





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE
NEFROLOGÍA**

DICIEMBRE, 2023

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120

ÍNDICE	Hoja
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVO DEL MANUAL	2
II. MARCO JURÍDICO	3
III. PROCEDIMIENTOS	10
1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES	11
2. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL	27
3. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA RENAL Y/O COLOCACIÓN DE ACCESOS VASCULARES DE ALTO FLUJO NO TUNELIZADOS Y TUNELIZADOS	60
4. PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL	86
IV. APROBACIÓN DEL MANUAL	107

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 1 de 107

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 26 del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), el presente manual integra los procedimientos necesarios para el ejercicio de las funciones asignadas al Servicio de Nefrología, constituyéndose este documento como la herramienta de apoyo y consulta para el personal que interviene en sus procesos, las autoridades que lo requieran y, en su caso, para los interesados en conocer la forma en que se realizan los trámites correspondientes.



El Servicio de Nefrología es una unidad dependiente de la Subdirección de Atención Médica de Neumología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, de acuerdo a la estructura orgánica vigente.

El ámbito de acción del Servicio de Nefrología es la realización de estudios de diagnóstico y preventivos de enfermedades renales tanto en pacientes ambulatorios como hospitalarios; aunado a esto, lleva a cabo múltiples acciones terapéuticas para diversas enfermedades renales.

Para cada procedimiento, el presente manual contiene:



- Su propósito específico;
- Alcance;
- Políticas, normas y lineamientos;
- Descripción del procedimiento;
- Diagrama de flujo;
- Documentos de referencia;
- Registros documentales;
- Glosario;
- Anexos.

La difusión del presente manual, se realizará a través de la persona titular del Servicio de Nefrología, quien lo dará a conocer a su personal adscrito y permanecerá para su consulta en la página web del INER. Su actualización tendrá efecto cuando sea necesario, siempre de acuerdo a la normatividad vigente, y será realizada en coordinación con el Departamento de Planeación.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 2 de 107

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Servir como instrumento de consulta para los servidores públicos que participan en los procesos que se realizan en el Servicio de Nefrología con la finalidad de que sean realizados acorde con la normatividad vigente en la materia en cumplimiento de los objetivos institucionales.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 3 de 107

II. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DOF 05-02-1917. Última reforma publicada en el DOF 06-06-2023.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada en el DOF 03-05-2023.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF 14-05-1986. 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 20-05-2021.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

DOF 11-06-2003. Última reforma publicada en el DOF 19-01-2023.

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 29-05-2023.

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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 4 de 107

Engrose de sentencia de la SCJN, con Efectos de la declaratoria invalidez del Decreto de reforma DOF 27-12-2022, notificado al Congreso de la Unión el 31 de mayo de 2023.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

DOF 29-06-1992. Última reforma publicada en el DOF 19-01-2023.

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 08-05-2023.

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 31-10-2022.

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

DOF 01-02-2007. 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 10-05-2022.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.



DOF 30-05-2011. Última reforma publicada en el DOF 06-01-2023.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DOF 09-05-2016. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DOF 04-05-2015. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 5 de 107

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.

CÓDIGOS

Código Civil Federal.
DOF 26-05-1928. Última reforma publicada en el DOF 11-01-2021.

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares
DOF 07-06-2023.

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 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.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 6 de 107

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.

Reglamento Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
DOF 06-01-1987. Última reforma publicada en el DOF 02-04-2014.

Reglamento Ley General de Salud en Materia de Publicación.
DOF 04-05-2000. Última reforma publicada en el DOF 08-09-2022.

Reglamento Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos.
DOF 12-01-2021.



Reglamento Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
DOF 18-01-1988. Última reforma publicada en el DOF 28-12-2004.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes
DOF 26-03-2014.

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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 7 de 107

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 modifica el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012.

DOF 10-12-2020.

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 12-11-2019.

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 8 de 107

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.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
DOF 06-12-1994.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
DOF 20-05-2010.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 9 de 107

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
DOF 15-10-2012.



Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
DOF 08-01-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
DOF 27-07-2004.



Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
DOF 20-11-2009.

Norma Oficial mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo.
DOF 17-02-2003.



Guía de auto verificación: PARA ESTABLECIMIENTOS QUE OTORGAN EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA CON HEMODIÁLISIS. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCD PR-120
			Hoja 10 de 107

III. PROCEDIMIENTOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCD PR-120
	1. Procedimiento para la atención de pacientes.		Hoja 11 de 107

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCD PR-120
	1. Procedimiento para la atención de pacientes.		Hoja 12 de 107

1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para la atención especializada de Nefrología a pacientes hospitalizados y/o ambulatorios del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), a fin de contribuir a establecer las estrategias que mejoren su estado de salud.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable al personal adscrito al Servicio de Nefrología.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a los/las pacientes que requieran un tratamiento para mejorar su calidad de vida y salud de manera prescriptiva (recomendaciones médicas), en hospitalización o vía consulta externa y a todo el personal que solicite la intervención del Servicio de Nefrología.



3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Nefrología, es responsable de mantener actualizado este manual 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 del Servicio de Nefrología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto 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 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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCD PR-120
	1. Procedimiento para la atención de pacientes.		Hoja 13 de 107



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.

- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Nefrología, 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.
- 3.5 Todas las personas adscritas al Servicio de Nefrología, debe procurar la protección del paciente de acuerdo con el Programa de Seguridad del Paciente, el Plan de Calidad, y con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
- 3.6 Los/as pacientes que deban ser atendidos por el servicio de Nefrología, deben ser referidos, por medio de:
 - 3.6.1 Formato de solicitud de interconsulta INER-EC-08, debidamente completado por el personal médico.
 - 3.6.2 Hoja de egreso Hospitalario INER-EC/DM-19, que así lo indique.
- 3.7 La solicitud de interconsulta para pacientes hospitalizados y/o en el Servicio de Urgencias Respiratorias, debe realizarla el personal médico adscrito durante la estancia hospitalaria de cada paciente y presentarla al médico adscrito de Nefrología en turno, en el formato establecido INER-EC-08, debidamente requisitado.
- 3.8 Para agendar cita de primera vez los/las pacientes ambulatorios/as deben acudir directamente al módulo de consulta externa, en horario de 08:00 a 14:00 horas, de lunes a viernes en días hábiles, debiendo presentar carnet de citas del INER y formatos de Interconsulta INER-EC-08 ó Egreso Hospitalario INER-EC/DM-19 según corresponda.
- 3.9 Cuando el/la paciente haya egresado de hospitalización y durante su estancia no fue interconsultado/a o requiera continuar con la atención médica especializada en Nefrología, debe presentar al personal administrativo de la consulta externa su hoja de Egreso hospitalario INER-EC-08, que indique con claridad el motivo de la interconsulta para programar su cita.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCD PR-120
	1. Procedimiento para la atención de pacientes.		Hoja 14 de 107

3.10 Es responsabilidad del personal médico del Servicio de Nefrología que realiza la evaluación clínica de interconsulta:

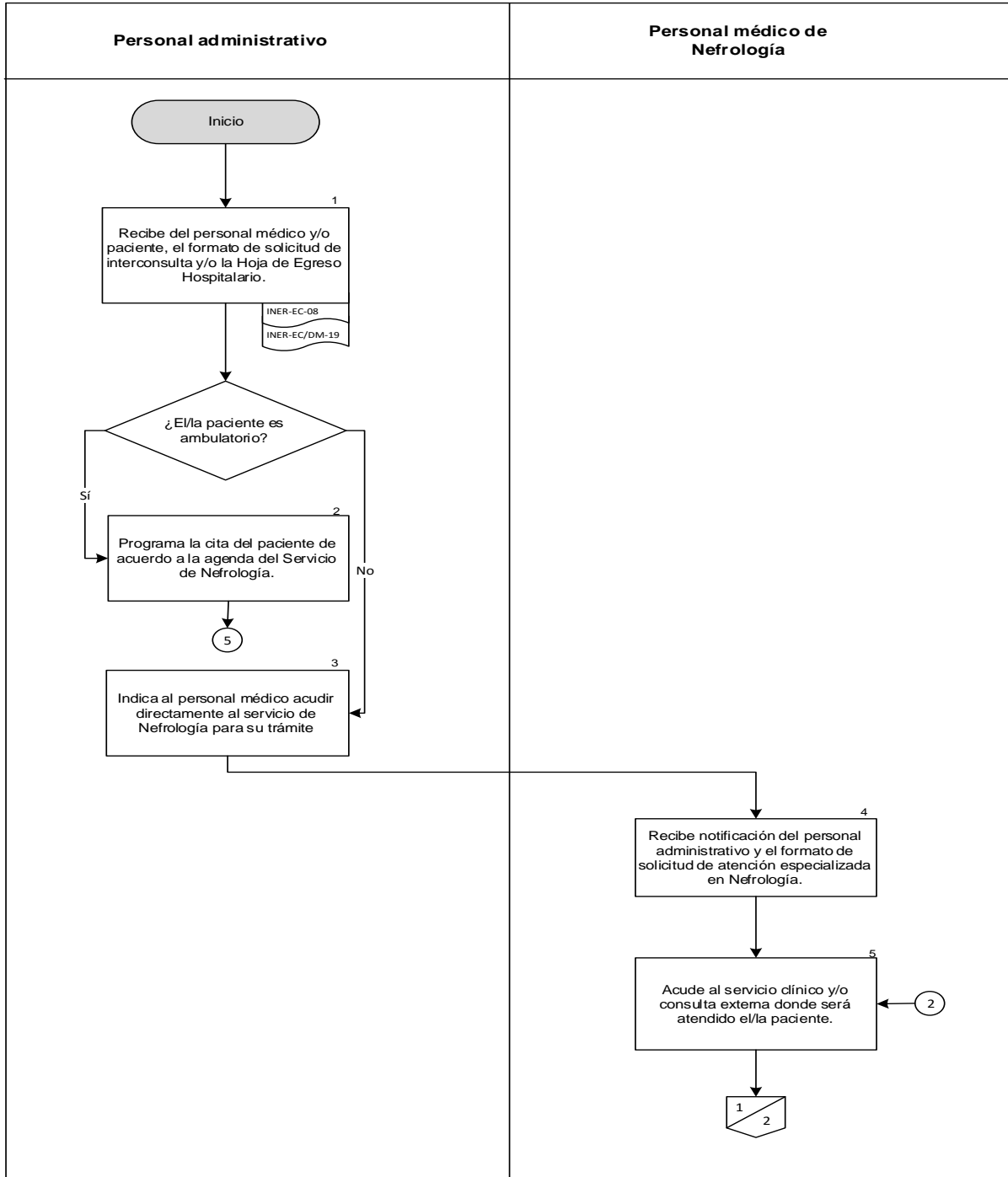
- 3.10.1 Mantener informado al/la paciente y/o familiar responsable de manera clara y precisa sobre la condición de salud, pronóstico y requisitos de cada paciente y el tratamiento en general.
- 3.10.2 Registrar la intervención realizada en el sistema de expediente clínico electrónico y nota de interconsulta formato INER-SAM-16 de cada paciente.
- 3.10.3 Prescribir el tratamiento de hemodiálisis, colocar el acceso vascular temporal, así como utilizar y vigilar las vías de acceso vascular temporal o permanente, cuando el caso lo amerite.
- 3.10.4 Determinar la indicación de biopsia renal en pacientes ambulatorios u hospitalizados, realizar el procedimiento y vigilar la evolución posterior del paciente.
- 3.10.5 Controlar, supervisar y evaluar el manejo integral del/la enfermo/a renal, mismo que debe incluir la prescripción de medicamentos en los periodos pre, trans y post-diálisis, la nutrición y en su caso, facilitar los estudios para incorporar al/la paciente en un programa de trasplante renal;
- 3.10.6 Detectar oportunamente las complicaciones del/la enfermo/a en hemodiálisis, basado en datos clínicos y de laboratorio, así como actuar profesionalmente para corregirlas y aplicar las medidas de resucitación cardiopulmonar cuando aplique.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCD PR-120
	1. Procedimiento para la atención de pacientes.		Hoja 16 de 107

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
	9	No: Indica al/la paciente, la estrategia terapéutica que se requiera.	
	10	Elabora e integra nota de interconsulta en expediente clínico del/la paciente, conforme a la AESP 2.	INER-SAM-16
		Termina procedimiento	



5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

1. Procedimiento para la atención de pacientes.



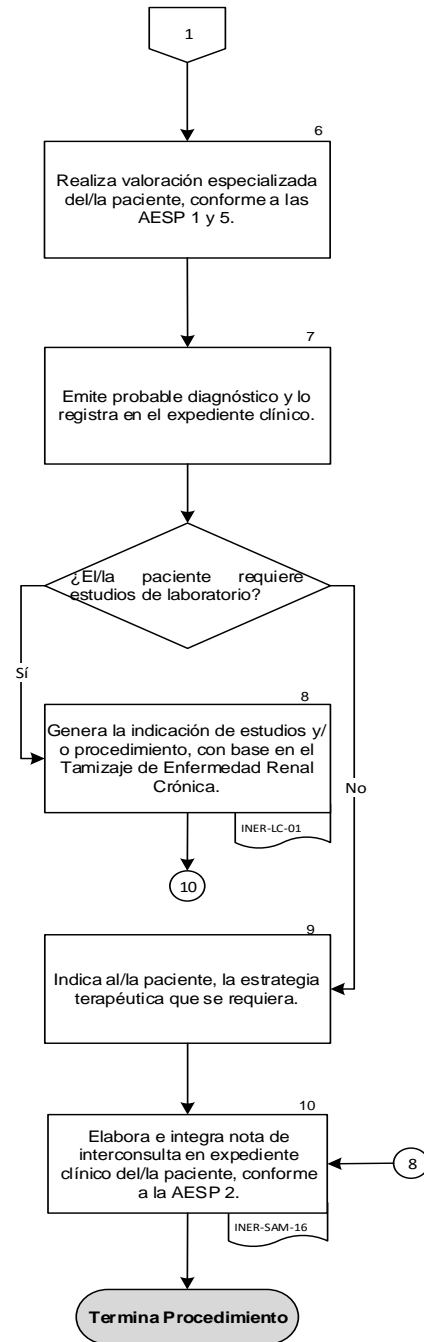
Rev. 0



**Código:
NCD PR-120**

Hoja 18 de 107

Personal administrativo

**Personal médico de
Nefrología**





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 19 de 107

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 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis. D.O.F. 08-07-2010.	N/P
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. D.O.F. 12-10-2012.	N/P



7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta.	Lo que establece el catálogo de disposición documental, de acuerdo a la clasificación archivística.	Servicio de Nefrología	INER-EC-08
7.2 Nota de interconsulta	5 años	Expediente clínico	INER-SAM-16
7.3 Solicitud de estudios de Laboratorio Clínico	Lo que establece el catálogo de disposición documental, de acuerdo a la clasificación archivística.	Laboratorio Clínico	INER-LC-01
7.4 Egreso hospitalario	5 años	Expediente clínico	INER-EC/DM-19

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 20 de 107

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **AESP:** Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- 8.2 **AESP 1:** Identificación correcta de los pacientes.
- 8.3 **AESP 2:** Comunicación Efectiva.
- 8.4 **AESP 3:** Seguridad en el proceso de medicación.
- 8.5 **AESP 4:** Seguridad en los procedimientos.
- 8.6 **AESP 5:** Reducción del riesgo de infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- 8.7 **AESP 6:** Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- 8.8 **AESP 7:** Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.
- 8.9 **AESP 8:** Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención.
- 8.10 **Atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.
- 8.11 **Consulta externa:** Consulta que se otorga al enfermo que acude a solicitar atención médica nefrológica.
- 8.12 **Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.
- 8.13 **Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
- 8.14 **Nefrología:** Es la especialidad médica que estudia la anatomía de los riñones y sus funciones. Tiene como campo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del riñón y sus consecuencias que en resumen es: HTA y daño vascular. Hematuria (sangre en la orina), proteinuria (proteínas en la orina).
- 8.15 **Pronóstico:** Es el juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 21 de 107

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	Generación del documento por creación de área, conforme a la Apertura Programática 2023.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

- 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08
- 10.2 Nota de interconsulta INER-SAM-16
- 10.3 Solicitud de Estudios INER-LC-01
- 10.4 Egreso Hospitalario INER- EC/DM-19

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 22 de 107

10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

INER
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y REGISTROS
SAMUEL COSÍO VILLALBA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEFROLOGÍA
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Fecha: ____/____/____

FICHA DE MOMENTO DEL PACIENTE: ____/____/____
 NOMBRE 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
CE02	PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*
CE03	PSQUIATRA
CE04	CARDIOLOGÍA
CE05	MEDICINA INTERNA
CE06	NEUMOLOGÍA
CE07	NEUMOPEDIATRA
CE08	OTORRINOLARINGOLOGÍA*
CE09	REUMATOLOGÍA
CE10	ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)
CE11	INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA
CE12	DIETOLOGÍA
CE13	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO
CE15	HEMATOLOGÍA*
CE16	CLÍNICA DEL DOLOR
CE17	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *
CE18	CLÍNICA DE TUBERCULOSIS
CE20	CARDIOLOGÍA*
CE21	CLÍNICA DE EPOC
CE22	CLÍNICA DE INTERSTICIALES
CE23	ORLOGÍA
CE24	CLÍNICA DE TRAGUEA
CE25	GASTROENTEROLOGÍA
CE26	AUDILOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*
CE27	CLÍNICA DE VASCULITIS
CE31	CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD
CE32	CONSULTA DE VALIDACIÓN ANESTÉSICA
CE33	CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR
CE34	CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CE35	NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)
CE36	ORLOGÍA CARDIOVASCULAR
SE01	ALERGOLOGÍA
SE02	ESTOMATOLOGÍA*
ET01	CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*

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 realiza 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 IMH-EC-20 (12.2013)
- Neumología consulta externa, solo para especialidades no neumológicas.



SECRETARÍA DE SALUD No. 12-AM-09-013-0002
INER-EC-08 (13.2013)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 23 de 107

10.2 Nota de interconsulta INER-SAM-16

				INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA		1ER APELLIDO <input type="text"/> 2DO APELLIDO <input type="text"/> NOMBRE (S) <input type="text"/> EXPEDIENTE <input type="text"/> SEXO <input type="text"/> NSC: <input type="text"/> F.Nac: <input type="text"/> Años: <input type="text"/> Meses: <input type="text"/>		
Nota de Interconsulta								
Fecha y Hora de consulta <input type="text"/>		Servicio <input type="text"/>						
Especialidad <input type="text"/>		Tipo de Atención <input type="text"/>						
Signos Vitales – (1 Registro)								
Frecuencia Respiratoria (RPM)	Frecuencia Cardíaca (LPM)	Temperatura Corporal (C°)	Tensión Arterial Sistólica (mmHg)	Tensión Arterial Diastólica (mmHg)	SpO2	FiO2	Lts	Tensión Arterial Media
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Somatometría – (1 Registro)								
Peso Actual (KG)	Talla	IMC	Diagnostico IMC					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
ANÁLISIS CLÍNICO								
Motivo de interconsulta	<input type="text"/>							
Subjetivo	<input type="text"/>							
Subjetivo	<input type="text"/>							
Análisis	<input type="text"/>							
Plan y tratamiento	<input type="text"/>							
Diagnostico primario	Clave: <input type="text"/> Afección: <input type="text"/>							
Pronostico	<input type="text"/>							
Plazo	<input type="text"/>							
Estado de salud	<input type="text"/>							
Médico que elabora Nombre <input type="text"/> Cédula Profesional <input type="text"/>				Médico Adscrito Nombre Completo <input type="text"/> Cédula Profesional <input type="text"/>				
Licencia Sanitaria No. 12-AM-09-012-0002								
INER-SAM-16 (10.2022)								

