual. Dicha broncoscopia debe realizarse exclusivamente por el personal especialista en neumología intervencionista del programa de trasplante pulmonar apoyado por el/la neumólogo/a de trasplante.

3.7.2 Realizar lavado bronco alveolar y biopsia transbronquial según el protocolo y criterio del personal neumólogo intervencionista del programa.

3.8 La Inmunosupresión, comprende:

3.8.1 El control de los niveles de tacrolimus de forma periódica (cada dos o tres días en la fase inicial) hasta lograr la estabilización y posteriormente mantener controles mensuales (se pueden espaciar después de los dos primeros años) según el tiempo de trasplante.

3.8.2 Objetivo acorde al tiempo de trasplante:

3.8.2.1.1 Primeros seis meses: Niveles entre 12-15

3.8.2.1.2 Seis meses al primer año: Niveles entre 10-12

3.8.2.1.3 Primer al segundo año: Niveles entre 8-10

3.8.2.1.4 Posterior a los dos años: Niveles entre 5-8

3.8.3 Control de función pulmonar

3.8.3.1 Realizar control de función pulmonar con espirometría simple cada semana el primer mes, luego cada dos semanas por dos meses y después cada mes.

3.8.4 Control por nutrición, psiquiatría y trabajo social.

3.8.4.1 Acompañamiento permanente determinado por cada uno del personal especialista.

3.8.5 Rehabilitación pulmonar:

3.8.5.1 Inicia desde el post operatorio inmediato y se mantiene ambulatoriamente por lo menos con tres sesiones semanales, la fase

intensiva del proceso de rehabilitación se da durante los primeros seis meses del trasplante. Posterior a esta fase se continua con la fase de mantenimiento.

3.8.6 Control médico: La consulta se debe hacer semanalmente donde se deben recibir los reportes de los controles antes mencionados y los exámenes de rutina para control que se realizarán cada tres meses el primer año, cada seis meses el segundo y anualmente desde el tercer año.

3.8.7 Control con paraclínicos ambulatorios:

3.8.7.1 Espirometría simple.

3.8.7.2 Tomografía de tórax de alta resolución (TACAR)

3.8.7.3 Caminata de 6 minutos

3.8.7.4 Oximetría en reposo y ejercicio

3.8.7.5 Gases arteriales.

3.8.7.6 Radiografía de tórax

3.8.7.7 ECG

3.8.7.8 Hemograma

3.8.7.9 Coagulación tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa)

3.8.7.10 Glicemia

3.8.7.11 Creatinina, nitrógeno uréico en sangre (BUN)

3.8.7.12 Electrolitos séricos (6)

3.8.7.13 Pruebas de función hepática

3.8.7.14 Proteínas totales, albúmina, globulinas.

3.8.7.15 Perfil de lípidos

3.8.7.16 Carga viral de Citomegalovirus (CMV).

3.8.7.17 Estudio de expectoración, tinción de gram y cultivo para aerobios y anaerobios, cultivo para hongos y micobacterias.

3.8.7.18 Recolección de orina 24 horas, proteinuria, creatinuria, depuración.

3.8.7.19 Ecocardiograma transtorácico (ECOTT)

3.8.7.20 Broncoscopia y biopsias transbronquiales.

3.8.7.21 En pacientes mujeres se hace anticoncepción con cualquier esquema excepto los hormonales. Posterior a esto queda a recomendación de expertos encargados al igual que de acuerdo a la evolución de cada paciente.

3.9 Como cualquier paciente se debe tener un **plan de manejo integral** que incluya los siguientes factores que impactan en su sobrevida y calidad de vida:

3.9.1 Riesgo de osteoporosis.

3.9.2 Hipercolesterolemia y su manejo.

3.9.3 Diabetes mellitus.

3.9.4 Hipertensión arterial sistémica.

3.9.5 Enfermedad renal crónica.

3.9.6 Citopenias a consecuencia de tratamiento.

3.9.7 Tamizaje oncológico.

3.9.8 Enfermedades que ameritan tratamiento específico.

3.10 Una de las complicaciones que acompañan el trasplante pulmonar es el rechazo pulmonar agudo y/o crónico (aproximadamente 90% de los/as pacientes trasplantados/as ha presentado un cuadro de rechazo antes de las tres primeras semanas).

