



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS  
ISMAEL COSÍO VILLEGAS



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

ABRIL, 2024

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVO DEL MANUAL	2
II. MARCO JURÍDICO	3
III. PROCEDIMIENTOS	8
1. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS.	8
2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y LA EVALUACIÓN INICIAL.	24
3. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DIARIA.	61
4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO.	81
5. PROCEDIMIENTO PARA LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.	91
6. PROCEDIMIENTO PARA CONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS Y EXTRA HOSPITALARIAS.	103
7. PROCEDIMIENTO PARA EGRESO HOSPITALARIO.	122
8. PROCEDIMIENTO PARA APOYO PSICOLÓGICO Y TANATOLÓGICO.	139
IV. APROBACIÓN DEL MANUAL	146

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
			<b>Hoja 1 de 146</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente manual de procedimientos se realiza en cumplimiento a la necesidad de contar con una herramienta que contenga la siguiente información, objetivo del manual, marco jurídico e información clara y precisa sobre los procedimientos, flujogramas y formatos a utilizar en el desempeño de las personas que laboran en el Servicio sirviendo como guía para la estandarización de los procesos.

El manual se mantendrá actualizado conforme a las necesidades del Servicio y/o cuando se expidan cambios en la normativa aplicable.

La integración de este manual ha sido realizada por la persona titular del Servicio de Terapia Intermedia en conjunto con la persona titular del Departamento de Áreas Críticas, sancionado por el Departamento de Planeación y autorizado por la Dirección Médica.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
			<b>Hoja 2 de 146</b>

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Presentar y dar a conocer los criterios de atención médica solicitada por los diferentes Servicios Clínicos del Instituto, mediante políticas, normas y la descripción de las actividades de ingreso y egreso para la atención oportuna de pacientes, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones de las personas que integran el área.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
			<b>Hoja 3 de 146</b>

## II. MARCO JURÍDICO

### **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.**

DOF 05-02-1917. Última reforma publicada en el DOF 22-03-2024.

### **LEYES**

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada en el DOF 01-12-2023.

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 21-12-2023.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

DOF 11-06-2003. Última reforma publicada en el DOF 08-12-2023.

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 03-01-2024.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

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

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
			<b>Hoja 4 de 146</b>

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

DOF 18-07-2016. Sentencia de la SCJN con declaratoria de invalidez del Decreto de reforma DOF 27-12-2022, publicada en el DOF el 24 de noviembre 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.

Nota de vigencia; La reforma al primer párrafo del artículo 21, publicada en el DOF 16-02-2018, entrará en vigor el 1° de octubre de 2024.

Ley General de Archivos.

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

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

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

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

DOF 01-02-2018. Última reforma publicada en el DOF 26-01-2024.

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.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
			<b>Hoja 5 de 146</b>

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

## **CÓDIGOS**

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

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares.  
DOF 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.

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
			Hoja 6 de 146

DOF 30-11-2012.

## DECRETOS

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.

## 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 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.



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
			<b>Hoja 7 de 146</b>

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**

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia		Hoja 8 de 146

## 1. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A INGRESO AL SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 9 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos y normas necesarios para llevar a cabo la evaluación oportuna de pacientes, cuya condición de salud requiera a consideración del médico tratante el manejo por parte del Servicio de Terapia Intermedia.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que solicite valoración de un/a paciente por el Servicio de Terapia Intermedia.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben mantener actualizado este manual, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones, con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y definir el área en la



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 10 de 146</b>

que continuará la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

- 3.5 El personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia, o la persona residente de mayor jerarquía supervisada por el primero, son las personas encargadas de realizar la atención primaria, las 24 horas del día durante los 365 días del año.
- 3.6 Durante la atención, la persona especialista debe garantizar la privacidad del interrogatorio, el cual se debe llevar a cabo exclusivamente entre el personal médico y el/la paciente o familiar en caso necesario, salvo que el/la paciente autorice la presencia de personas de apoyo, enfermería o técnicas.
- 3.7 La exploración física debe realizarse posterior a la autorización por parte del/la paciente o familiar (en caso de que el paciente no pueda tomar una decisión) y en presencia de personal de apoyo de su mismo género y con la mayor consideración a la dignidad del/la paciente.
- 3.8 La valoración de pacientes menores de edad debe ser realizada en presencia de un familiar responsable, mayor de edad; así como de personal de enfermería asignado al área. Para pacientes mayores de edad, el personal médico debe asegurarse que esté presente el profesional de enfermería.
- 3.9 Se aceptará como paciente del Servicio de Terapia Intermedia a toda persona que requiera manejo médico especializado con apoyo a sus funciones vitales y monitoreo estrecho de sus constantes vitales de forma continua debido a un padecimiento agudo, o bien una descompensación grave de una patología crónica que ponga en riesgo su vida, todo ello de acuerdo con los criterios de ingreso del servicio.
- 3.10 Para iniciar este procedimiento, el Servicio de Terapia Intermedia debe recibir una solicitud de valoración de las áreas médicas, señalando el diagnóstico del/la paciente y el motivo de la interconsulta, así mismo, si antes de recibir la solicitud las personas adscritas al Servicio identifican a un/a paciente candidato/a para ser ingresado/a, pueden iniciar el procedimiento con previa autorización verbal del personal médico responsable y solicitando se realice el formato de interconsulta posteriormente en el expediente clínico electrónico.
- 3.11 El Servicio de Terapia Intermedia no realiza interconsultas a pacientes de alguna institución ajena al Instituto. En caso de que alguna institución requiera valoración, la interconsulta debe realizarse a través del Servicio de Urgencias Respiratorias o del Servicio de Cuidados Intensivos Respiratorios, quien a su vez podrán referir al paciente de manera interna al Servicio de Terapia Intermedia.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 11 de 146</b>

- 3.12 Para la valoración de los/las pacientes se debe contar con exámenes de laboratorio y gabinete actualizados, expediente clínico y radiológico completos.
- 3.13 El personal médico responsable de presentar al paciente al Servicio de Terapia Intermedia debe realizar además de la valoración clínica, una escala de evaluación fisiológica internacional, para determinar, objetivamente, el estado de gravedad y documentarla por escrito en la solicitud de interconsulta.
- 3.14 Posterior a la valoración realizada por el personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia; si el paciente es candidato/a para ingresar al Servicio, se debe informar, de manera clara y precisa, al paciente y/o familiares acerca de su condición médica, alternativas terapéuticas, pronóstico y requisitos de manejo e incluso aquellos procedimientos que impliquen un alto riesgo para el mismo, los cuales se deberán autorizar para garantizar el monitoreo invasivo, buscando la mejora en su estado de salud.
- 3.15 El/la paciente y/o familiar son las personas responsables de tomar la decisión de ingresar o rechazar el manejo dentro del Servicio de Terapia Intermedia.
- 3.16 En caso de decidir el ingreso al Servicio el/la paciente y/o familiar debe firmar el formato de consentimiento informado (INER-EC/CI/DM-01) aceptando la colocación de catéter vesical, catéter venoso central, línea arterial, sonda naso u orogástrica y en caso de requerirse intubación orotraqueal y/o video broncoscopia. Para el resto de los procedimientos invasivos se debe recabar un consentimiento informado por cada uno de ellos. (Ver procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos en este manual).
- 3.17 Si el/la paciente y/o familiar revoca el consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos que permitan su estabilización, el ingreso al Servicio de Terapia Intermedia se decidirá de acuerdo al beneficio del tratamiento que recibirá el paciente, así como a las necesidades de ingreso de posibles candidatos a la atención en áreas críticas.
- 3.18 En caso de que la vida o función del paciente este en riesgo, se encuentre en estado de inconsciencia y no exista familiar y/o persona representante legal que se responsabilice de su estado de salud, previa valoración del caso con el acuerdo del personal médico tratante y/o con la autorización del/la médico/a de mayor jerarquía, se ingresa al Servicio de Terapia Intermedia realizándose todos los procedimientos necesarios para estabilizar su estado de salud, dejando constancia en el expediente clínico.
- 3.19 Si el/la paciente y/o familiar han aceptado la atención por parte del Servicio de Terapia Intermedia, el personal médico responsable del/la paciente debe notificar al personal médico titular del Servicio, así como a las personas titulares de enfermería de ambas áreas.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 12 de 146</b>

- 3.20 La persona titular de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia es responsable de asignar la cama con base en los recursos del Instituto.
- 3.21 Todas las personas involucradas en la evaluación clínica de pacientes, deben aplicar el procedimiento de desinfección y lavado de manos en 5 momentos: 1.- Antes de realizar una tarea limpia aséptica. 2.- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales, 3.- Después del contacto con el entorno del paciente, 4.- Antes y 5.- Después del contacto con el/la paciente, asimismo utilizar guantes y mascarillas en caso necesario. Cuando las manos no han estado expuestas a contacto con secreciones o sangre el procedimiento de aseo de manos se puede llevar a cabo con alcohol gel únicamente.
- 3.22 El traslado de pacientes hospitalizados al Servicio de la Terapia Intermedia deberá ser acompañado por el personal médico responsable adscrito o residente médico, enfermera, camillero y en caso de que el/la paciente requiera ventilación mecánica, el personal de inhaloterapia debe apoyar el traslado. El traslado debe de incluir monitor de signos vitales (Frecuencia cardiaca, respiratoria y electrocardiograma), oxímetro de pulso y oxígeno en caso de requerirlo (tanque de oxígeno con reserva adecuada). En caso de tener medicamentos en infusión deberán llevarse siempre con bombas de infusión previamente verificadas por el personal de enfermería en cuanto a reserva de batería. Quienes deben ser acompañados por personal médico y de enfermería del servicio de origen.
- 3.23 Todos los estudios de laboratorio y/o gabinete deben estar debidamente requisitados en el expediente clínico electrónico, por el personal médico adscrito/a o residente de mayor jerarquía.
- 3.24 La recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), generados en el Servicio de Terapia Intermedia deben ser manejados de forma correcta y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- 3.25 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben dar seguimiento a las solicitudes enviadas por las diferentes áreas del Instituto y/o instancias que así lo requieran.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia		Hoja 13 de 146


#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico del Servicio de Terapia Intermedia	1	Recibe y firma con fecha y hora la solicitud de interconsulta.	INER-EC-CE-39
	2	Entrega al personal médico responsable del servicio solicitante, la solicitud de interconsulta mediante el sistema de expediente clínico electrónico.	
	3	Acude al servicio solicitante, para realizar el interrogatorio, exploración y análisis del expediente.	
	4	Realiza nota de interconsulta en la hoja de notas médicas en el sistema de expediente clínico electrónico.	INER-EC-06
	5	¿El/la paciente debe ingresar al Servicio de Terapia Intermedia? <b>No.</b> Justifica en la nota médica del expediente clínico electrónico, la razón por la cual el/la paciente no es persona candidata para ingresar al Servicio. <b>Termina procedimiento.</b>	
	6	<b>Si.</b> Informa al paciente y/o familiares acerca del estado de salud y la necesidad de su ingreso al Servicio de Terapia Intermedia.	
	Paciente/Familiar del paciente	7	¿El/la paciente y/o familiar están de acuerdo con el ingreso? <b>No.</b> Expone en la nota médica del expediente clínico electrónico el motivo de rechazo y se ofrecen alternativas terapéuticas. <b>Termina procedimiento.</b>
8		<b>Si.</b> Firma el formato consentimiento informado.	

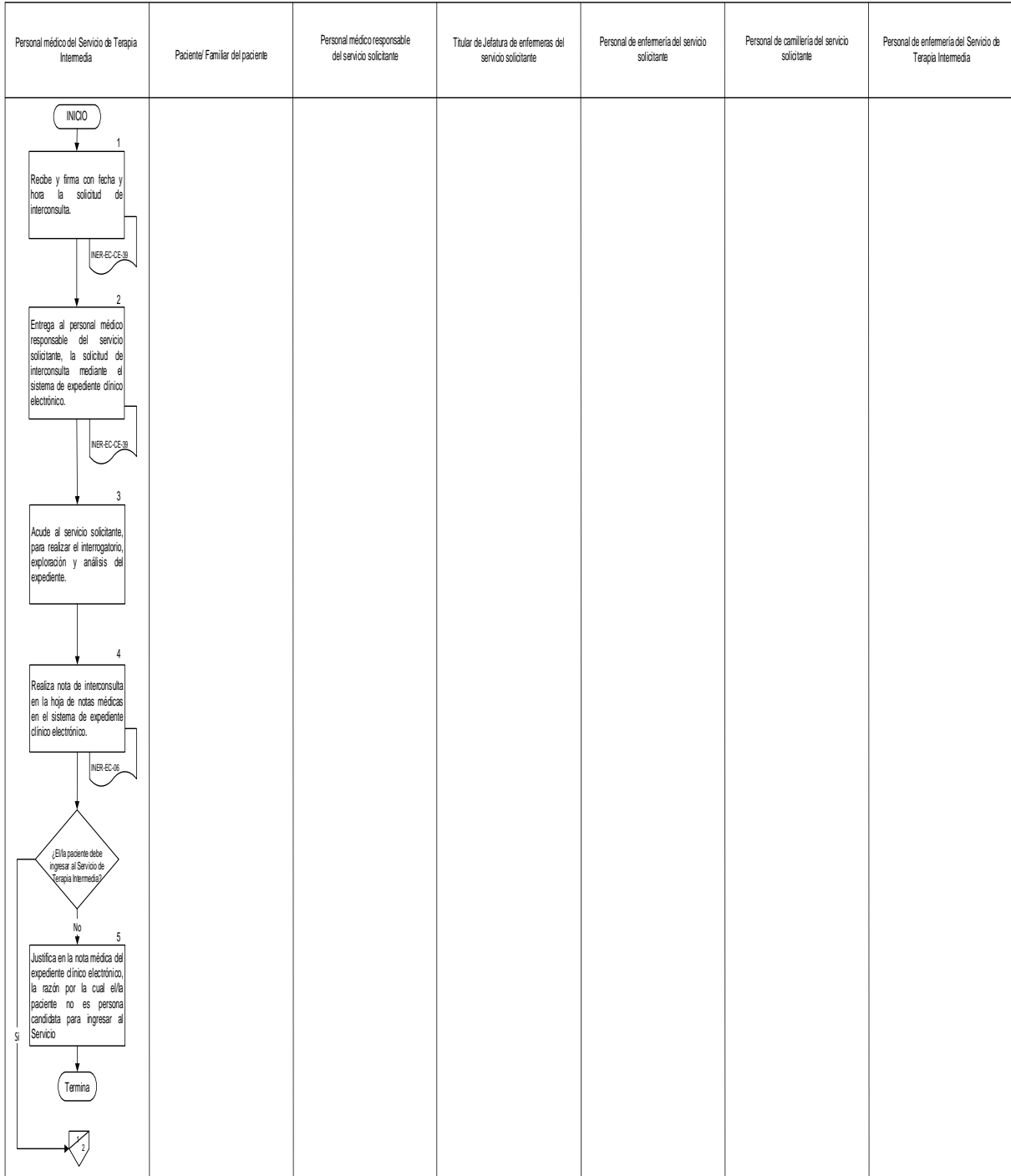
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 14 de 146</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documentos o anexo</b>
Personal médico responsable del servicio solicitante	9	Notifica al personal médico y de enfermería responsables del Servicio de Terapia Intermedia.	
Titular de Jefatura de enfermeras del servicio solicitante	10	Solicita cama a la persona titular de Jefatura de enfermeras del Servicio de Terapia Intermedia.	
Personal de enfermería del servicio solicitante	11	Valora las condiciones para el traslado del/la paciente al Servicio de Terapia Intermedia y requisita el formato de traslado.	Formato de traslado
Personal de camillería del servicio solicitante	12	Traslada al paciente en condiciones adecuadas (monitor de traslado, ventilador de traslado, si lo requiere, con inhaloterapeuta) y en compañía con personal médico y de enfermería.	
Personal de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	13	Valora las condiciones del/la paciente que ingresa y los plasma en el formato correspondiente.	Formato de traslado
Personal médico del Servicio de Terapia Intermedia	14	Presenta el estado de salud del/a paciente al personal del Servicio de Terapia Intermedia.	
		<b>Termina procedimiento</b>	



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 15 de 146</b>

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

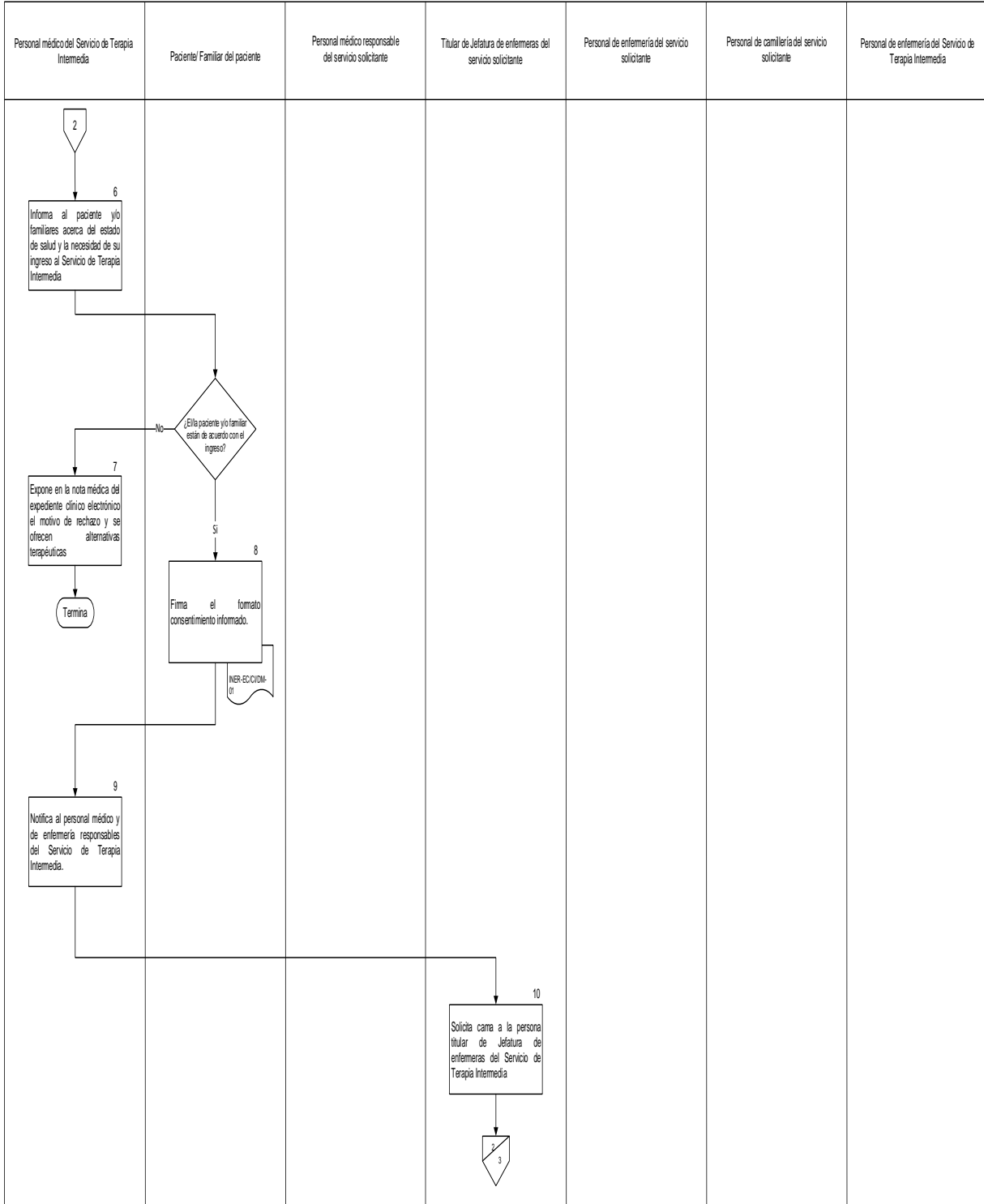
**1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia**



**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 16 de 146**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

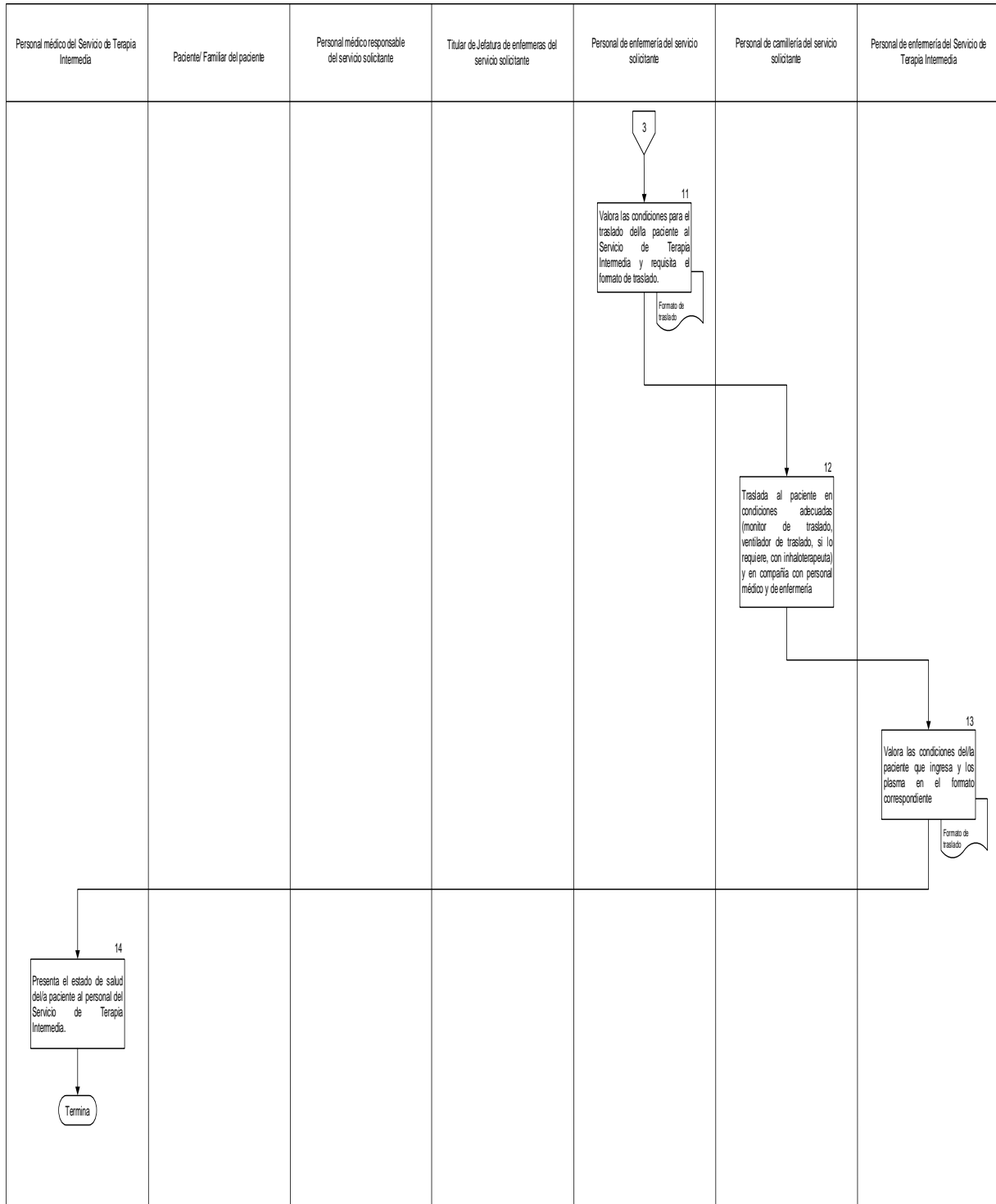
**1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia**





**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 17 de 146**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 18 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS


Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1. Solicitud de interconsulta	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Servicio de Terapia Intermedia	INER-EC-CE-39
7.2. Notas médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Servicio de Terapia Intermedia	INER-EC-06
7.3. Consentimiento informado	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC/CI/DM-01

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Atención primaria:** asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

**8.2 Catéter:** dispositivo o sonda plástica minúscula, biocompatible, radio opaca, que puede ser suave o rígida, larga o corta dependiendo del diámetro o tipo de vaso sanguíneo en el que se instale; se utiliza para infundir solución intravenosa al torrente circulatorio.