10.3 Solicitud de Estudios INER-LC-01

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO	 INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS CLÍNICOS																											
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Apellido paterno</td> <td>Apellido materno</td> <td>Nombre (s)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Expediente:</td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento</td> <td colspan="2">Género Femenino <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año: Mes: Día:</td> <td colspan="2">Masculino <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Expediente:			Fecha de nacimiento	Género Femenino <input type="checkbox"/>		Año: Mes: Día:	Masculino <input type="checkbox"/>		<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Servicio:</td> <td>Cama:</td> <td>Edad:</td> <td>Fecha:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Clínica de estudio:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No. de protocolo:</td> <td colspan="2">No de convenio:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Impresión Diagnóstica:</td> </tr> </table>	Servicio:	Cama:	Edad:	Fecha:	Clínica de estudio:				No. de protocolo:		No de convenio:		Impresión Diagnóstica:			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)																											
Expediente:																													
Fecha de nacimiento	Género Femenino <input type="checkbox"/>																												
Año: Mes: Día:	Masculino <input type="checkbox"/>																												
Servicio:	Cama:	Edad:	Fecha:																										
Clínica de estudio:																													
No. de protocolo:		No de convenio:																											
Impresión Diagnóstica:																													
MARQUE ÚNICAMENTE EL O LOS ESTUDIOS QUE SOLICITE																													
HEMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> LC07 BIOMETRÍA HEMÁTICA <input type="checkbox"/> LC136 RETICULOCITOS <input type="checkbox"/> LC108 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR <input type="checkbox"/> LC89 PRUEBAS DE COAGULACIÓN T.P. PACIENTE ANTICOAGULADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC91 TIEMPO DE PROTROMBINA <input type="checkbox"/> LC94 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA <input type="checkbox"/> LC169 TIEMPO DE TROMBINA PRUEBAS DE COAGULACIÓN ESPECIALES <input type="checkbox"/> LC97 ANTITROMBINA <input type="checkbox"/> LC98 Dímero D <input type="checkbox"/> LC99 PROTEÍNA S <input type="checkbox"/> LC100 PROTEÍNA C <input type="checkbox"/> LC170 FIBRINOGENO DE CLAUS <input type="checkbox"/> LC171 AC LÚPICO CUANTIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTES <input type="checkbox"/> LC174 HEPARINA anti Xa BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> LC101 QUÍMICA SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> LC102 GLUCOSA <input type="checkbox"/> LC103 UREA (BUN) <input type="checkbox"/> LC104 CREATININA <input type="checkbox"/> LC105 ÁCIDO ÚRICO <input type="checkbox"/> LC46 PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA <input type="checkbox"/> LC47 PROTEÍNAS TOTALES/ALBUMINA Y RELACIÓN A/G <input type="checkbox"/> LC01 ALBUMINA SÉRICA <input type="checkbox"/> LC50 BILIRUBINAS TOTALES (DIRECTA E INDIRECTA) <input type="checkbox"/> LC48 TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA (TGP) <input type="checkbox"/> LC55 TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO) <input type="checkbox"/> LC53 FOSFATASA ALCALINA <input type="checkbox"/> LC14 DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH) <input type="checkbox"/> LC132 PERFIL PANCREÁTICO <input type="checkbox"/> LC02 AMILASA <input type="checkbox"/> LC34 LIPASA CONTROL DIABETES <input type="checkbox"/> LC139 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2HR <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> GESTACIONAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC123 Hb GLICADA <input type="checkbox"/> LC144 HOMA <input type="checkbox"/> LC35 PERFIL DE LÍPIDOS <input type="checkbox"/> LC51 COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> LC49 TRIGLICÉRIDOS <input type="checkbox"/> LC30 HDL COLESTEROL <input type="checkbox"/> LC33 LDL COLESTEROL <input type="checkbox"/> LC26 FOSFOLÍPIDOS <input type="checkbox"/> LC05 APO A (LIPOPROTEÍNA A) <input type="checkbox"/> LC06 APO B (LIPOPROTEÍNA B)	PRUEBAS CARDIACAS <input type="checkbox"/> LC52 CREATIN FOSFORINASA (CPK) <input type="checkbox"/> LC54 FRACCIÓN CK-MB <input type="checkbox"/> LC45 BNP <input type="checkbox"/> LC146 MIOGLOBINA <input type="checkbox"/> LC147 TROPONINA <input type="checkbox"/> LC147 TROPONINA <input type="checkbox"/> LC19 ELECTROLITOS SÉRICOS <input type="checkbox"/> LC20 SODIO <input type="checkbox"/> LC08 CALCIO <input type="checkbox"/> LC21 POTASIO <input type="checkbox"/> LC27 FOSFORO <input type="checkbox"/> LC22 CLORO <input type="checkbox"/> LC39 MAGNESIO INMUNOLOGÍA <input type="checkbox"/> LC56 PERFIL INMUNOLÓGICO: <input type="checkbox"/> LC62 IgG <input type="checkbox"/> LC60 IgA <input type="checkbox"/> LC63 IgM <input type="checkbox"/> LC61 IgE <input type="checkbox"/> LC58 c3 <input type="checkbox"/> LC59 c4 PRUEBAS INMUNOLÓGICAS ESPECIALES <input type="checkbox"/> LC57 ALFA 1 ANTITRIPSINA (AAT) <input type="checkbox"/> LC106 REACCIONES FERILES <input type="checkbox"/> LC17 PRUEBA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> LC126 PROCALCITONINA <input type="checkbox"/> LC104 ANTÍGENO A120 <input type="checkbox"/> LC110 VDRL <input type="checkbox"/> LC143 INSULINA Basal <input type="checkbox"/> 2hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC66 PERFIL REUMATOLÓGICO <input type="checkbox"/> LC67 ANTIESTREPTOLISINA <input type="checkbox"/> LC68 FACTOR REUMATOIDE <input type="checkbox"/> LC69 PROTEÍNA C REACTIVA <input type="checkbox"/> LC70 PERFIL TIROIDEO <input type="checkbox"/> LC71 TRIYODOTIRONINA (T3) <input type="checkbox"/> LC72 TIROXINA (T4) <input type="checkbox"/> LC73 TRIYODOTIRONINA LIBRE (FT3) <input type="checkbox"/> LC74 TIROXINA LIBRE (FT4) <input type="checkbox"/> LC75 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)	URONÁLISIS <input type="checkbox"/> LC25 EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO) <input type="checkbox"/> LC160 RACU (RELACIÓN ALBUMINA /CREATININA URINARIA) <input type="checkbox"/> LC105 ACIDO ÚRICO URINARIO <input type="checkbox"/> LC13 DEPURACIÓN DE CREATININA 12 HRS <input type="checkbox"/> 24 HRS <input type="checkbox"/> Peso: _____ Talla: _____ <input type="checkbox"/> LC164 MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HRS <input type="checkbox"/> LC168 MICROPROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS <input type="checkbox"/> LC103 BALANCE NITROGENADO GR _____ 24 HRS <input type="checkbox"/> LC166 UREA EN ORINA ELECTROLITOS URINARIOS MUESTRA ÚNICA <input type="checkbox"/> 24 HRS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC155 SODIO <input type="checkbox"/> LC161 CALCIO <input type="checkbox"/> LC156 POTASIO <input type="checkbox"/> LC162 FOSFORO <input type="checkbox"/> LC157 CLORO <input type="checkbox"/> LC163 MAGNESIO COPROPARASITOSCOPICO <input type="checkbox"/> LC10 MUESTRA ÚNICA <input type="checkbox"/> LC11 SERIE DE 3 <input type="checkbox"/> LC107 SANGRE OCULTA EN HECEs EOSINÓFILOS <input type="checkbox"/> LC175 EXPECTORACIÓN <input type="checkbox"/> LC24 SECRECIÓN NASAL CITOQUÍMICO EN LÍQUIDOS ORGÁNICOS <input type="checkbox"/> LC38 PLEURAL <input type="checkbox"/> LC36 CEFALORRAQUEO <input type="checkbox"/> LC177 ASCITIS/PERITONEAL <input type="checkbox"/> LC37 PERICÁRDICO <input type="checkbox"/> LC178 SINOVIAL OTROS: <input type="checkbox"/> LC167 MICROPROTEÍNAS EL LCR <input type="checkbox"/> LC179 VDRL EN LCR <input type="checkbox"/> LC134 DESAMINASA DE ADENOSINA (ADA) EN: OTROS ESTUDIOS <input type="checkbox"/> LC117 DETERMINACIÓN DE COTININA EN: OTROS ESTUDIOS: _____ MÉDICO SOLICITANTE _____ NOMBRE Y FIRMA _____ CEDULA PROFESIONAL _____																											

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 25 de 107



10.4 Egreso Hospitalario INER- EC/DM-19



EGRESO HOSPITALARIO



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		NUMERO DE EXPEDIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (año/mes/día)	
FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN			SERVICIO DE PROCEDENCIA		SERVICIO QUE ELABORA
EDAD	GÉNERO	PESO	TALLA	RELIGIÓN	
SERVICIO CLÍNICO		CAMA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	
MOTIVO DE ALTA					
MEJORÍA/CURACIÓN <input type="checkbox"/>		DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>		ALTA VOLUNTARIA*** <input type="checkbox"/>	
TRASLADO <input type="checkbox"/>			FUGA <input type="checkbox"/>		
RESUMEN: a) Cuadro clínico de Ingreso, evolución hospitalaria, estado al momento del alta, b) Exámenes de laboratorio y gabinete, c) Procedimientos invasivos, d) Tratamiento instituido (medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención), e) Medicación crónica del paciente suspendida al ingreso y/o durante la hospitalización; especificar motivo del cambio o suspensión, f) signos vitales					
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:					
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A SEGUIR: (Conciliado con la lista de medicación generada al ingreso, en la última hoja de indicaciones médicas y la receta que se otorga al paciente a su egreso).					
Medicamento (nombre genérico)		Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
DOCUMENTACIÓN DE LA CONCILIACIÓN (Hacer marca de verificación): Plan conciliado con la prescripción en la última hoja de indicaciones médicas <input type="checkbox"/> Plan conciliado con la medicación crónica al ingreso, en la Historia Clínica o Nota de ingreso y con el propio paciente <input type="checkbox"/>					Nombre y firma del médico que concilió
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA					

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	1. Procedimiento para para la atención de pacientes.		Hoja 26 de 107



EGRESO HOSPITALARIO



1.
2.
3.

ESTUDIOS RECOMENDADOS	PRÓXIMAS CITAS
1.	1.
2.	2.
3.	3.

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ	NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE REVISÓ



EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA RECARAR LAS SIGUIENTES FIRMAS

***En los términos del Artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica: En caso de egreso voluntario aún en contra de las recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberá firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o persona que en representación emita el documento.



En todo caso, el documento al que se refiere el párrafo anterior relevará de la responsabilidad al Establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en el poder del mismo y otro se proporcionará al usuario.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, FAMILIAR CERCAÑO, PERSONA RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL.	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ	NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE REVISÓ

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 27 de 107

2. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 28 de 107

1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para la realización de procedimientos de reemplazo renal y otras terapias afines, en el tratamiento de pacientes hospitalizados del Instituto por la especialidad de nefrología, de acuerdo a las indicaciones del personal médico tratante.

2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal adscrito del Servicio de Nefrología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las áreas del Instituto que requieran la realización de terapias de reemplazo renal a pacientes hospitalizados.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Nefrología, es responsable de mantener actualizado este manual 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 del Servicio de Nefrología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto 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 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.



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 29 de 107

- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Nefrología, 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.
- 3.5 Todas las personas adscritas al Servicio de Nefrología, debe procurar la protección del paciente de acuerdo con el Programa de Seguridad del Paciente, el Plan de Calidad, y con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
- 3.6 El personal médico especialista en Nefrología, es responsable de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, de:
- 3.6.1 Prescribir el tratamiento de terapias de reemplazo renal.
 - 3.6.2 Controlar, supervisar y evaluar el manejo integral del/la enfermo/a renal, mismo que debe incluir la prescripción de medicamentos en los periodos pre, trans y post-diálisis, conforme a la AESP 2, la nutrición y en su caso, facilitar los estudios para incorporar al/la paciente en un programa de trasplante renal.
 - 3.6.3 Detectar oportunamente las complicaciones del/la enfermo/a en terapias de reemplazo renal, basado en datos clínicos y de laboratorio, así como actuar profesionalmente para corregirlas y aplicar las medidas de resucitación cardiopulmonar.
 - 3.6.4 Emitir las indicaciones médicas INER-EC-03, de acuerdo con el tratamiento dialítico acordado entre el personal médico tratante y el especialista en Nefrología.
 - 3.6.5 Requisar solicitud de Estudios de Laboratorio de Diagnóstico virológico (LVD) INER-CIENI-01, en la que se incluya estudios de Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBs Ag), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (antiHVC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). serologías. Los pacientes seronegativos deben ser vacunados.
 - 3.6.6 Dar seguimiento al/la paciente hasta considerar, a criterio del personal médico adscrito, que no requiere mayor estudios o tratamiento nefrológico.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 30 de 107



3.7 El personal de enfermería es responsable de:

- 3.7.1 Participar con el personal médico, en los procedimientos prescritos por el/la especialista en Nefrología.
- 3.7.2 Llevar a cabo las indicaciones del personal médico.
- 3.7.3 Realizar el procedimiento conforme a la técnica establecida en el Servicio de Nefrología.
- 3.7.4 Desconectar los equipos utilizados durante cada procedimiento.
- 3.7.5 Trasladar el equipo utilizado en el procedimiento al Servicio de Nefrología.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 31 de 107

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
Personal Médico tratante	1	Solicita valoración de la paciente al personal médico adscrito de Nefrología por medio del formato de solicitud de interconsulta.	INER-EC-08
Personal médico de Nefrología	2	Atiende solicitud de interconsulta y determina que el/la paciente requiere dar inicio o continuidad a la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis/hemodiafiltración/ terapia de reemplazo renal continua.	
	3	Realiza valoración médica del/la paciente previa al procedimiento, y le explica los beneficios y riesgos.	
	4	Solicita estudios de Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBs Ag), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (antiHVC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), serologías. Los/las pacientes negativos/as deben ser vacunados.	INER-CIENI-01
	5	Documenta la atención médica proporcionada en el expediente clínico del/la paciente a través de la nota médica e indicaciones médicas.	INER-EC-06 INER-EC-03
	6	Solicita al/la paciente y/o familiar la firma de autorización en el formato de consentimiento informado y requisita Lista de Verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto.	INER-EC/CI/DM-01 INER-E-40

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 32 de 107

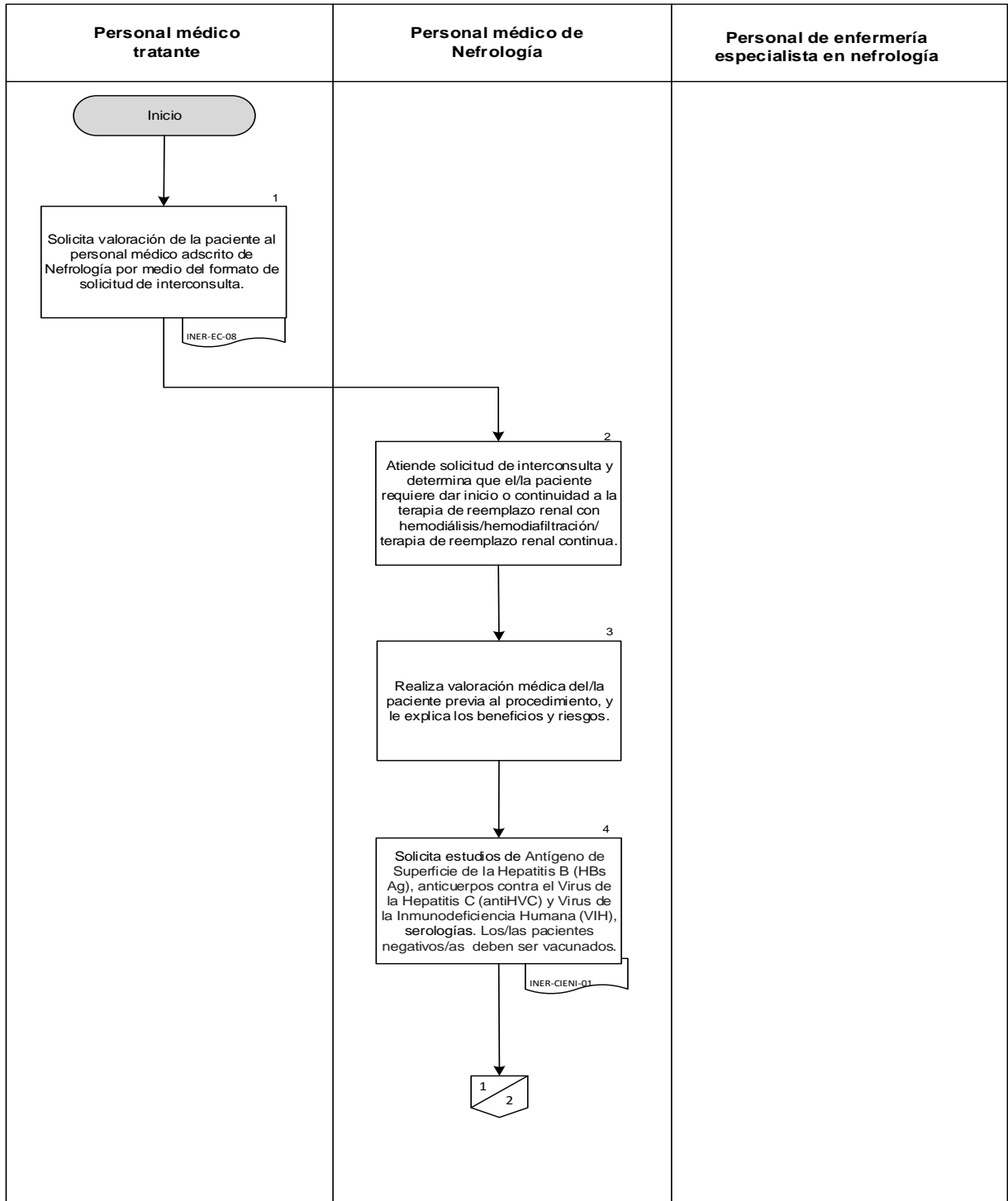
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
Personal de enfermería especialista en nefrología	7	Requisita formatos de registro clínico de terapia de reemplazo renal intermitente/hemodiafiltración y Registro clínico de terapia de reemplazo renal continua (TRRC) y lo entrega al personal de Enfermería de Nefrología.	INER-SAM-12 INER-SAM-11
	8	Verifica información proporcionada en el formato de prescripción de terapias de reemplazo renal.	
	9	Realiza valoración de acceso vascular de alto flujo, para determinar alguna incidencia. ¿Existe alguna incidencia previa a la realización del procedimiento de reemplazo renal?	
	10	Sí: Informa al personal médico especializado en Nefrología, para re valoración del caso. Regresa a la actividad 5.	
	11	No: Acude por máquinas de terapia de reemplazo renal a lugar de resguardo y las traslada a la cama del paciente.	
	12	Otorga terapia de reemplazo renal de acuerdo a guías y lineamientos establecidos.	
	13	Realiza las anotaciones pertinentes en el formato institucional de procedimiento correcto y realiza anotaciones sobre el procedimiento en la hoja de enfermería.	INER-E-01 Expediente clínico

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 33 de 107

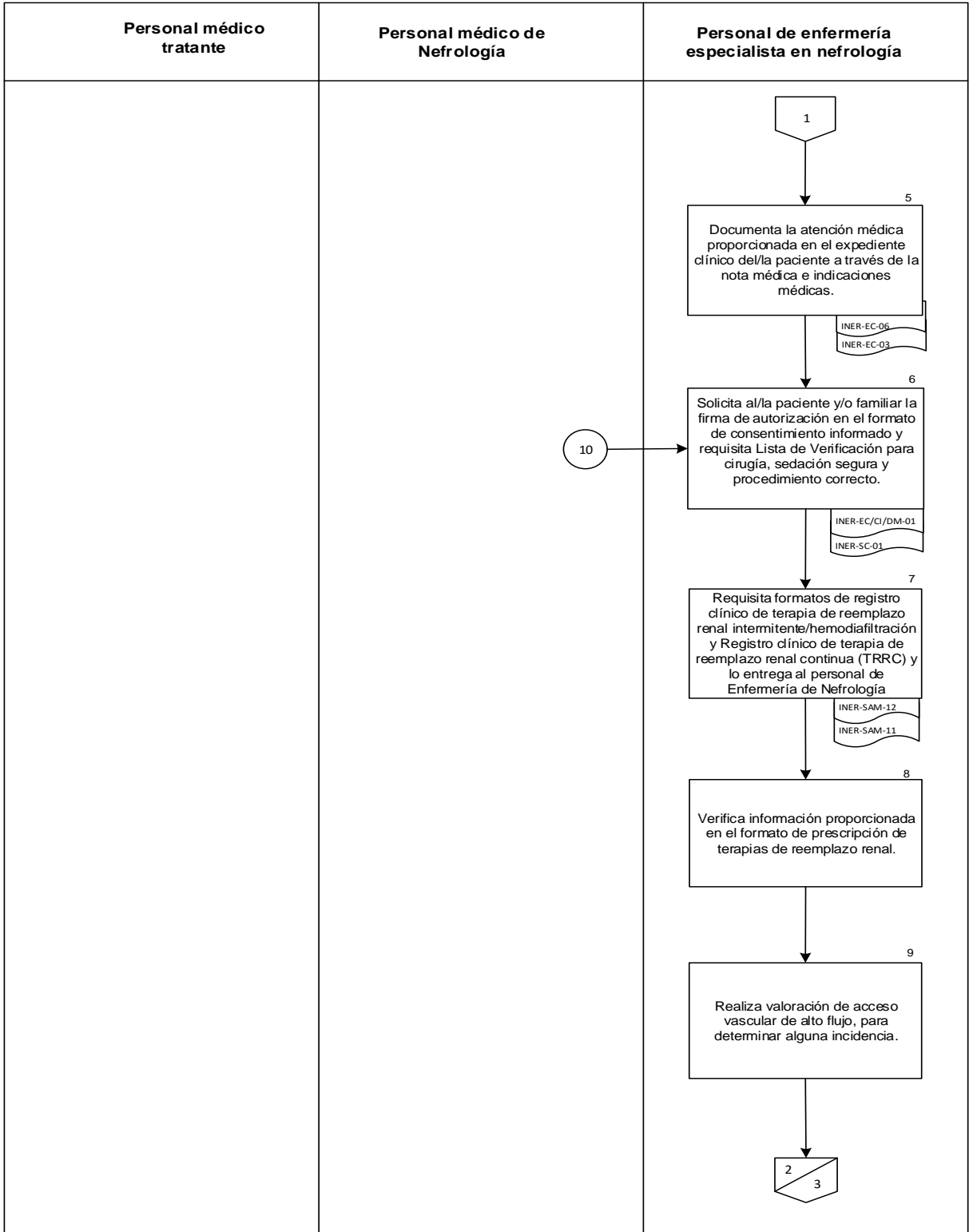
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
	14	Notifica al personal médico sobre la conclusión del procedimiento e incidencias.	
	15	Desconecta los equipos utilizados en el/la paciente y los traslada al área destinada para su resguardo.	
		Termina procedimiento	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 34 de 107