3.11 El personal médico de neumología de trasplante es responsable de proporcionar tratamiento en el caso de histología positiva por rechazo celular y/o histopatología negativa con sospecha clínica de rechazo o deterioro de la función pulmonar y después de excluir otras causas.

3.12 De forma obligatoria en cualquier forma de rechazo el tratamiento debe incluir profilaxis antibiótica, de acuerdo a lo señalado en el Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.

3.13 El personal médico Neumólogo de Trasplante debe identificar al/la paciente postrasplantado/a que presente disminución de la función pulmonar y decidir la vía de atención que debe seguirse:

3.13.1 Servicio de Urgencias Respiratorias. Cuando el/la paciente presenta datos de insuficiencia respiratoria, declive de sus pruebas de función respiratoria o cualquier otro dato clínico que haga sospechar deterioro respiratorio o rechazo, debe presentarlo directamente en el Servicio de Urgencias Respiratorias.

3.13.2 Consulta externa. Cuando el/la paciente presenta datos de insuficiencia respiratoria, declive de sus pruebas de función respiratoria o cualquier otro dato clínico que haga sospechar de deterioro respiratorio o rechazo, pero pueda ser manejado de manera ambulatoria.

3.14 Una vez realizado el abordaje, tratamiento y mejoría del/la paciente, se egresa a su domicilio desde el Servicio de Terapia Intermedia y se continuará su seguimiento por el Servicio de Consulta Externa de trasplante pulmonar y del personal médico especialista del programa de trasplante con los cuales requiera seguimiento.

3.15 En el seguimiento de pacientes receptores/as postrasplante, el personal médico debe considerar la siguiente información:

3.15.1 Fenotipos básicos de la disfunción crónica del injerto pulmonar (CLAD)

Fenotipo	Obstrucción (FEV1/FVC <0.7)	Restricción (reducción de la capacidad pulmonar total ≥10% con respecto al basal)	Opacidades en la TAC de tórax
BOS	Sí	No	No
RAS	No	Sí	Sí
Mixto	Sí	Sí	Sí
Indefinido (1)	Sí	No	Sí
Indefinido (2)	Sí	Sí	No

3.15.2 Opacidades en la TAC: Opacidades parenquimatosas y/o aumento del engrosamiento pleural compatible con un diagnóstico y/o fibrosis pleural y que probablemente cause una fisiología restrictiva.

3.15.3 Estadificación

ESTADIO	ESPIROMETRÍA
DAPC 0	FEV1 >80% con respecto al FEV1 basal
DAPC 1	FEV1 >65-80% con respecto al FEV1 basal
DAPC 2	FEV1 >50-65% con respecto al FEV1 basal
DAPC 3	FEV1 >35-50% con respecto al FEV1 basal
DAPC 4	FEV1 <35% con respecto al FEV1 basal

3.15.4 Factores de riesgo para disfunción crónica del injerto pulmonar (CLAD)

3.15.4.1 Probables factores de riesgo.

3.15.4.1.1 Rechazo agudo recurrente.

3.15.4.1.2 Bronquitis linfocítica o bronquiolitis.

3.15.4.1.3 Neumonitis por citomegalovirus (CMV).

3.15.4.1.4 Falta de apego al tratamiento médico.

3.15.4.2 Posibles factores de riesgo.

3.15.4.2.1 Infección por citomegalovirus (CMV).

3.15.4.2.2 Neumonía organizacional.

3.15.4.2.3 Infección por bacteria / hongo / virus.

3.15.4.2.4 Edad avanzada del donador.

3.15.4.2.5 Tiempo prolongado de isquemia.

3.15.4.2.6 Reacción humoral.

3.15.4.3 Hipotéticos factores de riesgo.

3.15.4.3.1 Enfermedad subyacente.

3.15.4.3.2 Incompatibilidad del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA).

3.15.4.3.3 Genotipo del receptor.

3.15.4.3.4 Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con aspiración.