**8.3 Consentimiento informado:** documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 19 de 146</b>

o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

**8.4 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónico, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

**8.5 Interconsulta:** procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

**8.6 Paciente:** a toda persona usuaria beneficiaria directa de la atención médica.

**8.7 Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI):** el que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se genera en establecimientos de atención médica.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
No aplica	No aplica	Creación del procedimiento

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39.
- 10.2. Notas médicas INER-EC-06.
- 10.3. Consentimiento informado INER-EC/CI/DM-01.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 20 de 146</b>

### 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39



## SOLICITUD DE INTERCONSULTA



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): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Nombre del médico tratante</b>	<b>Firma</b>

**Importante:**

- Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la Interconsulta.
- El reporte de la interconsulta se realizará 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 TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia		Hoja 21 de 146

**10.2 Notas médicas  
INER-EC-06**





**NOTAS MÉDICAS**





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

<b>FECHA Y HORA</b>	<b>ANOTACIONES DEL MÉDICO</b>
---------------------	-------------------------------


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 22 de 146</b>

### 10.3 Consentimiento informado 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 10.1)

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:**



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>1. Procedimiento para la evaluación de pacientes candidatos a ingreso al Servicio de Terapia Intermedia</b>		<b>Hoja 23 de 146</b>

(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-S5A3-2012, 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
---	--------------------------

<b>TESTIGO</b>	<b>TESTIGO</b>
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**.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 24 de 146</b>

## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y LA EVALUACIÓN INICIAL

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>	<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>	<b>Hoja 25 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para el ingreso al Servicio de Terapia Intermedia, a fin de proporcionar atención médica a pacientes críticos de los diferentes Servicios Clínicos del Instituto que así lo requieran.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones, con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, BIS 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 26 de 146</b>

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



- 3.5 El personal médico especialista debe garantizar la privacidad del interrogatorio, el cual se llevará a cabo exclusivamente entre él/ella y el/a paciente o familiar en caso necesario, salvo que el/a paciente autorice la presencia de personal de apoyo, enfermería o técnicas.
- 3.6 La exploración física debe realizarse posterior a la autorización por parte del/la paciente o familiar y en presencia de personal de apoyo de su mismo género y con la mayor consideración a la dignidad del/la paciente.
- 3.7 Para iniciar este procedimiento el/la paciente debe haber sido presentado por el personal médico y paramédico del servicio interconsultante al Servicio de Terapia Intermedia.
- 3.8 Solamente se ingresarán aquellos/as pacientes previamente evaluados/as y admitidos/as por el personal médico del Servicio de Terapia Intermedia, quienes deben constar por escrito en la nota médica o en las indicaciones que han sido aceptados/as, y que dicha nota o indicación no tenga más de veinticuatro horas de haber sido realizada. Así como contar con los siguientes documentos provenientes de la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos:
  - Solicitud de ingreso (INER-AHRM-01)
  - Consentimiento informado (INER-EC/CI/DM-01)
  - Estudio socioeconómico (INER-TS-02)
  - Hoja frontal (INER-EC-01)
  - Hoja de admisión y egreso hospitalario (INER-EC-18)
  - Historia clínica (INER-EC/DM-05)
  - Nota médica (INER-EC-06)
  - Notas de trabajo social (INER-EC-09)
  - En caso de ingreso por urgencias, nota médica de ese Servicio.
- 3.9 Todo/a paciente que ingrese al Servicio de Terapia Intermedia debe ser presentado/a y estudiado/a en forma integral por el personal de dicho Servicio, para establecer el plan de manejo.
- 3.10 Cada ingreso hospitalario es evaluado el día de su ingreso y debe establecerse un plan de manejo diagnóstico y terapéutico que debe ser iniciado desde entonces. El personal médico del Servicio de Terapia Intermedia, revisa la historia clínica y la nota de ingreso y tanto personal médico residente como adscrito a cargo, deben firmar ambos documentos para admitir el ingreso del/la paciente que así lo amerite.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 27 de 146</b>


- 3.11 A todos/as los/as pacientes que ingresen al Servicio de Terapia Intermedia se realiza una valoración por parte del personal médico y de acuerdo con su valoración se practicará; biometría hemática, gasometría arterial y venosa central, química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, magnesio, fósforo) examen general de orina, electrocardiograma, tomografía de tórax, cultivos necesarios u otro estudio que sea necesario de acuerdo a valoración.
- 3.12 El personal médico del Servicio de Terapia Intermedia funge como “médico tratante” responsable del/a paciente de acuerdo con la distribución de camas en el área clínica.
- 3.13 El personal médico y la persona titular del Servicio de Terapia Intermedia deben revisar y deliberar los ingresos del día anterior o del fin de semana al día hábil siguiente ratificando o modificando el plan diagnóstico y terapéutico establecido. Todos los cambios y adecuaciones derivados del proceso de atención deben ser asentados y sustentados en el expediente clínico electrónico, contar con las firmas (autógrafas) del personal médico involucrado residente que elaboró, quien supervisó y médico/a adscrito/a.
- 3.14 Las decisiones para el manejo del caso deben ser tomadas en conjunto por el grupo de salud multidisciplinario que atiende al paciente.
- 3.15 El grupo de salud es responsable de cumplir la confidencialidad de todo el proceso de atención, así como resultado de los estudios de los/las pacientes y ser respetuoso/a de las ideas y costumbres de los/las pacientes asegurando la atención de los/las mismos/as.
- 3.16 El personal del Servicio de Terapia Intermedia debe vigilar constantemente el estado del/la paciente y seguir las indicaciones determinadas por el personal médico tratante en forma estricta, el/la residente de mayor jerarquía puede dar indicaciones sobre el manejo de un/a paciente, cuando se presenta alguna situación de extrema urgencia.
- 3.17 Todas las personas involucradas en la evaluación clínica de pacientes, deben aplicar el procedimiento de desinfección y lavado de manos: 1.- Antes de realizar una tarea limpia aséptica. 2.- después del riesgo de exposición a líquidos corporales, 3.-después del contacto con el entorno del paciente, 4.-Antes y 5.-Después del contacto con el/la paciente, asimismo utilizar guantes y mascarillas en caso necesario. Cuando las manos no han estado expuestas a contacto con secreciones o sangre, el procedimiento de aseo de manos se puede llevar a cabo con alcohol gel únicamente.
- 3.18 El personal de enfermería y médico tratante del Servicio de Terapia Intermedia debe apoyar al personal de trabajo social en la orientación sobre la técnica y la importancia del lavado de manos a los/las familiares de los/las pacientes, al ingreso del Servicios.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 28 de 146</b>

- 3.19 Es responsabilidad del personal de Trabajo Social entregar a los/las familiares de los/as pacientes que ingresan al Servicio, información respecto a las medidas de seguridad e higiene que deben seguir.
- 3.20 No se permite que los/las familiares ingresen al Servicio de Terapia Intermedia con ningún tipo de alimento o bebida.
- 3.21 No se permite el acceso a los cuartos privados de pacientes que no requieren de ello, así como a sus familiares, para lo cual el personal de enfermería debe verificar constantemente que no exista persona ajena en el área de aislamiento.
- 3.22 La persona titular del Servicio de Terapia Intermedia en coordinación con el personal de enfermería y trabajo social determinan la pertinencia de otorgar un pase especial.
- 3.23 Es derecho del/la paciente designar a la persona que recibirá informes médicos confidenciales, en el caso de los/las pacientes que no se encuentren en condiciones de designar a dicha persona, se realizará conforme a lo establecido en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 3.24 El personal de enfermería del Servicio debe entregar a los/las familiares una bolsa con las pertenencias u objetos de valor (documentos personales, reloj, joyería, dinero, cheques, tarjetas bancarias, celulares, radio localizadores, etc.) de los/las pacientes con el formato INER-DM-01 Resguardo de objetos personales de pacientes en urgencias y servicios clínicos, en ausencia de algún familiar entrega la bolsa a las personas de trabajo social, la cual se resguardará durante ocho días hasta el egreso del paciente y/o fallecimiento en caso de que suceda primero.
- 3.25 Las pertenencias de los/las pacientes no serán recibidas sin el formato INER-DM-01 Resguardo de objetos personales de pacientes en urgencias y servicios clínicos, debidamente requisitado.
- 3.26 En caso de que el/la paciente fallezca, el personal de trabajo social insistirá en la localización y presencia del familiar, de no obtener resultados positivos, al momento de realizar la notificación de defunción a las autoridades correspondientes serán entregadas las pertenencias para lo que a derecho corresponda.
- 3.27 Es responsabilidad del/la médico tratante junto con el resto del equipo de atención médica, para que todos/as los/las pacientes atendidos/as con padecimientos respiratorios de alta complejidad que presenten también padecimientos psiquiátricos reciban una atención adecuada, con el fin de que se tomen las medidas apropiadas a su atención médica.
- 3.28 Los/las pacientes agresivos y/o comorbilidad psiquiátrica deben ser atendidos/as por la Coordinación de apoyo a pacientes y familiares y/o psiquiatría.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 29 de 146</b>

- 3.29 En los casos de pacientes psiquiátricos que requieran atención en el Servicio de Terapia Intermedia, de ser necesario se reforzarán las medidas de seguridad a través del personal de vigilancia del instituto para el/la paciente, su familia y el personal de salud.
- 3.30 El equipo de psicología de enlace del Programa de Apoyo a Pacientes y Familiares (PAPyF) es responsable de tener conocimiento de los pacientes que presenten alteraciones psicológicas y de poner en práctica técnicas de contención que tranquilicen y den confianza a los/las usuarios/as y/o familiares con conductas agresivas o violentas durante su intervención profesional.
- 3.31 La persona titular del Servicio de Terapia Intermedia con el apoyo de enfermería y trabajo social deben valorar la pertinencia de la presencia de un familiar en los casos de pacientes agresivos/as, violentos/as o padecimientos psiquiátricos.
- 3.32 En caso de que el personal médico tratante detecte pacientes que estén sujetos/as a maltrato o agresión, debe notificar a las autoridades correspondientes, así como a trabajo social a fin de que se realice su estudio social.
- 3.33 El personal médico tratante es responsable de llenar debidamente el formato único de notificación de caso médico legal en el cual se notifica al Ministerio Público, de comisionar caso médico legal.
- 3.34 El grupo multidisciplinario en nutrición clínica, realiza la valoración inicial y de común acuerdo con el personal médico residente, adscritos y titular del servicio, se elabora un plan de manejo nutricional con los mayores estándares científicos posibles.
- 3.35 Es responsabilidad del personal del Departamento de Alimentación y la Coordinación de Nutrición Clínica lo siguiente:
- Lavar sus manos antes de ingresar al Servicio de Terapia Intermedia y desinfectarlas aplicando gel alcohol antes de entregar la charola con alimentos a cada paciente y al término de su entrega en el Servicio.
  - Conducirse respetuosamente, preguntar nombre completo del paciente y fecha de nacimiento en el momento de entregar la charola con alimentos.
- 3.36 Los residuos peligrosos biológico-infecciosos, generados en el Servicio de Terapia Intermedia deben ser manejados de forma correcta y apegado a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
- 3.37 En caso de cualquier sospecha de caso epidemiológico y padecimiento de notificación obligatoria debe ser informado inmediatamente después de su identificación al Departamento de Investigación en Epidemiología Clínica.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>	<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>	<b>Hoja 30 de 146</b>

3.38 Serán considerados “padecimientos de notificación obligatoria” los establecidos en la NOM-017-SSA2-1998 “Para la Vigilancia Epidemiológica”.

3.39 Se considera notificación inmediata aquella que debe realizarse por la vía más rápida disponible antes de que transcurran 24 horas de que se tenga conocimiento del padecimiento o evento, es decir, a partir de que se tenga contacto con un caso en la que se sospeche uno de los siguientes eventos:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Poliomielitis                         | 21. Encefalitis equina venezolana  |
| 2. Parálisis flácida aguda               | 22. Sífilis congénita  |
| 3. Sarampión                             | 23. Dengue hemorrágico   |
| 4. Enfermedad febril exantemática        | 24. Paludismo por <i>P. falciparum</i> .   |
| 5. Difteria                              | 25. Rabia humana   |
| 6. Tos ferina                            | 26. Rubéola congénita  |
| 7. Síndrome coqueluchoide                | 27. Eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación y sustancias biológicas |
| 8. Cólera                                | 28. Lesiones por abeja africanizada  |
| 9. Tétanos.                              | 29. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida  |
| 10. Tétanos neonatal                     | 30. Infección por VIH  |
| 11. Tuberculosis meníngea                |  |
| 12. Meningoencefalitis amibiana primaria |  |
| 13. Fiebre amarilla                      |  |
| 14. Peste                                |  |
| 15. Fiebre recurrente                    |  |
| 16. Tifo epidémico                       |  |
| 17. Tifo endémico o murino               |  |
| 18. Fiebre manchada.                     |  |
| 19. Meningitis meningocócica.            |  |
| 20. Influenza                            |  |




 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 31 de 146</b>

- 3.40 En el caso que se detecte en una muestra enviada por el por el Servicio de Terapia Intermedia, alguna de las infecciones antes mencionadas, será responsabilidad del Laboratorio de Microbiología Clínica dar notificación inmediata al titular del Servicio.
- 3.41 Es responsabilidad del Departamento de Investigación en Epidemiología Clínica realizar los estudios complementarios necesarios para corroborar el diagnóstico de caso sospechoso epidemiológico y en caso afirmativo dar aviso al Servicio de Terapia Intermedia.
- 3.42 La persona titular del Servicio de Terapia Intermedia es responsable directa de iniciar la “voz de alerta” hacia la persona titular de la Dirección Médica ante cualquier caso de observancia epidemiológica confirmado.
- 3.43 Cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo del Servicio de Terapia Intermedia debe ser informado por escrito a la persona titular del Servicio.
- 3.44 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben dar seguimiento a las solicitudes enviadas por las diferentes áreas del Instituto y/o instancias que así lo requieran.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 32 de 146</b>

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

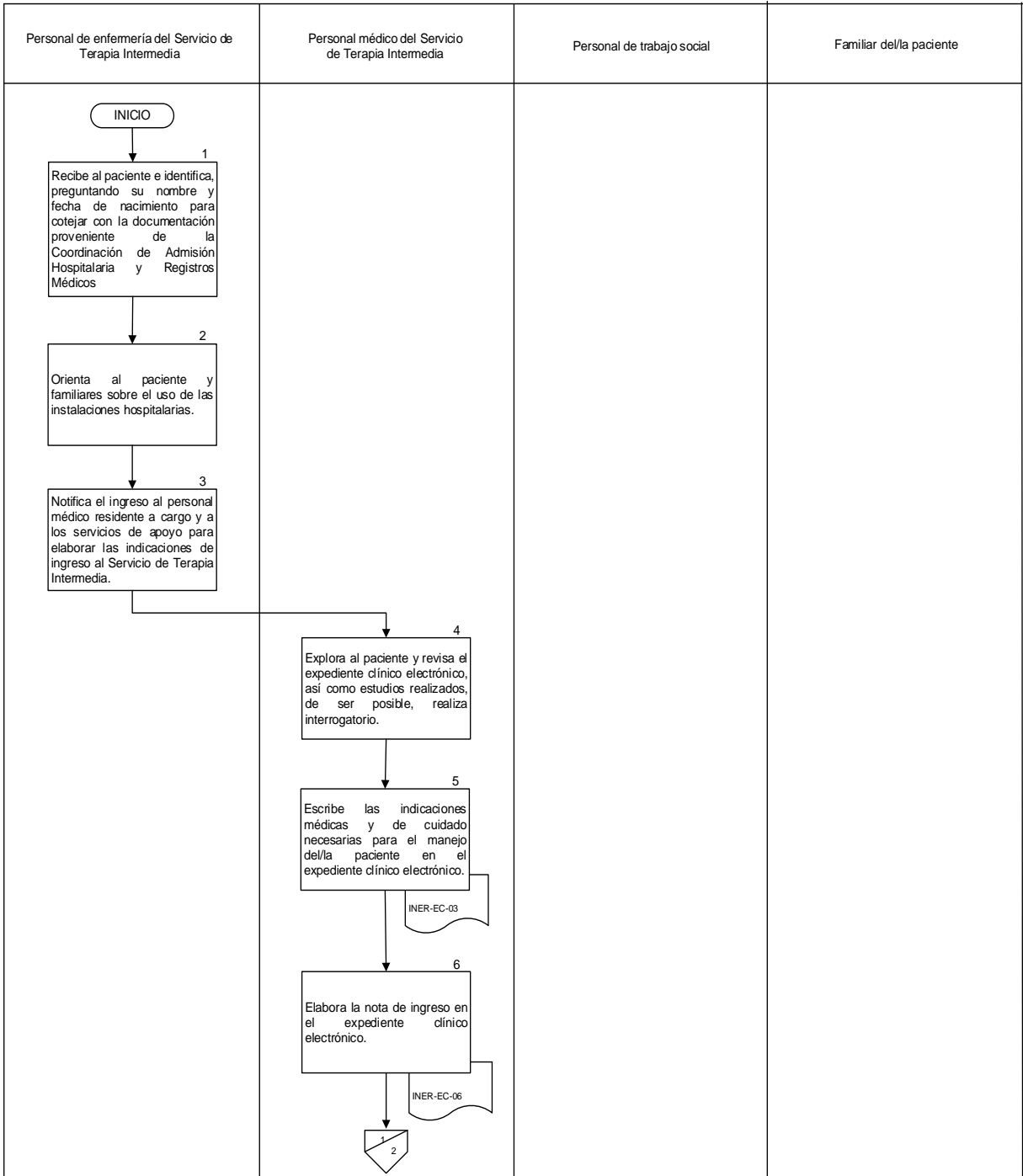
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	1	Recibe al paciente e identifica, preguntando su nombre y fecha de nacimiento para cotejar con la documentación proveniente de la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.	
	2	Orienta al paciente y familiares sobre el uso de las instalaciones hospitalarias.	
	3	Notifica el ingreso al personal médico residente a cargo y a los servicios de apoyo para elaborar las indicaciones de ingreso al Servicio de Terapia Intermedia.	
Personal médico del Servicio de Terapia Intermedia	4	Explora al paciente y revisa el expediente clínico electrónico, así como estudios realizados, de ser posible, realiza interrogatorio.	
	5	Escribe las indicaciones médicas y de cuidado necesarias para el manejo del/la paciente en el expediente clínico electrónico.	INER-EC-03
	6	Elabora la nota de ingreso en el expediente clínico electrónico.	INER-EC-06
Personal de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	7	Da seguimiento a cada una de las indicaciones médicas.	
Personal médico del Servicio de Terapia Intermedia	8	Realiza la historia clínica en el expediente clínico electrónico y valora la pertinencia de solicitar las interconsultas necesarias inmediatamente.	INER-EC/DM-05