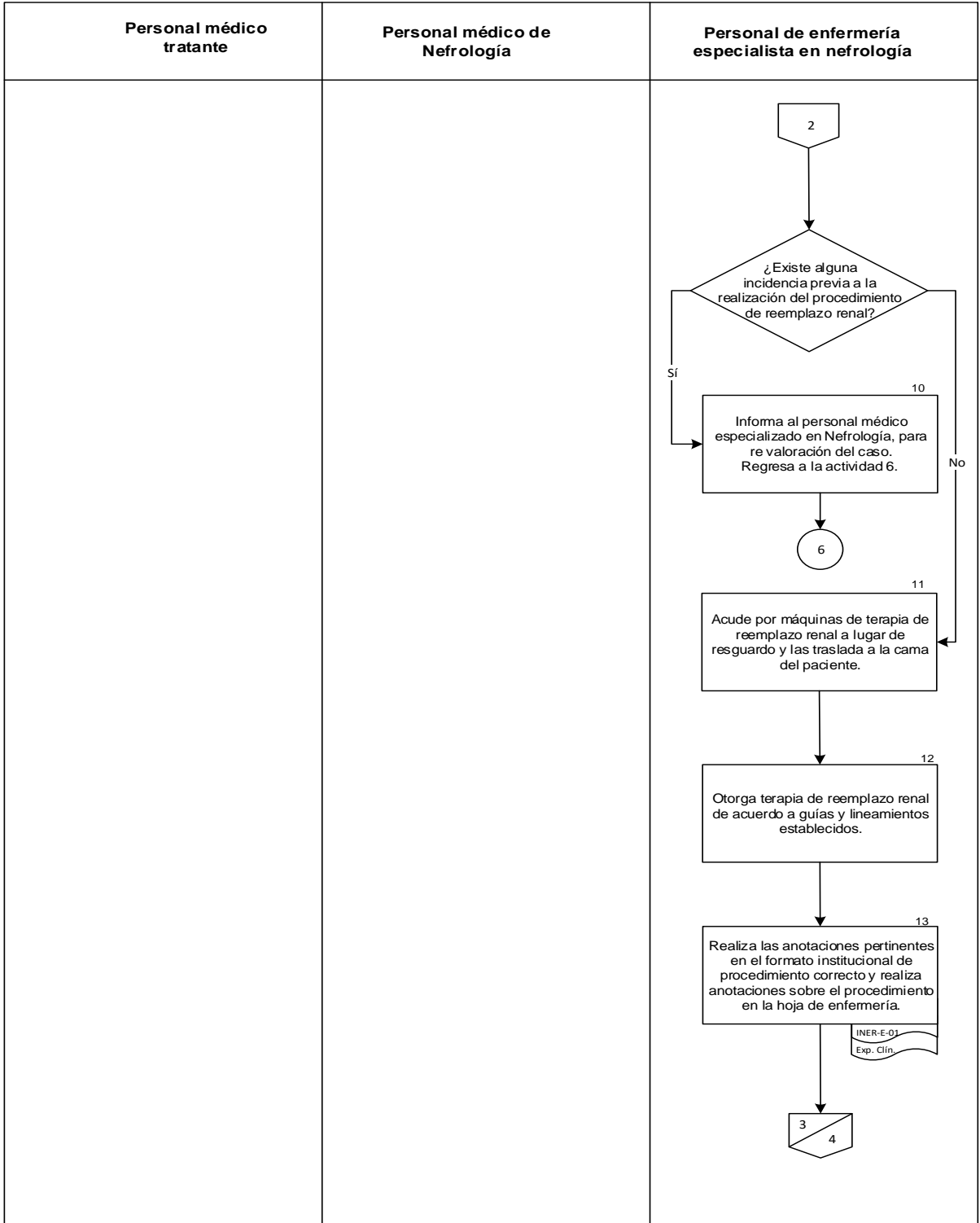
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





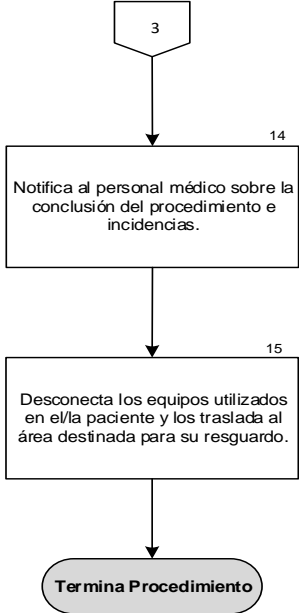
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 35 de 107





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 36 de 107



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 37 de 107

Personal médico tratante	Personal médico de Nefrología	Personal de enfermería especialista en nefrología
		 <pre> graph TD 3{{3}} --> 14[14 Notifica al personal médico sobre la conclusión del procedimiento e incidencias.] 14 --> 15[15 Desconecta los equipos utilizados en el/la paciente y los traslada al área destinada para su resguardo.] 15 --> End([Termina Procedimiento]) </pre>



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 38 de 107

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis. D.O.F. 08-07-2010.	N/P
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. D.O.F. 12-10-2012.	N/P

7.0 REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	Lo que establece el catálogo de disposición documental, de acuerdo a la clasificación archivística.	Servicio de Nefrología	INER-EC-08
7.2 Nota médica	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-06
7.3 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación.	5 años	Expediente clínico	INER-EC/CI/DM-01
7.4 Lista de verificación para cirugía segura, procedimiento correcto.	5 años	Expediente clínico	INER-E-40
7.5 Solicitud de estudios de laboratorio de diagnóstico virológico (LVD)	Lo que establece el catálogo de disposición documental, de acuerdo a la clasificación archivística.	CIENI	INER-CIENI-01

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 39 de 107

7.5 Registro clínico de terapias de reemplazo renal intermitente/hemodiafiltración	5 años	Expediente clínico	INER-SAM-11
7.6 Registro clínico de terapia de reemplazo renal continuas (TRRC)	5 años	Expediente clínico	INER-SAM-12
7.8 Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos	5 años	Expediente Clínico	INER-E-01
7.9 Indicaciones médicas	5 años	Expediente clínico	INER-EC-03
7.10 Expediente Clínico	5 años	Expediente Clínico	N/A

8.0 GLOSARIO

- 8.1 **AESP:** Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- 8.2 **AESP 1:** Identificación correcta de los pacientes.
- 8.3 **AESP 2:** Comunicación Efectiva.
- 8.4 **AESP 3:** Seguridad en el proceso de medicación.
- 8.5 **AESP 4:** Seguridad en los procedimientos.
- 8.6 **AESP 5:** Reducción del riesgo de infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- 8.7 **AESP 6:** Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- 8.8 **AESP 7:** Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.
- 8.9 **AESP 8:** Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención.
- 8.10 **Diálisis peritoneal,** procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de la membrana peritoneal.
- 8.11 **Hemodiálisis:** Procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea.
- 8.12 **Interconsulta:** Consulta que un médico especialista, adscrito a la Subdirección Médica o Dirección Médica del Instituto, otorga a los pacientes por instrucciones del médico tratante.
- 8.13 **Prestadores de servicios de hemodiálisis,** al personal profesional, técnico y auxiliar de la salud y a los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 40 de 107



privado, autorizados en términos de esta norma, para la práctica de la hemodiálisis y terapias afines.

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN




Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	Generación del documento por creación de área, conforme a la Apertura Programática 2023.

10.0 ANEXOS

- 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08
- 10.2 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación INER-EC/CI/DM-01
- 10.3 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto INER-E-40
- 10.4 Notas médicas INER-EC-06
- 10.5 Solicitud de estudios de Laboratorio de Diagnóstico Viroológico (LVD) INER-CIENI-01
- 10.6 Hoja de Registro clínico de terapias de reemplazo renal intermitente/hemodiafiltración INER-SAM-11
- 10.7 Registro clínico de terapias de reemplazo renal continuas (TRRC) INER-SAM-12
- 10.8 Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos INER-CIENI-01
- 10.9 Indicaciones médicas INER-EC-03

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 41 de 107

10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08

		SOLICITUD DE INTERCONSULTA		<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</small>
				<small>DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</small>

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 TRAQUEA
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): _____

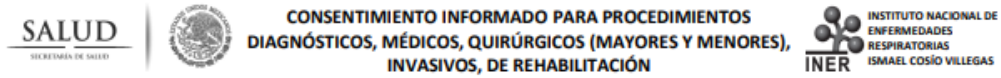
Nombre del médico tratante	Firma

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 42 de 107

10.2 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación. INER-EC/CI/DM-01



(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:

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 43 de 107



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

 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.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 44 de 107



10.3 Lista de verificación para cirugía segura, procedimiento correcto INER-E-40



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA, SEDACIÓN SEGURA Y PROCEDIMIENTO CORRECTO



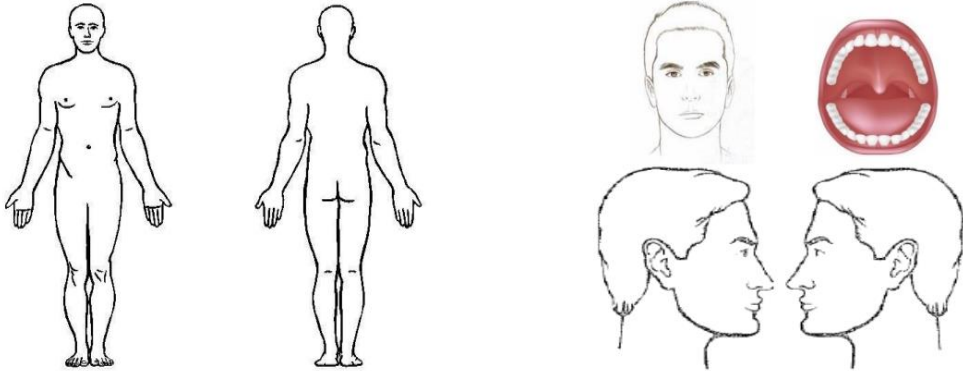
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES					
1. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	2. FECHA DE NACIMIENTO: / /	3. No EXPEDIENTE:	4. SERVICIO:	5. CAMA:	
6. FECHA DE PROCEDIMIENTO O CIRUGÍA:	7. DIAGNÓSTICO(S):	8. NOMBRE MÉDICO/CIRUJANO:	9. CEDULA PROF.:	10. FIRMA:	
11. NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO:	12. CEDULA PROF.:	13. FIRMA:	14. NOMBRE DE LA ENFERMERA	15. CEDULA PROF.:	16. FIRMA:
17. CIRUGÍA: <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO: <input type="checkbox"/>	18. ÁREA FÍSICA DEL PROCEDIMIENTO:		20. CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO REALIZADO:	
19. CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO PROGRAMADO					
REGISTRO DE ENTRADA		TIEMPO FUERA		REGISTRO DE SALIDA	
ANTES DE LA INDUCCIÓN, ANESTESIA, SEDACIÓN Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen		ANTES DE LA INCISIÓN/PROCEDIMIENTO Cirujano, Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen		ANTES DE LA SALIDA DE QUIRÓFANO, TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO Cirujano, Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen	
Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada		Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada		Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada	
Cirugía, Procedimiento invasivo y/o Tratamiento: Verifica con el paciente		Cirugía, Procedimientos invasivos y/o Tratamiento		Enfermera confirma:	
21. <input type="checkbox"/> Nombre correcto del paciente	50. <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado con su nombre completo y su función.	67. Nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
22. <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento correcta	51. <input type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirma verbalmente la identidad del paciente, sitio quirúrgico procedimiento o tratamiento.	68. Tipo de abordaje: Abierto <input type="checkbox"/> Endoscópico <input type="checkbox"/> Percutáneo <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>			
23. <input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado	52. ¿El Anestesiólogo realiza el procedimiento de preparación, administración de medicamentos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	69. Presenta puntos de sutura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
24. <input type="checkbox"/> Lugar y sitio quirúrgico correcto		70. Recuento de instrumentos, textiles y agujas completos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
25. <input type="checkbox"/> Procedimiento correcto		71. Etiquetado de las muestras, en su caso registra AESP 1, verifica AESP2 y pieza correcta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
26. <input type="checkbox"/> Orientación al paciente		72. El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan los principales aspectos críticos de la recuperación ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
Cirugía, Procedimiento y/o Tratamiento:		Prevención de eventos críticos.		COMPLICACIONES TRANSPROCEDIMIENTO	
27. Marcaje en el sitio quirúrgico físico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	53. El personal de salud previno, pasos críticos, la duración del evento, cirugía y la pérdida de la sangre <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	73. Amerita transfusión <input type="checkbox"/> 77. Infarto al Miocardio <input type="checkbox"/>			
28. Marcaje en el sitio quirúrgico documental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	54. ¿Tipo de anestesia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	74. Reintubación no planeada <input type="checkbox"/> 78. Sangrado >500 ml <input type="checkbox"/>			
29. Verificación de medicamentos (Incluyendo profilaxis) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	55. Personal de enfermería confirma esterilidad del equipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	75. Requiere RCP <input type="checkbox"/> 79. Ninguna <input type="checkbox"/>			
30. Oxímetro colocado y funcionando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	56. Se realiza lavado mecánico de la zona a intervenir <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	76. Reintervención no planeada <input type="checkbox"/> 80. Otra: <input type="checkbox"/>			
31. Ayuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	57. Se administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Mencione lo acontecido objetivamente, en caso de complicaciones			
32. Alergias conocidas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCE	58. Personal de salud previno problemas o dudas relacionados al instrumental o equipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
33. Riesgo de aspiración <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	El personal de imagenología y/o personal afín verifica:				
34. Via área difícil: <input type="checkbox"/> Via aérea estrecha <input type="checkbox"/>	59. Los datos correctos del medio de contraste <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	60. Imágenes diagnósticas esenciales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
35. Riesgo de hemorragia >500ml en adulto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	Hemotransfusión:				
36. Riesgo de hemorragia >7ml/kg niños: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	61. Acceso vascular correcto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
37. Disponibilidad de hemoderivados: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	62. Grupo sanguíneo y Rh correcto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
38. No. Concentrado eritrocitario disponibles ()	63. Hemocomponente correcto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
39. No. Plasma disponibles ()	64. Equipo de transfusión con filtro: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
40. No. Plaquetoféresis ()	Hemodilúis / Diálisis peritoneal				
41. No. Crioprecipitado ()	65. Prescripción dialítica correcta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
42. Existe acceso intravenoso funcional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	66. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
43. Se verificaron los estudios de laboratorio y gabinete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	67. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
44. Existen insumos necesarios y suficientes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	68. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
45. El equipo Biomedico se encuentra listo y funcional <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	69. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				
Hemodilúis		65. Prescripción dialítica correcta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA		81. Fecha de inicio: <input type="checkbox"/>	
46. Existencia de filtro correcto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	66. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA		82. Hora de inicio: <input type="checkbox"/>		
47. Identifica el sitio de abordaje: FICC <input type="checkbox"/> FAVI <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/>	67. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA		83. Fecha de término: <input type="checkbox"/>		
48. La clínica documenta lista de cotejo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	68. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA		84. Hora de término: <input type="checkbox"/>		
49. Verifica retro de dispositivos auditivos/dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	69. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA		85. Nombre completo del verificador: <input type="checkbox"/>		
			86. Firma del verificador: <input type="checkbox"/>		
			87. Enfermera Quirúrgica: <input type="checkbox"/>		



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 45 de 107



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA, SEDACIÓN SEGURA Y PROCEDIMIENTO CORRECTO



88. Nombre completo del paciente: _____	
89. Motivo para no realizar marcaje quirúrgico físico: _____	
90. Realiza marcaje quirúrgico documental:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<p>Marcar con una X una vez confirmada y verificada el área anatómica en la imagen</p>	
	
<p style="text-align: center;">El marcaje DOCUMENTAL aplica en los siguientes casos:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> * Cirugía de urgencia * Cuando la lesión es claramente visible * En procedimientos de mínima invasión o que la vía de accesos sea percutáneo o por un orificio natural. 	<ul style="list-style-type: none"> * En pacientes que no aceptan que se les marque la piel * Cuando la marca es técnica o anatómicamente imposible: mucosas o perineo * Procedimientos dentales * Pacientes menores de 2 años
91. Nombre completo del responsable del marcaje documental: _____	92. Firma: _____
93. Fecha de realización marcaje documental: _____	95. Firma: _____
94. Nombre completo del responsable del marcaje físico: _____	
96. Fecha de realización marcaje físico: _____	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 46 de 107



10.4 Nota Médica INER-EC-06



NOTAS MÉDICAS



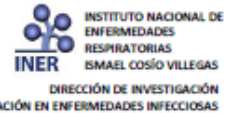
NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DÍA No. DE EXPEDIENTE: No. DE HISTORIA: CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	FECHA: CAMA: SERVICIO CLÍNICO: EDAD: SEXO: HOJA No.:
FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 47 de 107

10.5 Solicitud de Estudios de Laboratorio de Diagnóstico Viroológico (LDV) INER-CIENI-01



SOLICITUD DE ESTUDIOS DEL LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO VIROLÓGICO (LDV)





DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Biología Molecular	
<input type="checkbox"/> U127 Diagnóstico de infección por virus JCV/ BKV (PCR tiempo real) / LCR: 2ml en tubo estéril con tapa con rosca	<input type="checkbox"/> U55 Carga Viral CMV (PCR tiempo real) / Sangre: 1 tubo de 4 ml con anticoagulante EDTA, tapón morado LCR: 2ml en tubo estéril con tapa con rosca LBA: 2ml en frasco estéril
<input type="checkbox"/> U138 Diagnóstico de infección aguda por Herpes virus PCR (incluye: VHS-1, VHS-2, CMV, VV2, VEB, VHH-6, VHH-7, VHH-8, Toxoplasma, Enterovirus) / LCR: 2ml en tubo estéril con tapa con rosca Líquido de vesícula: 2ml en tubo seco Exudado Biopsia (sin parafina, sin formol)	<input type="checkbox"/> U84 GenExpert /MTB/Rita (PCR tiempo real) Se encuentra en tratamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Expectorcación <input type="checkbox"/> Expectorcación Inducida <input type="checkbox"/> LBA 2 ml frasco estéril <input type="checkbox"/> LCR 2 ml en tubo estéril con tapa con rosca <input type="checkbox"/> Orina: 13 ml de orina en tubo de plástico con tapa de rosca <input type="checkbox"/> Ganglio <input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> U139 Diagnóstico de infección por Parvovirus B19 / Sangre: 1 tubo de 4 ml con anticoagulante EDTA, tapón morado	<input type="checkbox"/> U88 GenExpert/Influenza A, B (2009 H1N1) Se encuentra en tratamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Fecha de inicio de síntomas: _____
<input type="checkbox"/> U141 Carga viral EBV (PCR tiempo real)/ Sangre: 1 tubo de 4 ml con anticoagulante EDTA, tapón morado LCR: 2ml en tubo estéril con tapa con rosca Líquido de vesícula: 2ml en tubo seco Exudado Biopsia (sin parafina, sin formol)	
<input type="checkbox"/> U142 Carga viral HHV-8 (PCR tiempo real) / LCR: 2ml en tubo seco Líquido de vesícula: 2ml en tubo seco Exudado Biopsia piel (sin parafina, sin formol)	



Indicaciones de transporte de muestra	
Tipo de muestra	Condición para el transporte
Sangre: Tubos tapón amarillo o rojo de 3 ml. Obtención de suero sanguíneo.	Transporte menor de 2 hrs. podrá enviar la muestra sin centrifugar, temperatura ambiente con gel.
Sangre: Tubos de 6 ml con anticoagulante EDTA, tapón morado.	Transporte mayor a 2 hrs se deberá centrifugar el tubo a 3000rpm durante 10 min., temperatura ambiente con gel.
Sangre: Tubos de 3 ml con anticoagulante EDTA, tapón blanco PPT.	No requiere centrifugación, temperatura ambiente con gel.
Sangre: 1 tubo de 4 ml con anticoagulante EDTA, tapón morado.	Llenar el tubo a la marca de 13 ml sin sobrepasar, cerrar la tapa firmemente.
Orina: Tubo de transporte de orina de 13 ml, de plástico, tapa amarilla o roja.	Frasco estéril con tapa de rosca. Se deberá enviar en refrigeración para lo cual se colocará hielo o geles congelados alrededor del contenedor primario, cuidando que no exista contacto directo con la muestra.
Líquidos corporales: LCR, vesicular, LBA, líquido pleural, líquido de ascitis, jugo gástrico.	

- Para realizar el transporte de muestras de un hospital/clínica cercano al Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas:**
- Es necesario identificar el tubo/frasco (contenedor primario) con nombre completo del paciente.
 - Colocar este tubo/frasco dentro de un contenedor secundario (podrá ser una bolsa resistente), a prueba de filtraciones que proteja al contenedor primario en el cual se deberá colocar suficiente material absorbente.
 - La solicitud deberá indicar claramente el estudio solicitado.
- Para realizar el transporte de muestras de cualquier sitio de la República Mexicana al Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas:**
- Es necesario identificar el tubo (contenedor primario) con nombre completo del paciente.
 - Colocar este tubo dentro de un contenedor secundario, recipiente a prueba de filtraciones que proteja al contenedor primario en este se deberá colocar suficiente material absorbente.
 - El contenedor secundario se deberá colocar dentro de un contenedor terciario, que protegerá durante el tránsito de daños físicos y se deberá identificar con el nombre completo de la persona que envía y recibirá las muestras, así como dirección y teléfono.
 - La solicitud deberá venir entre el contenedor secundario y terciario, indicando claramente el estudio solicitado.
- Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al Depto. de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) antes del envío al (55) 5666 7985, Ext 100, 153, 119.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 48 de 107

10.6 Registro clínico de terapias de reemplazo renal intermitente/hemodiafiltración

INER-SAM-11

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	REGISTRO CLÍNICO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL INTERMITENTE/HEMODIAFILTRACIÓN	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</small> DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
Fecha: _____		
No. Expediente: _____ Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____		
Género: _____ Edad: _____ Servicio clínico: _____ Cama: _____		
Diagnóstico Primario: _____		
Diagnóstico Nefrológico: _____		
VIH +() -() VHB +() -() VHC +() -() Número de sesión: _____		
Peso Basal: _____ kg Peso Actual pre Tx: _____ kg Peso Post Tx: _____ kg Talla: _____ cm		
Alergias: Desconocidas () Negadas () Conocidas () Especificar: _____		
ESTUDIOS DE LABORATORIO INICIALES.		
Hb: _____ Htc: _____ Leucocitos: _____ Neutrófilos: _____ Eosinófilos: _____ Linfocitos: _____ Plaquetas: _____		
TP: _____ TPT: _____ INR: _____ BUN: _____ Crea: _____ Glucosa: _____ Alb: _____ Prot.T: _____		
Na: _____ K: _____ Cl: _____ Ca: _____ P: _____ Mg: _____		
pH: _____ PaCO ₂ : _____ PaO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ EB: _____ Lactato: _____ Pa ₂ O ₂ /FIO ₂ : _____ Osmolaridad: _____		
Vol. Urinario: _____ ml/día Sobrecarga Hídrica Subjetiva Global: _____ L Sobrecarga Hídrica Global (Bioimpedancia): _____ L		
INDICACIONES INICIALES.		
Tipo de terapia: HDI <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> SCUF <input type="checkbox"/> PIRRT: SLED <input type="checkbox"/> SLED-f <input type="checkbox"/> HDF <input type="checkbox"/>		
Dializador: _____ Cebado Set - Dializador: Sol. NaCl .9% <input type="checkbox"/> Sol. NaCl .9% + HNF (5000UI/L) <input type="checkbox"/>		
Tiempo de Tratamiento: _____ hrs Tiempo de Diálisis: _____ hrs Tiempo de UF: _____ hrs UF Meta: _____ Lts		
Temp. LD: _____ °C Na ⁺ LD: _____ K ⁺ LD: _____ HCO ₃ LD: _____ Perfil Na ⁺ - UF: _____		
Flujo líquido dializante: _____ ml/min Flujo Sanguíneo: _____ ml/min Kt/V Deseado: _____		
Anticoagulación: Sin anticoagulante <input type="checkbox"/> HNF <input type="checkbox"/> HNF: Bolo Inicial: _____ UI/kg Infusión Continua: _____ UI/kg/hr		
Medicamentos y Hemoderivados: _____		
Indicaciones adicionales. _____		
Nombre y firma de Médico que realiza el llenado: _____		
ACCESO VASCULAR - CVC ALTO FLUJO PARA HD: Ubicación CVC - HD: _____		
Temporal (No tunelizado) <input type="checkbox"/> Permanente (Tunelizado) <input type="checkbox"/> Longitud: _____ cm Diámetro: _____ Fr Longitud Interna: _____ cm		
Posición de punta de CVC - HD: _____ Fecha Instalación: _____ Procedencia: _____		
Fecha Curación: _____ Características sitio de inserción: _____		
Flujos sanguíneos: L. Arterial: >250ml/min <input type="checkbox"/> <250ml/min <input type="checkbox"/> Sin flujo <input type="checkbox"/> L. Venoso: >250ml/min <input type="checkbox"/> <250ml/min <input type="checkbox"/> Sin flujo <input type="checkbox"/>		
Maniobras de restitución de flujo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
REVISIÓN DE MONITOR HD Y SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA PRE TRATAMIENTO.		
No. Monitor: _____ Test completo aprobado: Si () No () Falla: Pre HD () Trans HD. () Post HD. ()		
Especificar: _____		
No. Sistema de tratamiento de agua: _____ Producto total: (sólidos disueltos) _____ mg/dl Tasa de rechazo sólidos disueltos: _____ %		
No. Prefiltro: _____ Falla: Pre HD () Trans HD. () Post HD. () Especificar: _____		

REGISTRO DE TRATAMIENTO.