3.15.5 Opciones terapéuticas

Primero, exclusión de otras causas de disfunción pulmonar como infección, estenosis anastomótica, derrame. Después de ello:

3.15.5.1 Estadio inicial (DAPC 1-2).

3.15.5.1.1 Inhalación inicial con esteroides (Ej. Fluticasona 2x2 inhalaciones/día)

3.15.5.1.2 Incremento o ajuste de la inmunosupresión.

3.15.5.1.3 Ciclos de esteroides sistémico

3.15.5.1.4 Exclusión de ERGE (pHmetría y manometría).

3.15.5.1.5 En caso de ERGE severo resistente a IBPs, considerar funduplicatura.

3.15.5.1.6 Azitromicina (Zithromax) 500 mg 3 veces por semana (por al menos 3 semanas).

3.15.5.1.7 Montelukast 10 mg diario.

3.15.5.1.8 Fotoféresis extracorpórea:

3.15.5.1.8.1 Dosis individual, usualmente dos tratamientos en dos días separados por ciclo (duración de 4 H por tratamiento), intervalo entre ciclos inicialmente 1 semana, después 1-4 semanas.

3.15.5.1.8.2 Duración de la terapia es individual (semanas a años)

3.15.6 Estadio avanzado (DAPC 3-4).

3.15.6.1 Prácticamente no hay opción de fármacos.

3.15.6.2 Considerar re-trasplante.

3.15.6.3 La obstrucción de las vías aéreas pequeñas conduce a infecciones recurrentes permanentes. Es necesaria terapia antibiótica.

3.15.6.4 Si la decisión ha sido el re-trasplante, reducir la inmunosupresión a la normalidad o a niveles bajos que ayude a un mejor control de la infección.

3.15.6.4.1 Profilaxis de infecciones.

3.15.6.4.2 Buena terapia física.

3.15.6.4.3 Pérdida de peso (caquexia pulmonar) – posible prueba PEG.

3.15.7 Síndrome del injerto Restrictivo (RAS)

3.15.7.1 No hay guías de tratamiento formales para RAS, el manejo es experimental, no hay estudios clínicos que demuestran una superioridad de alguna intervención.