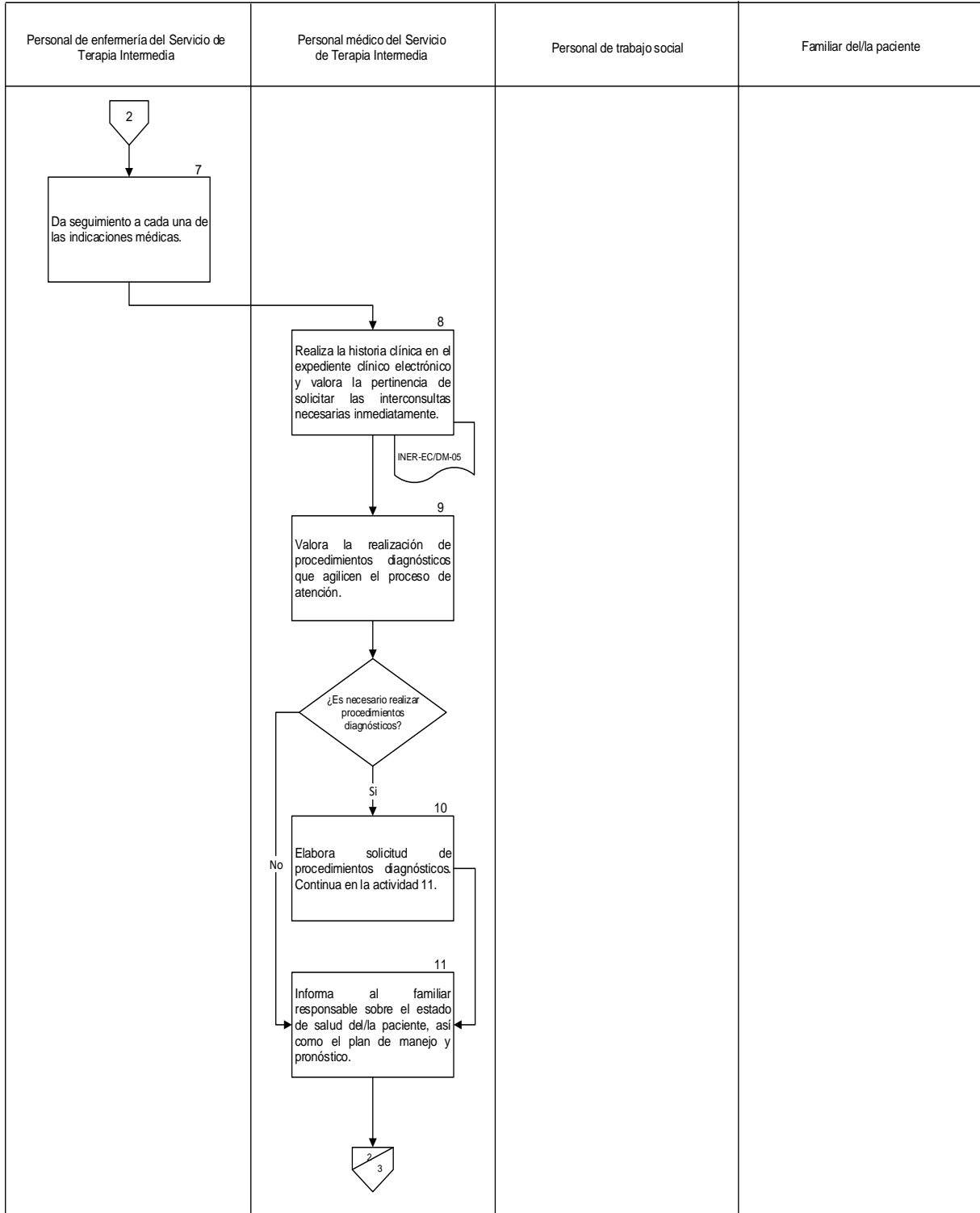
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>	<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>	<b>Hoja 33 de 146</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documentos o anexo</b>
Personal médico del Servicio de Terapia Intermedia	9	Valora la realización de procedimientos diagnósticos que agilicen el proceso de atención.	
	10	¿Es necesario realizar procedimientos diagnósticos? <b>Si:</b> Elabora solicitud de procedimientos diagnósticos. Continúa en la actividad 11.	
	11	<b>No:</b> Informa al familiar responsable sobre el estado de salud del/la paciente, así como el plan de manejo y pronóstico.	
Personal de trabajo social	12	Revisa la documentación correspondiente a trabajo social en el expediente clínico electrónico del/la paciente.	
	13	Realiza entrevista con el familiar responsable y elabora nota de trabajo social INER-EC-09 y la anexa al expediente.	INER-EC-09
	14	Proporciona orientación sobre trámites administrativos, así como instructivo y reglamento para pacientes hospitalizados.	Instructivo y reglamento para pacientes hospitalizados
Familiar del/la paciente	15	Firma la bitácora de informes.	Bitácora de informes
		<b>Termina procedimiento</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		Hoja 34 de 146

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

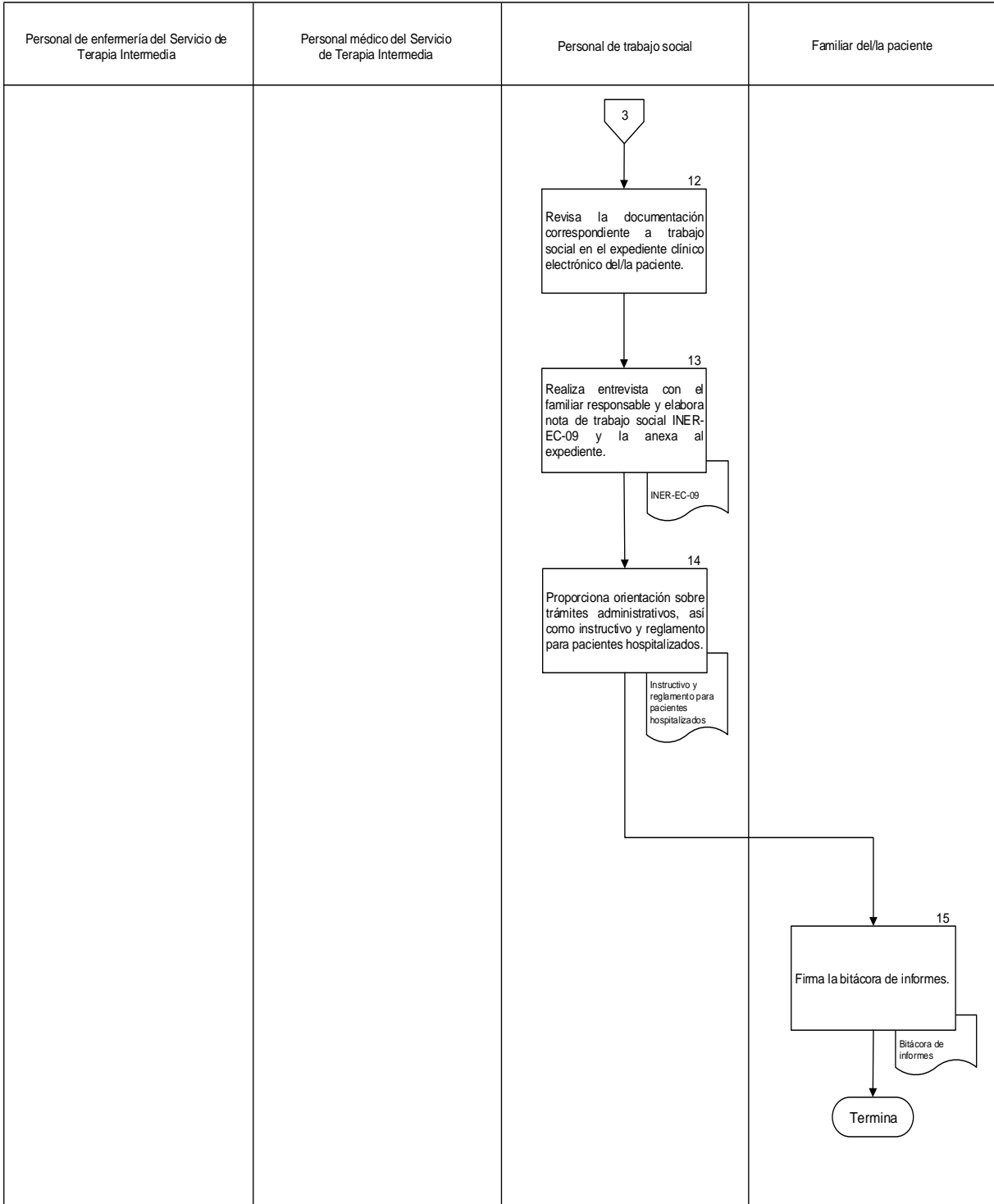
**2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.**





**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 36 de 146**





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 37 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Solicitud de ingreso	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-AHRM-01
7.2. Consentimiento informado	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC/CI/DM-01
7.3. Estudio Socioeconómico	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-TS-02
7.4. Hoja frontal	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-01
7.5. Hoja de admisión y egreso hospitalario	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-18
7.6. Historia clínica	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC/DM-05



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		Hoja 38 de 146

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.7. Notas médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-06
7.8. Indicaciones médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-03
7.9. Notas de Trabajo Social	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-09
7.10. Indicaciones generales a familiares de pacientes hospitalizados	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Departamento de Trabajo Social	INER-TS-22
7.11. Bitácora de informes	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Servicio de Terapia Intermedia	N/P
7.12. Resguardo de objetos personales de pacientes en urgencias y servicios clínicos	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Departamento de Trabajo Social	INER-DM-01

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de uno o más padecimientos.
- 8.2 Caso de infección nosocomial:** Son infecciones adquiridas durante la estancia hospitalaria, que no estaban presentes en el periodo de incubación y al momento del ingreso del paciente.
- 8.3 Paciente:** beneficiario directo de la atención médica.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 39 de 146</b>



- 8.4 Residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI):** son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contienen agentes biológico-infecciosos y que pueden causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.
- 8.5 Sistema de expediente clínico electrónico:** es el medio electrónico en el cual el personal de salud, deberá registrar, anotar y certificar su intervención, relacionada con la atención del paciente y de acuerdo con las disposiciones sanitarias. Permite la gestión de un único registro de salud longitudinal de cada paciente en un formato digital.
- 8.6 Terapia intermedia:** Espacio físico que tiene el objetivo de generar una prestación y asistencia a pacientes críticos que por su evolución y estado actual requieren una atención especializada que permita mejorar la relación del riesgo-beneficio y disminuir los costos de la asistencia ofertada por los Servicios de Terapia Intensiva, su enfoque también es funcionar como un área de desescalamiento en los pacientes que están en vías de recuperación posterior a la atención en la terapia intensiva.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
N/P	N/P	Creación del procedimiento

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Solicitud de ingreso (INER-AHRM-01)
- 10.2. Consentimiento informado (INER-EC/CI/DM-01)
- 10.3. Estudio Socioeconómico (INER-TS-02)
- 10.4. Hoja frontal (INER-EC-01)
- 10.5. Hoja de admisión y egreso hospitalario (INER-EC-18)
- 10.6. Historia Clínica (INER-EC/DM-05)
- 10.7. Notas médicas (INER-EC-06)
- 10.8. Indicaciones médicas (INER-EC-03)
- 10.9. Notas de Trabajo Social (INER-EC-09)
- 10.10. Indicaciones generales a familiares de pacientes hospitalizados (INER-TS-22)
- 10.11. Resguardo de objetos personales de pacientes en urgencias y servicios clínicos (INER-DM-01)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 40 de 146</b>

### 10.1. Solicitud de ingreso (INER-AHRM-01)





## SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

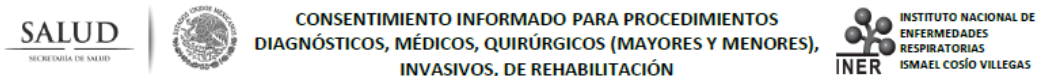


DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS

Fecha de solicitud	Día/Mes/Año	PRIORIZACIÓN	URGENTE			PROCEDENCIA	URGENCIAS	
			NORMAL				SCIR	
Hora	Hrs.		PROGRAMADO				CONSULTA EXTERNA	
Ingreso programado y/o Programación de ingreso	Día	Mes	Año	Requiere	Cubículo	Aislado	Habitación compartida	
Servicio Clínico solicitado	1	2	3	4	5	7A	7B	CIRUGÍA
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Nombre						Número de expediente		
Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día	Edad: _____ años	Género. H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico principal								
Otros								
Metas a cumplir con el ingreso hospitalario / Información adicional								
<b>DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICA LA RESOLUCIÓN</b>								
Nombre					Parentesco			
Domicilio								
Estado			Teléfono		Horas de traslado			
Nombre completo del médico que solicita el ingreso								
Teléfono o Extensión			Cédula profesional			Firma		
<b>AUTORIZACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS/SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA</b>								
Servicio clínico	Cama	Fecha de hospitalización			Hora de asignación y/o ingreso			
Autorización								
Nombre completo y firma								
Observaciones								

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 41 de 146

## 10.2. Consentimiento Informado (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:

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 42 de 146</b>

(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**.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 43 de 146</b>

### 10.3. Estudio Socioeconómico (INER-TS-02)



#### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

  
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 ISMAEL COSÍO VILLEGAS  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

DIA     MES     AÑO

Diagnóstico Médico:

No Historial:  No. Expediente:  Especialidad: Cirugía de Tórax  Neumopediatria  Neumología  ORL  Tabaquismo   
 CIENI  EPOC  Clin. Del Sueño  Tuberculosis  Oncología Torácica

Ref. Interna: C/ EXTERNA  C/EXTERNA INGRESO  URGENCIAS  ESTATUS: INICIAL  ACTUALIZACIÓN  RECLASIFICACIÓN

#### I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Primer Apellido     Segundo Apellido     Nombres (s)

CURP:  Lugar de Nacimiento:  Edad:  F. de Nacimiento:  /  /

Género:  Nacionalidad:  Escolaridad:  Estado Civil:

Ocupación:  Religión:  Idioma:  Necesidad de Traductor: No  Si

Referencia: 1er Nivel  2do Nivel  3er Nivel  Médico Particular  Informal  Subsecuente

Derechohabiente y/o Beneficiario: NINGUNO  INSABI  IMSS  ISSSTE  PEMEX  ISSFAM  CONVENIO

OTRO:  SEG. GAST. MED.  ¿CUAL ?  NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

Dom. Permanente: Calle:  Colonia:

Alcaldía o Municipio:  Edo./País:  C.P.:

Tel. Fijo:  Tel. celular:  Tel. Recados:  Correo Electrónico:

Lugar de Procedencia: CDMX  EDO. DE MÉXICO  ZONA CENTRO  RESTO DE LA REPÚBLICA  EXTRANJERO

Dom. Provisional: Calle:  Colonia:

Alcaldía o Municipio:  Edo./País:  C.P.:  Tel.:

Nombre del Padre:  Vive: Si  No  Desconoce

Nombre de la Madre:  Vive: Si  No  Desconoce

Nombre del Cónyuge:  Vive: Si  No  Desconoce

Persona Responsable:  Parentesco:

Domicilio del Responsable: Calle:  Colonia:  Alcaldía o Municipio:

Edo/País:  C.P.:  Ocupación:  Tel. Fijo:

Tel. celular:  Correo Electrónico:

Ocupación del Principal Proveedor Económico:  Puntos:

#### II. CONDICIONES ECONÓMICAS:

PERSONAS QUE APORTAN	\$ INGRESO MENSUAL	DESGLOSE DE GASTOS:	\$ EGRESOS MENSUALES
Jefe o Jefa de Familia	<input type="text"/>	Alimentación/despensa	<input type="text"/>
Cónyuge	<input type="text"/>	Renta/Hipoteca/Predio	<input type="text"/>
Hijo (a)	<input type="text"/>	Agua	<input type="text"/>
Otro (s)	<input type="text"/>	Luz	<input type="text"/>
TOTAL DE INGRESOS	<input type="text"/>	Gas	<input type="text"/>
		Teléfono	<input type="text"/>
		Gastos Escolares	<input type="text"/>
		Gastos en Salud	<input type="text"/>
		Transporte	<input type="text"/>
		Servicios Domésticos	<input type="text"/>
		Otros	<input type="text"/>
		TOTAL EGRESOS	<input type="text"/>

Núm. de integrantes por familia:

Ingreso Per cápita:

Situación Económica: Déficit  Riesgo de déficit  Equilibrio  Superávit

**III. VIVIENDA:**

Servicios Públicos: Alumbrado  Pavimentación  Alcantarillado  Recolección de Basura  Teléfono Público  Ningún Servicio   
 4 o más Servicios ( 3 )    3 Servicios ( 2 )    2 Servicios ( 1 )    0 – 1 Servicios ( 0 )

Tipo de vivienda	Puntos
Insti. de Protección, Social, cueva, choza, jacal, casa rural, barranca, tugurio, cuarto redondo o sin vivienda	0
Vecindad ó cuarto de servicio	1
Depto. ó casa popular, unidad habitacional ( interés social)	2
Depto. ó casa clase media, con financiamiento propio o hipoteca	3
Depto. ó casa residencial	5

Tipo de Tenencia: Propia ( 3 )    Prestada ( 2 )    Rentada o pagándola ( 1 )    Otro ( 0 ):

Servicios Intradomiciliarios: 4 o más Servicios ( 3 )    3 Servicios ( 2 )    2 Servicios ( 1 )    0 – 1 Servicio ( 0 )

Material de Construcción: Mampostería ( 2 )    Mixta ( 1 )    Lamina, madera, material de la región ( 0 )

Número de Dormitorios: 5 o más ( 2 )    3 – 4 ( 1 )    1 – 2 ( 0 )

Número de personas por dormitorio: 1 – 2 Personas ( 2 )    3 personas ( 1 )    4 o más personas ( 0 )

**IV. ESTADO DE SALUD:**

Tiempo de la Enfermedad del Paciente: Menos de 3 meses o sin comorbilidad ( 2 )    de 3 a 6 meses ( 1 )    Más de 6 meses ( 0 )

Existencia de otros Problemas de Salud: NO ( 1 )    SI ( 0 ) ¿ Cuál ?  ¿ Dónde se atiende?

Salud Familiar: Ningún enfemo ( 2 )    1 Enfemo ( 1 )    2 o El principal proveedor económico ( 0 )

**Evaluación inicial de factores de riesgo social y de valores, costumbres y creencias**

<input type="checkbox"/> Vulnerabilidad socioeconómica
<input type="checkbox"/> Ausencia y/o debilidad de redes de apoyo
<input type="checkbox"/> Barreras de aprendizaje por idioma/lengua
<input type="checkbox"/> Barreras de aprendizaje por discapacidad (auditiva, visual, motriz y/o en el habla)
<input type="checkbox"/> Barreras de aprendizaje por ausencia de instrucción escolar y/o limitado nivel educativo
<input type="checkbox"/> Barrera emocionales por impacto del estado de salud y/o situaciones personales y familiares
<input type="checkbox"/> Valores, costumbres y creencias (Especificar) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Adicciones (Especificar) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Condiciones particulares (Especificar) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ninguna

**Diagnóstico Social:**

**Observaciones:**

Total de Puntos:

Nivel Socioeconómico:

**Documentos Presentados**



- Acta de Nacimiento
- CURP
- Identificación Oficial
- Constancia IMSS
- Constancia ISSSTE
- Comprobante de Domicilio
- Constancia de Ingresos

Cuenta con Seguridad Social: SI

NO  EXENTO

\_\_\_\_\_  
TRABAJADOR SOCIAL

Nombre, Firma y Cédula Profesional

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 45 de 146

#### 10.4. Hoja Frontal (INER-EC-01)





### HOJA FRONTAL



No.	FECHA	DIAGNÓSTICO	FUENTE Y/O REFERENCIA	ESTUDIOS INDICADOS	TRATAMIENTO	CANCELADO

No.	FECHA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	COMPLICACIONES	RESPONSABLE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 46 de 146

### 10.5. Hoja de admisión y egreso hospitalario (INER-EC-18)



#### HOJA DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
ISRAEL COSÍO VILLEGAS  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y REGISTROS MÉDICOS

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

A. DIAGNÓSTICO		CODIFICACIÓN	
1. PRINCIPAL			
2. SECUNDARIOS			
3. COMPLICACIONES			
4. FACTORES DE RIESGO PREVIOS A LA HOSPITALIZACIÓN		SI	NO
4.1. HA FUMADO MAS DE 400 CIGARRILLOS EN TODA SU VIDA			
4.2. HA COCINADO CON LEÑA O FOGÓN DURANTE 6 MESES CONTINUOS EN TODA SU VIDA			
B. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS		FECHA DE REALIZACIÓN	CODIFICACIÓN
1.			
2.			
3.			
4.			
<b>C. MOTIVO DE EGRESO:</b>			
MEJORÍA <input type="checkbox"/>		MÁXIMO BENEFICIO <input type="checkbox"/>	ALTA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/>
TRASLADO A OTRA UNIDAD HOSPITALARIA <input type="checkbox"/>		DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>	FUGA <input type="checkbox"/>
CASO MÉDICO LEGAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NECROPSIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>D. DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglon. Envite señalar modos de morir –ejemplo: paro cardiaco astenia, etc) (Transcripción exacta del Certificado de Defunción).</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE-10
<b>CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b>			
Parte I			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)	
		b) Debido a (o como consecuencia de)	
Causas, antecedentes.			
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.		c) Debido a (o como consecuencia de)	
		d) Debido a (o como consecuencia de)	
Parte II			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.		a)	
DATOS DEL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN: No. DE FOLIO DEL CERTIFICADO: _____		FECHA DE DEFUNCIÓN: _____	HORA DE DEFUNCIÓN: _____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO RESIDENTE		NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO			



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 47 de 146</b>

### 10.6. Historia Clínica (INER-EC/DM-05)



## HISTORIA CLÍNICA



NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE EXPEDIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)	
FECHA DE ELABORACIÓN:		SERVICIO DE PROCEDENCIA:		SERVICIO QUE ELABORA	EDAD
GÉNERO	PESO	TALLA	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	OCUPACIÓN
LUGAR DE ORIGEN			LUGAR DE RESIDENCIA		
<p><b>ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:</b> Causas y edades de morbi-mortalidad (Padres, Hermanos, Cónyuge, Hijos): Cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, otras.</p>					
<p><b>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:</b> ejercicio, deporte, sexualidad, higiene, habitación, dieta / estado nutricional, inmunizaciones, antecedentes ocupacionales, viajes. Para casos pediátricos: nacimiento y desarrollo psicomotriz.</p>					
<p><b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:</b> tabaquismo (paquetes año), alcoholismo (tiempo cantidad), exposición al humo de leña, toxicomanías, enfermedades congénitas, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alergias e intolerancia a fármacos, transfusionales, intoxicaciones, enfermedades, hospitalizaciones (relato cronológico). Nota: Documentar medicación crónica y actual en la siguiente hoja.</p>					
<p><b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b> menarca, ritmo catamenial/características, inicio de vida sexual, gestaciones, partos, cesáreas, abortos lactancia, contracepción, menopausia.</p>					



## HISTORIA CLÍNICA





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

Medicamento (Nombre genérico)	Dosis y frecuencia	Presentación/ Vía	Periodo de uso (horas, días, meses, años)	Última dosis administrada (hora, día)	Razón de uso	Cotejo	Conciliación de la medicación		
							Continúa*	Suspénde**	Modifica**
<b>Notas:</b> <b>Cotejo:</b> verifica coincidencia entre la medicación anterior o crónica del paciente con la prescripción en hospitalización: Hace marca de verificación si coincide (I), hace cruz (X) si hay incongruencias. <b>Conciliación de la medicación:</b> evaluación de las incongruencias; define si la medicación crónica continúa, se modifica o se suspende. <b>Continúa:</b> hace marca de verificación (I) si determina que la prescripción del medicamento continuará en hospitalización. <b>Suspénde:</b> indica suspensión; <b>Modifica</b> indica modificación de dosis o posología. Si determina que el medicamento se <b>Suspénde</b> o <b>Modifica</b> justifique colocando el número correspondiente a la causa acorde a la clasificación siguiente. <b>1. No tiene indicación (no pertinente para la situación clínica actual); 2. Requiere posología diferente; 3. Medicamento sin existencia; 4. Requiere vía de administración diferente; 5. Otra ¿Cuál?</b> Si suspende la medicación y comunica al paciente o familiar el retiro de los medicamentos).							<b>Médico que concilia:</b> <b>Nombres y apellidos</b> <hr/> <b>Cédula</b> Fecha      Hora		

**PADECIMIENTO ACTUAL**

Fecha de Inicio, cuadro sintomático, evolución cronológica, sintomatología actual.  
 Listado de problemas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 49 de 146



## HISTORIA CLÍNICA



### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS



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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 50 de 146



## HISTORIA CLÍNICA



### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

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

**REUMATOLÓGICO:** ganglios, úlceras orales, xerostomía, xeroftalmía, fotosensibilidad, artralgias, mialgias, rigidez matutina, fuerza muscular, deformidades articulares, movimientos, marcha, fenómeno de Raynaud.