Hora.	Pre HD		Turno HD												Post HD														
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
TA																													
TAM																													
FC																													
FR																													
Temp.																													
Sat. O ₂																													
Vasopresor: NE (ml/kg/h)																													
Vasopresor: YP (ml/kg/h)																													
TS "Effectus" (ml/min)																													
ED (ml/kg)																													
Temp. LD °C																													
Na ⁺ / K ⁺ (LD)																													
HCO ₃ (LD)																													
P. Entrada (mmHg)																													
P. Retorno (mmHg)																													
PTM (mmHg)																													
Antiagregante (r/r)																													
Ingreso HD (ml)																													
Saludón																													
UF Final (ml)																													
Tasa UF (ml/h)																													
Sangre Dada (r)																													
h/N																													

Fecha/Hora Inicio	Fecha/Hora Termino	UF Final	Ingreso HD total	Saludón final
-------------------	--------------------	----------	------------------	---------------

COMPLICACIONES: (Marque con una X si realiza acción en TM: Turno Matutino, TV: Turno Vespertino, TN: Turno Nocturno)

<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Alt. Electrolíticas.</p> <p><input type="checkbox"/> Hemólisis.</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulación difusa.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Arritmias.</p> <p><input type="checkbox"/> Hicercorragias.</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad A. vascular.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensión/Hipertensión.</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensión/Hipertensión.</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad Lumen A.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Prolif. hemáticas.</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad Lumen V.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Bacteriemia.</p> <p><input type="checkbox"/> Estallido aéreo.</p> <p><input type="checkbox"/> Faltó del Equipo.</p> <p>Otras: _____</p>
<p>INTERVENCIONES.</p> <p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Inversión Lumen.</p> <p><input type="checkbox"/> Tasa de UF.</p> <p><input type="checkbox"/> Reposición de volumen.</p> <p><input type="checkbox"/> Transf. de hematocritos.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Maniobras Rest. Flajo CVC.</p> <p><input type="checkbox"/> Suspensión de UF.</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuste Temp. LD</p> <p><input type="checkbox"/> Desconexión prevascular.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de CVC.</p> <p><input type="checkbox"/> Inicio de antiagregantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Posición menodensaburg.</p> <p><input type="checkbox"/> Finalización de tratamiento.</p> <p>Otras: _____</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Flajo Sangüneo.</p> <p><input type="checkbox"/> Antiagregantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuste dosis de antiagregante.</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio monitor HD/Quemón</p> <p>Otras: _____</p>	

BARRERAS DE SEGURIDAD TRR HD.
(Marque con una X si realiza acción en TM: Turno Matutino, TV: Turno Vespertino, TN: Turno Nocturno)

<p>PREVIA A PROCEDIMIENTO.</p> <p>PRE CONEXIÓN DE EQUIPO.</p> <p>TRANSITO.</p> <p>POST-HD.</p>	<p>TM TV TN</p> <p><input type="checkbox"/> Identificación correcta del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Prc. Programado/Consentimiento informado.</p> <p><input type="checkbox"/> Monitoreo hemodinámico. (Invasivo/No invasivo)</p> <p><input type="checkbox"/> Posición de punta de CVC-TRR (R) / Flajo S. Adecuados.</p> <p><input type="checkbox"/> Labn. Sangüneo / Gasométrico/ Imagen.</p> <p><input type="checkbox"/> Prescripción dialítica correcta.</p> <p><input type="checkbox"/> Material y equipo necesario completo.</p> <p><input type="checkbox"/> Funcionamiento óptimo del equipo.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirma identificación del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Material completo / Adecuada función de equipo.</p> <p><input type="checkbox"/> Prevención de complicaciones específicas a Tx. TRR.</p> <p><input type="checkbox"/> Curación CVC-TRR / Medidas de B. máxima en CVC</p> <p><input type="checkbox"/> Registro completo continuo cada 30 min.</p> <p><input type="checkbox"/> Registro completo de tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Registra complicaciones asociadas a material y equipo</p> <p><input type="checkbox"/> Registra complicaciones asociadas a Tx TRR</p> <p><input type="checkbox"/> Disposición final de residuos y resguardo de equipo.</p>	<p>Doble verificador procedimiento: (Nombre y Firma) _____</p>
--	---	--

MEDICACIÓN HD.

Medicamento.	Dosis.	Hora.	Via.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA.

NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA RESPONSABLE.

Conexión: _____

Mantenimiento: _____

Desconexión: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 50 de 107

10.7 Hoja de Registro clínico de terapias de reemplazo renal diálisis peritoneal INER-SAM-12



"REGISTRO CLÍNICO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS. (TRRC)"



DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA

Fecha: _____

No. Expediente: _____ Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____

Género: _____ Edad: _____ Servicio clínico: _____ Cama: _____

Diagnóstico Primario: _____

Diagnóstico Nefrológico: _____

Talla: _____ cm Peso Basal: _____ kg Peso Actual: _____ kg Hora de Indicación: _____

Hora de Inicio: _____

VALORACIÓN INICIAL:

Ingresos diarios: _____ Egresos diarios: _____

Sobrecarga Hídrica Subjetiva: _____ l. Sobrecarga Hídrica (Bioimpedancia): _____ l. Angulo de Fase: _____ °

Inotrópicos/Vasopresores: Vasopresina: _____ U/min Norepinefrina: _____ Gamas. Dopamina: _____ Gamas. Dobutamina: _____ Gamas.

Adrenalina: _____ Gamas. Otros: _____: _____: _____: _____: _____:

ESTUDIOS DE LABORATORIO INICIALES.

Leucocitos: _____ Neutrófilos: _____ Eosinófilos: _____ Linfocitos: _____ Hb: _____ Htc: _____ Pla: _____

TP: _____ TPT: _____ INR: _____ Glu: _____ BUN: _____ Crea: _____ Alb: _____ Prot.T: _____ Na: _____

K: _____ Cl: _____ Mg: _____ Ca: _____ Ca. Corregido: _____ Ca ionizado: _____ P: _____

pH: _____ PaCO₂: _____ PaO₂: _____ Sat.O₂: _____ PaO₂/FIO₂: _____ HCO₃: _____ E.Base: _____ Lactato: _____ Osmolaridad: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

DATOS DE IMAGEN Y ESCALAS DE GRAVEDAD INICIALES.

Rx. Tórax: Derrame pleural: Si No Ecografía: Líneas B (C. Cometa): Si No I. Colapsabilidad VCI: _____% VEXUS: _____%

SOFA: _____ APACHE II: _____ Otras: _____

Falla Ventilatoria: Si No Falla Hemodinámica: Si No Falla Neurológica: Si No Falla Hematológica: Si No Falla Hepática: Si No

ACCESO VASCULAR - CVC ALTO FLUJO PARA HD:

Tipo y ubicación CVC - HD: _____

Temporal (No tunelizado) Permanente (Tunelizado) Longitud: _____ cm Diámetro: _____ Fr. Longitud Interna: _____ cm

Posición de punta de CVC - HD: _____ Fecha Instalación: _____ Procedencia: _____

Fecha Curación: _____ Características sitio de inserción: _____

Flujos sanguíneos: L. Arterial: >250ml/min <250ml/min Sin flujo L. Venoso: >250ml/min <250ml/min Sin flujo

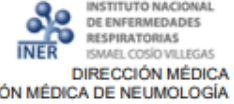
Maniobras de restitución de flujo: Si No Especificar: _____

INER-SAM-12 (02.2022)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 51 de 107



"REGISTRO CLÍNICO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS. (TRRC)"



INDICACIONES INICIALES.

Tipo de terapia: _____

Set - Dializador: _____ Cebado Set - Dializador: Sol. NaCl .9% Sol. NaCl .9% + HNF (5000UI/L)

Dosis de Efluente (Q_e): _____ ml/kg/hr **Flujo Inicial Extracción Paciente (Q_{ep}):** _____ ml/hr **Flujo de sangre (Q_s):** _____ ml/min
 $Q_e = 25-30$ ml/kg/hr **Subcarga Hídrica subjetiva ml = (Ingresos diarios ml x 3) / 70** **Flujo Inicial = 150ml/min a 200ml/min**

Flujo Convectivo Reemplazo máximo ($Q_{e,max}$): _____ ml/hr
 $Q_{e,max} = Q_p \times 25$ $Q_p = (Q_s \times 60) / (\text{Hematócrito}/100)$

Flujo Reemplazo Pre filtro (Q_{R-pre}): _____ ml/hr **Tipo sol. Pre filtro:** BK⁺0 Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4

Complementos: _____
 $Q_{R-pre} = Q_{e,max} \times .20$

Flujo Post filtro (Q_{R-post}): _____ ml/min **Sol. Post filtro:** BK⁺0 Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4 **Complementos:** _____
 $Q_{R-post} = Q_{R-max} \times .20$

Flujo PBP (Q_{PBP}): _____ ml/min **Sol. PBP:** BK⁺0 Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4 **Complementos:** _____

Flujo Dializante (Q_d): _____ ml/min **Sol. Dializante:** BK⁺0 Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4

Complementos: _____
 $Q_d = Q_e + (Q_{R-Pre}) + (Q_{R-Post}) + Q_{ep}$

Flujo PBP Citrato ($Q_{PBP-CITRATO}$): _____ ml/min **Fracción Filtración (FF):** _____ % **Rel. BUN Efluente/BUN sérico:** _____
 $Q_{PBP-CITRATO} = \text{DOSIS CITRATO} \times (Q_s \times 60)$ **FF = ((Q_{ep} - Q_{R-Pre}) - Q_{R-Post}) / (Q_p - Q_{R-Pre})** **Rel. BUN Efluente/BUN sérico**

Anticoagulación: Sin anticoagulante Heparina no fraccionada Heparina Fraccionada Citrato
HNF: Dilución: _____ UI/ml **Bolo Inicial:** _____ UI **Infusión Continua:** _____ UI **Objetivo TPTa:** _____ seg.
Preparación HNF: jeringa 10cc (5000 UI/50 ml) **10-20 UI/kg/h** **5-10 UI/kg/h** **Meta: 65-70 seg.**

Citrato: Prismicitrato 18/0 Otro: _____

Dosis Citrato*: _____ mmol/l sangre tratada. *DOSIS DE CITRATO INICIAL 1-3 mmol Por litro de sangre procesada.

Dosis infusión de Gluconato de Calcio **: _____ mEq/kg/hr **Inicio de infusión de Gluconato de Calcio:** _____ ml/h

**Dosis Inicial de infusión de gluconato de calcio: 0.04 mEq/kg/hr - .07 mEq/kg/hr
 Preparación infusión de calcio al 10%: PREPARAR 20 AMPULAS DE 10ml AFORADAS 1000mgol Sol. NaCl .9% o D5 5% (Cada ampulita contiene 2.3mmol/10ml o 4.6mEq/10ml)

Medicamentos y/o Hemoderivados

Nombre y firma de Médico que realiza el llenado: _____

CAMBIO DE INDICACIONES.

Fecha/ Hora cambio de indicaciones. _____ **Escucho () Escribo ()**

Q_e : _____ ml/kg/hr Q_{ep} : _____ ml/min Q_s : _____ ml/min Q_{R-pre} : _____ ml/min **Sol. Q_{ep} :** _____ Q_{R-post} : _____ ml/min **Sol. Q_{ep} :** _____
 Q_{PBP} : _____ ml/min **Sol. Q_{PBP} :** _____ $Q_{PBP-CITRATO}$: _____ ml/min Q_d : _____ ml/min **Sol. Q_d :** _____ %FF: _____ % %FD: _____ %

Anticoagulación:

HNF: Bolos: _____ UI **Inf. Continua:** _____ UI **Obj. TPTa:** _____ seg. **HBPM: Bolo:** _____ UI **Dosis:** _____ UI **Obj. Anti fXa:** _____ UI/ml

Dosis Citrato: _____ mmol/l sangre tratada. **Inf. De Gluconato de Calcio CVC:** _____ mEq/kg/hr **Objetivo Ca (ionizado) plasmático:** _____ mmol/l

Solicitud de Estudios: _____

Observaciones: _____

Lectura de la indicación () Confirma indicación ()

Nombre/Firma/Cedula Prof./Emisor: _____ **Nombre/ Cedula Prof./Firma Receptor:** _____



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.



Rev. 0



**Código:
NCDPR 120**

Hoja 52 de 107

REGISTRO DE TRATAMIENTO. (24 HORAS) Fecha y Hora instalación SET: _____ Fecha y Hora inicio TRRC: _____
No. de SET: _____ Fecha y Hora termina TRRC: _____

Hora.	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00					
TA																																					
TAM																																					
FC																																					
FR																																					
Temp.																																					
Sat. O ₂																																					
NE																																					
Diuresis/Flujo TRRC																																					
Flujo Sangrinoso (ml/min)																																					
Flujo Dializante (ml/hr)																																					
KtCa																																					
Flujo Sustitución (Pre) (ml/hr)																																					
KtCa																																					
Flujo Sustitución (Post) (ml/hr)																																					
KtCa																																					
Flujo PRP/Citrato (ml/hr)																																					
KtCa																																					
Dosis TRRC (ml/kg/hr)																																					
Fracción de Filtración (FF%)																																					
Presiones TRRC (mm/Hg)																																					
Presión Entrada (50 a 150)																																					
Presión Retorno (50 a 150)																																					
Presión Eficiente (50 a 150)																																					
Presión Filtrado (<150)																																					
PTM (cmHg)																																					
Caida de Filtrado (50 a 20)																																					
Anticoagulación HNF																																					
Heparina Infusión (U/l/hr)																																					
Heparina Bolus (U)																																					
TCA (Seg)																																					
DT/TPa																																					
Anticoagulación Citrato																																					
Dosis citrato (mmol/l)																																					
Calcio iónico (Post Filtrado)																																					
Calcio iónico (Plasma)																																					
Calcio total corregido (Plasma)																																					
Infusión de glucosato de Calcio IV (mg/kg/h)																																					
Laboratorios																																					
pH																																					
PaCO ₂ - PaO ₂																																					
PaO ₂ /FiO ₂																																					
HCO ₃																																					
Na - K																																					
Mg																																					
Hb - Hct																																					
Lactato / Sais/Ca																																					
Osmolaridad																																					
Balances hídricos																																					
Extracción o UF (ml/hr)																																					
Egreso neto TRRC (ml/hr)																																					
Ingreso TRRC(ml/hr)																																					
Ingreso neto TRRC (ml/hr)																																					
Balances líquidos (Ingreso - Egreso)																																					
Balances por turno																																					
Nombre y Firma del responsable																																					

Total extracción o UF (qhrs) Balance total (qhrs) 3/4

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 53 de 107



"REGISTRO CLÍNICO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS. (TRRC)"



SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA

BARRERAS DE SEGURIDAD TRRC.

No. Expediente: _____ Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____
 Fecha: _____

El personal de enfermería verifica:

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|
| PREVIA
PROCEDIMIENTO | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificación correcta del paciente. <input type="checkbox"/> Proc. Programado/Consentimiento informado. <input type="checkbox"/> Monitoreo hemodinámico. (Invasivo/No invasivo) <input type="checkbox"/> Posición de punta de CVC-TRR (Rx) / Flujos S. Adecuados. <input type="checkbox"/> Labs. Sanguíneos /Gasométricos/ Imagen. <input type="checkbox"/> Prescripción dialítica correcta. <input type="checkbox"/> Material y equipo necesario completo. <input type="checkbox"/> Funcionamiento óptimo del equipo. |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRE COMIENZO
ACERCA DEL
ETIQUETADO | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirma identificación del paciente. <input type="checkbox"/> Material completo / Adecuada función de equipo. <input type="checkbox"/> Previsión de complicaciones específicas a Tx. TRR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRANS
-HD | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Curación CVC-TRR / Medidas de Barrera máxima en CVC. <input type="checkbox"/> Registro completo continuo cada 30 min. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POST
-HD | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Registro completo de tratamiento. <input type="checkbox"/> Registra complicaciones asociadas a material y equipo <input type="checkbox"/> Registra complicaciones asociadas a Tx TRR <input type="checkbox"/> Disposición final de residuos y resguardo de equipo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MEDICACIÓN TRRC.

Medicamento.	Dosis.	Hora.	Via.

Nombre y firma
Doble verificador medicamentos: _____

Nombre y firma
Doble verificador procedimiento: _____

Hora Inicio procedimiento: _____

Hora termino procedimiento: _____

COMPLICACIONES: (Marque con una X si realiza acciones en TM: Turno Matutino, TV: Turno Vespertino, TN: Turno Nocturno)

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|
| <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alt. Electrolíticas. <input type="checkbox"/> Hemolisis. <input type="checkbox"/> Disfunción Lumen A. <input type="checkbox"/> ↑ PE - PR. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arritmias. <input type="checkbox"/> Hemorragias. <input type="checkbox"/> Disfunción Lumen V. <input type="checkbox"/> ↑ PF - PTM - ΔF. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bacteriemia. <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Coagulación de dializador. <input type="checkbox"/> Falla Monitor. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Convulsiones. <input type="checkbox"/> Perdidas hemáticas. <input type="checkbox"/> Coagulación de cámara. <input type="checkbox"/> Saturación de dializador. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras. <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INTERVENCIONES. (Marque con una X si realiza acciones en TM: Turno Matutino, TV: Turno Vespertino, TN: Turno Nocturno)

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|
| <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>TM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>TN</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | TM | <input type="checkbox"/> | TV | <input type="checkbox"/> | TN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inversión Lumen. <input type="checkbox"/> Suspensión de UF. <input type="checkbox"/> Posición trendelenburg. <input type="checkbox"/> Finalización de tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maniobras Rest. Flujo CVC TRR <input type="checkbox"/> Reposición de volumen. <input type="checkbox"/> Desconexión precautoria. <input type="checkbox"/> Transf. de hemoderivados | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambio de CVC-TRR <input type="checkbox"/> Inicio de aminas vasoactivas <input type="checkbox"/> Recirculación (solución salina) <input type="checkbox"/> ↓ Dosis de anticoagulante. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ↓ Tasa de UF. <input type="checkbox"/> ↑ Aminas vasoactivas. <input type="checkbox"/> Recirculación (sangre) <input type="checkbox"/> Cambio de SET (Dializador). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras. <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES / REPORTE DE ENFERMERÍA.