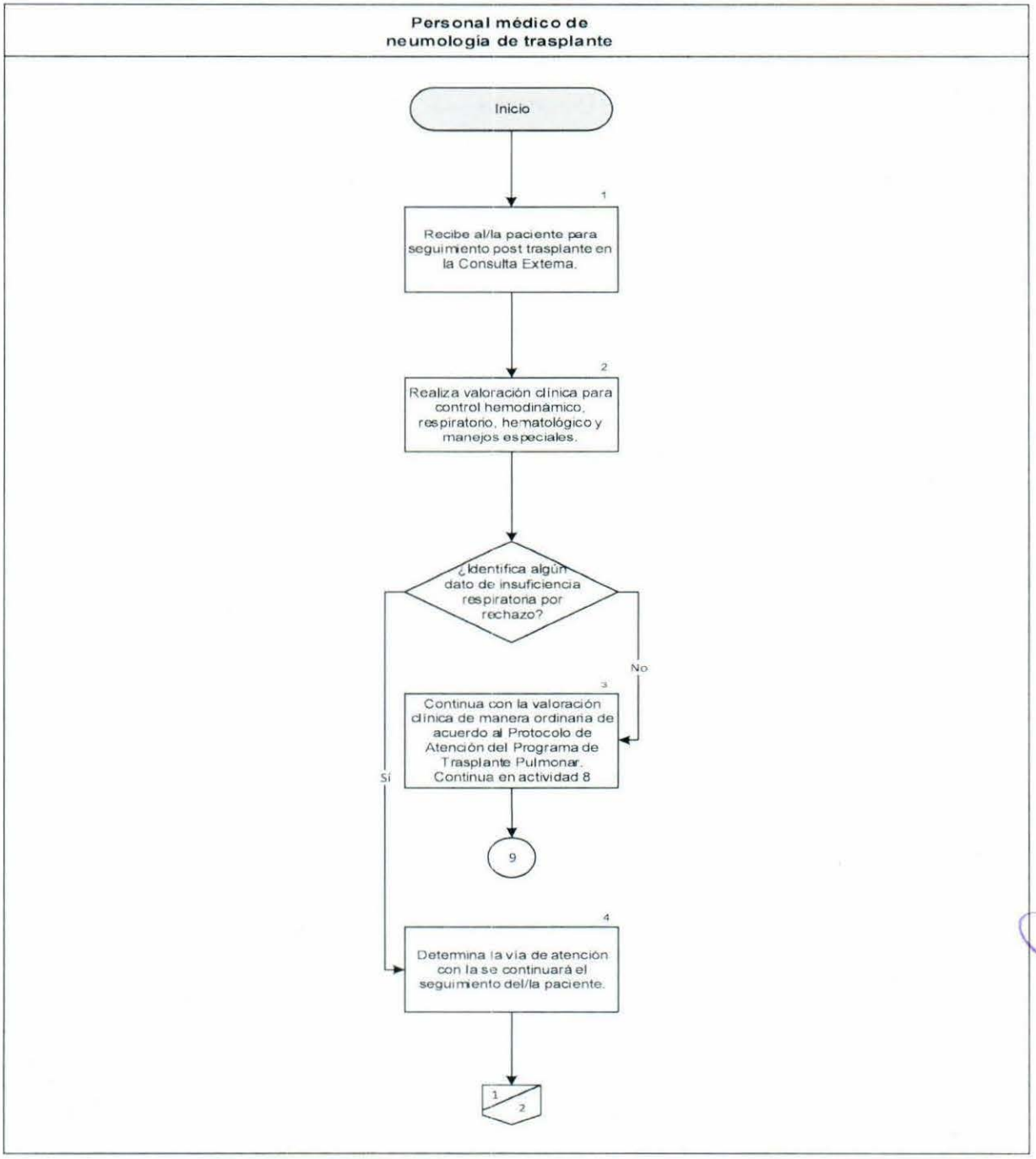
3.15.7.2 Algunos estudios han demostrado efectos marginales con el uso de pirfenidona, nintedanib o alemtuzumab.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

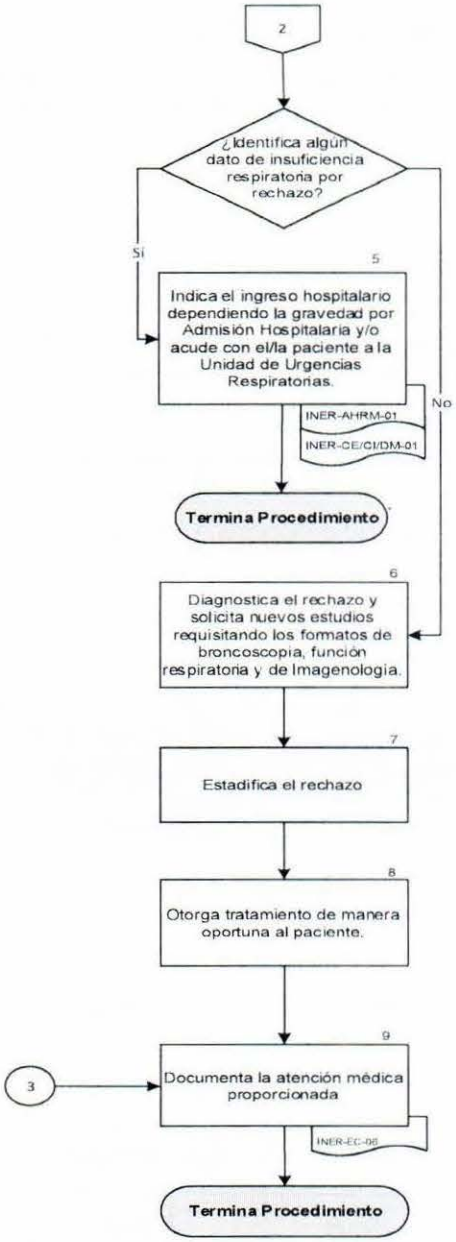
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico de neumología de trasplante	1	Recibe al/la paciente para seguimiento post trasplante en el Servicio de Consulta Externa.	
	2	Realiza valoración clínica para control hemodinámico, respiratorio, hematológico y manejos especiales. ¿Identifica algún dato de insuficiencia respiratoria por rechazo?	
	3	No: Continua con la valoración clínica de manera ordinaria de acuerdo al Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar. Continua en actividad 9.	
	4	Sí: Determina la vía de atención con la se continuará el seguimiento del/la paciente. ¿El seguimiento será de forma ambulatoria?	
	5	No: Indica el ingreso hospitalario dependiendo la gravedad por Admisión Hospitalaria y/o acude con el/la paciente al Servicio de Urgencias Respiratorias. **Termina procedimiento**	INER-AHRM-01 INER-CE/CI/DM-01
	6	Sí: Diagnostica el rechazo y solicita nuevos estudios requisitando los formatos de broncoscopia, función respiratoria y de Imagenología.	
	7	Estadifica el rechazo	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	8	Otorga tratamiento de manera oportuna al/la paciente.	
	9	Documenta la atención médica proporcionada.	INER-EC-06
		Termina Procedimiento.	