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

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

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

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

### EXPLORACIÓN FÍSICA

TENSIÓN ARTERIAL: / mm Hg

FRECUENCIA CARDIACA: por min.

FRECUENCIA RESPIRATORIA: por minuto.

TEMPERATURA: °C.



OXIMETRÍA DE PULSO: %Sat.

CIRCUNFERENCIA DE CUELLO: cm

PESO: Kg

TALLA: M

ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 51 de 146



## HISTORIA CLÍNICA



### EXPLORACIÓN FÍSICA

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

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

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

NARIZ: olfacción Par I. Aleteo nasal. Rinoscopia.

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 52 de 146



## HISTORIA CLÍNICA



### EXPLORACIÓN FÍSICA

<b>Tórax</b> Inspección   Palpitación   Percusión   Auscultación   Área cardíaca   Mamas
--

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

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

GENITALES: Pene, testículos, vulva. Hernias.

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

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


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 53 de 146</b>



## HISTORIA CLÍNICA



### LABORATORIO Y GABINETE

Gasometría arterial:	PaO2	mmHg	PaCO2	mmHg	HC03	mEqLto.	PH.
Espirometría:	CVF	FEV1	FEV1/CVF				
Radiografía de Tórax:							
							

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

#### PRONÓSTICO

#### PLANES

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

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

ELABORÓ LA HISTORIA CLÍNICA:

Nombre completo del médico

Firma

Cedula profesional

REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA

Nombre completo del médico

Firma



Cedula profesional

FECHA DE ELABORACIÓN

Día

Mes

Año

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 54 de 146

### 10.7. Notas Médicas (INER-EC-06)



## NOTAS MÉDICAS



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

<b>FECHA Y HORA</b>	<b>ANOTACIONES DEL MÉDICO</b>
---------------------	-------------------------------



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 55 de 146

### 10.8. Indicaciones médicas (INER-EC-03)



## INDICACIONES MÉDICAS



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)
NÚMERO DE CAMA		FECHA DE ELABORACIÓN		SERVICIO QUE ELABORA	EDAD
GÉNERO	PESO	TALLA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	ÁREA SUPERFICIE CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	RELIGIÓN
PESO IDEAL	PESO AJUSTADO	PESO PREDICHO	CREATININA	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	


#### I. Cuidados generales

Hora	Dieta
Hora	Medidas generales
Hora	Terapia respiratoria (Oxígeno, ventilación, medicamentos inalados; NO Inhaladores en dosis medida. Para medicamento describa nombre, dosis, vía/presentación e intervalo).
Hora	Hemoderivados y soluciones para hidratación o aporte nutricional de base (incluye electrolitos como requerimiento metabólico de mantenimiento).
	Descripción
	*Alerta

#### II. Prescripción de medicamentos (Incluye inhaladores en dosis medida). Leyenda para el apartado de alerta de seguridad AR. Alto riesgo, LSA. Nombre o aspecto parecido, M. Prescripción de muestra médica, F o P. Resguardo por paciente o familiar, Modificado o Suspendido. Indica modificación o suspensión del medicamento

#### III. Transcripción- verificación

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 56 de 146



## 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			
Hora	Lectura de la indicación <input type="checkbox"/>		Confirmación de la indicación <input type="checkbox"/>
	Nombre del Receptor*		Nombre del Emisor**
	No. Trabajador/Cédula. Profesional. ***	Firma	No. Trabajador/Cédula. Profesional. *** Firma


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.		Hoja 57 de 146

### 10.9. Notas de Trabajo Social (INER-EC-09)





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
ISMAEL COSÍO VILLEGAS  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL





#### NOTAS DE TRABAJO SOCIAL

<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">PATERNO</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">MATERNO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">FECHA DE NACIMIENTO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">AÑO</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">MES / DÍA</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">No. DE EXP.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">SEXO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">CLASIF S.E.</td> </tr> </table>	PATERNO	MATERNO	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES / DÍA	No. DE EXP.	SEXO	CLASIF S.E.		SERVICIO No. _____ CAMA: _____ CONSULTA EXTERNA (    ) URGENCIAS (    ) HOSPITALIZACIÓN (    ) TRABAJADORA SOCIAL TURNO MATUTINO _____ TRABAJADORA SOCIAL TURNO VESPERTINO _____ TRABAJADORA SOCIAL TURNO ESPECIAL/VELADA _____
PATERNO	MATERNO												
NOMBRE													
FECHA DE NACIMIENTO													
AÑO	MES / DÍA												
No. DE EXP.	SEXO												
CLASIF S.E.													

FECHA Y HORA	NOTAS DEL TRABAJADOR SOCIAL



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 59 de 146</b>

## 10.10. Indicaciones generales a familiares de pacientes hospitalizados (INER-TS-22)

### VISITA A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Se llevarán a cabo de lunes a domingo con una duración de 60 minutos; únicamente está autorizado el ingreso de **dos visitantes** por día en los horarios establecidos.

La visita puede estar restringida.

Servicio Clínico: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

#### ▶ PARA ACCESAR AL INSTITUTO DEBERÁ:

- Presentar identificación oficial con fotografía.
- Presentar PASE DE VISITA otorgado por el personal de Trabajo Social, el cual deberá mostrar a vigilancia para obtener su gafete e ingresar a este Instituto una vez identificado.
- Uso obligatorio de cubrebocas N95 o KN95 dentro de las instalaciones del Instituto y al permanecer con su paciente.
- Realizar higiene de manos con agua y jabón o gel antibacterial (70% alcohol) antes de entrar, al salir de los servicios clínicos y particularmente con su paciente.
- No introducir alimentos, objetos de valor (joyería, relojes, dinero, computadoras, teléfonos celulares, aparatos electrónicos, etc.); **EL INER NO SE HACE RESPONSABLE EN CASO DE PÉRDIDA O EXTRAVÍO.**
- No está permitido tomas fotográficas y/o videgrabaciones de:
  - Paciente (s)
  - Personal de salud de este Instituto
  - Instalaciones del INER

### EGRESO HOSPITALARIO

El médico tratante le informará con anticipación de la Pre-Alta del paciente.

Los trámites a seguir son los siguientes:

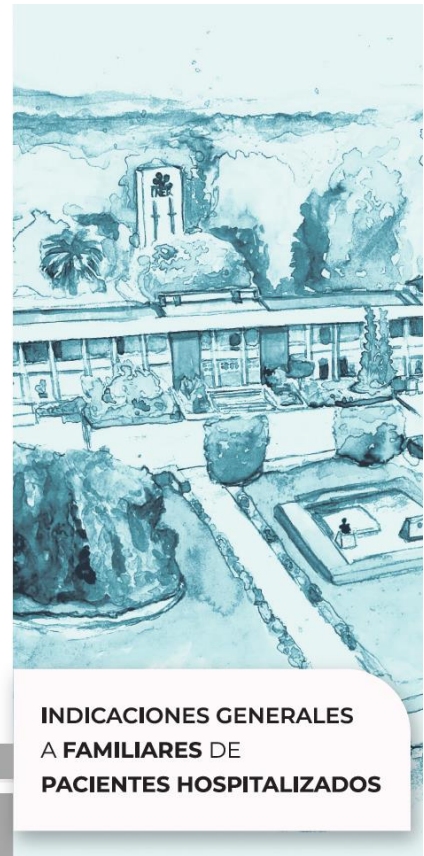
- Usted recibirá una llamada telefónica por personal de Trabajo Social para orientarlo sobre su trámite de egreso.
- Presentarse en el día y horario indicado con ropa y zapatos del paciente en ventanilla de Comunicación Social.
- Accesará con el médico quien le entregará **HOJA DE EGRESO** con indicaciones y en caso necesario **RECETA MÉDICA**.
- Con la **HOJA DE EGRESO** deberá acudir al área de Cuentas Corrientes para tramitar el alta, al concluir le proporcionarán: **VOLANTE DE EGRESO** en tres juegos (paciente, enfermería y vigilancia).
- Acudirá con su Hoja de Egreso y volantes respectivos al área de Admisión Hospitalaria (Archivo Clínico) para solicitar su Carnet.
- Acudirá al **Módulo Universal** de Citas de Consulta Externa para agendar sus citas subsecuentes, el horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a 13:30.
- Al concluir sus trámites, regresará al Servicio Clínico donde se encuentra su paciente y entregará el volante de egreso a enfermería.
- Al retirarse con su paciente deberá entregar otra copia del volante de egreso al personal de vigilancia en la salida.



#### MAYORES INFORMES:



Departamento de Trabajo Social  
Tel. 55 5487 1700 Ext. 5158  
55 54 87 17 17 (Directo)

Calz. de Tlalpan No. 4502, Colonia Sección XVI,  
C.P. 14080, Ciudad de México.  
[www.iner.salud.gob.mx](http://www.iner.salud.gob.mx)



### INDICACIONES GENERALES A FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>2. Procedimiento para el ingreso y la evaluación inicial.</b>		<b>Hoja 60 de 146</b>

#### DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

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

#### INFORMES MÉDICOS

El Informe Médico se proporcionará vía telefónica al responsable legal del paciente de **lunes a viernes a partir de las 12:00 hrs.** Tenga en cuenta que el horario puede variar, de acuerdo a las necesidades de atención de los pacientes.

#### DONACIÓN SANGUÍNEA

##### ¡DONAR SANGRE SALVA VIDAS!

Durante la estancia hospitalaria de su paciente se requiere que acudan tres donadores de sangre.

Para agendar cita, le solicitamos comunicarse al número telefónico del Banco de Sangre:

**55-54-87-17-00 Ext. 5195 y 5297**

En un horario de **09:00 a 14:00** de **lunes a viernes.**

El **horario para la donación** es de **lunes a viernes de 7:00 a 9:15 hrs.**

#### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para la integración del expediente clínico, requerimos copia de la siguiente documentación:

- CURP (paciente)
- Acta de nacimiento (paciente)
- Identificación oficial del paciente y responsable legal: INE, pasaporte vigente, cartilla militar o Cédula profesional.
- Comprobante de domicilio vigente (no mayor a tres meses) del paciente y del responsable legal
- Comprobante de ingresos económicos familiares. (último recibo de pago o declaración escrita)
- Comprobante de derechohabencia o no a Seguridad Social: ISSSTE, IMSS, PEMEX, SEDENA, SEMAR, etc.

#### ARTÍCULOS PERSONALES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

- Shampoo mediano
- Peine para cabello
- Pasta, cepillo dental (cerdas suaves) y protector de cepillo dental
- Jabón neutro líquido
- Desodorante en barra
- 3 Rastrillos (hombres)
- Crema corporal mediana (Lubriderm tapa azul)
- Lubricante para labios
- Corta uñas
- Papel higiénico
- Bolsa hermética chica
- Sandalias

En caso de que su paciente requiera artículos personales adicionales, Trabajo Social lo solicitará vía telefónica.

Los artículos personales deberán ser entregados durante el horario de visita familiar a su paciente. En bolsa plástica transparente colocar en una hoja media carta nombre del paciente, fecha de nacimiento, servicio clínico y cama en que se encuentra hospitalizado. Para pacientes que se encuentren en aislamiento dichos objetos deberán ser entregados al personal de trabajo social o enfermería.

#### CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, se garantiza el derecho de protección a la salud bajo criterios de universalidad, igualdad y sin discriminación.



Serán beneficiarios de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, personas que no cuenten con derechohabencia en alguna de las instituciones de seguridad social.

Lo anterior con fundamento en el Artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.



Las y los usuarios con seguridad social que decidan atenderse en este Instituto deberán apegarse a la evaluación de los criterios generales y las políticas de asignación de clasificación socioeconómica y cubrir las cuotas de recuperación establecidas.

#### NIVEL SOCIOECONÓMICO ASIGNADO:

INER-TS-22 (07.2023)

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 61 de 146</b>

### **3. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DIARIA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 62 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Definir las actividades necesarias para llevar a cabo la evaluación diaria, seguimiento de indicaciones e informes de los/las pacientes admitidos en el Servicio de Terapia Intermedia con calidad, calidez y seguridad.



## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 63 de 146</b>

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

3.5 La visita médica se realiza por las siguientes personas:

- Personal médico del Servicio de Terapia Intermedia.
- Personal de enfermería responsable del/la paciente.
- Personal de psicología.
- Personal de trabajo social.
- Personal médico residente rotante.
- Personal de rehabilitación física.

Lo anterior, al pie de cama del/la paciente, diariamente en el turno matutino de lunes a viernes, de acuerdo con la disponibilidad de los estudios requeridos.



3.6 Durante el fin de semana la visita se realiza con personal médico y de enfermería a la hora que el personal médico adscrito de turno lo determine. Derivado de dicha evaluación se establecerá el plan a seguir.

3.7 Todos los días de lunes a viernes, posterior a la visita médica se realiza una sesión multidisciplinaria durante el mismo turno matutino, para discutir los puntos clave del abordaje diagnóstico y manejo de los/las pacientes.



3.8 En el turno vespertino y nocturno debe realizarse una entrega de guardia para verificar los resultados de los estudios solicitados durante el día y revisar las indicaciones, dicha entrega se podrá realizar en la sala de juntas de personal médico a la hora que los médicos adscritos de la tarde así lo determinen. En dicha entrega debe estar el personal médico residente.

3.9 El personal médico debe garantizar la privacidad del interrogatorio, el cual se lleva a cabo exclusivamente entre el médico y el/la paciente o familiar en caso necesario, salvo que el/la paciente autorice la presencia de personal de apoyo, enfermería o técnico.

3.10 El grupo de personal médico residente a cargo del área clínica es responsable de gestionar el plan diagnóstico/terapéutico poniendo las indicaciones pertinentes, solicitando los estudios de laboratorio y gabinete requeridos, buscando y gestionando la participación de interconsultantes necesarios. Todo esto debe reflejarse en las notas de evolución del expediente clínico electrónico, las cuales son avaladas por personal médico adscrito tratante responsable (en su ausencia, la persona titular del Servicio, personal médico adscrito o residente de mayor jerarquía).



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 64 de 146</b>

- 3.11 Todos los cambios en la evolución clínica, métodos diagnósticos y terapéuticos (ajustes y suspensiones) deben ser agregados en las notas de evolución al expediente clínico electrónico. El proceso debe realizarse diariamente y con la frecuencia requerida.
- 3.12 Es responsabilidad del personal médico adscrito tratante en primer lugar, y de la persona titular del Servicio como supervisor/a, que el expediente se encuentre siempre completo, con las notas/documentos debidamente firmados, con todas sus secciones debidamente complementadas y ordenado de acuerdo con lo establecido por el Comité del Expediente Clínico.
- 3.13 En los casos de pacientes que presenten un deterioro que amerite una atención especializada por parte de una terapia del instituto (UCIR o UTPQ), el personal médico residente y adscrito a cargo, deben comunicarse inmediatamente con el personal a cargo del Servicio ante el requerimiento y de acuerdo con el proceso de ingreso de cada terapia para establecer el traslado en forma oportuna a dicho servicio.
- 3.14 El personal médico residente y adscrito son responsables de contactar a las personas especialistas y solicitar la interconsulta correspondiente, ya sea por interconsultantes internos y/o externos.
- 3.15 En los casos de pacientes que requieren aislamiento por microorganismos de transmisión aérea, se instaurará el uso de uniforme quirúrgico, batas desechables, guantes y cubrebocas de alta eficiencia N95 (equipo de protección personal) por parte del equipo de atención hospitalaria de acuerdo con las pautas establecidas en el Manual de Procedimientos de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
- 3.16 La exploración física debe realizarse posterior a la autorización por parte del/la paciente y en presencia del personal de apoyo de su mismo sexo y con la mayor consideración a la dignidad de la persona usuaria.
- 3.17 Exclusivamente personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia está autorizado para informar al familiar responsable acerca del estado de salud del/la paciente. Los informes se proporcionan diariamente entre las 12 y 15 horas, y el/la familiar debe firmar haber recibido informes. El personal médico adscrito puede solicitar a un/a residente o a otro/a médico/a adscrito/a dar los informes en casos que así se requiera.
- 3.18 Todo el personal debe cumplir las indicaciones médicas al pie de la letra, si existe algún impedimento para que se realice, se debe avisar al personal médico adscrito responsable del/la paciente.
- 3.19 Todas las personas involucradas en la evaluación clínica de pacientes, deben aplicar el procedimiento de desinfección y lavado de manos: 1.- Antes de realizar una tarea limpia

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 65 de 146</b>


aséptica. 2.- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales, 3.-después del contacto con el entorno del paciente, 4.-Antes y 5.-Después del contacto con el paciente, asimismo utilizará guantes y mascarillas en caso necesario. Cuando las manos no han estado expuestas a contacto con secreciones o sangre el procedimiento de aseo de manos se puede llevar a cabo con alcohol gel únicamente.

- 3.20 Se debe realizar lavado de manos, limpieza de estetoscopios, oxímetros y artefactos electrónicos antes del pase de visita, conforme a las recomendaciones de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
- 3.21 Los residuos peligrosos biológico e infecciosos, generados en el área deben ser tratados de forma correcta, conforme a lo establecido en la norma NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- 3.22 Cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo debe ser informada por escrito a la persona titular del Servicio.
- 3.23 El personal del Servicio de Terapia Intermedia debe dar seguimiento a las solicitudes enviadas por las diferentes áreas del Instituto y/o instancias que así lo requieran.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 66 de 146</b>

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

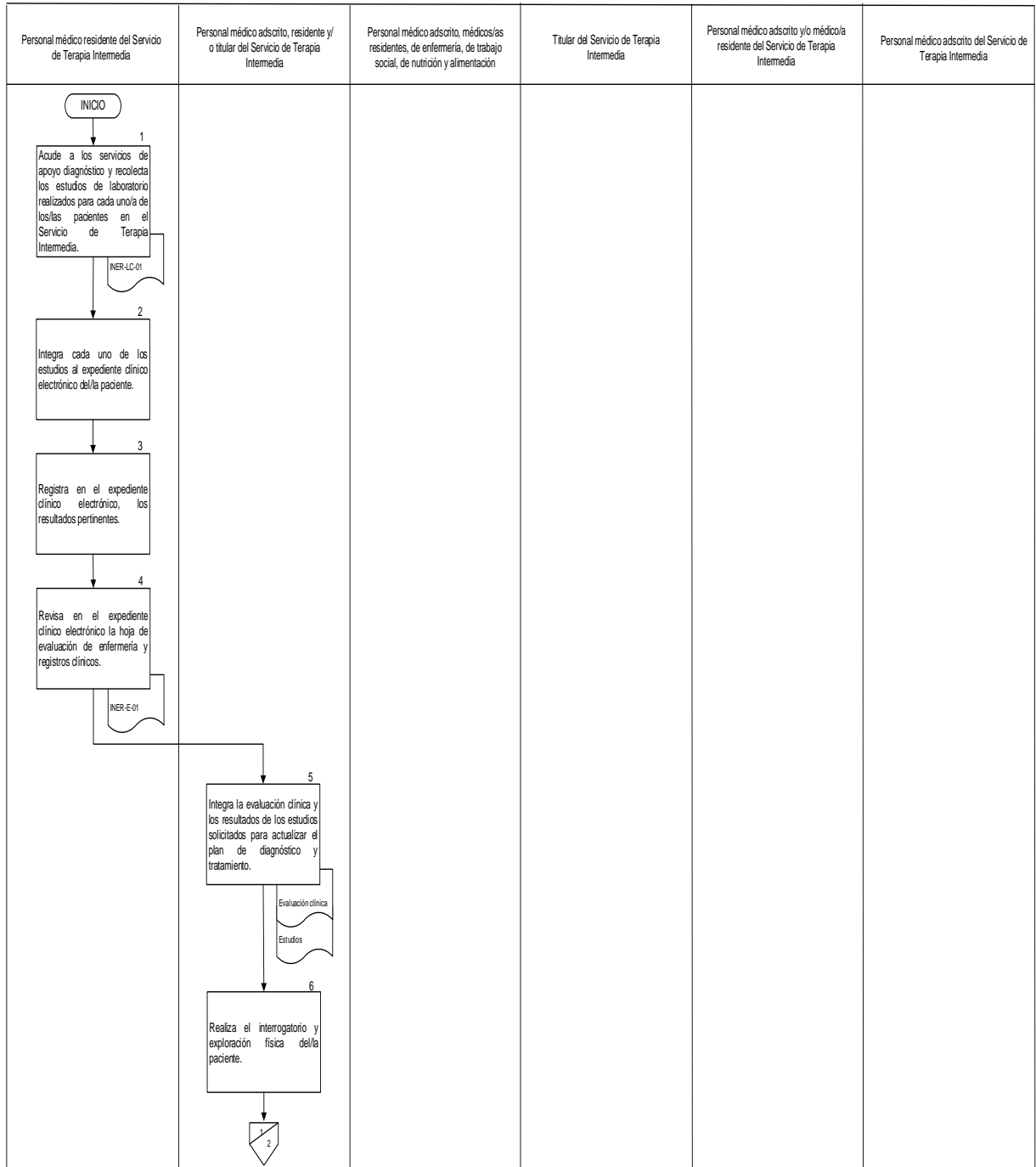
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	1	Acude a los servicios de apoyo diagnóstico y recolecta los estudios de laboratorio realizados para cada uno/a de los/las pacientes en el Servicio de Terapia Intermedia.	INER-LC-01
	2	Integra cada uno de los estudios al expediente clínico electrónico del/la paciente.	
	3	Registra en el expediente clínico electrónico, los resultados pertinentes.	
	4	Revisa en el expediente clínico electrónico la hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos.	INER-E-01
Personal médico adscrito, residente y/o titular del Servicio de Terapia Intermedia	5	Integra la evaluación clínica y los resultados de los estudios solicitados para actualizar el plan de diagnóstico y tratamiento.	Evaluación Clínica. Estudios
	6	Realiza el interrogatorio y exploración física del/la paciente.	
	7	Asienta las indicaciones en el expediente clínico electrónico.	INER-EC-03
Personal médico adscrito, médicos/as residentes, de enfermería, de trabajo social, de nutrición y alimentación	8	Visita al paciente y discute el abordaje diagnóstico, así como el manejo terapéutico, con el fin de hacer observaciones e identificar puntos de mejora.	
Titular del Servicio de Terapia Intermedia	9	Asigna al personal médico responsable de dar seguimiento al estado de salud del/la paciente, indicaciones y solución de problemas.	