TURNO MATUTINO.	TURNO VESPERTINO.	TURNO NOCTURNO.
Nombre y firma de enfermera(o) a cargo.	Nombre y firma de enfermera(o) a cargo	Nombre y firma de enfermera(o) a cargo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 54 de 107

10.8 Hoja de evaluación de Enfermería y Registros Clínicos INER-E-01

		HOJA DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA Y REGISTROS CLÍNICOS																													
1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN														N.H.																	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:										FECHA DE INGRESO:				FECHA DE EGRESO:																	
FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA):				EDAD:		GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		No. DE EXPEDIENTE:				CAMA:																			
PESO: Kg		TALLA		Mts.		RELIGIÓN:		SERVICIO CLÍNICO				ESPECIALIDAD:																			
IDIOMA O LENGUA						PACIENTE VULNERABLE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				ALERGIAS CONOCIDAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
DIAGNÓSTICO MÉDICO						MOTIVO:				TIPO DE ALERGIAS:																					
ENFERMEDAD DE BASE																															
2) SIGNOS VITALES																															
ESCALA DEL DOLOR		ESCALA DE TEMPERATURA		Día		Mes		Año		D.E.		Día		Mes		Año		D.E.		Día		Mes		Año		D.E.					
10		40°		8		12		16		20		24		3		6		8		12		16		20		24		3		6	
9		39.5°																													
8		39°																													
7		38.5°																													
6		38°																													
5		37.5°																													
4		37°																													
3		36.5°																													
2		36°																													
1		35.5°																													
0		35°																													
SIN DOLOR																															
Tensión Arterial mmHg.				/				/				/				/															
F. Cardíaca x minuto																															
F. Respiratoria x minuto																															
Saturación de O ₂ (%)																															
Valoración del Edo. De Conciencia (A,S,E,C)																															
Glicemia Capilar (mg/dl)																															
3) VALORACIÓN DEL DOLOR																															
TIPO		Somático (1)		Visceral (2)		Neuropático (3)		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN							
DURACIÓN O TIEMPO		Agudo (1)		Crónico (2)																											
INTENSIDAD		Leve (1)		Moderado (2)		Severo (3)		Muy severo (4)																							
FACTORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS ASOCIADOS: Alteración de S.V., palidez, diaforesis, agitación, náusea, vómito.																															
4) VALORACIÓN DEL ESTADO RESPIRATORIO (ESCALA MAHLER)																															
DISNEA		Grado 1: no hay deterioro		Grado 2: deterioro ligero		Grado 3: deterioro moderado		Grado 4: deterioro severo		Grado 5: muy severo		TM		TV		TN		TM		TV		TN									
Presencia de Ruidos Respiratorios ¿Cual? Bronquial, Broncovesicular, Vesicular, Crepitantes, Roncus, Sibilancias, Raca pleural																															
Patrón Respiratorio ¿Cual? Espinea, Taquípnea, Bradipnea, Apnea, Hiperpnea																															
Tos productiva (TP) Tos no productiva (TNP) Tos Cianozante (TC)																															
Presencia de cianosis Central o Distal																															
CARACTERÍSTICAS DE SECRECIONES																															
5) OXIGENO TERAPIA																															
Puntas nasales Lts por minuto:																															
NEB. FIO2																															
Ventilación mecánica no invasiva:																															
Posición del paciente:																															
6) COMUNICACIÓN																															
Presenta alguna dificultad para comunicarse: Si o No ¿Cual? Sordo-mudo, dificultad para articular palabras, etc.																															
Expresa emociones, necesidades: Si o No, ¿Cual? Miedo, tristeza, angustia, enojo, etc.																															
7) HIGIENE CORPORAL																															
Baño de esponja		Baño en regadera		Baño seco		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN									
Asistencia durante el baño		Enfermera (1)		Familiar (2)		Ambos (3)																									
Aseo parcial y medidas de higiene																															
LICENCIA SANITARIA 12-AM-09-012-0002																															
INER-E-01 (04/2020)																															



8) VALORACIÓN DE UPP (BRADEN)				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN										
VALORACIÓN DE RIESGO: Alto, Moderado o Bajo riesgo																						
9) TIPO Y LOCALIZACIÓN DE HERIDAS				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN										
X ULCERA POR PRESIÓN / HERIDA QUIRÚRGICA Ø HERIDA DEHISCENTE ⊕ ESTOMA Δ QUEMADURA																						
VALORACIÓN DE HERIDAS Tipo de herida (abierta/cerrada)																						
1. UPP 2. HK-DX 3. Quemadura 4. HK-Dehiscencia 5. Estoma 6. Fístula																						
Comparación 1 2 3 4 No valorable (NV) SUTP																						
Estado de la herida: 1. Epitelizado 2. Granulación 3. Eufásico 4. Necrótico																						
Secreción: 0. Ninguna 1. Serosa 2. Serohemática 3. Hemática 4. Purulenta																						
Erosión: 0. Nulo 1. Escaso 2. Moderado 3. Abundante																						
TRATAMIENTO DE HERIDAS																						
1. Gase 2. P. Fisiológico 3. A. Polimerico 4. A. Hibernolizante 5. A. Hibernolizante 6. A. Deshidratante																						
10) VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA (MORSE)				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN										
Alto Riesgo: Mayor de 50 puntos Medidas especiales				Puntos																		
Bajo Riesgo: De 25 a 50 puntos Medidas estándar				+12 = A/R																		
Sin Riesgo: De 0 a 24 puntos Medidas básicas				+10 = A/R																		
				+7 = S/R																		
11) ÍNDICE DE BARTHEL Puntuación máxima: 100 puntos (100 si usa silla de ruedas)				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN										
Puntaje				Grado de Dependencia			PASE DE 24 HORAS															
100				1 Independiente			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
≥ 60				2 Dependencia Leve																		
40-55				3 Dependencia Moderada																		
20-35				4 Dependencia Mayor																		
< 20				5 Dependencia total																		
11a) VALORACIÓN NUTRICIONAL E INGESTA DE ALIMENTOS																						
TIPO DE DIETA:																						
Via oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral (NP) <input type="checkbox"/>																						
Alimentos ingeridos																						
Dispositivo para alimentación: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____																						
El paciente presenta:																						
1) Dificultad para ingerir alimentos: SI ó NO																						
2) Utiliza dentadura postiza para masticar alimentos: SI ó NO																						
3) Intolerancia a frutos o vegetales o productos lácteos: ¿Cual?																						
12) DESCANSO Y SUEÑO													TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	
Sueño continuo																						
Sueño discontinuo																						
Insomnio																						
Reposo relativo																						
Reposo absoluto																						
13) ACCESOS VASCULARES																						
				Catéter periférico corto	Catéter Central de Instalación Periférica PICC	Subclavio	Yugular	Otro:	Observaciones:													
Sitio de inserción																						
Fecha de instalación																						
Hora de instalación																						
Fecha de curación																						
Fecha de cambio																						
Fecha de retiro																						
Profesional que instaló																						
Días de estancia																						
14) SONDAS Y DRENAJES																						
				1. S.N.G.	2. S.O.G.	3. S.N.Y.	4. SEP	5. S. Vesical	Otro tipo de drenaje													
Sitio de inserción																						
Fecha de instalación																						
Hora de instalación																						
Fecha de curación																						
Fecha de cambio																						
Fecha de retiro																						
Profesional que instaló																						
Días de estancia																						
15) PROCEDIMIENTOS REALIZADOS													TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	
TAC SIM				TAC CONT.	IR	BCD	CATETERISMO															
MED. NUC.				FISIOLÓGICA	ESPIRO.	F.B.C.	PUNCIÓN															
INST. SEP.				IND. CAT.	BIOPSIA	OTRO:																
ESTUDIOS DE LABORATORIO																						



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.



Rev. 0

Código:
NCDPR 120

Hoja 57 de 107

A) FECHAS										B) FECHAS										
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES SUGERIDAS										ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES SUGERIDAS										
	T	M	V	N	T	M	V	N	T		T	M	V	N	T	M	V	N	T	
9. Desequilibrio nutricional (00001/00002)										Manejo de líquidos.										
Asistencia en la alimentación.										Mantener la ropa de cama limpia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Monitorización de líquidos.										Aseso perianal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Solicitar colación adicional.										13. Estreñimiento. (00011)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vigilancia de la ingesta de alimentos y líquidos.										Fomento del ejercicio.										
Colocar al paciente en posición para alimentación.										Irriagación intestinal.										
Vigilancia en la medicación.										Manejo de la nutrición.										
Valorar la preferencia de cierto grupo de alimentos.										Manejo de líquidos.										
Vigilancia de alimentación enteral por sonda.										Comprobar peristaltismo.										
10. Ansiedad (00146)										14. Riesgo de caída. (00155)										
Apoyo espiritual.										Identificación de riesgos.										
Intervención dem casos de crisis.										Prevención de caídas.										
Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.										Cambio de posición.										
Explicar todos los procedimientos.										Sujeción física.										
Permanecer con el paciente para promover seguridad.										Asistencia en la deambulación.										
Escuchar con atención.										Asistencia en el baño.										
Crear un ambiente que facilite confianza.										15. Riesgo infección. (00004)										
11. Deterioro de la eliminación urinaria (00016)										Uso de las precauciones estándar.										
Ejercicios de suelo pélvico.										Precauciones por contacto.										
Manejo de medicación.										Precauciones por vías aéreas.										
Cuidados perineales.										Cuidado de herida.										
Manejo de líquidos.										Vigilancia de la Piel.										
Sonda vesical: intermitente.										OTROS:										
Cuidados del catéter urinario.																				
12. Diarrea (00013)																				
Ayuda con el auto cuidado.																				
Manejo de la diarrea.																				
Manejo de la medicación.																				
Manejo de la nutrición.																				

FECHA	TIPO	19) EVALUACIÓN FINAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA											
		TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
	TM												
	TV												
	TN												
	TM												
	TV												
	TN												
	TM												
	TV												
	TN												

FECHA	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
FECHA DEL CUIDADO ENTAMADO	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
NOCHES															
FIRMA															

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	2. Procedimiento para la realización de terapias de reemplazo renal.		Hoja 59 de 107



INDICACIONES MÉDICAS





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 está presente. El receptor deberá confirmar la información que recibe. Marque con una X en los paréntesis de acuerdo a lo realizado.

Tipo de información:	<input type="checkbox"/> Indicación médica	<input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultado transoperatorio
<input type="checkbox"/> Escucho	<input type="checkbox"/> Escribo Indicación o resultado del estudio:		
Fecha			
	Lectura de la indicación <input type="checkbox"/>	Confirmación de la indicación <input type="checkbox"/>	
Hora	Nombre del Receptor*	Nombre del Emisor**	
	No. Trabajador/Cédula Profesional. ***	Firma	No. Trabajador/Cédula Profesional. *** Firma

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 60 de 107

**3. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA RENAL Y/O
COLOCACIÓN DE ACCESOS VASCULARES DE ALTO FLUJO NO
TUNELIZADOS Y TUNELIZADOS**

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 61 de 107

1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para la programación y realización de procedimientos de biopsias renales percutáneas y/o colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados, que permitan detectar en tiempo las condiciones clínicas adversas del/la paciente con la finalidad de dar seguimiento a su evolución y el adecuado funcionamiento de las terapias de reemplazo renal.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal adscrito al Servicio de Nefrología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las áreas del Instituto que requieran el procedimiento en pacientes hospitalizados y/o ambulatorios y al equipo multidisciplinario que interviene en el mismo.



3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Nefrología, es responsable de mantener actualizado este manual 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 del Servicio de Nefrología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto 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 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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 62 de 107

y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Nefrología, 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.
- 3.5 Todas las personas adscritas al Servicio de Nefrología, debe procurar la protección del paciente de acuerdo con el Programa de Seguridad del Paciente con el Plan de Calidad, y con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
- 3.6 Todo comentario o sugerencia con respecto a estudios y tratamientos médicos propuestos por parte del Servicio de Nefrología serán consignados en la nota de interconsultas correspondiente, y en caso de estar de acuerdo, el equipo de médicos tratantes, serán estos últimos los responsables de anotarlo en las indicaciones médicas del paciente en el formato INER-EC-03.
- 3.7 El procedimiento de biopsia renal y/o de colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizado o no tunelizado, no podrá llevarse a cabo sin la autorización escrita del/la paciente o responsable legal, cuya autorización estará plasmada en el formato INER-E-40 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto, conforme a la AESP 4.
- 3.8 El personal médico debe elaborar y firmar la nota clínica correspondiente en formato INER-EC-06, de acuerdo a la normatividad vigente, para ser incluida en el expediente clínico del paciente.
- 3.9 Una vez terminado el procedimiento, el equipo médico del Servicio de Nefrología dará seguimiento al paciente hasta considerar, por criterio médico del/la adscrito/a, que no requiere por el aspecto nefrológico mayor estudio o tratamiento en su internamiento.
- 3.10 Para la colocación de un acceso vascular, es necesario:

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 63 de 107

3.10.1 Realizar al/la paciente, estudios de laboratorio que incluyan Biometría Hemática, Química Sanguínea, Examen general de Orina, microalbuminuria y micro proteinuria de 24 horas.

3.10.2 Estudios de gabinete: ultrasonido renal.

3.11 La atención médica que proporciona el Servicio de Nefrología, para la realización del procedimiento de biopsia renal, puede ser ambulatoria y/o en áreas hospitalización, por lo que es responsabilidad del personal médico:

3.11.1 Requisar Hoja de solicitud, programación y registro de cirugía INER-EC-24.

3.11.2 Llenado de formato de Consentimiento Informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación INER-EC/CI/DM-01.



3.11.3 Requisar formatos de Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto INER-E-40 y el Consentimiento informado para anestesia INER-SC-03.

3.11.4 Realizar la descripción de la técnica y hallazgos quirúrgicos en el formato de hoja de solicitud, programación y registro de cirugía INER-EC-24.

3.11.5 Coordinar el envío de la muestra de manera eficaz al servicio de patología del Instituto Nacional de Cardiología, mediante Solicitud de interconsulta a otras instituciones INER-CE-14.



3.12 La vía de acceso al Instituto de los/las pacientes que requieren la realización de una biopsia renal o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados, es a través del módulo de Relaciones Públicas y Comunicación, por lo que las personas adscritas a dicho módulo, serán responsables de recibir e identificar con brazalete de procedimiento ambulatorio.

3.13 El personal médico especialista en Nefrología, es responsable de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA-2010, para la práctica de la

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 64 de 107



hemodiálisis, prescribir la realización de reemplazo renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados, así como utilizar y vigilar las vías de acceso vascular tunelizado o no tunelizado, cuando el caso lo amerite.

- 3.14 Para llevar a cabo los procedimientos señalados en el numeral anterior, el/la paciente deberá ser valorado previamente a su intervención para corroborar viabilidad de procedimiento, por lo que debe contar con el formato de Solicitud de Interconsulta INER EC-08, debidamente requisitado por el personal médico tratante.
- 3.15 Los procedimientos de accesos vasculares no tunelizados, son realizados en conjunto con el personal médico residente de neumología y el personal médico adscrito al servicio de nefrología, quien es responsable de la supervisión de la adecuada realización del mismo.
- 3.16 El personal de enfermería es responsable de:
- 3.16.1 Participar con el personal médico, en los procedimientos prescritos por el/la especialista en Nefrología.
 - 3.16.2 Llevar a cabo las indicaciones del personal médico INER-EC-03.
 - 3.16.3 Realizar el procedimiento conforme a la técnica establecida en el Servicio de Nefrología, cuando así corresponda.
 - 3.16.4 Desconectar los equipos utilizados durante el procedimiento.
 - 3.16.5 Trasladar el equipo utilizado en el procedimiento al Servicio de Nefrología.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 65 de 107

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
Personal médico tratante	1	Solicita valoración de paciente al personal médico adscrito a Nefrología por medio de la solicitud de interconsulta.	INER-EC-08
Personal Médico de Nefrología	2	Atiende solicitud de interconsulta y determina que el paciente requiere una biopsia renal percutánea en el formato de hoja de solicitud, programación y registro de cirugía e indica la realización de estudios de laboratorio y gabinete.	INER-LC-01 INER-EC-24
	3	Valora al paciente previo a procedimiento, explica beneficios y riesgos al paciente y/o al familiar responsable.	
	4	Solicita al/la paciente y/o familiar la firma de autorización en el formato y requisita Lista de Verificación para Cirugía, sedación segura. ¿El/la paciente es ambulatorio/a?	INER-EC/CI/DM-01 INER-E-40
Paciente	5	No: Solicita al personal de enfermería que acuda al servicio clínico donde se encuentra el/la paciente con el material necesario para el procedimiento Continua actividad 11.	
	6	Sí: Da indicaciones al paciente para acudir a su cita programada en el Servicio Clínico 6.	
	7	Acude a la ventanilla de Relaciones Públicas y Comunicación Social el día y a la hora programada para la realización de la biopsia renal.	
Personal administrativo del módulo de Relaciones Públicas y Comunicación Social	8	Realiza primera verificación de identidad del/la paciente y registra en sistema.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 66 de 107

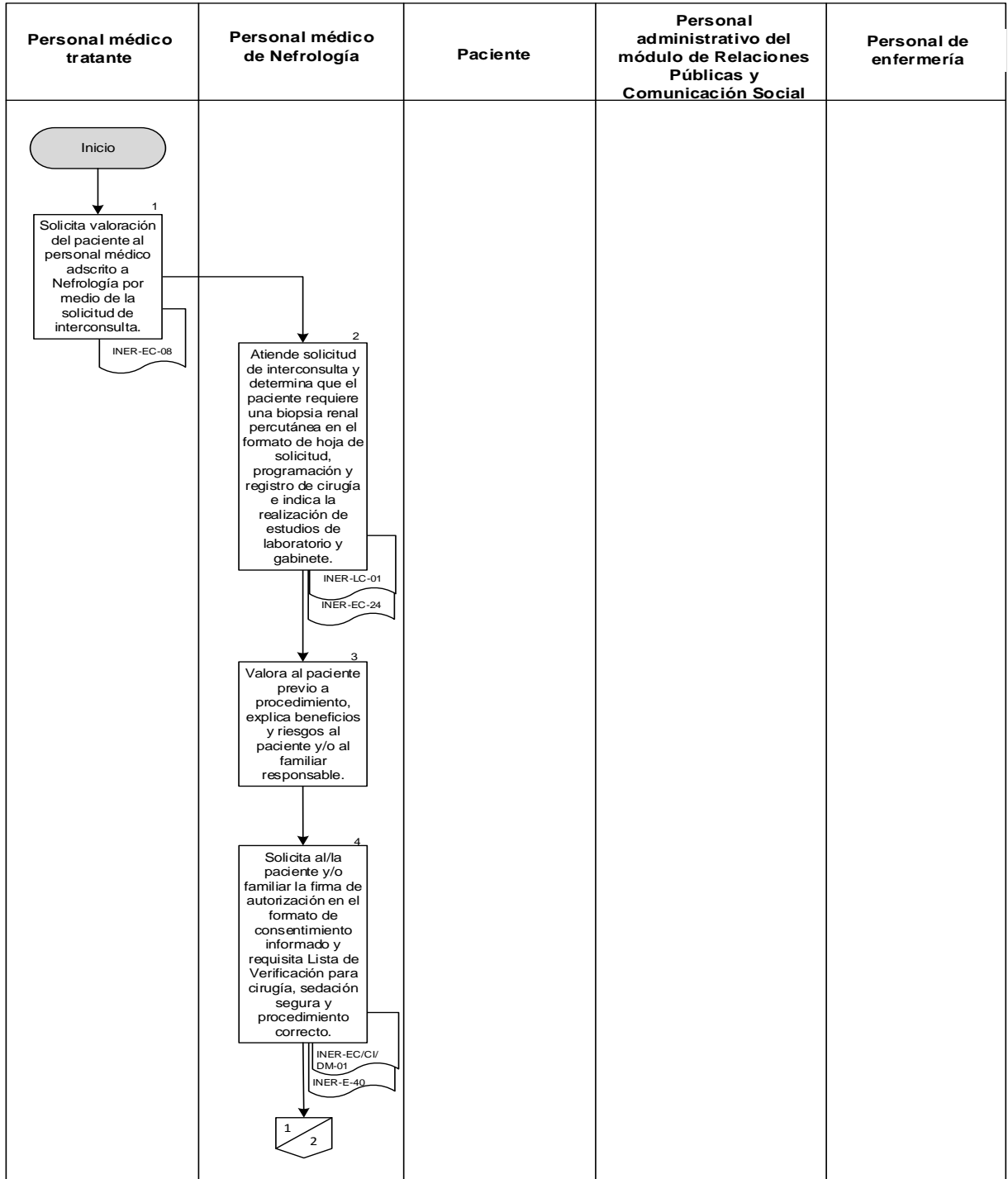
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
Personal de enfermería	9	Imprime brazalete de identificación y lo coloca al/la paciente, conforme a la AESP1.	Brazalete
	10	Informa vía telefónica al personal de Camillería sobre el traslado del/la paciente al servicio de Nefrología (Clínico 6)	
	11	Realiza toma de signos vitales a pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados que serán sometidos a procedimiento.	
	12	Prepara sala, con paciente adecuadamente identificado, conforme a la AESP 1 y AESP 4.	
	13	Revisa lista de verificación para cirugía segura, procedimiento correcto.	
	14	Realiza monitorización continua del paciente antes, durante y después del procedimiento.	
Personal médico de Nefrología	15	Realiza procedimiento de acuerdo a guías y lineamientos actualizados	
Personal de Enfermería	16	Vigila signos vitales y estado clínico del/la paciente hasta su alta, de acuerdo con las indicaciones médicas.	INER-EC-03
	17	Requisita Hoja de registro clínico de reemplazo renal. ¿El procedimiento fue biopsia renal?	INER-SAM-12
Personal médico de Nefrología	18	No: Decide alta del Servicio de Nefrología del/la paciente de acuerdo a sus condiciones clínicas. Continúa actividad 21.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 67 de 107

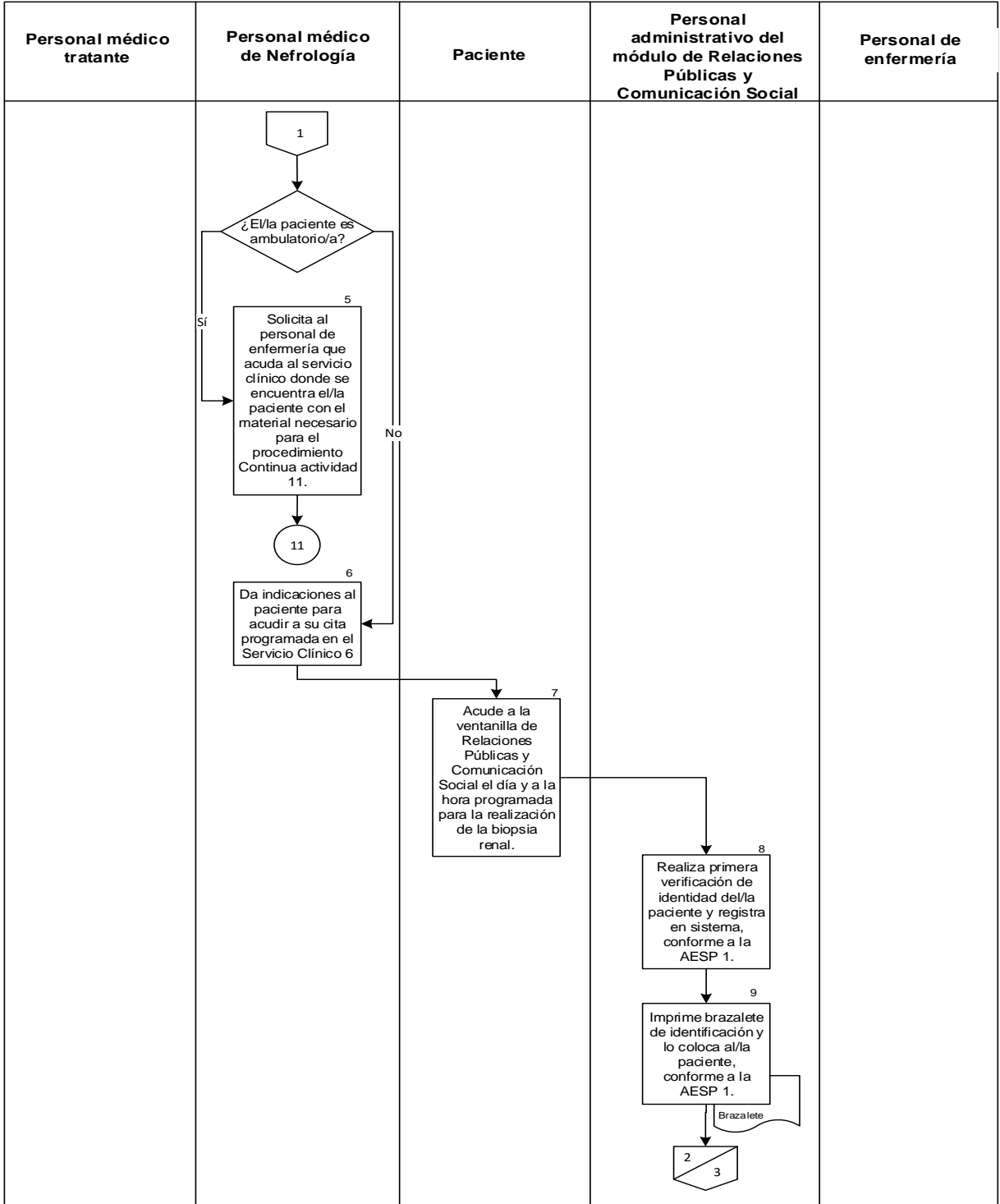
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
	19	Sí: Requisita Hoja de interconsulta a otras instituciones para envío de muestra al servicio de patología en el Instituto Nacional de Cardiología.	INER-CE-14
	20	Recibe resultado histopatológico y elabora nota médica al expediente clínico con la descripción de la biopsia.	INER-EC-06
	21	Da seguimiento al/la paciente en consulta externa u hospitalización hasta su egreso hospitalario o hasta su alta del Servicio de Nefrología.	
	22	En caso de alta ambulatoria de paciente sometido a biopsia renal, se dan datos de alarma y cita abierta a urgencias para en caso de ser necesario solicitar apoyo al servicio de Nefrología en el servicio de Urgencias.	
		Termina procedimiento	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 68 de 107