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



Personal médico de neumología de trasplante



6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Ley General de Salud	N/P
6.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.	N/P
6.4 Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante en México. Centro Nacional de Trasplantes, 2019.	N/P
6.5 Protocolo de Atención del Programa de Trasplante Pulmonar.	NDC-DM-PROT-01
6.6 Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	NDC PR 045

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario	5 años	Expediente Clínico	INER-AHRM-01
7.2 Consentimiento informado Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación	5 años	Expediente Clínico	INER-CE/CI/DM-01
7.3 Notas médicas	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-06
7.1 Solicitudes de estudios.	No aplica	No aplica	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Comité:** El Comité Interno de Trasplante Pulmonar.

8.2 **Disnea**: dificultad respiratoria o falta de aire.

8.3 **Dificultad respiratoria**: es una afectación que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

8.4 **Exacerbación:** empeoramiento agudo y sostenido de la limitación del flujo aéreo del/a paciente con aparición o aumento de disnea que excede las fluctuaciones diarias de la etapa estable que exige cambios en la terapia usual.

8.5 **Interdisciplinario:** Implica que los miembros del equipo de diferentes disciplinas trabajen en colaboración, con un propósito común, para establecer objetivos, tomar decisiones y compartir recursos y responsabilidades.

8.6 **Multidisciplinario:** Se refiere a un grupo de personas con habilidades diferentes pero complementarias que trabajan por un objetivo compartido.

8.7 **Posible**: en general, es todo suceso que puede darse.

8.8 **Probable:** es un suceso contingente sobre el que hay buenas razones para pensar que sucederá.

8.9 **Protocolo**: es un conjunto de reglas o instrucciones a seguir, fijadas por la ley o la tradición, hace referencia a distintas conductas y reglas que las personas en una determinada sociedad deberán conocer y respetar en ocasiones específicas.

8.10 **Receptor:** persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos.

8.11 **Rechazo de trasplante:** proceso en el cual el sistema inmunitario del receptor de un trasplante ataca al órgano o tejido trasplantado.

8.12 **Trasplante:** La transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
0	13/octubre/2023	Generación del documento e integración de procedimientos de acuerdo a la estructura funcional del área.
1	07/octubre/2027	Actualización por cambios en la estructura institucional y de normas, políticas y lineamientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario INER-AHRM-01

10.2 Consentimiento informado Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación INER-CE/CI/DM-01

10.3 Notas Médicas INER-EC-06

10.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario INER-AHRM-01

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS

	Día/Mes/Año	**PRIORIZACIÓN**		**PROCEDENCIA**	
Fecha de solicitud			URGENTE		URGENCIAS
Hora	Hrs.		NORMAL		SCIR
			PROGRAMADO		CONSULTA EXTERNA

Ingreso programado y/o Programación de ingreso	Día	Mes	Año	**Requiere**	Cubículo	Aislado	Habitación compartida