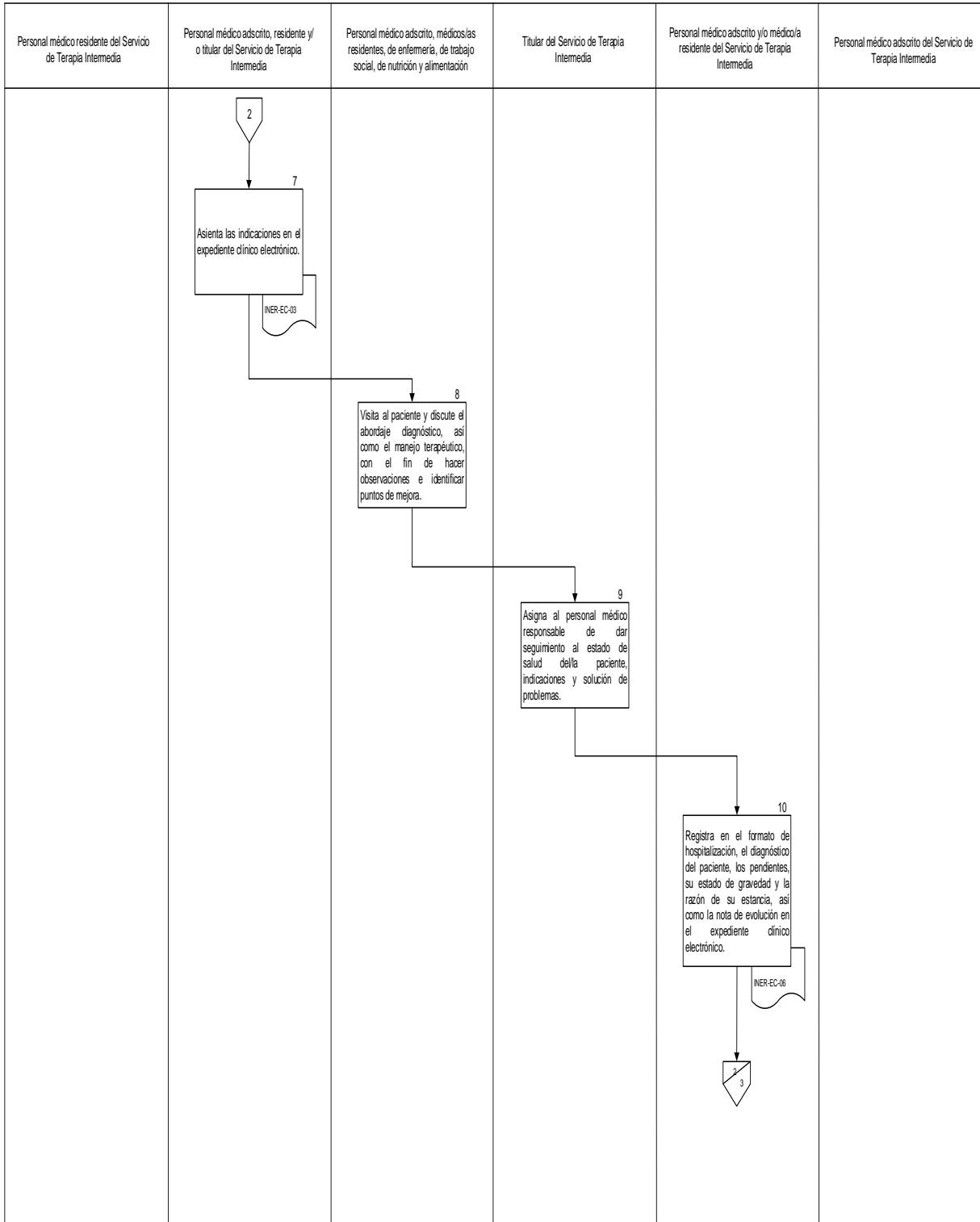
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>	<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>	<b>Hoja 67 de 146</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documentos o anexo</b>
Personal médico adscrito y/o médico/a residente del Servicio de Terapia Intermedia	10	Registra en el formato de hospitalización, el diagnóstico del paciente, los pendientes, su estado de gravedad y la razón de su estancia, así como la nota de evolución en el expediente clínico electrónico.	INER-EC-06
	11	Realiza las solicitudes de estudios de apoyo diagnóstico, necesarias.	Solicitudes de estudios de apoyo diagnóstico
	12	Verifica que se hayan llevado a cabo todas las indicaciones señaladas.	
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	13	Supervisa la nota de evolución en el expediente clínico electrónico, indicando estado de salud del/la paciente y el manejo médico que recibe.	INER-EC-06
Personal médico adscrito, residente y/o titular del Servicio de Terapia Intermedia	14	Proporciona informes al familiar responsable.	
		<b>Termina procedimiento</b>	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 68 de 146</b>

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

**3. Procedimiento para la evaluación diaria**





**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 70 de 146**

Personal médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	Personal médico adscrito, residente y/ o titular del Servicio de Terapia Intermedia	Personal médico adscrito, médicos/as residentes, de enfermería, de trabajo social, de nutrición y alimentación	Titular del Servicio de Terapia Intermedia	Personal médico adscrito y/o médico/a residente del Servicio de Terapia Intermedia	Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia
	<p>14</p> <p>Proporciona informes al familiar responsable.</p> <p>Termina</p>			<p>3</p> <p>11</p> <p>Realiza las solicitudes de estudios de apoyo diagnóstico, necesarias.</p> <p>Solicitudes de Estudios de Apoyo Diagnóstico</p> <p>12</p> <p>Verifica que se hayan llevado a cabo todas las indicaciones señaladas.</p>	<p>13</p> <p>Supervisa la nota de evolución en el expediente clínico electrónico, indicando estado de salud del paciente y el manejo médico que recibe.</p> <p>INER-EC-06</p>





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 71 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-E-01
7.2. Indicaciones Médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-03
7.3. Nota Médica	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-06
7.4. Estudios de Laboratorio	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Laboratorio Clínico	INER-LC-01
7.5. Expediente	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	N/P

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 72 de 146</b>

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de un establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones legales aplicables.
- 8.2 Laboratorio clínico:** al establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un establecimiento de atención médica, que tenga como fin realizar análisis clínicos y así coadyuvar en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud.
- 8.3 Prueba de laboratorio:** estudio o análisis de laboratorio clínico, realizado en muestras biológicas y procesado en los equipos.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
N/P	N/P	Creación del procedimiento

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos (INER-E-01)
- 10.2. Indicaciones Médica (INER-EC-03)
- 10.3. Notas médicas (INER-EC-06)
- 10.4. Estudios de Laboratorio (INER-LC-01)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>3. Procedimiento para la evaluación diaria</b>		<b>Hoja 73 de 146</b>

### 10.1. Hoja de evaluación de enfermería y registro clínicos (INER-E-01)

		<b>HOJA DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA Y REGISTROS CLÍNICOS</b>										 <small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMARL COSÍO VILLAS DIRECCIÓN MÉDICA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</small>																					
<b>1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>												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:																							
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 ALERGIA:																							
ENFERMEDAD DE BASE																																	
<b>2) SIGNOS VITALES</b>		ESCALA DE DOLOR		ESCALA DE TEMPERATURA		Día		Mes		Año		D.E.		Día		Mes		Año		D.E.		Día		Mes		Año		D.E.					
		10		39.5°		8		12		16		20		24		3		6		8		12		16		20		24		3		6	
		9		39°																													
		8		38.5°																													
		7		38°																													
		6		37.5°																													
		5		37°																													
		4		36.5°																													
		3		36°																													
		2		35.5°																													
		1		35°																													
		0		35°																													
		SIN DOLOR																															
Tensión Arterial mmHg.																																	
F. Cardíaca x minuto																																	
F. Respiratoria x minuto																																	
Saturación de O <sub>2</sub> (%)																																	
Valoración del Edo. De Conciencia (A,S,E,C)																																	
Glucemia Capilar (mg/dl)																																	
<b>3) VALORACIÓN DEL DOLOR</b>						TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN					
TIPO		Somático (1)		Visceral (2)		Neuropático (3)																											
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																																	
<b>4) VALORACIÓN DEL ESTADO RESPIRATORIO (ESCALA MAHLER)</b>						TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN					
DISNEA		Grado 4: no hay deterioro		Grado 3: deterioro ligero		Grado 2: deterioro moderado		Grado 1: deterioro severo		Grado 0: muy severo																							
Presencia de Ruidos Respiratorios ¿Cual? Bronquial, Broncovascular, Vesicular, Crepitantes, Roncus, Silbancias, Rocio pleural																																	
Patrón Respiratorio ¿Cual? Eupnea, Taquipnea, Bradipnea, Apnea, Hiperpnea																																	
Tos productiva (TP) Tos no productiva (TNP) Tos Cianocante (TC)																																	
Presencia de cianosis Central o Distal																																	
CARACTERÍSTICAS DE SECRECIONES																																	
<b>5) OXIGENO TERAPIA</b>						TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN					
Puntas nasales Lts por minuto:																																	
NEB. FIO2																																	
Ventilación mecánica no invasiva:																																	
Posición del paciente.																																	
<b>6) COMUNICACIÓN</b>						TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN					
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.																																	
<b>7) HIGIENE CORPORAL</b>						TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN		TM		TV		TN					
Baño de esponja		Baño en regadera		Baño seco																													
Asistencia durante el baño Enfermera (1) Familiar (2) Ambos (3)																																	
Aseo parcial y medidas de higiene																																	



<b>8) VALORACIÓN DE UPP (BRADEN)</b>				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
VALORACIÓN DE RIESGO: Alto, Moderado o Bajo riesgo												
<b>9) TIPO Y LOCALIZACIÓN DE HERIDAS</b>				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
X ULCERA POR PRESIÓN / HERIDA QUIRÚRGICA O HERIDA DEHISCENTE @ ESTOMA Δ QUEMADURA												
VALORACIÓN DE HERIDAS Tipo de herida (abierta/cerrada)												
1. UPP 2. HK.QX. 3. Quemadura 4. HK. Dehiscente. 5. Estoma. 6. Flictena												
Categoría 1 2 3 4 No valorable. (NV) SDTP												
Estado de la herida: 1. Epitelizado 2. Granulación 3. Esfacelo 4. Necrótico												
Secreción: 0. Ninguna. 1. Serosa. 2. Serohemática. 3. Hemático. 4. Purulento												
Exudado: 0. Nulo 1. Escaso 2. Moderado 3. Abundante												
TRATAMIENTO DE HERIDAS												
1. Gasa 2. P. Catena 3. A. Polureano 4. A. Hidrocolida 5. A. Hidrocolida 6. A. Desbridamiento												
<b>10) VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA (MORSE)</b>				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
Alto Riesgo: Mayor de 50 puntos Medidas especiales												
Bajo Riesgo: De 25 a 50 puntos Medidas estándar												
Sin Riesgo: De 0 a 24 puntos Medidas básicas												
HUMPTY DUMPTY <input type="checkbox"/>												
<b>11) ÍNDICE DE BARTHEL PUNTAJACIÓN MÁXIMA: 100 puntos (90 al usar silla de ruedas)</b>				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										
<b>11a) VALORACIÓN NUTRICIONAL E INGESTA DE ALIMENTOS</b>												
TIPO DE DIETA:												
Vía oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral (NPT) <input type="checkbox"/>												
Alimentos ingeridos												
Dispositivo para alimentación: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cual? <input type="text"/>												
El paciente presenta:												
1) Dificultad para ingerir alimentos: SI <input type="checkbox"/> ó NO <input type="checkbox"/>												
2) Utiliza dentadura postiza para masticar alimentos: SI <input type="checkbox"/> ó NO <input type="checkbox"/>												
3) Intolerancia a frutos o vegetales o productos lácteos: ¿Cual? <input type="text"/>												
<b>12) DESCANSO Y SUEÑO</b>				TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
Sueño continuo												
Sueño discontinuo												
Insomnio												
Reposo relativo												
Reposo absoluto												
<b>13) ACCESOS VASCULARES</b>												
		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												
<b>14) SONDAS Y DRENAJES</b>												
		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												
<b>15) PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>												
TAC SIM		TAC CONT.		RX		ECO		CATETERISMO				
MED NUC		FISIOLOGIA		ESPIRO.		F.B.C.		PUNCIÓN				
INST. SEP		INST. CAT		BIOPSIA		OTRO:						
ESTUDIOS DE LABORATORIO												





A) FECHAS										B) FECHAS											
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES SUGERIDAS										ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS E INTERVENCIONES SUGERIDAS											
	T	M	V	N	T	M	V	N	T	M	V	N		T	M	V	N	T	M	V	N
9. Desequilibrio nutricional (00001/00002)										Manejo de líquidos.											
Asistencia en la alimentación.										Mantener la ropa de cama limpia.											
Monitorización de líquidos.										Aseo 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.										Irrigación 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 en 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		19) EVALUACIÓN FINAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA											
DIARIO													
	TM												
	TV												
	TN												
	TM												
	TV												
	TN												
	TM												
	TV												
	TN												

FECHA	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DE RESPONDER DEL CUIDADO ENFERMERÍA	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN	TM	TV	TN
NOMBRE												
FIRMA												

### 10.2. Indicaciones médicas (INER-EC-03)



### INDICACIONES MÉDICAS



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)
NÚMERO DE CAMA		FECHA DE ELABORACIÓN		SERVICIO QUE ELABORA	EDAD
GÉNERO	PESO	TALLA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	ÁREA SUPERFICIE CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	RELIGIÓN
PESO IDEAL	PESO AJUSTADO	PESO PREDICHO	CREATININA	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	



#### I. Cuidados generales

Hora	Dieta				
Hora	Medidas generales				
Hora	Terapia respiratoria	(Oxígeno, ventilación, medicamentos inhalados; NO Inhaladores en dosis medida. Para medicamento describa nombre, dosis, vía/presentación e intervalo).			
Hora	Hemoderivados y soluciones para hidratación o aporte nutricional de base	(incluye electrolitos como requerimiento metabólico de mantenimiento).			
Hora	Descripción				*Alerta

#### II. Prescripción de medicamentos (Incluye inhaladores en dosis medida). Legenda para el apartado de alerta de seguridad AR. Alto riesgo, LASA. Nombre o aspecto parecido, M. Prescripción de muestra médica, F o P. Resguardo por paciente o familiar, Modificado o Suspendido. Indica modificación o suspensión del medicamento

#### III. Transcripción- verificación

Hora	Modificado. Dr.	Medicamento (nombre genérico)	*Alerta de seguridad	Dosis, incluye solución y tiempo de infusión	Vía	Frecuencia	Fecha inicio	Transcripción			Revisó Farm. Hosp.
								M	V	N	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	3. Procedimiento para la evaluación diaria		Hoja 78 de 146



## INDICACIONES MÉDICAS



DIRECCIÓN MÉDICA

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

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

V. Registro de indicaciones verbales y telefónicas durante la atención médica (exclusivo para situaciones de *urgencia* en la que exista un *peligro inminente para la vida* del paciente o situaciones excepcionales en las que el médico no 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 TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	3. Procedimiento para la evaluación diaria		Hoja 79 de 146