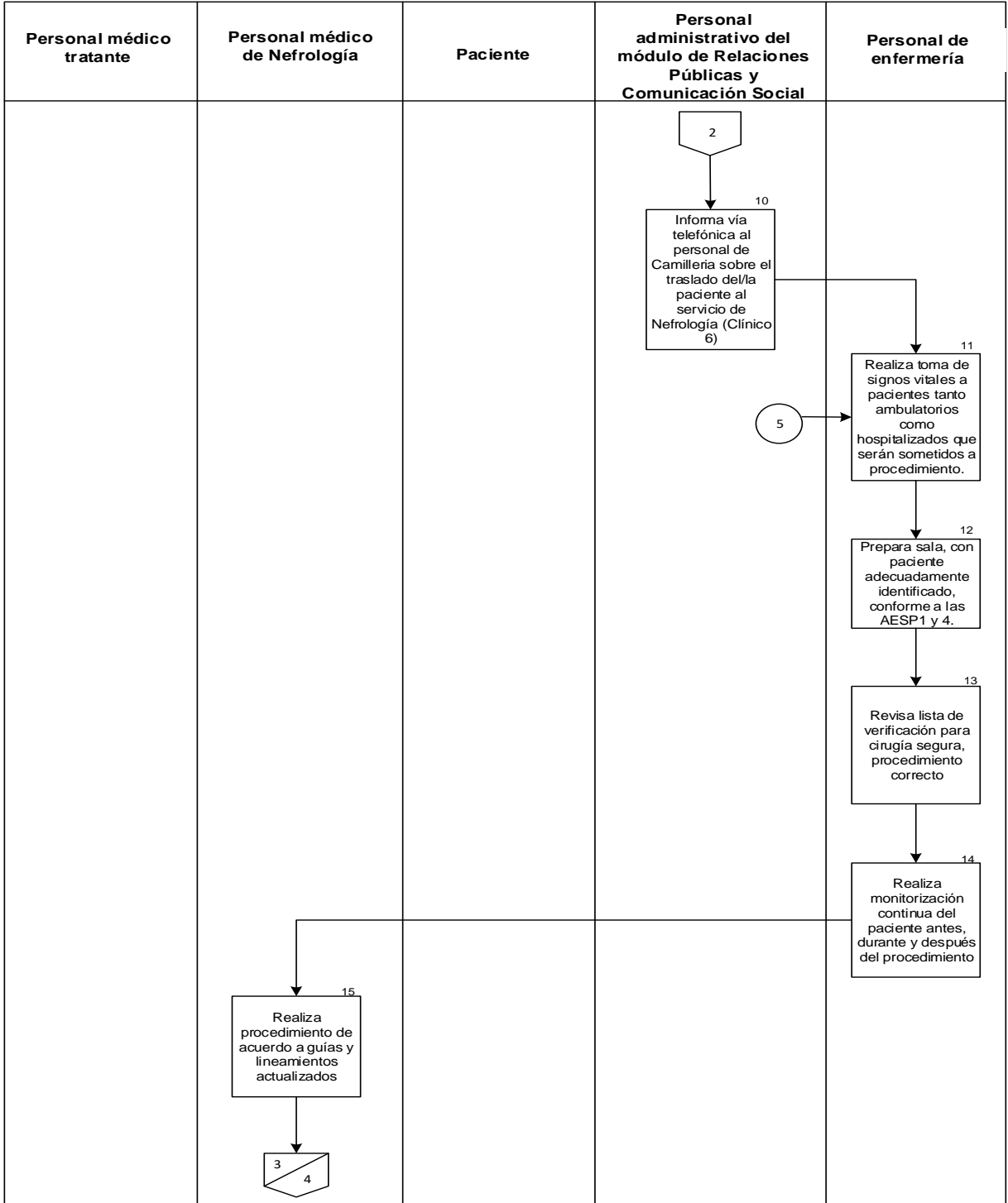
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



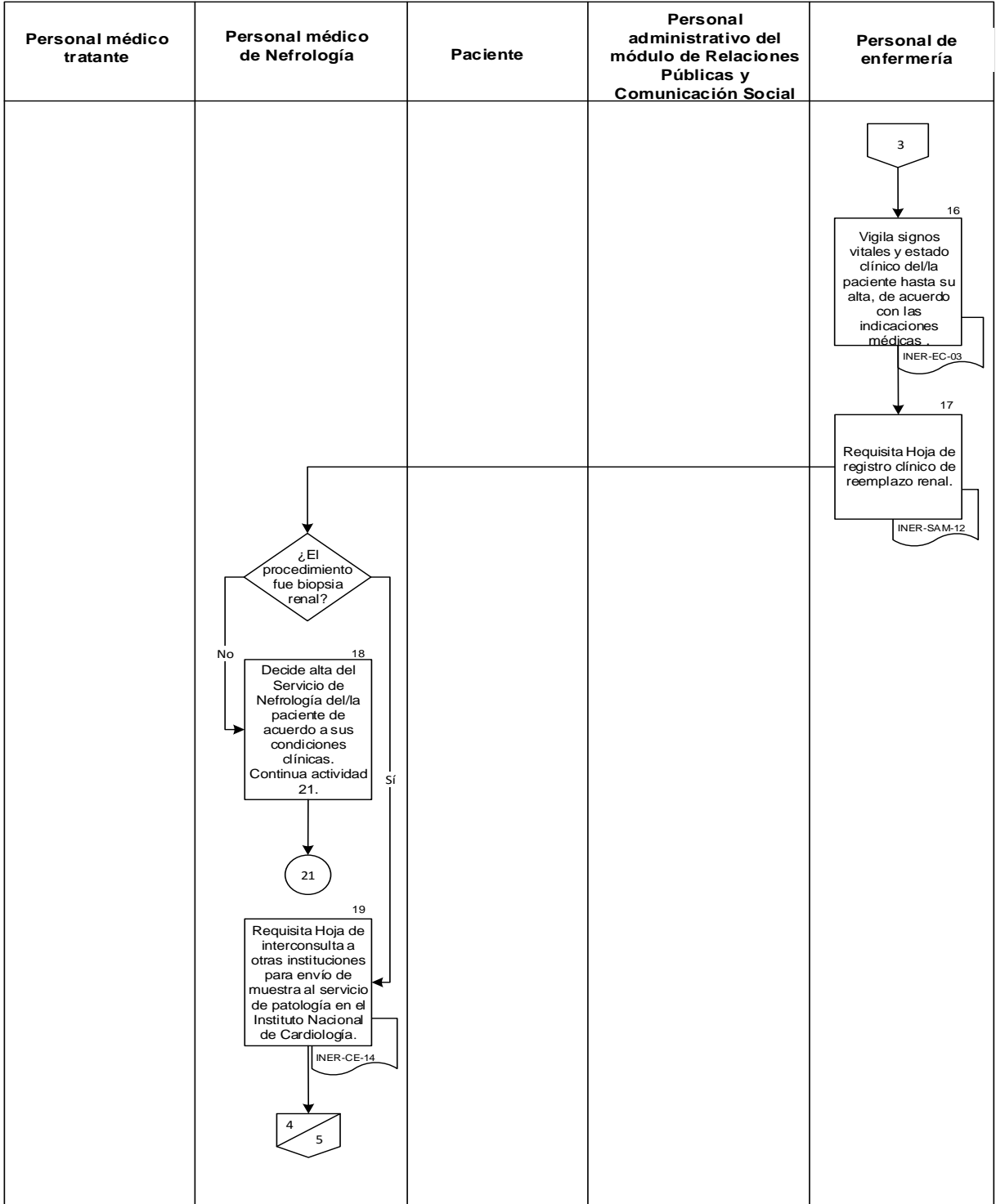
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 69 de 107





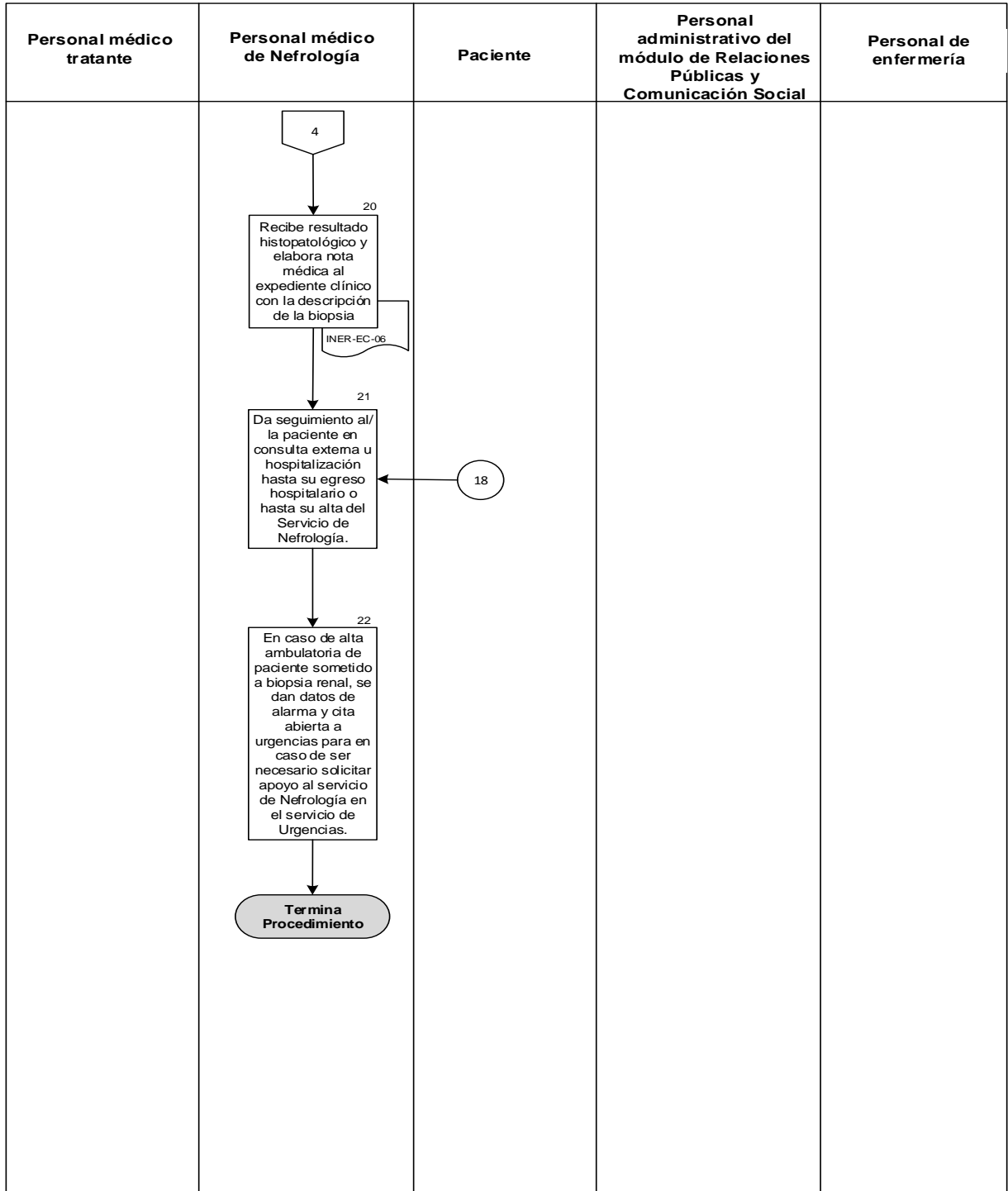
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 70 de 107





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 71 de 107



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 72 de 107





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 73 de 107

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis. D.O.F. 08-07-2010.	N/P
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. D.O.F. 12-10-2012.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	Lo que establece el catálogo de disposición documental, acuerdo a la clasificación archivística.	Servicio de Nefrología	INER-EC-08
7.2 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación.	5 años	Expediente clínico	INER-EC/CI/DM-01
7.3 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto.	5 años	Expediente clínico	INER-E-40
7.4 Nota Médica	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-06
7.5 Solicitud de estudios de laboratorio clínico.	Lo que establece el catálogo de disposición documental, acuerdo a la clasificación archivística.	Laboratorio Clínico	INER-LC-01

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 74 de 107



7.6 Indicaciones Médicas	5 años	Expediente clínico	INER-ECE-03
7.7 Solicitud de programación y registro de cirugía.	5 años	Subdirección de Cirugía	INER-EC-24
7.8 Solicitud de interconsulta a otras instituciones.	5 años	Expediente Clínico	INER-CE-14
7.9 Brazaletes	N/A	N/A	N/A

8.0 GLOSARIO

- 8.1 Acceso vascular:** es el procedimiento indispensable para poder realizar diálisis a los pacientes que padecen enfermedad renal y pueden diferenciarlos de dos tipos los tunelizados y los no tunelizados o transitorios.
- 8.2 AESP:** Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- 8.3 AESP 1:** Identificación correcta de los pacientes.
- 8.4 AESP 2:** Comunicación Efectiva.
- 8.5 AESP 3:** Seguridad en el proceso de medicación.
- 8.6 AESP 4:** Seguridad en los procedimientos.
- 8.7 AESP 5:** Reducción del riesgo de infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- 8.8 AESP 6:** Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- 8.9 AESP 7:** Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.
- 8.10 AESP 8:** Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención.
- 8.11 Biopsia renal:** es uno de los procedimientos que más ha contribuido al conocimiento de las enfermedades renales
- 8.12 Interconsulta:** Consulta que un médico especialista, adscrito a la Subdirección Médica o Dirección Médica del Instituto, otorga a los pacientes por instrucciones del médico tratante.



9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	Generación del documento por creación de área, conforme a la Apertura Programática 2023.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 75 de 107

10.0 ANEXOS

- 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08.
- 10.2 Nota Médica INER-EC-06
- 10.3 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación. INER-EC/CI/DM-01
- 10.4 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto INER-E-40
- 10.5 Solicitud de estudios de laboratorio INER-LC-01
- 10.6 Indicaciones Médicas INER-EC-03
- 10.7 Solicitud de programación y registro de cirugía INER-EC-24
- 10.8 Solicitud de interconsulta a otras instituciones INER-CE-14

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 77 de 107

10.2 Nota Médica INER-EC-06





NOTAS MÉDICAS






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

FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO
--------------	------------------------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 78 de 107

10.3 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación. INER-EC/CI/DM-01

		CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN		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 10.3)

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:

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 79 de 107



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



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

Nombre completo Firma y/o huella digital

TESTIGO

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.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 80 de 107



10.4 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto INER-E-40



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA, SEDACIÓN SEGURA Y PROCEDIMIENTO CORRECTO



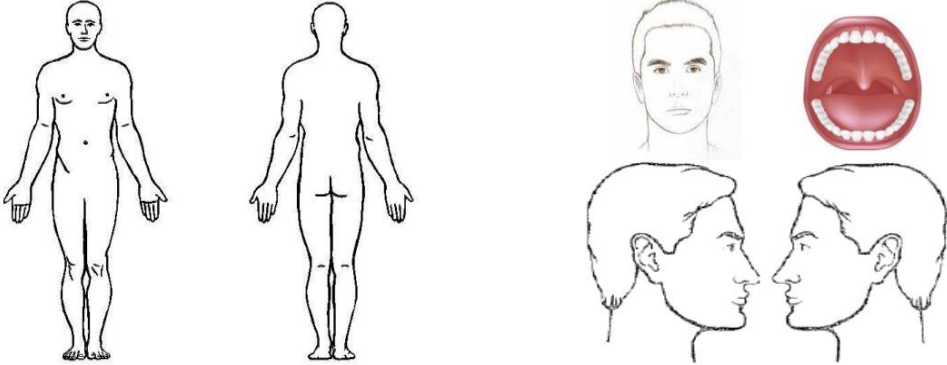
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES					
1. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	2. FECHA DE NACIMIENTO: / /	3. No EXPEDIENTE:	4. SERVICIO:	5. CAMA:	
6. FECHA DE PROCEDIMIENTO O CIRUGÍA:	7. DIAGNÓSTICO(S):	8. NOMBRE MÉDICO/CIRUJANO:	9. CEDULA PROF.:	10. FIRMA:	
11. NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO:	12. CEDULA PROF.:	13. FIRMA:	14. NOMBRE DE LA ENFERMERA	15. CEDULA PROF.:	
17. CIRUGÍA: <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO: <input type="checkbox"/>		18.ÁREA FÍSICA DEL PROCEDIMIENTO:	16. FIRMA:	
19. CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO PROGRAMADO			20. CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO REALIZADO:		
REGISTRO DE ENTRADA		TIEMPO FUERA		REGISTRO DE SALIDA	
ANTES DE LA INDUCCIÓN, ANESTESIA, SEDACIÓN Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen		ANTES DE LA INCISIÓN/PROCEDIMIENTO Cirujano, Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen		ANTES DE LA SALIDA DE QUIRÓFANO, TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO Cirujano, Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen	
Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada		Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada		Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada	
Cirugía, Procedimiento invasivo y/o Tratamiento: Verifica con el paciente		Cirugía, Procedimientos invasivo y/o Tratamiento		Enfermera confirma:	
21. <input type="checkbox"/> Nombre correcto del paciente		50. <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado con su nombre completo y su función.		67. Nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	
22. <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento correcta		51. <input type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirma verbalmente la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento o tratamiento.		68. Tipo de abordaje: Abierto <input type="checkbox"/> Endoscópico <input type="checkbox"/> Percutáneo <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
23. <input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado		52. ¿El Anestesiólogo realiza el procedimiento de preparación, administración de medicamentos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA		69. Presenta puntos de sutura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	
24. <input type="checkbox"/> Lugar y sitio quirúrgico correcto				70. Recuento de instrumentos, textiles y agujas completos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	
25. <input type="checkbox"/> Procedimiento correcto				71. Etiquetado de las muestras, en su caso registra AESP 1, verifica AESP2 y pieza correcta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	
26. <input type="checkbox"/> Orientación al paciente				72. El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan los principales aspectos críticos de la recuperación ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA	
Cirugía, Procedimiento y/o Tratamiento:		Prevención de eventos críticos:		COMPLICACIONES TRANSPROCEDIMIENTO	
27. Marcaje en el sitio quirúrgico físico	SI NO NA	53. El personal de salud previno, pasos críticos, la duración del evento, cirugía y la pérdida de la sangre	SI NO NA	73. Amerita transfusión	77. Infarto al Miocardio
28. Marcaje en el sitio quirúrgico documental	SI NO NA	54. ¿Tipo de anestesia?	SI NO NA	74. Reintubación no planeada	78. Sangrado >500 ml
29. Verificación de medicamentos (Incluyendo profilaxis)	SI NO NA	55. Personal de enfermería confirma esterilidad del equipo	SI NO NA	75. Requiere RCP	79. Ninguna
30. Oxímetro colocado y funcionando	SI NO NA	56. Se realiza lavado mecánico de la zona a intervenir?	SI NO NA	76. Reintervención no planeada	80. Otra: _____
31. Ayuno	SI NO NA	57. Se administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	SI NO NA	Mencione lo acontecido objetivamente, en caso de complicaciones	
32. Alergias conocidas	SI NO DESCONOCE	58. Personal de salud previno problemas o dudas relacionados al instrumental o equipo	SI NO NA		
33. Riesgo de aspiración	SI NO NA	El personal de imagenología y / o, personal afín verifica:			
34. Vía aérea difícil: <input type="checkbox"/> Vía aérea estrecha <input type="checkbox"/>	SI NO NA	59. Los datos correctos del medio de contraste	SI NO NA		
35. Riesgo de hemorragia >500ml en adulto	SI NO NA	60. Imágenes diagnósticas esenciales	SI NO NA		
36. Riesgo de hemorragia >7ml/kg niños:	SI NO NA	Hemotransfusión:			
37. Disponibilidad de hemoderivados:	SI NO NA	61. Acceso vascular correcto:	SI NO NA		
38. No. Concentrado eritrocitario disponibles	()	62. Grupo sanguíneo y Rh correcto	SI NO NA		
39. No. Plasma disponibles	()	63. Hemocomponente correcto	SI NO NA		
40. No. Plaquetoféresis	()	64. Equipo de transfusión con filtro:	SI NO NA		
41. No. Crioprecipitado	()	Hemodilísis / Diálisis peritoneal			
42. Existe acceso intravenoso funcional:	SI NO NA	65. Prescripción dialítica correcta	SI NO NA	81. Fecha de inicio:	82. Hora de inicio:
43. Se verificaron los estudios de laboratorio y gabinete	SI NO NA	66. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal	SI NO NA	83. Fecha de término	84. Hora de término:
44. Existen insumos necesarios y suficientes	SI NO NA			85. Nombre completo del verificador:	
45. El equipo Biomedico se encuentra listo y funcional	SI NO NA			86. Firma del verificador:	
46. Existencia de filtro correcto	SI NO NA			87. Enfermera Quirúrgica:	
47. Identifica el sitio de abordaje: FICC <input type="checkbox"/> FAVI <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/>					
48. La clínica documenta lista de cotejo	SI NO NA				
49. Verifica retiro de dispositivos auditivos/dentales	SI NO NA				