Servicio Clínico solicitado	1	2	3	4	5	7A	7B	CIRUGÍA

DATOS DEL PACIENTE					
Nombre					**Número de expediente**
Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día	Edad: _____ años	Género: H ☐ M ☐
Diagnóstico principal					
Otros					
Metas a cumplir con el ingreso hospitalario / Información adicional					

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICA LA RESOLUCIÓN		
Nombre		Parentesco
Domicilio		
Estado	Teléfono	Horas de traslado

Nombre completo del médico que solicita el ingreso		
Teléfono o Extensión	Cédula profesional	Firma

AUTORIZACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS/SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA			
Servicio clínico	Cama	Fecha de hospitalización	Hora de asignación y/o ingreso
Autorización Nombre completo y firma			

Observaciones

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 **INER-AHRM-01 (10-2019)**

10.2 Consentimiento informado Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación INER-CE/CI/DM-01

SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

INER

(**Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación**. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV. Art. 80, 81 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1)

Tlalpan, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____

Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento			N. de expediente
	Año	Mes	Día	

Información. Con motivo de la atención médica que se encuentra Usted recibiendo por su problema de _____, su médica(o) tratante (_____) ha determinado que se requiere de la realización de un procedimiento.

☐ diagnóstico, ☐ médico, ☐ quirúrgico, ☐ invasivo, ☐ rehabilitación

que aquí se indican.

El médico tratante debe describir el procedimiento, tipo de estudio o el tratamiento a realizar, así como los beneficios esperados y los riesgos inherentes, así como posibles alternativas:

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-EC/CI/DM-01 (07.2018)

SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
INER

(**Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación.** De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV. Art. 80, 81 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM 004 SSA3 2012. Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1)

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, hago constar que me fue explicado en forma verbal, sin presión alguna, de manera clara, sencilla y completa sobre el probable diagnóstico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y autorizo libremente la realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación que aquí se indica, sabiendo el(los) Diagnóstico(s) probable(s) o diagnóstico confirmado de _____.

Me explicaron los beneficios esperados, así como los riesgos potenciales y posibles complicaciones del procedimiento antes mencionado. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento o administración de medicamentos representa un riesgo de complicaciones, pero que el beneficio redundará en un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi problema médico. Así mismo, se me ha informado que es un Hospital–Escuela donde personal clínico en formación puede participar en mis procesos de atención.

Tomando en cuenta lo anterior y en pleno uso de mis facultades determino que:

☐ **SI AUTORIZO** al equipo de salud del INER a que realicen el procedimiento antes señalado.

☐ **NO AUTORIZO**, el procedimiento propuesto y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal	**Firma y/o huella digital**

TESTIGO	**TESTIGO**
Nombre completo Firma y/o huella digital	**Nombre completo** Firma y/o huella digital

Nombre completo del médico tratante	**Cédula Profesional**	**Firma**

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento del procedimiento señalado en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital. La revocación de este documento no condicionará la prestación de servicios de atención médica.

Yo en mi carácter de paciente, familiar o responsable legal del paciente, **revoco el consentimiento autorizado previamente** en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

Revoco el consentimiento de _____.

Nombre completo del paciente, familiar responsable o representante legal que revoca	**Firma y/o huella digital**	**Fecha (día/mes/año)**

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento Informado.

10.3 Notas Médicas INER-EC-06

SALUD

NOTAS MÉDICAS

INER

DIRECCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DÍA	CAMA:
No. DE EXPEDIENTE:	SERVICIO CLÍNICO:
No. DE HISTORIA:	EDAD: SEXO: HOJA No.:
CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA:	

FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-EC-06 (05-2023)

IV. AUTORIZACIÓN DEL MANUAL

Realizó

Dr. Víctor Manuel Mendoza Romero
Titular de la Coordinación de Trasplante

Revisó

Lcda. Ana Cristina García Morales
Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos y Unidad de Transparencia

Lcda. Claudia Poblano Castro
Adscrita al Departamento de Planeación

Sancionó

L.C.P. Rosa María Vivanco Osnaya
Titular del Departamento de Planeación

Autorizó

Dra. Francina Valezka Bolaños Morales
Titular de la Subdirección de Cirugía

Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado
Titular de la Dirección Médica

FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
	07	octubre	2024