### 10.3. Notas Médicas (INER-EC-06)



## NOTAS MÉDICAS



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



FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO

### 10.4. Estudios de Laboratorio (INER-LC-01)

 <p style="font-size: 24px; font-weight: bold; margin: 0;">SALUD</p> <p style="font-size: 10px; margin: 0;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO	 <p style="font-size: 10px; margin: 0;">INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</p> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS Y PARAMÉDICOS DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO</p>																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">NOMBRE (S)</td> <td style="width: 33%;">PRIMER APELLIDO</td> <td style="width: 33%;">SEGUNDO APELLIDO</td> </tr> <tr> <td>EXPEDIENTE:</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">GÉNERO:</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">FEMENINO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FECHA DE NACIMIENTO:</td> <td style="text-align: center;">MASCULINO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIA:</td> <td>MES:</td> <td>AÑO:</td> </tr> </table>	NOMBRE (S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EXPEDIENTE:	GÉNERO:			FEMENINO	<input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	DIA:	MES:	AÑO:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SERVICIO:</td> <td>CAMA:</td> <td>EDAD:</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA DE ESTUDIO:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO. DE PROTOCOLO:</td> <td>NO. DE CONVENIO:</td> <td>FECHA:</td> </tr> <tr> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SERVICIO:	CAMA:	EDAD:	CLÍNICA DE ESTUDIO:			NO. DE PROTOCOLO:	NO. DE CONVENIO:	FECHA:	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:			
NOMBRE (S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																											
EXPEDIENTE:	GÉNERO:																												
	FEMENINO	<input type="checkbox"/>																											
FECHA DE NACIMIENTO:	MASCULINO	<input type="checkbox"/>																											
DIA:	MES:	AÑO:																											
SERVICIO:	CAMA:	EDAD:																											
CLÍNICA DE ESTUDIO:																													
NO. DE PROTOCOLO:	NO. DE CONVENIO:	FECHA:																											
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:																													
<p><b>HEMATOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC07 BIOMETRÍA HEMÁTICA</li> <li><input type="checkbox"/> LC116 RETICULOCITOS</li> <li><input type="checkbox"/> LC108 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBLULAR</li> <li><input type="checkbox"/> LC218 FROTIS SANGUÍNEO</li> </ul> <p><b>COAGULACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC89 PRUEBAS DE COAGULACIÓN</li> <li>PACIENTE ANTICOAGULADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> LC91 TIEMPO DE PROTROMBINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC84 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA</li> <li><input type="checkbox"/> LC159 TIEMPO DE TROMBINA</li> </ul> <p><b>PRUEBAS DE COAGULACIÓN ESPECIALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC97 ANTITROMBINA II</li> <li><input type="checkbox"/> LC98 DIMERO D</li> <li><input type="checkbox"/> LC99 PROTEÍNA S</li> <li><input type="checkbox"/> LC100 PROTEÍNA C</li> <li><input type="checkbox"/> LC170 FIBRINÓGENO DE CLAUS</li> <li><input type="checkbox"/> LC209 PERFIL ANTIFOSFOLIPIDOS</li> <li><input type="checkbox"/> LC171 AC. LÚPICO</li> <li><input type="checkbox"/> LC184 ANTICUERPOS ANTI BETA-2 GLUCOPROTEÍNA IgG</li> <li><input type="checkbox"/> LC185 ANTICUERPOS ANTI BETA-2 GLUCOPROTEÍNA IgM</li> <li><input type="checkbox"/> LC133 ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS IgG</li> <li><input type="checkbox"/> LC132 ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS IgM</li> </ul> <p><b>QUANTIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC174 HEPARINA anti Xa HNF</li> <li><input type="checkbox"/> LC18 HEPARINA anti Xa HBFM</li> <li><input type="checkbox"/> LC182 RIVAROXABAN</li> <li><input type="checkbox"/> LC183 DABIGATRAN</li> </ul> <p><b>BIOQUÍMICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC101 QUÍMICA SANGUÍNEA</li> <li><input type="checkbox"/> LC102 GLUCOSA</li> <li><input type="checkbox"/> LC103 UREA (BUN)</li> <li><input type="checkbox"/> LC104 CREATININA</li> <li><input type="checkbox"/> LC105 ACIDO URICO</li> <li><input type="checkbox"/> LC180 CISTATINA C</li> <li><input type="checkbox"/> LC46 PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA</li> <li><input type="checkbox"/> LC47 PROTEÍNAS TOTALES / ALBUMINA Y RELACION A/G</li> <li><input type="checkbox"/> LC50 BILIRRUBINAS TOTALES (DIRECTA E INDIRECTA)</li> <li><input type="checkbox"/> LC48 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (TGP)</li> <li><input type="checkbox"/> LC55 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (TGO)</li> <li><input type="checkbox"/> LC53 FOSFATASA ALCALINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC181 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA</li> <li><input type="checkbox"/> LC14 DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH)</li> <li><input type="checkbox"/> LC112 PERFIL PANCREÁTICO</li> <li><input type="checkbox"/> LC02 AMILASA</li> <li><input type="checkbox"/> LC34 LIPASA</li> </ul> <p><b>CONTROL DIABETES</b></p> <p><b>CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC119 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC187 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC187 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA GESTACIONAL 75Gr</li> <li><input type="checkbox"/> LC121 Hb. GLUCADA</li> <li><input type="checkbox"/> LC144 HOMA</li> </ul>	<p><b>BIOQUÍMICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC35 PERFIL DE LÍPIDOS (Índice aterogénico)</li> <li><input type="checkbox"/> LC51 COLESTEROL TOTAL</li> <li><input type="checkbox"/> LC49 TRIGLICÉRIDOS</li> <li><input type="checkbox"/> LC30 HDL- COLESTEROL</li> <li><input type="checkbox"/> LC38 LDL- COLESTEROL</li> </ul> <p><b>OTROS LÍPIDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC26 FOSFOLIPIDOS</li> <li><input type="checkbox"/> LC05 APO A (APOLIPOPROTEÍNA A)</li> <li><input type="checkbox"/> LC06 APO B (APOLIPOPROTEÍNA B)</li> <li><input type="checkbox"/> LC208 PERFIL DE HIERRO</li> <li><input type="checkbox"/> LC136 HIERRO EN SUERO</li> <li><input type="checkbox"/> LC137 CAPACIDAD DE UNIÓN DE TRANSFERINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC193 TRANSFERRINA</li> </ul> <p><b>PRUEBAS CARDIACAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC52 CREATIN FOSFOKINASA (CPK)</li> <li><input type="checkbox"/> LC54 FRACCIÓN CK-MB</li> <li><input type="checkbox"/> LC145 BNP</li> <li><input type="checkbox"/> LC146 MIOGLOBINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC147 TROPONINA</li> </ul> <p><b>PRUEBAS ELECTROLÍTICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC20 SODIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC21 POTASIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC22 CLORO</li> <li><input type="checkbox"/> LC28 CALCIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC27 FOSFORO</li> <li><input type="checkbox"/> LC39 MAGNESIO</li> </ul> <p><b>INMUNOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC56 PERFIL INMUNOLÓGICO</li> <li><input type="checkbox"/> LC62 INMUNOGLOBULINA IgG</li> <li><input type="checkbox"/> LC60 INMUNOGLOBULINA IgA</li> <li><input type="checkbox"/> LC63 INMUNOGLOBULINA IgM</li> <li><input type="checkbox"/> LC61 INMUNOGLOBULINA IgE</li> <li><input type="checkbox"/> LC58 COMPLEMENTO C3</li> <li><input type="checkbox"/> LC59 COMPLEMENTO C4</li> <li><input type="checkbox"/> LC66 PERFIL REUMATOLÓGICO</li> <li><input type="checkbox"/> LC67 ANTISTREPTOLISINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC68 FACTOR REUMATOIDE</li> <li><input type="checkbox"/> LC69 PROTEÍNA C REACTIVA</li> </ul> <p><b>PRUEBAS INMUNOLÓGICAS ESPECIALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC7 ALFA 1 ANTITRIPSINA (AAT)</li> <li><input type="checkbox"/> LC106 REACCIONES FERILES</li> <li><input type="checkbox"/> LC17 PRUEBA DE EMBARAZO</li> <li><input type="checkbox"/> LC126 PROCALCITONINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC104 ANTIGENO AVIARIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC110 VDRL</li> <li><input type="checkbox"/> LC143 INSULINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC190 FERRITINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC117 DETERMINACIÓN DE COTININA</li> <li><input type="checkbox"/> LC 201 PARATHORMONIA</li> <li><input type="checkbox"/> LC 199 CORTISOL SÉRICO</li> <li><input type="checkbox"/> LC 200 CORTISOL URINARIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC 207 NGAL</li> </ul>	<p><b>INMUNOLOGÍA</b></p> <p><b>MARCADORES TUMORALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC41 GONADOTROPINA CORÓNICA HUMANA (HCG)</li> <li><input type="checkbox"/> LC42 ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL (TPSA)</li> <li><input type="checkbox"/> LC43 ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO (ACE)</li> <li><input type="checkbox"/> LC44 ALFA FETOPROTEÍNA</li> <li><input type="checkbox"/> LC123 CA 199</li> <li><input type="checkbox"/> LC122 CA 15-3</li> <li><input type="checkbox"/> LC124 CA 125</li> <li><input type="checkbox"/> LC194 CYFRA 21</li> <li><input type="checkbox"/> LC76 PERFIL DE TORCH</li> <li><input type="checkbox"/> LC79 ANTICUERPOS IgG frente al Toxoplasma gondii</li> <li><input type="checkbox"/> LC80 ANTICUERPOS IgM frente al Toxoplasma gondii</li> <li><input type="checkbox"/> LC77 ANTICUERPOS IgG frente al virus de la Rubéola</li> <li><input type="checkbox"/> LC78 ANTICUERPOS IgM frente al virus de la Rubéola</li> <li><input type="checkbox"/> LC81 ANTICUERPOS IgG frente al Citomegalovirus</li> <li><input type="checkbox"/> LC82 ANTICUERPOS IgM frente al Citomegalovirus</li> <li><input type="checkbox"/> LC220 ANTICUERPOS IgG frente al Herpes simple</li> <li><input type="checkbox"/> LC221 ANTICUERPOS IgM frente al Herpes simple</li> </ul> <p><b>OTRAS SEROLOGÍAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC195 ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA TPO</li> <li><input type="checkbox"/> LC211 ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA TG</li> <li><input type="checkbox"/> LC191 ANTICUERPOS ANTI SARS COV-2 (N) NUCLEOCÁPSIDE</li> <li><input type="checkbox"/> LC222 ANTICUERPOS IgG frente a VARICELA ZOSTER</li> <li><input type="checkbox"/> LC23 ANTICUERPOS IgG frente a SARAMPION</li> <li><input type="checkbox"/> LC206 ANTICUERPOS IgG frente a VIRUS EPSTEIN BARR</li> </ul> <p><b>DETERMINACIÓN DE MEDICAMENTOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC154 VANCOMICINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC145 VITAMINA D</li> <li><input type="checkbox"/> LC215 VITAMINA B12</li> </ul> <p><b>INMUNOSUPRESORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC 203 TACROLIMUS</li> <li><input type="checkbox"/> LC 204 SIROLIMUS</li> <li><input type="checkbox"/> LC 205 CICLOSPORINA</li> <li><input type="checkbox"/> LC70 PERFIL TIROIDEO</li> <li><input type="checkbox"/> LC71 TRÍYODOTIRONINA (T3)</li> <li><input type="checkbox"/> LC72 TIROXINA (T4)</li> <li><input type="checkbox"/> LC73 TRÍYODOTIRONINA LIBRE (FT3)</li> <li><input type="checkbox"/> LC74 TIROXINA LIBRE (FT4)</li> <li><input type="checkbox"/> LC75 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES</li> <li><input type="checkbox"/> LC202 TIROGLOBULINA</li> </ul> <p><b>CITOQUÍMICO EN LÍQUIDOS ORGANICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC38 PLEURAL</li> <li><input type="checkbox"/> LC36 CEFALORRAQUÍDIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC177 ASCITS/PERTONEAL</li> <li><input type="checkbox"/> LC37 PERICARDIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC178 SINOVAL</li> <li><input type="checkbox"/> LC176 MICROPROTEÍNAS EL LCR</li> <li><input type="checkbox"/> LC179 VDRL EN LCR</li> <li><input type="checkbox"/> LC114 ADENOSIN DESAMINASA (ADA) EN: _____</li> </ul>	<p><b>URINALISIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC25 EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO)</li> <li><input type="checkbox"/> LC98 BACU (INYECCIÓN ALBUMINA/CREATININA URINARIA)</li> <li><input type="checkbox"/> LC189 ACIDO URICO URINARIO muestra única</li> <li><input type="checkbox"/> LC225 ACIDO URICO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC236 ACIDO URICO URINARIO 24 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC234 CREATININA URINARIA</li> <li><input type="checkbox"/> LC186 DEPURACION DE CREATININA 12h</li> <li><input type="checkbox"/> LC13 DEPURACION DE CREATININA 24h</li> </ul> <p>PESO: _____ TALLA: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC227 MICROALBUMINA EN ORINA DE 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC164 MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC238 MICROPROTEÍNAS EN ORINA DE 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC168 MICROPROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS</li> <li><input type="checkbox"/> LC103 UREA ORINA 24HR</li> <li><input type="checkbox"/> LC210 BALANCE NITROGENADO Gr _____ 24Hr</li> </ul> <p><b>ELECTROLITOS URINARIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC155 SODIO URINARIO muestra única</li> <li><input type="checkbox"/> LC229 SODIO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC230 SODIO URINARIO 24Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC161 CALCIO URINARIO muestra única</li> <li><input type="checkbox"/> LC231 CALCIO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC232 CALCIO URINARIO 24Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC162 FOSFORO</li> <li><input type="checkbox"/> LC233 FOSFORO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC234 FOSFORO URINARIO 24Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC163 MAGNESIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC235 MAGNESIO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC236 MAGNESIO URINARIO 24Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC156 POTASIO</li> <li><input type="checkbox"/> LC237 POTASIO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC238 POTASIO URINARIO 24Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC157 CLORO</li> <li><input type="checkbox"/> LC239 CLORO URINARIO 12 Hr</li> <li><input type="checkbox"/> LC240 CLORO URINARIO 24Hr</li> </ul> <p><b>COPROPARASITOSCOPICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC10 MUESTRA ÚNICA</li> <li><input type="checkbox"/> LC11 SERIE DE 3</li> <li><input type="checkbox"/> LC107 SANGRE OCULTA EN HECEs</li> </ul> <p><b>EOSINOFILOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LC175 EXPECTORACION</li> <li><input type="checkbox"/> LC4 SECRECIÓN NASAL</li> </ul>																										
		<p><b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA</p> <hr/> <p><b>CÉDULA PROFESIONAL</b></p>																											

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 81 de 146</b>

#### **4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 82 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Señalar las bases operativas necesarias para solicitar estudios paraclínicos dentro del Servicio de Terapia Intermedia, con el objeto de establecer con eficacia y eficiencia el diagnóstico y el manejo terapéutico apropiado de las personas usuarias.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia y acorde



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 83 de 146</b>

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

- 3.5 La persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito son responsables de vigilar que los estudios solicitados sean consistentes con las guías clínicas nacionales e internacionales de cada patología desarrolladas, adaptadas o adoptadas por el Instituto, mismas que deberán plasmarse en el expediente clínico electrónico.
- 3.6 Los estudios se solicitarán con el formato correspondiente a los servicios de laboratorio clínico, microbiológico, imagenología, y medicina nuclear.
- 3.7 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, son las encargadas de solicitar la autorización del/la paciente o familiar para la realización de cualquier estudio de imagen que requiera la introducción de un medio de contraste.
- 3.8 El personal médico residente es responsable de realizar la solicitud de los estudios de microbiología y transportar las muestras al laboratorio en bolsas rojas de RPBI.
- 3.9 Si el/la paciente debe salir del Servicio para la realización de un determinado estudio, debe ser acompañado/a por el personal médico responsable, enfermería, camillería, y en caso de que el/la paciente requiera ventilación mecánica, el personal de inhaloterapia debe apoyar el traslado. Siempre debe llevar monitor de traslado, resucitador manual, laringoscopio con hojas curvas y rectas número 3 y 4, cánulas orofaríngeas, nasofaríngeas y máscara facial. En caso de tener medicamentos en infusión, debe llevarse siempre con bombas de infusión previamente verificadas por el personal de enfermería en cuanto a reserva de batería.
- 3.10 El traslado del/la paciente fuera del Servicio por cualquier razón, debe efectuarse bajo la supervisión del personal médico adscrito responsable y responder estrictamente a una evaluación riesgo-beneficio. Se consideran no trasladables pacientes con altos requerimientos de oxígeno en la ventilación mecánica, doble vasopresor o un vasopresor a dosis supratrapéuticas según sea el caso.
- 3.11 Todas las personas involucradas en la evaluación clínica de pacientes, deben aplicar el procedimiento de desinfección y lavado de manos: 1.- Antes de realizar una tarea limpia aséptica. 2.- después del riesgo de exposición a líquidos corporales, 3.-después del contacto con el entorno del paciente, 4.-Antes y 5.-Después del contacto con el paciente, asimismo utilizar guantes y mascarillas en caso necesario. Cuando las manos no han estado expuestas a contacto con secreciones o sangre el procedimiento de aseo de manos se puede llevar a cabo con alcohol gel únicamente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 84 de 146</b>

- 3.12 Los residuos peligrosos biológico e infecciosos, generados en el Servicio deben ser tratados de forma correcta, conforme a lo establecido en la norma NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- 3.13 Cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo debe ser informada por escrito a la persona titular del Servicio.
- 3.14 El personal del Servicio de Terapia Intermedia debe dar seguimiento a las solicitudes enviadas por las diferentes áreas del Instituto y/o instancias que así lo requieran.

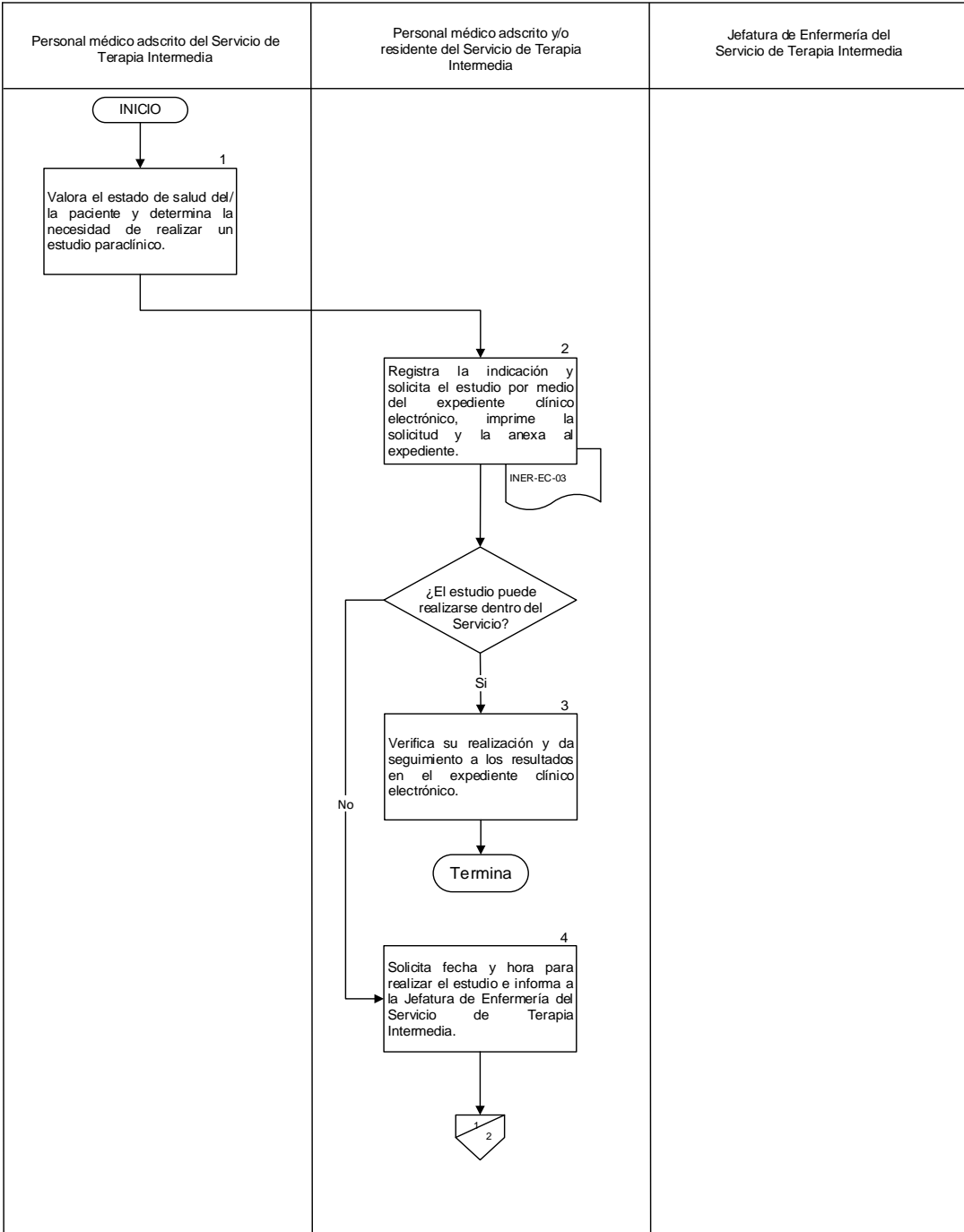
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <b>INER</b>	Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.		Hoja 85 de 146

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	1	Valora el estado de salud del/la paciente y determina la necesidad de realizar un estudio paraclínico.	
Personal médico adscrito y/o residente del Servicio de Terapia Intermedia	2	Registra la indicación y solicita el estudio por medio del expediente clínico electrónico, imprime la solicitud y la anexa al expediente.	INER-EC-03
	3	¿El estudio puede realizarse dentro del Servicio?  Si. Verifica su realización y da seguimiento a los resultados en el expediente clínico electrónico. <b>Termina procedimiento.</b>	
	4	No. Solicita fecha y hora para realizar el estudio e informa a la Jefatura de Enfermería del Servicio de Terapia Intermedia.	
Jefatura de Enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	5	Programa al personal de camillería, enfermería e inhaloterapia, para el traslado del/la paciente a la hora estipulada.	
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	6	Da indicaciones para preparar al paciente para el estudio y el traslado.	
	7	¿El/la paciente puede ser trasladado?  No. Estabiliza al paciente y pospone el estudio hasta que el estado de salud del paciente lo permita. Regresa a la actividad 4.	
	8	Si. Coordina el traslado del/la paciente con el personal del Servicio indicado.	
		<b>Termina procedimiento</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		Hoja 86 de 146

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

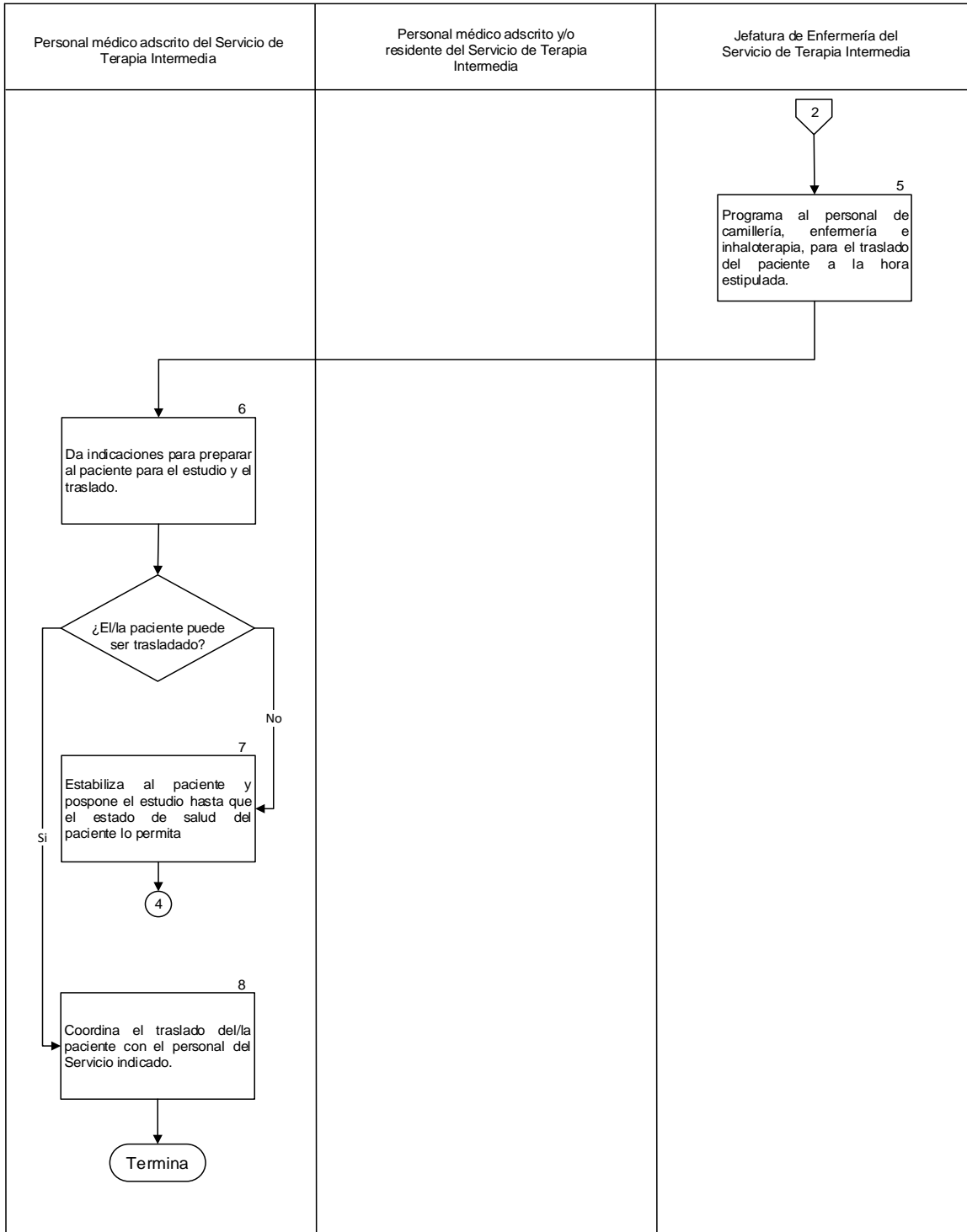
**4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.**




Rev. 0

Código:  
NCDPR 119

Hoja 87 de 146



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 88 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Indicaciones médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente Clínico	INER-EC-03

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Resucitador manual:** también conocido como bolsa-autoinflable, es un dispositivo manual para proporcionar ventilación con presión positiva para aquellos pacientes que no respiran o que no lo hacen adecuadamente.
- 8.2 Estudios paraclínicos:** Estudios de apoyo diagnóstico, ya sean imagenológicos o de medicina nuclear, así como estudios de laboratorio.
- 8.3 Prueba de laboratorio:** Estudio o análisis de laboratorio clínico, realizado en muestras biológicas y procesado en los equipos.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
N/P	N/P	Creación del procedimiento

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Indicaciones médicas (INER-EC-03)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 89 de 146</b>

### 10.1. Indicaciones médicas (INER-EC-03)



## INDICACIONES MÉDICAS



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)
NÚMERO DE CAMA		FECHA DE ELABORACIÓN		SERVICIO QUE ELABORA	EDAD
GÉNERO	PESO	TALLA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	ÁREA SUPERFICIE CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	RELIGIÓN
PESO IDEAL	PESO AJUSTADO	PESO PREDICHO	CREATININA	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	



#### I. Cuidados generales

Hora	Dieta	
Hora	Medidas generales	
Hora	Terapia respiratoria (Oxígeno, ventilación, medicamentos inhalados; NO Inhaladores en dosis medida. Para medicamento describa nombre, dosis, vía/presentación e intervalo).	
Hora	Hemoderivados y soluciones para hidratación o aporte nutricional de base (incluye electrolitos como requerimiento metabólico de mantenimiento).	
Hora	Descripción	*Alerta

#### II. Prescripción de medicamentos (Incluye inhaladores en dosis medida). Legenda para el apartado de alerta de seguridad AR, Alto riesgo, LASA, Nombre o aspecto parecido, M, Prescripción de muestra médica, F o P, Resguardo por paciente o familiar, Modificado o Suspendido, indica modificación o suspensión del medicamento

#### III. Transcripción-verificación

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico.</b>		<b>Hoja 90 de 146</b>



## INDICACIONES MÉDICAS





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



Hora		
<b>Médico que elaboró:</b> Nombre y apellidos Cédula Profesional.:	Firma	<b>Médico responsable:</b> 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:	( ) Indicación médica	( ) Resultado de laboratorio	( ) Resultado transoperatorio
( ) Escucho	( ) Escribo indicación o resultado del estudio:		
Fecha			
	Lectura de la indicación ( )	Confirmación de la indicación ( )	
Hora	Nombre del Receptor*		Nombre del Emisor**
	No. Trabajador/Cédula. Profesional. ***	Firma	No. Trabajador/Cédula. Profesional. *** Firma

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 91 de 146</b>

## **5. PROCEDIMIENTO PARA LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 92 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Proporcionar asistencia médica integral de calidad y con calidez a todo/a paciente por cuyo padecimiento requiera ser sometido a un procedimiento invasivo, asimismo, propiciar el derecho del/la paciente de decidir por su estado de salud, basado en información clara y precisa de sus opciones de tratamiento.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 93 de 146</b>

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



- 3.5 Este procedimiento no podrá llevarse a cabo sin la autorización escrita del/la paciente y/o familiar responsable.
- 3.6 Los procedimientos invasivos que realiza el personal médico del Servicio son:
- Intubación Orotraqueal.
  - Colocación de catéter central.
  - Colocación de catéter periférico.
  - Colocación de línea arterial.
  - Colocación de catéter de flotación pulmonar.
  - Colocación de sonda nasogástrica o nasoenteral.
  - Toma de gasometría arterial.
  - Toracocentesis y colocación de sonda endopleural.
  - Traqueostomía.
  - Video broncoscopia rígida y/o flexible.
  - Panendoscopia.
  - Toma de biopsia asistido por imagen.
  - Biopsia pleural cerrada o colocación de catéter pleural tunelizado.