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 81 de 107





LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA, SEDACIÓN SEGURA Y PROCEDIMIENTO CORRECTO





88. Nombre completo del paciente: _____	
89. Motivo para no realizar marcaje quirúrgico físico: _____	
90. Realiza marcaje quirúrgico documental:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Marcar con una X una vez confirmada y verificada el área anatómica en la imagen	
	
El marcaje DOCUMENTAL aplica en los siguientes casos:	
<ul style="list-style-type: none"> * Cirugía de urgencia * Cuando la lesión es claramente visible * En procedimientos de mínima invasión o que la vía de accesos sea percutáneo o por un orificio natural. 	<ul style="list-style-type: none"> * En pacientes que no aceptan que se les marque la piel * Cuando la marca es técnica o anatómicamente imposible: mucosas o perineo * Procedimientos dentales * Pacientes menores de 2 años
91. Nombre completo del responsable del marcaje documental: _____	92. Firma: _____
93. Fecha de realización marcaje documental: _____	94. Nombre completo del responsable del marcaje físico: _____
94. Nombre completo del responsable del marcaje físico: _____	95. Firma: _____
96. Fecha de realización marcaje físico: _____	

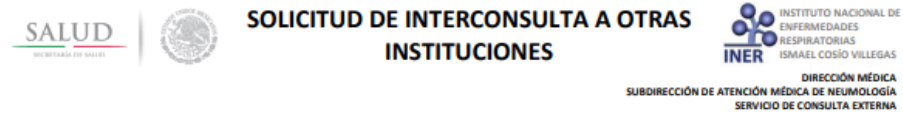
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 82 de 107

10.5 Solicitud de estudios de laboratorio INER-LC-01

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO	 INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS CLÍNICOS																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido materno</td> <td style="width: 33%;">Nombre (s)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Expediente:</td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento</td> <td>Género</td> <td>Femenino <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año: Mes: Día:</td> <td colspan="2">Masculino <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Expediente:			Fecha de nacimiento	Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Año: Mes: Día:	Masculino <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Servicio:</td> <td>Cama:</td> <td>Edad:</td> <td>Fecha:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Clínica de estudio:</td> </tr> <tr> <td>No. de protocolo:</td> <td colspan="3">No de convenio:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Impresión Diagnóstica:</td> </tr> </table>	Servicio:	Cama:	Edad:	Fecha:	Clínica de estudio:				No. de protocolo:	No de convenio:			Impresión Diagnóstica:				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)																												
Expediente:																														
Fecha de nacimiento	Género	Femenino <input type="checkbox"/>																												
Año: Mes: Día:	Masculino <input type="checkbox"/>																													
Servicio:	Cama:	Edad:	Fecha:																											
Clínica de estudio:																														
No. de protocolo:	No de convenio:																													
Impresión Diagnóstica:																														
MARQUE ÚNICAMENTE EL O LOS ESTUDIOS QUE SOLICITE																														
HEMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> LC07 BIOMETRÍA HEMÁTICA <input type="checkbox"/> LC116 RETICULOCITOS <input type="checkbox"/> LC108 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR <input type="checkbox"/> LC89 PRUEBAS DE COAGULACIÓN T.P. PACIENTE ANTICOAGULADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC91 TIEMPO DE PROTROMBINA <input type="checkbox"/> LC94 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA <input type="checkbox"/> LC169 TIEMPO DE TROMBINA PRUEBAS DE COAGULACIÓN ESPECIALES <input type="checkbox"/> LC97 ANTITROMBINA <input type="checkbox"/> LC98 DÍMERO D <input type="checkbox"/> LC99 PROTEÍNA S <input type="checkbox"/> LC100 PROTEÍNA C <input type="checkbox"/> LC170 FIBRINÓGENO DE CLAUSUS <input type="checkbox"/> LC171 AC LÚPIDO CUANTIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTES <input type="checkbox"/> LC174 HEPARINA anti Xa BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> LC101 QUÍMICA SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> LC102 GLUCOSA <input type="checkbox"/> LC103 UREA (BUN) <input type="checkbox"/> LC104 CREATININA <input type="checkbox"/> LC105 ÁCIDO ÚRICO <input type="checkbox"/> LC46 PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA <input type="checkbox"/> LC47 PROTEÍNAS TOTALES/ALBUMINA Y RELACIÓN A/G <input type="checkbox"/> LC01 ALBUMINA SÉRICA <input type="checkbox"/> LC50 BIURRUBINAS TOTALES (DIRECTA E INDIRECTA) <input type="checkbox"/> LC48 TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA (TGP) <input type="checkbox"/> LC55 TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO) <input type="checkbox"/> LC53 FOSFATASA ALCALINA <input type="checkbox"/> LC14 DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH) <input type="checkbox"/> LC112 PERFIL PANCRÉATICO <input type="checkbox"/> LC02 AMILASA <input type="checkbox"/> LC34 IPASA CONTROL DIABETES <input type="checkbox"/> LC119 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2HR <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> GESTACIONAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC121 Hb GLUCADA <input type="checkbox"/> LC144 HOMA <input type="checkbox"/> LC35 PERFIL DE LÍPIDOS <input type="checkbox"/> LC51 COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> LC49 TRIGLICÉRIDOS <input type="checkbox"/> LC30 HDL COLESTEROL <input type="checkbox"/> LC33 LDL COLESTEROL <input type="checkbox"/> LC26 FOSFOLÍPIDOS <input type="checkbox"/> LC05 APO A (LIPOPROTEÍNA A) <input type="checkbox"/> LC06 APO B (LIPOPROTEÍNA B)	PRUEBAS CARDIACAS <input type="checkbox"/> LC52 CREATIN FOSFOKINASA (CPK) <input type="checkbox"/> LC54 FRACCIÓN CK-MB <input type="checkbox"/> LC145 BNP <input type="checkbox"/> LC146 MIOGLOBINA <input type="checkbox"/> LC147 TROPONINA <input type="checkbox"/> LC149 ELECTROLITOS SÉRICOS <input type="checkbox"/> LC20 SODIO <input type="checkbox"/> LC08 CALCIO <input type="checkbox"/> LC21 POTASIO <input type="checkbox"/> LC27 FOSFORO <input type="checkbox"/> LC22 CLORO <input type="checkbox"/> LC39 MAGNESIO INMUNOLOGÍA <input type="checkbox"/> LC56 PERFIL INMUNOLÓGICO: <input type="checkbox"/> LC62 IgG <input type="checkbox"/> LC60 IgA <input type="checkbox"/> LC63 IgM <input type="checkbox"/> LC61 IgE <input type="checkbox"/> LC58 C3 <input type="checkbox"/> LC59 C4 PRUEBAS INMUNOLÓGICAS ESPECIALES <input type="checkbox"/> LC57 ALFA 1 ANTITRIPSINA (AAT) <input type="checkbox"/> LC106 REACCIONES FEBRILES <input type="checkbox"/> LC17 PRUEBA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> LC126 PROCALCITONINA <input type="checkbox"/> LC104 ANTÍGENO AVIARIO <input type="checkbox"/> LC110 VDRL <input type="checkbox"/> LC143 INSULINA Basal <input type="checkbox"/> 2Hrs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC66 PERFIL REUMATOLÓGICO <input type="checkbox"/> LC67 ANTIESTREPTOLISINA <input type="checkbox"/> LC68 FACTOR REUMATOIDE <input type="checkbox"/> LC69 PROTEÍNA C REACTIVA <input type="checkbox"/> LC70 PERFIL TIROIDEO <input type="checkbox"/> LC71 TRIYODOTIRONINA (T3) <input type="checkbox"/> LC72 TIROXINA (T4) <input type="checkbox"/> LC73 TRIYODOTIRONINA LIBRE (FT3) <input type="checkbox"/> LC74 TIROXINA LIBRE (FT4) <input type="checkbox"/> LC75 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH) MARCADORES TUMORALES <input type="checkbox"/> LC41 GONADOTROFINA CORIÓICA HUMANA (HCG) <input type="checkbox"/> LC42 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (TPSA) <input type="checkbox"/> LC43 ANTÍGENO CARCINO EMBRIONARIO (ACE) <input type="checkbox"/> LC44 ALFA FETOPROTEÍNA (AFP) <input type="checkbox"/> LC123 CA 19-9 <input type="checkbox"/> LC122 CA 15-3 <input type="checkbox"/> LC124 CA 125 DETERMINACIÓN DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> LC154 VANCOMICINA	UROANÁLISIS <input type="checkbox"/> LC25 EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO) <input type="checkbox"/> LC160 RACU (RELACIÓN ALBUMINA /CREATININA URINARIA) <input type="checkbox"/> LC105 ACIDO ÚRICO URINARIO <input type="checkbox"/> LC13 DEPURACIÓN DE CREATININA 12 HRS <input type="checkbox"/> 24 HRS <input type="checkbox"/> Peso: Talla: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC164 MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HRS <input type="checkbox"/> LC168 MICROPROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS <input type="checkbox"/> LC103 BALANCE NITROGENADO GR 24 HRS <input type="checkbox"/> LC166 UREA EN ORINA ELECTROLITOS URINARIOS MUESTRA ÚNICA <input type="checkbox"/> 24 HRS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LC155 SODIO <input type="checkbox"/> LC161 CALCIO <input type="checkbox"/> LC156 POTASIO <input type="checkbox"/> LC162 FOSFORO <input type="checkbox"/> LC157 CLORO <input type="checkbox"/> LC163 MAGNESIO COPROPARASITOSCÓPICO <input type="checkbox"/> LC10 MUESTRA ÚNICA <input type="checkbox"/> LC11 SERIE DE 3 <input type="checkbox"/> LC107 SANGRE OCULTA EN HECES EOSINÓFILOS <input type="checkbox"/> LC175 EXPECTORACIÓN <input type="checkbox"/> LC24 SECRECIÓN NASAL CITOQUÍMICO EN LÍQUIDOS ORGÁNICOS <input type="checkbox"/> LC38 PLEURAL <input type="checkbox"/> LC36 CEFALORRAQUÍDEO <input type="checkbox"/> LC177 ASCITIS/PERITONEAL <input type="checkbox"/> LC37 PERICÁRDICO <input type="checkbox"/> LC178 SINOVIAL OTROS: <input type="checkbox"/> LC167 MICROPROTEÍNAS EL LCR <input type="checkbox"/> LC179 VDRL EN LCR <input type="checkbox"/> LC114 DESAMINASA DE ADENOSINA (ADA) EN: OTROS ESTUDIOS <input type="checkbox"/> LC117 DETERMINACIÓN DE COTININA EN: OTROS ESTUDIOS:																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: center;">MÉDICO SOLICITANTE</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CÉDULA PROFESIONAL</td> <td></td> </tr> </table>			MÉDICO SOLICITANTE				NOMBRE Y FIRMA				CÉDULA PROFESIONAL																			
MÉDICO SOLICITANTE																														
NOMBRE Y FIRMA																														
CÉDULA PROFESIONAL																														



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	3. Procedimiento para la realización de biopsia renal y/o la colocación de acceso vascular de alto flujo tunelizados o no tunelizados.		Hoja 85 de 107

10.7 Solicitud de interconsulta a otras instituciones INER-CE-14





FECHA	
SERVICIO DEL INER QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN INTERCONSULTADA	
ESPECIALIDAD A LA QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA)
EDAD	GÉNERO. H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
EXPEDIENTE	
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA PARA SU PADECIMIENTO	
PADECIMIENTO ACTUAL	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
MOTIVO DE INTERCONSULTA	
NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

*LLENAR ESTA SOLICITUD EN ORIGINAL Y 2 COPIAS
 *ESTA SOLICITUD DEBE SER AUTORIZADA POR EL DIRECTOR MÉDICO DEL INER

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 86 de 107

4. PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 87 de 107

1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los criterios de colocación de un acceso funcional a pacientes hospitalizados, que permita el adecuado funcionamiento de las terapias de reemplazo renal, así como de diálisis peritoneal, para establecer una adecuada terapia dialítica.

2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal adscrito al Servicio de Nefrología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las áreas del Instituto que requieran terapias de reemplazo renal a pacientes hospitalizados.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 La persona titular del Servicio de Nefrología, es responsable de mantener actualizado este manual 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 del Servicio de Nefrología, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto 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 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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 88 de 107

- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Nefrología, 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.
- 3.5 Todas las personas adscritas al Servicio de Nefrología, debe procurar la protección del paciente de acuerdo con el Programa de Seguridad del Paciente, el Plan de Calidad, y con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
- 3.6 Todo comentario o sugerencia con respecto a estudios y tratamientos médicos propuestos por parte del Servicio de Nefrología serán consignados en la nota de interconsultas correspondiente.
- 3.7 En caso de acordarse la necesidad de terapia de diálisis peritoneal entre médicos tratantes e interconsultantes, el equipo del Servicio de Nefrología será el responsable de la colocación del catéter de diálisis peritoneal.
- 3.8 La indicación del procedimiento de colocación de catéter de diálisis peritoneal, es responsabilidad del personal médico especializado en Nefrología.
- 3.9 El personal médico y de enfermería adscritos al servicio clínico donde se encuentre hospitalizado el/la paciente, son responsables de verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos en pacientes que serán sometidos a la colocación de catéter de diálisis peritoneal:
- 3.9.1 Ayuno de 8 horas.
 - 3.9.2 Suspensión de medicamento para anticoagulación al menos 12 horas previas.
 - 3.9.3 Que se haya realizado la colocación de sondas Foley, previo al procedimiento.
 - 3.9.4 Que se cuente con el formato de consentimiento informado INER-EC/CI/DM-01, debidamente firmado por el/la paciente y/o persona autorizada.
- 3.10 El personal de Enfermería del Servicio de Nefrología, brinda orientación y capacitación a pacientes y familiares sobre la utilización del catéter de diálisis peritoneal.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 89 de 107

- 3.11 Concluido el procedimiento de colocación de catéter de diálisis peritoneal, el personal médico del Servicio de Nefrología, es responsable del seguimiento de pacientes hasta considerarse, por criterio médico del adscrito, que el acceso sea funcional y pueda ser usado en la terapia dialítica.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 90 de 107

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

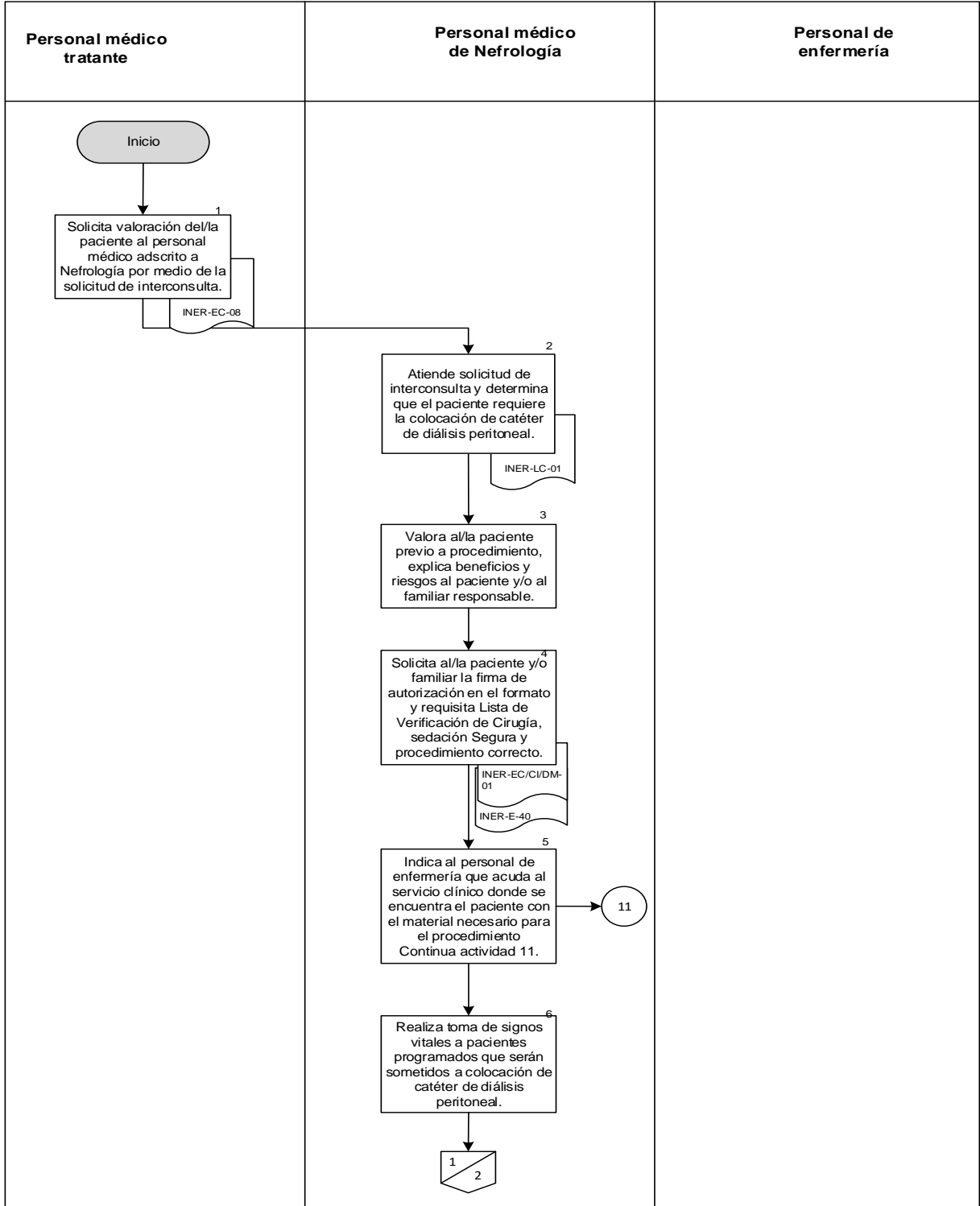
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
Personal médico tratante	1	Solicita valoración del/la paciente al personal médico adscrito a Nefrología por medio de la solicitud de interconsulta.	INER-EC-08
Personal Médico Adscrito a Nefrología	2	Atiende solicitud de interconsulta y determina que el paciente requiere la colocación de catéter de diálisis peritoneal.	INER-LC-01
	3	Valora al/la paciente previa a procedimiento, explica beneficios y riesgos.	
	4	Solicita al/la paciente y/o familiar la firma de autorización en el formato y requisita Lista de Verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto.	INER-EC/CI/DM-01 INER-E-40
Personal de enfermería	5	Indica al personal de enfermería que acuda al servicio clínico donde se encuentra el paciente con el material necesario para el procedimiento Continúa actividad 11.	
	6	Realiza toma de signos vitales a pacientes programados que serán sometidos a colocación de catéter de diálisis peritoneal.	
	7	Prepara sala con paciente debidamente identificado, conforme a la AESP 1.	
	8	Revisa lista de verificación para cirugía segura/procedimiento correcto, conforme a la AESP 4.	
	9	Realiza monitorización continua del paciente, antes, durante y después del procedimiento.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 91 de 107

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexos
Personal médico adscrito de Nefrología	10	Realiza procedimiento de acuerdo a las guías y lineamientos actualizados.	
Personal de enfermería	11	Requisita hoja de evaluación y registros clínicos.	INER-SAM-12
Personal médico adscrito de Nefrología	12	Elabora nota clínica correspondiente al procedimiento, para su integración en el expediente clínico.	INER-EC-06
	13	Da seguimiento al/la paciente en hospitalización hasta su egreso y/o alta del servicio de Nefrología.	
		Termina procedimiento	

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 92 de 107

4.0 DIAGRAMA DE FLUJO





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

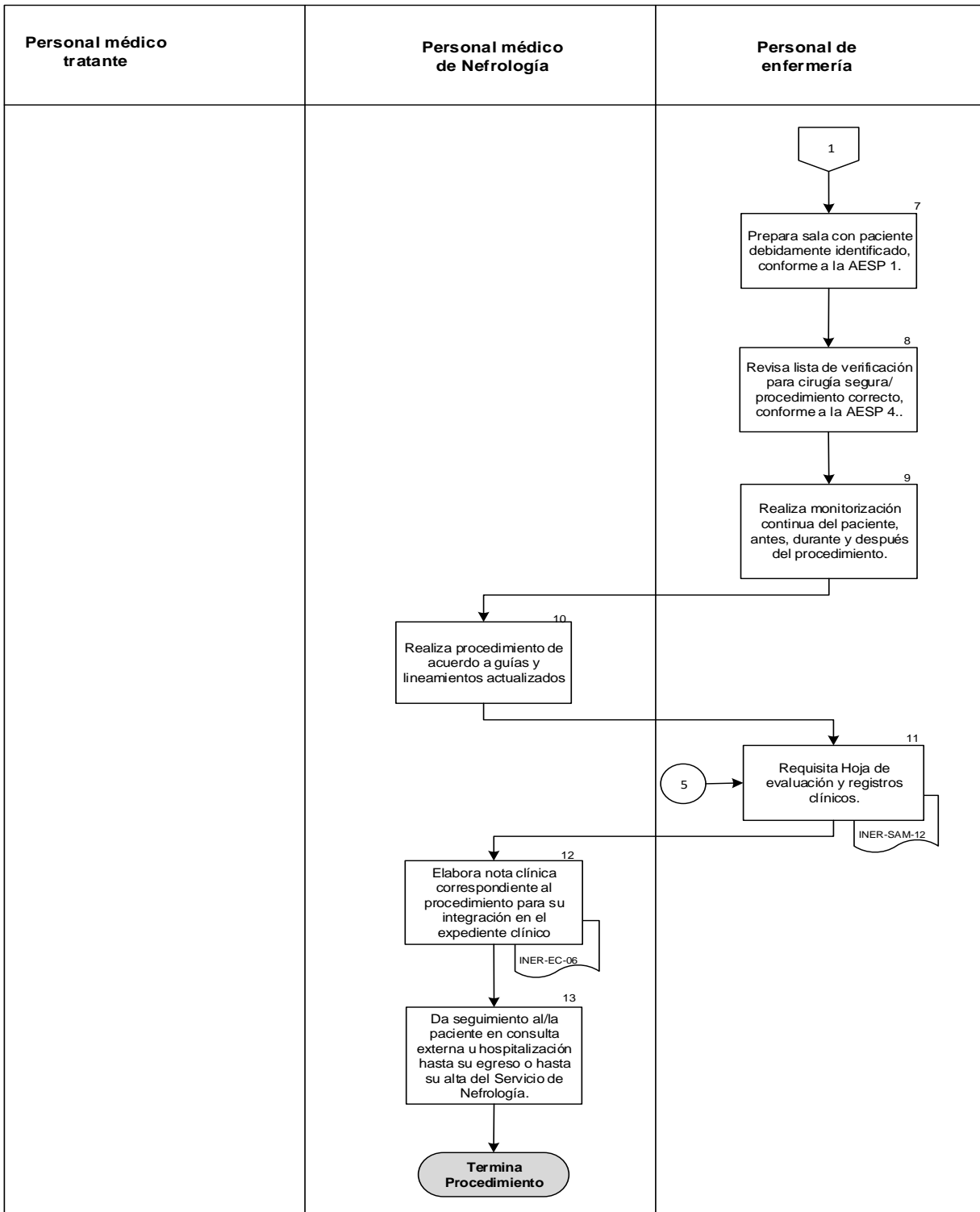
4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.