Así mismo, el personal de enfermería puede realizar:

- Colocación de línea arterial.
- Colocación de catéter periférico.
- Toma de gasometría arterial.
- Colocación de sonda nasogástrica o nasoenteral.

Siempre que un procedimiento sea realizado por algún/a médico/a residente se debe contar con la presencia física de un/a médico/a adscrito al Servicio de Terapia Intermedia en el sitio donde se realiza el procedimiento.



- 3.7 En el caso en el cual la vida o función del/la paciente se encuentre en riesgo y éste se encuentre en estado de inconsciencia y no exista familiar que se responsabilice de su estado de salud, con autorización del/la médico/a de mayor jerarquía, se otorgará asistencia médica inmediata, realizándose todos los procedimientos necesarios para estabilizar su estado de salud.
- 3.8 Si el/la paciente tiene que salir del Servicio de Terapia Intermedia para la realización de un determinado procedimiento, debe ser acompañado por el personal médico responsable, de

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 94 de 146</b>

enfermería, camillería y en caso de que el/la paciente requiera ventilación mecánica invasiva, el personal de inhaloterapia debe apoyar el traslado.

- 3.9 El traslado del/la paciente fuera del Servicio por cualquier razón, debe efectuarse bajo la supervisión del/la médico/a adscrito responsable y debe responder estrictamente a una evaluación riesgo-beneficio.
- 3.10 Todo procedimiento realizado a un/a menor de edad debe ser autorizado por la persona representante o, en su defecto, por un familiar con autorización escrita de las personas tutoras.
- 3.11 El personal administrativo del Servicio es responsable de notificar en la Hoja de Registro de Procedimientos, qué pacientes fueron intervenidos/as y cuáles fueron los procedimientos realizados, asimismo debe enviar mensualmente el informe a la Coordinación de Epidemiología y Estadística.
- 3.12 Cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo debe ser informada por escrito a la persona titular del Servicio.
- 3.13 El personal del Servicio de Terapia Intermedia debe dar seguimiento a las solicitudes enviadas por las diferentes áreas del Instituto y/o instancias que así lo requieran.



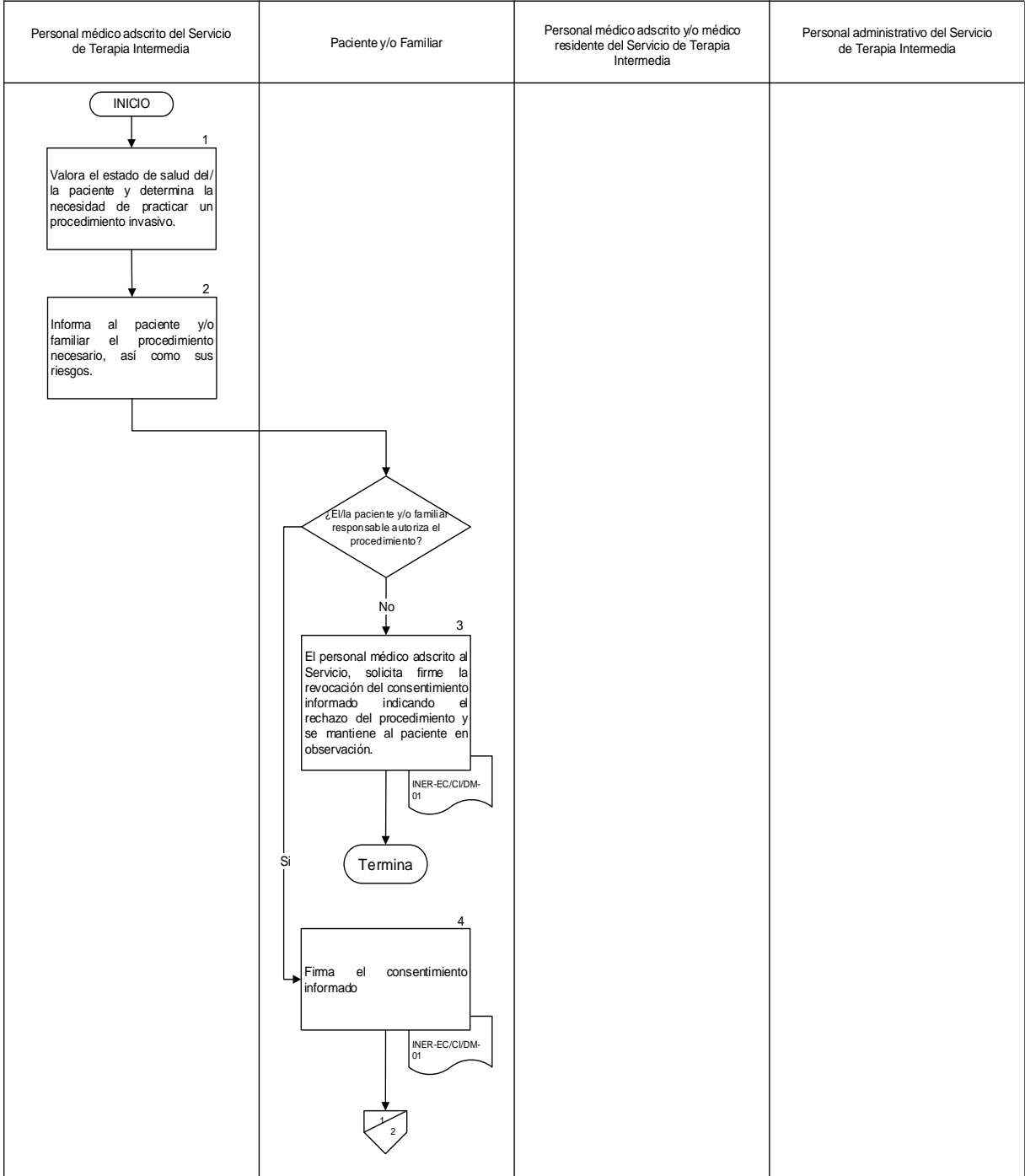
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos		Hoja 95 de 146

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	1	Valora el estado de salud del/la paciente y determina la necesidad de practicar un procedimiento invasivo.	
	2	Informa al paciente y/o familiar el procedimiento necesario, así como sus riesgos.	
Paciente y/o Familiar	3	¿El/la paciente y/o familiar responsable autoriza el procedimiento?  No. El personal médico adscrito al Servicio, solicita firme la revocación del consentimiento informado indicando el rechazo del procedimiento y se mantiene al paciente en observación. <b>Termina Procedimiento.</b>	INER-EC/CI/DM-01
	4	Si. Firma el consentimiento informado. Continúa en la actividad 5.	
Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	5	Realiza el procedimiento invasivo requerido.	
	6	Registra el procedimiento en la nota médica correspondiente en el expediente clínico electrónico.	INER-EC-06
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	7	Supervisa y firma la nota médica correspondiente al procedimiento realizado.	INER-EC-06
Personal administrativo del Servicio de Terapia Intermedia	8	Registra en el Informe de procedimientos de cirugía menor el nombre del/la paciente, cama y procedimiento realizado.	Informe de procedimientos de cirugía menor
		<b>Termina procedimiento</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 96 de 146</b>

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

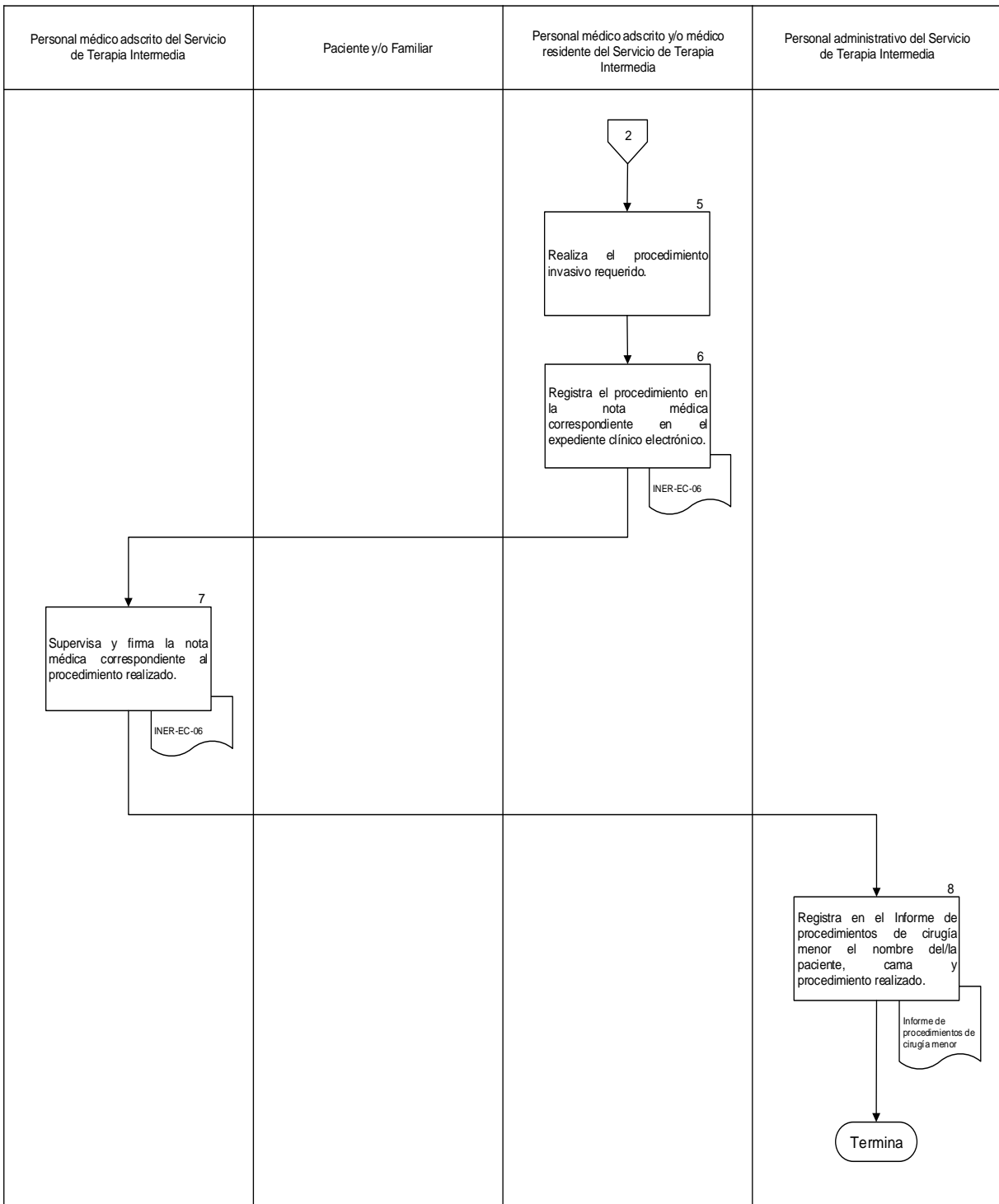
**5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos**





**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 97 de 146**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 98 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P



## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Notas médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC-06
7.2. Consentimiento Informado	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC/CI/DM-01
7.3. Informe de procedimientos de cirugía menor	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Servicio de Terapia Intermedia	N/P

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Consentimiento informado:** documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos rehabilitatorios y paliativos. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieran otorgado.

**8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de un establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado,

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 99 de 146</b>

el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones legales aplicables.



- 8.3 Procedimiento invasivo:** es aquel en el cual el cuerpo es “invadido” o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
N/P	N/P	Creación del procedimiento

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Notas médicas (INER-EC-06)
- 10.2. Consentimiento informado (INER-EC/CI/DM-01)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos		Hoja 100 de 146

### 10.1. Notas médicas INER-EC-06





### NOTAS MÉDICAS

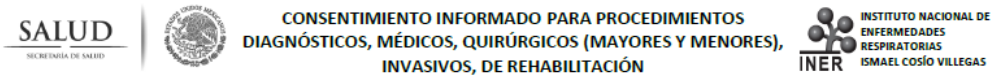


<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> AÑO            MES            DÍA <b>No. DE EXPEDIENTE:</b> <b>No. DE HISTORIA:</b> <b>CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:</b>	<b>FECHA:</b> <b>CAMA:</b> <b>SERVICIO CLÍNICO:</b> <b>EDAD: SEXO: HOJA No.:</b>
--	---

<b>FECHA Y HORA</b>	<b>ANOTACIONES DEL MÉDICO</b>
---------------------	-------------------------------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos		Hoja 101 de 146

## 10.2. Consentimiento informado (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:

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos</b>		<b>Hoja 102 de 146</b>

(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

<b>TESTIGO</b>	<b>TESTIGO</b>
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.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.		Hoja 103 de 146

## 6. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LAS CONSULTAS INTRAHOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIAS

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 104 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Impulsar la atención médica integral, con calidad, calidez y seguridad del paciente optimizando los tiempos de respuesta entre las diferentes áreas médicas del Instituto y otras instituciones, con la finalidad de otorgar la valoración y manejo médico de los/as pacientes, de forma pronta y oportuna.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, BIS 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 105 de 146</b>

atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

**Para Consultas intrahospitalarias:**


- 3.5 La persona titular del Servicio de Terapia Intermedia y/o personal médico adscrito son responsables de determinar qué paciente tiene la necesidad de ser valorado/a por otra especialidad médica o Servicio de apoyo institucional.
- 3.6 Las interconsultas a los Servicios de Infectología, Nefrología y Cardiología no se realizan de manera particular, por lo que, se establece una visita regular con el equipo médico de dicha especialidad asignado al servicio conformada por un/a médico/a adscrito/a y todos/as los/as residentes rotantes en el Servicio de Terapia Intermedia, en común acuerdo se establecerá el seguimiento diagnóstico y el manejo terapéutico de cada uno/a de los/as pacientes internados/as.
- 3.7 Todos los acuerdos y resultados proporcionados por el personal médico de infectología, nefrología o cardiología son consignados por el equipo médico de dicha especialidad en una nota médica específica.
- 3.8 La solicitud de interconsulta debe ser requerida de manera verbal por parte del personal médico residente y/o adscrito de las diferentes áreas, con una presentación completa del/la paciente y una estimación de la urgencia de la interconsulta.
- 3.9 La persona titular del Servicio de Terapia Intermedia y/o personal médico adscrito son responsables de verificar que se realicen las interconsultas, así como el seguimiento oportuno.
- 3.10 Si la interconsulta es para la elaboración de un estudio, se deben anotar las indicaciones pertinentes, así como fecha, hora, nombre y firma de quien la realiza.
- 3.11 El personal médico y de enfermería deben apoyar a los/as médicos/as interconsultantes en la atención médica del/la paciente.
- 3.12 El rechazo a cualquier interconsulta debe ser registrado en el expediente por parte del personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia, responsable del/la paciente, por medio de una nota que indique el motivo de rechazo. Si considera el motivo injustificado notificará a la persona titular del servicio.

**Para Consultas extrahospitalarias:**

- 3.13 La persona titular del Servicio de Terapia Intermedia y/o personal médico adscrito son responsables de determinar qué paciente tiene la necesidad de ser valorado/a por especialidades médicas ajenas al Instituto.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 106 de 146</b>

- 3.14 La solicitud de consulta extrahospitalaria debe ser autorizada por la persona titular del Servicio de Terapia Intermedia y la Dirección Médica.
- 3.15 El personal médico adscrito solicitante es responsable de dar seguimiento a la solicitud de interconsulta.
- 3.16 Si la interconsulta es para la elaboración de un estudio, se debe anotar las indicaciones pertinentes, así como fecha, hora, nombre y firma de quien la realiza.
- 3.17 El personal médico y de enfermería deben apoyar a los/as médicos/as interconsultantes en la atención médica del/la paciente.
- 3.18 El rechazo a cualquier interconsulta debe ser registrado en el expediente por el personal médico adscrito solicitante a través de una nota que indique el motivo de rechazo y será notificada a la persona titular del Servicio de Terapia Intermedia quien a su vez notificará a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica de Neumología.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		Hoja 107 de 146

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	1	Valora al paciente y determina la necesidad de realizar una consulta a otra especialidad.	
	2	La consulta requerida es: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intrahospitalaria. Continúa actividad 3.</li> <li>• Extrahospitalaria. Continúa actividad 12.</li> </ul>	
	3	Verifica a que servicio corresponde la consulta intrahospitalaria.	INER-EC-CE-39
	4	¿La consulta es del servicio de Cardiología, Nefrología o Infectología? Si. Continúa en la actividad 8.	
	5	No. Elabora solicitud de interconsulta en el sistema indicando diagnóstico y motivo de interconsulta.	
Personal médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	6	Imprime la solicitud de interconsulta y la lleva al servicio interconsultante.	INER-EC-CE-39
Equipo médico interconsultante de Nefrología, Cardiología o Infectología	7	Entrega solicitud de interconsulta y espera a recibir fecha y hora en que se realizará la interconsulta. Continúa actividad 27.	
	8	Valora el estado clínico del/la paciente, realiza interrogatorio y exploración física detallada.	
	9	Establece plan de diagnóstico y tratamiento y lo plasma en una nota médica.	INER-EC-06
	10	Comunica al personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia las propuestas del plan diagnóstico y manejo.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		Hoja 108 de 146

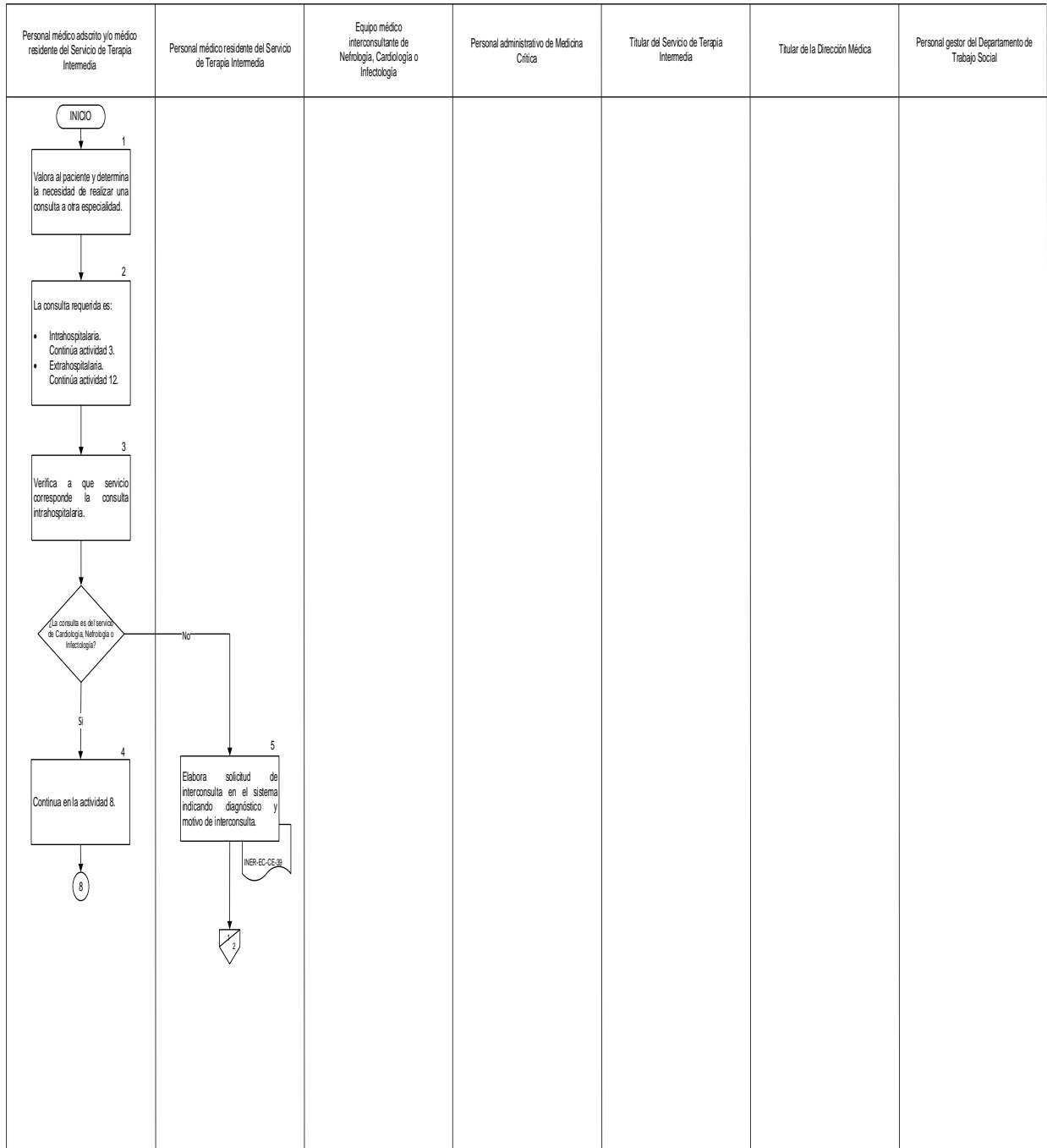
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	11	Anota en las indicaciones médicas los cambios acordados. <b>Termina el procedimiento.</b>	INER-EC-06
	12	Registra los motivos de interconsulta en el expediente y lo solicita en la hoja de indicaciones.	INER-EC-06
	13	Realiza un resumen médico detallado del/la paciente y solicita la consulta a la Institución correspondiente.	INER-CE-14
Personal administrativo de Medicina Crítica	14	Transcribe el resumen en hoja membretada.	
Titular del Servicio de Terapia Intermedia	15	Aprueba la interconsulta y envía a Dirección Médica, para su autorización.	
Titular de la Dirección Médica	16	Autoriza la consulta y solicita al personal gestor de trabajo social realice el trámite.	
Personal gestor del Departamento de Trabajo Social	17	Realiza el trámite de solicitud y programación de consultas fuera del Instituto.	
	18	Informa al personal del Servicio de la unidad médica receptora, que médico/a atenderá al paciente, la fecha y hora de la consulta.	
	19	Confirma y solicita a la Oficina de transportes y al Servicio de Camillería, fecha y hora e informa el hospital de traslado.	
Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia	20	Registra la respuesta de Trabajo Social.	
	21	Verifica que el/la paciente se encuentre en condiciones que permitan su traslado.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		Hoja 109 de 146