Rev. 0

**Código:
NCDPR 120**

Hoja 93 de 107





 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 94 de 107

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis. D.O.F. 08-07-2010.	N/P
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. D.O.F. 12-10-2012.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Notas médicas	5 años	Expediente clínico	INER-EC-06
7.2 Solicitud de estudios de Laboratorio Clínico	Lo que establece el catálogo de disposición documental, acuerdo a la clasificación archivística.	Laboratorio Clínico	INER-LC-01
7.3 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación.	5 años	Expediente clínico	INER-EC/CI/DM-01
7.4 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto.	5 años	Expediente clínico	INER-E-40
7.5 Solicitud de interconsulta	Lo que establece el catálogo de disposición documental, acuerdo a la clasificación archivística.	Servicio de Nefrología	INER-EC-08
7.6 Registro clínico de terapias de reemplazo renal continuas	5 años	Expediente Clínico	INER-SAM-12

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 95 de 107

8.0 GLOSARIO



- 8.1 AESP:** Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- 8.2 AESP 1:** Identificación correcta de los pacientes.
- 8.3 AESP 2:** Comunicación Efectiva.
- 8.4 AESP 3:** Seguridad en el proceso de medicación.
- 8.5 AESP 4:** Seguridad en los procedimientos.
- 8.6 AESP 5:** Reducción del riesgo de infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- 8.7 AESP 6:** Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.
- 8.8 AESP 7:** Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.
- 8.9 AESP 8:** Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención.
- 8.10 Diálisis peritoneal:** procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de la membrana peritoneal.
- 8.11 Interconsulta:** Consulta que un médico especialista, adscrito a la Subdirección Médica o Dirección Médica del Instituto, otorga a los pacientes por instrucciones del médico tratante.

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	Generación del documento por creación de área, conforme a la Apertura Programática 2023.

10.0 ANEXOS


- 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08
- 10.2 Nota Médica INER-EC-06
- 10.3 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación. INER-EC/CI/DM-01
- 10.4 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto INER-E-40.
- 10.5 Solicitud de estudios de laboratorio INER-LC-01
- 10.6 Registro clínico de terapias de reemplazo renal continuas (TRRC) INER-SAM-12

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 96 de 107


10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08



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 TRAQUEA
CE05	MEDICINA INTERNA	CE25	GASTROENTEROLOGÍA
CE06	NEUMOLOGÍA	CE26	AUDILOGÍA (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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 97 de 107

10.2 Nota Médica INER-EC-06





NOTAS MÉDICAS



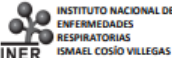


NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DÍA No. DE EXPEDIENTE: No. DE HISTORIA: CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	FECHA: CAMA: SERVICIO CLÍNICO: EDAD: SEXO: HOJA No.:
--	---

FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO
---------------------	-------------------------------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 98 de 107

10.3 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores) invasivos, de rehabilitación. INER-EC/CI/DM-01



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


(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(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:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 99 de 107



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



(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
---	--------------------------

<p>TESTIGO</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Nombre completo Firma y/o huella digital</p>	<p>TESTIGO</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Nombre completo Firma y/o huella digital</p>
---	---

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.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 100 de 107



10.4 Lista de verificación para cirugía, sedación segura y procedimiento correcto INER-E-40



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA, SEDACIÓN SEGURA Y PROCEDIMIENTO CORRECTO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES										
1. NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		2. FECHA DE NACIMIENTO: / /		3. No EXPEDIENTE:		4. SERVICIO:		5. CAMA:		
6. FECHA DE PROCEDIMIENTO O CIRUGÍA:		7. DIAGNÓSTICO(S):		8. NOMBRE MÉDICO/CIRUJANO:		9. CEDULA PROF.:		10. FIRMA:		
11. NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO:		12. CEDULA PROF.:		13. FIRMA:		14. NOMBRE DE LA ENFERMERA		15. CEDULA PROF.:		
17. CIRUGÍA: <input type="checkbox"/>		PROCEDIMIENTO: <input type="checkbox"/>		18. ÁREA FÍSICA DEL PROCEDIMIENTO:		20. CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO REALIZADO:				
19. CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO PROGRAMADO										
REGISTRO DE ENTRADA			TIEMPO FUERA				REGISTRO DE SALIDA			
ANTES DE LA INDUCCIÓN, ANESTESIA, SEDACIÓN			ANTES DE LA INDUCCIÓN/PROCEDIMIENTO				ANTES DE LA SALIDA DE QUIROFANO, TÉRMINO DE PROCEDIMIENTO			
Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen			Cirujano, Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen				Cirujano, Anestesiólogo, Médico, Enfermería, Técnico en imagen			
Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada			Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada				Marcar con una X la verificación de la información una vez confirmada			
Cirugía, Procedimiento invasivo y/o Tratamiento. Verifica con el paciente			Cirugía, Procedimientos invasivos y/o Tratamiento				Enfermera confirma:			
21. <input type="checkbox"/> Nombre correcto del paciente			50. <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado con su nombre completo y su función.				67. Nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
22. <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento correcta			51. <input type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento o tratamiento.				68. Tipo de abordaje: Abierto <input type="checkbox"/> Endoscópico <input type="checkbox"/> Percutáneo <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>			
23. <input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado			52. <input type="checkbox"/> ¿El Anestesiólogo realiza el procedimiento de preparación, administración de medicamentos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA				69. Presenta puntos de sutura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
24. <input type="checkbox"/> Lugar y sitio quirúrgico correcto							70. Recuento de instrumentos, textiles y agujas completos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
25. <input type="checkbox"/> Procedimiento correcto							71. Etiquetado de las muestras, en su caso registra AESP 1, verifica AESP2 y pieza correcta. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
26. <input type="checkbox"/> Orientación al paciente							72. El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan los principales aspectos críticos de la recuperación ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA			
Cirugía, Procedimiento y/o Tratamiento:			Prevención de eventos críticos.				COMPLICACIONES TRANSPROCEDIMIENTO			
27. Marcaje en el sitio quirúrgico físico	SI	NO	NA	53. El personal de salud previno, pasos críticos, la duración del evento, cirugía y la pérdida de la sangre				73. Amonía transfusión	77. Infarto al Miocardio	
28. Marcaje en el sitio quirúrgico documental	SI	NO	NA	54. ¿Tipo de anestesia?				74. Reintubación no planeada	78. Sangrado >500 ml	
29. Verificación de medicamentos (Incluyendo profilaxis)	SI	NO	NA	55. Personal de enfermería confirma esterilidad del equipo				75. Requiere RCP	79. Ninguna	
30. Oximetro colocado y funcionando	SI	NO	NA	56. Se realiza lavado mecánico de la zona a intervenir				76. Reintervención no planeada	80. Otrs: _____	
31. Ayuno	SI	NO	NA	57. Se administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?				Mencione lo acontecido objetivamente, en caso de complicaciones		
32. Alergias conocidas	SI	NO	DESCONOCIDA	58. Personal de salud previno problemas o dudas relacionados al instrumental o equipo						
33. Riesgo de aspiración <input type="checkbox"/> Via aérea estrecha <input type="checkbox"/>	SI	NO	NA	59. Los datos correctos del medio de contraste						
34. Via aérea difícil: <input type="checkbox"/>	SI	NO	NA	60. Imágenes diagnósticas esenciales						
35. Riesgo de hemorragia >500ml en adulto	SI	NO	NA	61. Acceso vascular correcto						
36. Riesgo de hemorragia >7ml/kg niños:	SI	NO	NA	62. Grupo sanguíneo y Rh correcto						
37. Disponibilidad de hemoderivados:	()	()	()	63. Hemocomponente correcto						
38. No. Concentrado antiostraciano disponibles	()	()	()	64. Equipo de transfusión con filtro:						
39. No. Plasma disponibles	()	()	()	65. Hemotransfusión:						
40. No. Plaquetoféresis	()	()	()	66. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal						
41. No. Criocepelgado	()	()	()							
42. Existe acceso intravenoso funcional:	SI	NO	NA							
43. Se verificaron los estudios de laboratorio y gabinete	SI	NO	NA							
44. Existen insumos necesarios y suficientes	SI	NO	NA							
45. El equipo Biomedico se encuentra listo y funcional	SI	NO	NA							
Hemodíalisis			Hemodíalisis / Diálisis peritoneal				81. Fecha de inicio:			
46. Existencia de filtro correcto	SI	NO	NA	67. Prescripción dialítica correcta				82. Hora de inicio:		
47. Identifica el sitio de abordaje: FICC <input type="checkbox"/> FAVI <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/>	SI	NO	NA	68. Personal de Enfermería confirma indicaciones médicas y realiza doble verificación antes de administrar tratamiento oncológico o terapia de reemplazo renal				83. Fecha de término:		
48. La clínica documenta lista de cotejo	SI	NO	NA					84. Hora de término:		
49. Verifica retro de dispositivos auditivos/dentales	SI	NO	NA					85. Nombre completo del verificador:		
							86. Firma del verificador:			
							87. Enfermera Quirúrgica:			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 101 de 107



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA, SEDACIÓN SEGURA Y PROCEDIMIENTO CORRECTO

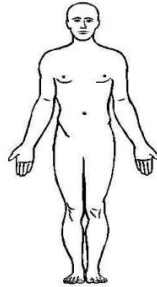
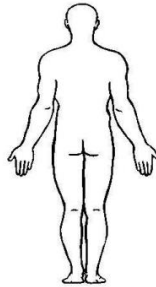
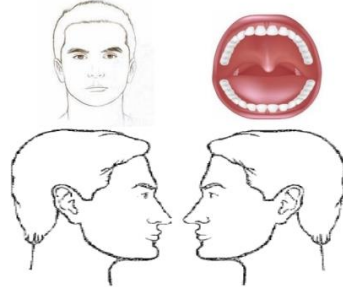


88. Nombre completo del paciente: _____

89. Motivo para no realizar marcaje quirúrgico físico: _____

90. Realiza marcaje quirúrgico documental: SI NO

Marcar con una **X** una vez confirmada y verificada el área anatómica en la imagen

El marcaje DOCUMENTAL aplica en los siguientes casos:

<ul style="list-style-type: none"> * Cirugía de urgencia * Cuando la lesión es claramente visible * En procedimientos de mínima invasión o que la vía de accesos sea percutáneo o por un orificio natural. 	<ul style="list-style-type: none"> * En pacientes que no aceptan que se les marque la piel * Cuando la marca es técnica o anatómicamente imposible: mucosas o perineo * Procedimientos dentales * Pacientes menores de 2 años
---	---

91. Nombre completo del responsable del marcaje documental: _____

92. Firma: _____

93. Fecha de realización marcaje documental: _____

94. Nombre completo del responsable del marcaje físico: _____

95. Firma: _____

96. Fecha de realización marcaje físico: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 104 de 107



"REGISTRO CLÍNICO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS. (TRRC)"



INDICACIONES INICIALES.

Tipo de terapia: _____

Set - Dializador: _____ Cebado Set - Dializador: Sol. NaCl .9% Sol. NaCl .9% + HNF (5000UI/L)

Dosis de Efluente (Q_e): _____ ml/kg/hr Q_e = 20-30 ml/kg/hr Flujo Inicial Extracción Paciente (Q_{ep}): _____ ml/hr Sobrecarga Hídrica subjetiva ml + (Ingresos diarios ml x 3) / 72 Flujo de sangre (Q_s): _____ ml/min Flujo Inicial = 350ml/min a 2000ml/min

Flujo Convectivo Reemplazo máximo (Q_{cr,max}): _____ ml/hr Q_{cr,max} = QP x 25 QP = (QS x 60) / (Hematocrito/100)

Flujo Reemplazo Pre filtro (Q_{R-pre}): _____ ml/hr Tipo sol. Pre filtro: BK⁺ Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4

Complementos: _____

Flujo Post filtro (Q_{R-post}): _____ ml/min Q_{R-post} = Q_{R-max} x 2.0 Sol. Post filtro: BK⁺ Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4 Complementos: _____

Flujo PBP (Q_{BP}): _____ ml/min Sol. PBP: BK⁺ Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4 Complementos: _____

Flujo Dializante (Q_d): _____ ml/min Sol. Dializante: BK⁺ Ca⁺⁺3.5 B22 Ca⁺⁺0 K⁺4

Complementos: _____

Flujo PBP Citrato (Q_{BP-citrato}): _____ ml/min Q_{BP-citrato} = DOSIS CITRATO x (QS x 60) / CANTIDAD CITRATO TEROSOLICO (mmol/L) EN SOLUCIÓN. Fracción Filtración (FF): _____ % FF = (Q_{BP} - Q_R(PRE) - Q_R(POST)) / (Q_{BP} - Q_R(PRE)) Rel. BUN Efluente/BUN sérico: _____

Anticoagulación: Sin anticoagulante Heparina no fraccionada Heparina Fraccionada Citrato

HNF: Dilución: _____ UI/ml Bolo Inicial: _____ UI 10-20 UI/kg/h Infusión Continua: _____ UI 5-10 UI/kg/h Objetivo TPTa: _____ seg. Meta: 60-90 seg.

Citrato: Prismo citrate 28/0 Otro: _____

Dosis Citrato*: _____ mmol/l sangre tratada. *DOSIS DE CITRATO INICIAL 2-3 mmol Por litro de sangre procesada.

Dosis infusión de Gluconato de Calcio **: _____ mEq/kg/hr. Inicio de infusión de Gluconato de Calcio: _____ ml/h

**Dosis Inicial de infusión de gluconato de calcio: 0.4 mEq/kg/hr - 0.7 mEq/kg/hr
Preparación infusión de calcio al 10%: PREPARAR 20 AMPULAS DE 20ml ATORADAS con Sol. NaCl 0.9% o D₅ 5% (Cada ampola contiene 2.3mmol/100ml o 4.6mEq/100ml)

Medicamentos y/o Hemoderivados

Nombre y firma de Médico que realiza el llenado: _____

CAMBIO DE INDICACIONES.

Fecha/ Hora cambio de indicaciones. _____ Escucho () Escribo ()

Q_e: _____ ml/kg/hr Q_e: _____ ml/min Q_c: _____ ml/min Q_{R-pre}: _____ ml/min Sol. Q_e: _____ Q_{R-post}: _____ ml/min Sol. Q_e: _____
Q_{BP}: _____ ml/min Sol. Q_{BP}: _____ Q_{BP-citrato}: _____ ml/min Q_d: _____ ml/min Sol. Q_d: _____ %FF: _____ %FD: _____

Anticoagulación:

HNF: Bolos: _____ UI Inf. Continua: _____ UI Obj. TPTa: _____ seg. HBPM: Bolo: _____ UI Dosis: _____ UI Obj. Anti F_{1a}: _____ UI/ml

Dosis Citrato: _____ mmol/l sangre tratada. Inf. De Gluconato de Calcio CVC: _____ mEq/kg/hr Objetivo Ca (ionizado) plasmático: _____ mmol/l

Solicitud de Estudios: _____

Observaciones: _____

Lectura de la indicación () Confirma indicación ()

Nombre/Firma/Cedula Prof./Emisor: _____ Nombre/ Cedula Prof./Firma Receptor: _____



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.



Rev. 0



Código:
NCDPR 120

Hoja 105 de 107

REGISTRO DE TRATAMIENTO. (24 HORAS) Fecha y Hora instalación SET: _____ Fecha y Hora inicio TRRC: _____
No. de SET: _____ Fecha y Hora termina TRRC: _____

Hora.	PRE TA	0:00	0:30	1:00	1:30	2:00	2:30	3:00	3:30	4:00	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30	7:00
TA																
TAM																
FC																
FR																
Temp.																
Sat. O ₂																
NE																
Dosis/Flujos TRRC																
Flujo Sangre (ml/min)																
Flujo Dializante (ml/hr)																
KtCa																
Flujo Sustitución (Pre) (ml/hr)																
KtCa																
Flujo Sustitución (Post) (ml/hr)																
KtCa																
Flujo FRP/Citrato (ml/hr)																
KtCa																
Dosis TRRC (ml/kg/hr)																
Fracción de Filtración (FF%)																
Presiones TRRC (mm/Hg)																
Presión Entrada (-50 a -90)																
Presión Retorno (50 a 90)																
Presión Efusiva (50 a 90)																
Presión Filtra. (-90)																
PTM (caño)																
Caída de filtro (50 a 70)																
Anticoagulación HNF																
Heparina Infusión (U/hr)																
Heparina Bolo (U)																
TCA (mg)																
TP/TTPa																
Anticoagulación Citrato																
Dosis citrato (mmol/l)																
Calcio iónico (Post Filtro)																
Calcio iónico (Plasma)																
Calcio total corregido (Plasma)																
Índice de glucoasa de Calcio T ₂ (mg/kg/h)																
Laboratorios																
pH																
PaO ₂ - PaCO ₂																
PaO ₂ /FiO ₂																
HCO ₃																
Na - K																
Mg																
Hb - Htc																
Lactato / SatvO ₂																
Osmolaridad																
Balances hídricos																
Extracción o UF (ml/hr)																
Egresos no TRRC (ml/hr)																
Ingresos TRRC(ml/hr)																
Ingresos no TRRC (ml/hr)																
Balances líquidos (Ingresos - Egresos)																
Balance por turno:																
Nombre y Firma del responsable																
TURNO MATUTINO					TURNO VESPERTINO					TURNO NOCTURNO						

Total extracción o UF (24hrs) Balance total (24hrs) 3/4

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
	4. Procedimiento para la colocación de catéter de diálisis peritoneal.		Hoja 106 de 107



"REGISTRO CLÍNICO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS. (TRRC)"



SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA

BARRERAS DE SEGURIDAD TRRC.

No. Expediente: _____ Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____

Fecha: _____

El personal de enfermería verifica:

PREVIA PROCEDIMIENTO	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Identificación correcta del paciente.
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Proc. Programado/Consentimiento informado.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Monitoreo hemodinámico.(Invasivo/No invasivo)	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posición de punta de CVC-TRR (Rx) / Flujos S. Adecuados.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Labs. Sanguíneos /Gasométricos/ Imagen.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prescripción dialítica correcta.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Material y equipo necesario completo.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Funcionamiento óptimo del equipo.	
PRE COMIENZO APLICACIÓN ETIQUETADO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Confirma identificación del paciente.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Material completo / Adecuada función de equipo.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Previsión de complicaciones específicas a Tx. TRR.	
TRANS ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Curación CVC-TRR / Medidas de Barrera máxima en CVC.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Registro completo continuo cada 30 min.	
POST ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Registro completo de tratamiento.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Registra complicaciones asociadas a material y equipo	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Registra complicaciones asociadas a Tx TRR	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Disposición final de residuos y resguardo de equipo.	

MEDICACIÓN TRRC.

Medicamento.	Dosis.	Hora.	Via.

Nombre y firma
Doble verificador medicamentos: _____

Nombre y firma
Doble verificador procedimiento: _____

Hora Inicio procedimiento: _____

Hora termino procedimiento: _____

COMPLICACIONES: (Marque con una X si realiza acciones en TM: Turno Matutino, TV: Turno Vespertino, TN: Turno Nocturno)



TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alt. Electroлитicas.	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arritmias.	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bacteriemia.	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Convulsiones.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hemolisis.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hemorragias.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coagulación de dializador.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Perdidas hemáticas.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Disfunción Lumen A.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Disfunción Lumen V.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Falla Monitor.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coagulación de cámara.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Saturación de dializador.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↑ PE - PR.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↑ PF - PTM - ΔF.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.	

INTERVENCIONES. (Marque con una X si realiza acciones en TM: Turno Matutino, TV: Turno Vespertino, TN: Turno Nocturno)

TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inversión Lumen.	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Maniobras Rest. Flujo CVC TRR	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cambio de CVC-TRR	TM TV TN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓ Tasa de UF.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Suspensión de UF.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reposición de volumen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inició de aminas vasoactivas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↑ Aminas vasoactivas.				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posición trendelenburg.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desconexión precautoria.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recirculación (solución calta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recirculación (sangre)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Finalización de tratamiento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Transf. de hemoderivados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	↓ Dosis de anticoagulante.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cambio de SET (Dializador).				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras.				


OBSERVACIONES / REPORTE DE ENFERMERÍA.

TURNO MATUTINO.	TURNO VESPERTINO.	TURNO NOCTURNO.
Nombre y firma de enfermera(o) a cargo.	Nombre y firma de enfermera(o) a cargo	Nombre y firma de enfermera(o) a cargo

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE NEFROLOGÍA		Código: NCDPR 120
			Hoja 107 de 107

IV. APROBACIÓN DEL MANUAL

Realizó


Dr. Gustavo Alejandro Casas Aparicio
 Coordinador y Responsable del Servicio de Nefrología


Dra. Lilliana Pacchiano Alemán
 Servicio de Nefrología

Revisó



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



Lic. Claudia Poblano Castro
 Departamento de Planeación

Sancionó


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

Autorizó


Dr. Sebastián Rodríguez Llamazares
 Titular de la Subdirección de Atención Médica de Neumología


Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado
 Titular de la Dirección Médica

FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
	04	DICIEMBRE	2023