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	22	Verifica medicamentos y material necesario para resolver cualquier eventualidad durante el traslado.	
Personal de Camillería	23	Coloca al paciente en la camilla de traslado, consigue tanque de oxígeno.	
Personal de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia y técnico de Inhaloterapia	24	Verifica el funcionamiento del equipo biomédico.	
Personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	25	Presenta y entrega el resumen clínico y radiográfico del/la paciente al personal de enfermería y médico responsables de recibirlo/a en el Servicio.	Resumen clínico y radiográfico
Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia	26	Verifica que se realice la valoración.  <b>Termina procedimiento.</b>	
Personal médico adscrito del Servicio Interconsultante	27	Valora el estado clínico del/la paciente, realiza interrogatorio y exploración física detallada.	
	28	Establece plan de diagnóstico y tratamiento y lo plasma en una nota médica.	INER-EC-CE-39
Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	29	Anota en las indicaciones médicas los cambios acordados.	INER-EC-03
		<b>Termina el procedimiento</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 110 de 146</b>

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO







**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

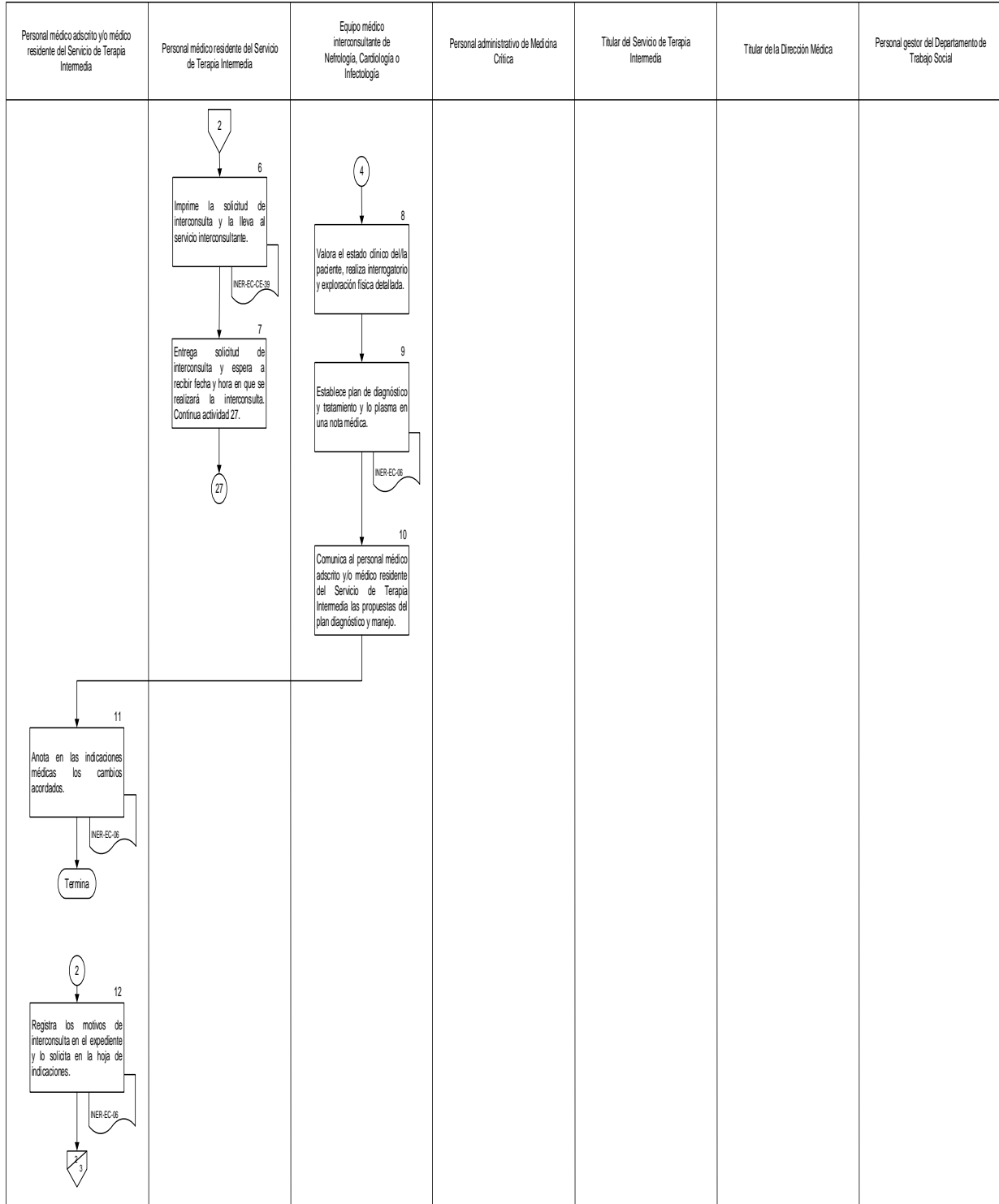
**6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.**

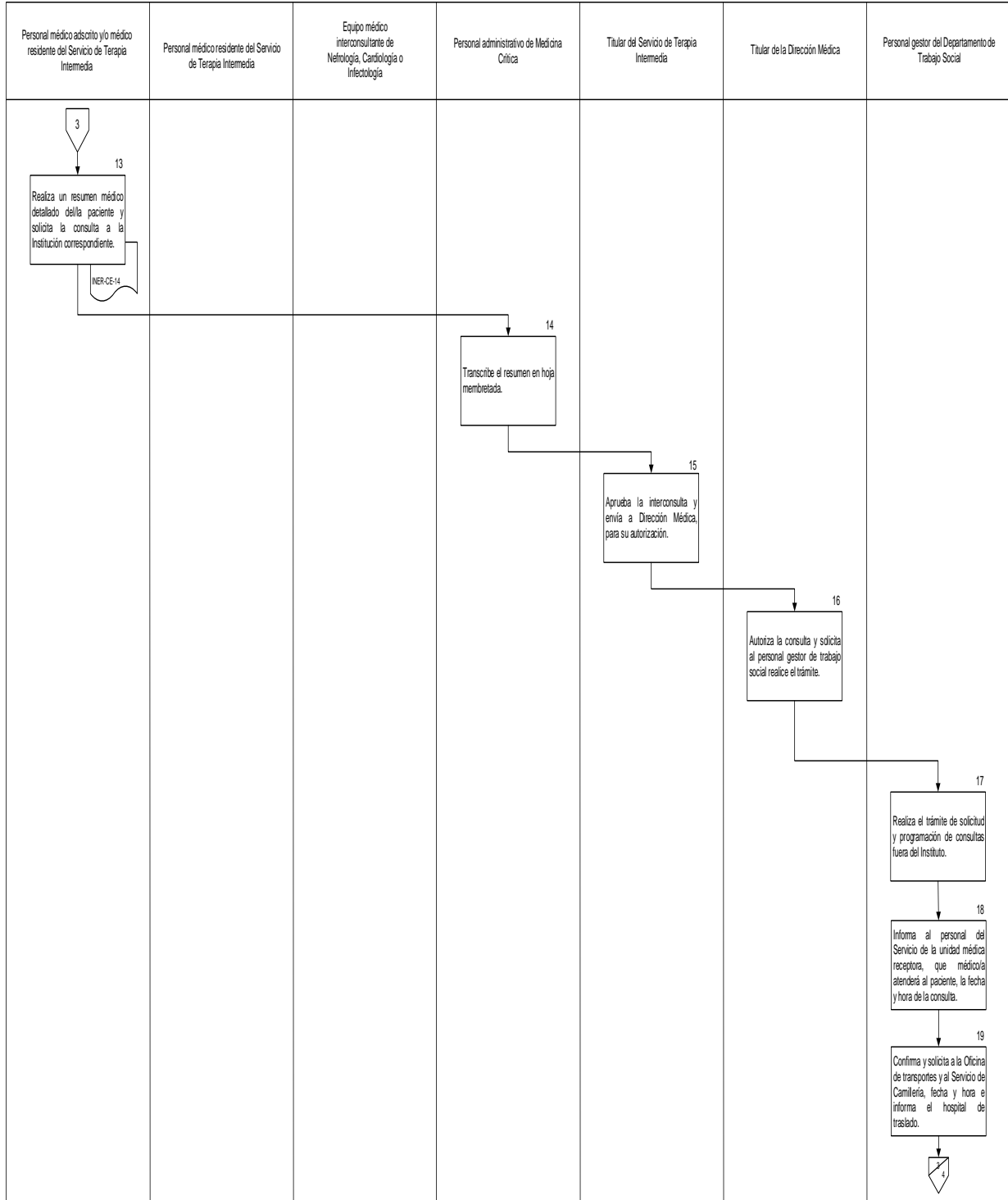


**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 111 de 146**







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

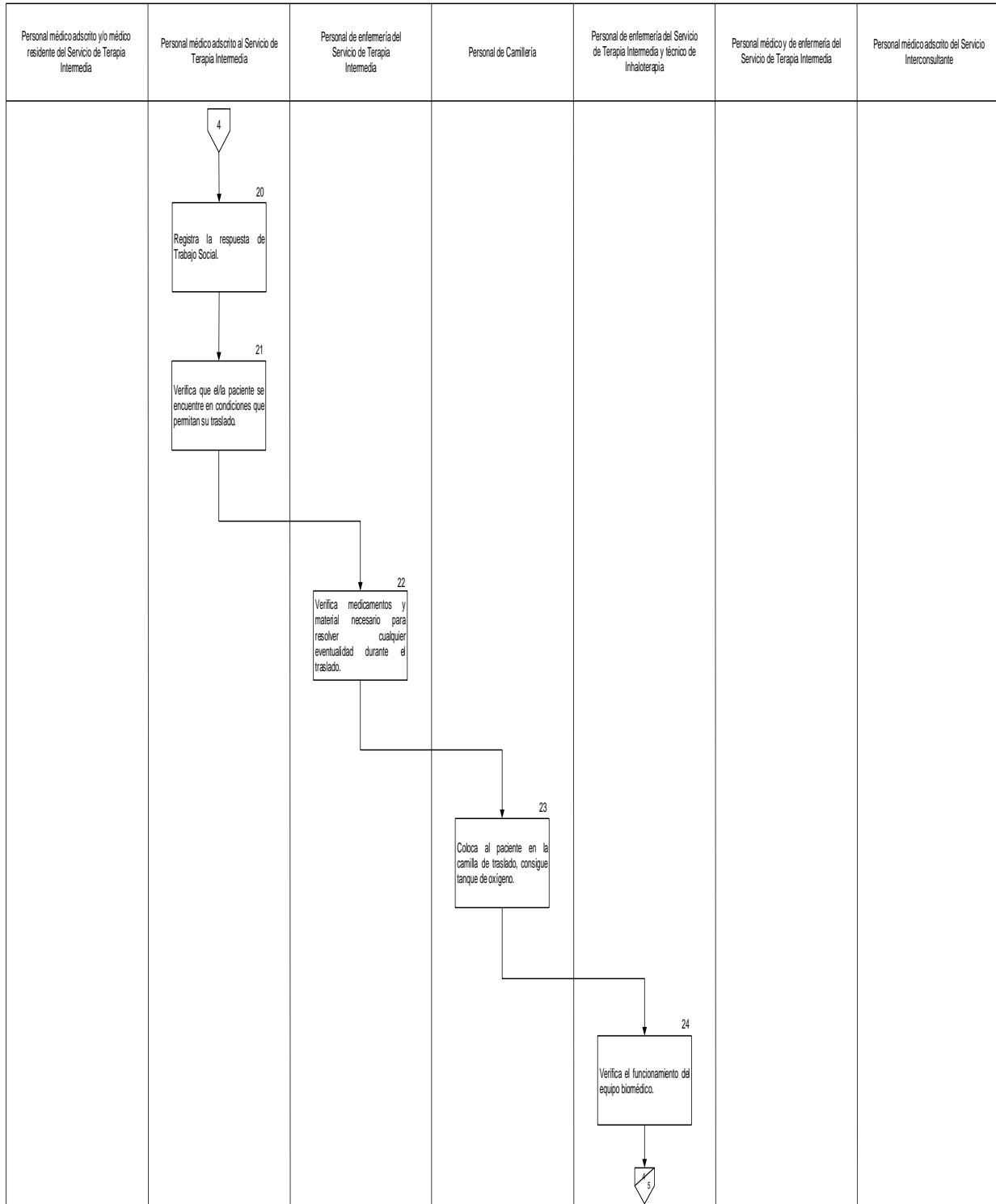
**6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.**



Rev. 0

Código:  
NCDPR 119

Hoja 113 de 146





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

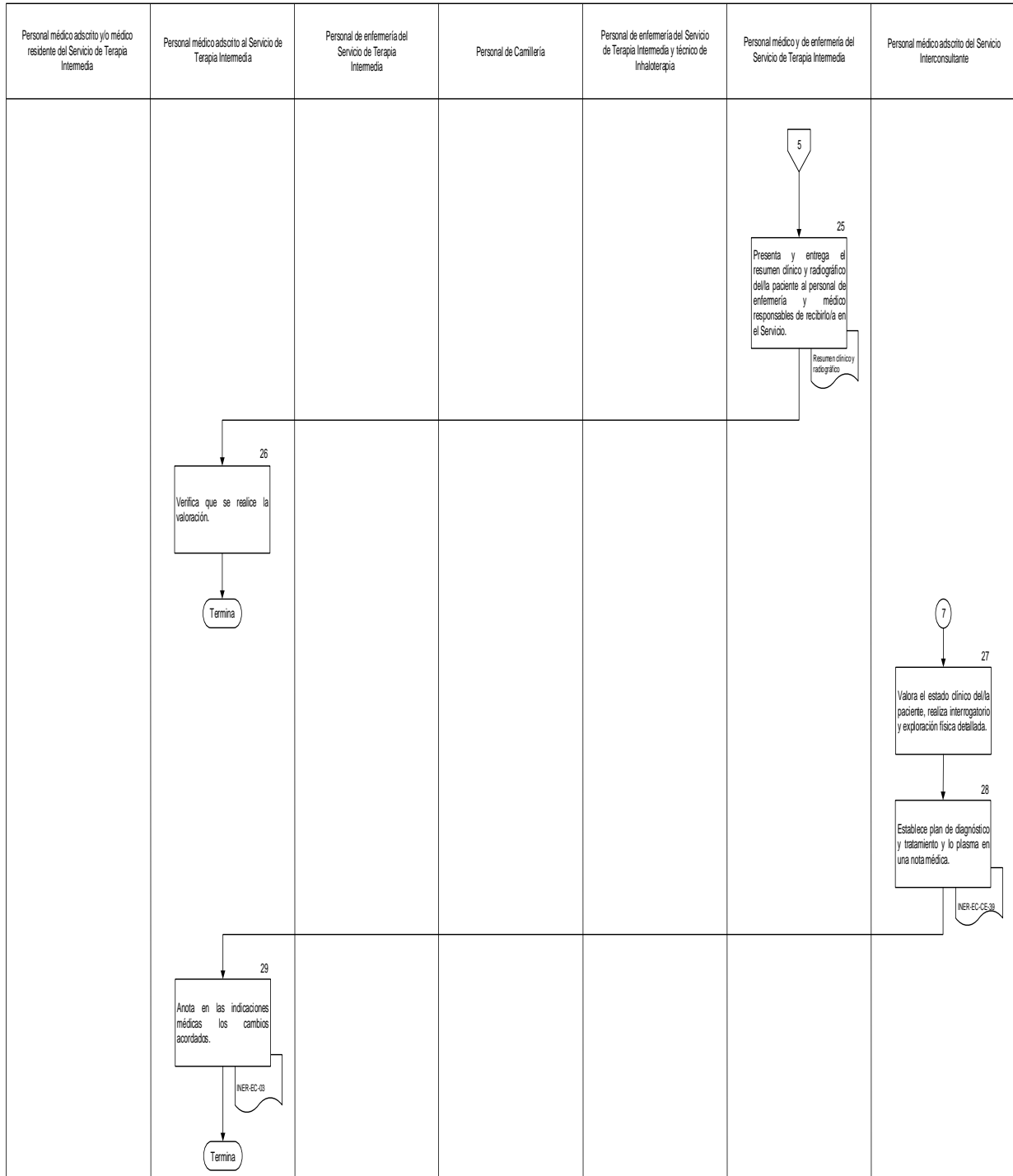
**6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.**



**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 114 de 146**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 115 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Nota Médica	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC-06
7.2. Indicaciones médicas	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC-03
7.3. Solicitud de Interconsulta	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC-CE-39
7.4. Solicitud de Interconsulta a otras instituciones	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-CE-14

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de un establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado,

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 116 de 146</b>

el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones legales aplicables.

**8.2 Interconsulta:** procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
N/P	N/P	Creación del procedimiento.

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Nota Médica (INER-EC-06).
- 10.2. Indicaciones médicas (INER-EC-03)
- 10.3. Solicitud de Interconsulta (INER-EC-CE-39).
- 10.4. Solicitud de Interconsulta a otras Instituciones (INER-CE-14)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.		Hoja 117 de 146

### 10.1. Notas médicas (INER-EC-06)

	<h2>NOTAS MÉDICAS</h2>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS DIRECCIÓN MÉDICA</p>
<p>NOMBRE DEL PACIENTE:</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO:                      AÑO            MES            DÍA</p> <p>No. DE EXPEDIENTE:</p> <p>No. DE HISTORIA:</p> <p>CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:</p>	<p>FECHA:</p> <p>CAMA:</p> <p>SERVICIO CLÍNICO:</p> <p>EDAD:    SEXO:    HOJA No.:</p>	
FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 118 de 146</b>

## 10.2. Indicaciones médicas



### INDICACIONES MÉDICAS



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				NÚMERO DE EXPEDIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)	
NÚMERO DE CAMA		FECHA DE ELABORACIÓN		SERVICIO QUE ELABORA		EDAD	
GÉNERO	PESO	TALLA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )	ÁREA SUPERFICIE CORPORAL (Kg/m <sup>2</sup> )		RELIGIÓN	
PESO IDEAL	PESO AJUSTADO	PESO PREDICHO	CREATININA	TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR			

#### I. Cuidados generales

Hora	Dieta	
Hora	Medidas generales	
Hora	Terapia respiratoria (Oxígeno, ventilación, medicamentos inhalados; NO Inhaladores en dosis medida. Para medicamento describa nombre, dosis, vía/presentación e intervalo).	
Hora	Hemoderivados y soluciones para hidratación o aporte nutricional de base (incluye electrolitos como requerimiento metabólico de mantenimiento).	
	Descripción	*Alerta

#### II. Prescripción de medicamentos (Incluye inhaladores en dosis medida). Leyenda para el apartado de alerta de seguridad AR, Alto riesgo, LASA. Nombre o aspecto parecido, M. Prescripción de muestra médica, F o P. Resguardo por paciente o familiar, Modificado o Suspendido. Indica modificación o suspensión del medicamento

#### III. Transcripción-verificación

Hora	Modificado. Dr.	Medicamento (nombre genérico)	*Alerta de seguridad	Dosis, incluye solución y tiempo de infusión	Vía	Frecuencia	Fecha inicio	Transcripción			Revisó Farm. Hosp.
								M	V	N	



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 119 de 146</b>



## INDICACIONES MÉDICAS



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

Hora		
<b>Médico que elaboró:</b> Nombre y apellidos Cédula Profesional.:	Firma	<b>Médico responsable:</b> 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:	( ) Indicación médica	( ) Resultado de laboratorio	( ) Resultado transoperatorio
( ) Escucho	( ) Escribo Indicación o resultado del estudio:		
Fecha			
	Lectura de la indicación ( )	Confirmación de la indicación ( )	
Hora	Nombre del Receptor*		Nombre del Emisor**
	No. Trabajador/Cédula. Profesional. ***	Firma	No. Trabajador/Cédula. Profesional. *** Firma

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.</b>		<b>Hoja 120 de 146</b>

### 10.3. Solicitud de Interconsulta (INER-EC-08)



## SOLICITUD DE INTERCONSULTA



**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	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 realizará 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 TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.		Hoja 121 de 146


#### 10.4. Solicitud de Interconsulta a otras Instituciones (INER-EC-14)

 SECRETARÍA DE SALUD		<b>SOLICITUD DE INTERCONSULTA A OTRAS INSTITUCIONES</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS  DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
--	---	---	---



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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 122 de 146</b>

## 7. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 123 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO


- 1.1 Establecer el procedimiento clínico-administrativo, que describa las actividades del personal del Servicio de Terapia Intermedia, que permita el eficiente egreso del paciente hospitalizado que presente mejoría en su estado de salud.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimiento del Servicio de Terapia Intermedia, que implique atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, BIS 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 124 de 146</b>

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

- 3.5 Se consideran como motivos de egreso del Servicio de Terapia Intermedia son los siguientes:
- Mejoría.
  - Curación.
  - Máximo beneficio.
  - Defunción.
- 3.6 La persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito son responsables de determinar qué pacientes cumplen con los criterios mínimos necesarios para ser egresados/as de dicho Servicio.
- 3.7 El personal médico adscrito es responsable de que la nota de evolución y motivo de alta del Servicio de Terapia Intermedia sea correctamente realizada y se encuentre en el expediente del/la paciente al momento del egreso.
- 3.8 El personal médico adscrito y de trabajo social deben informar al familiar del/la paciente el motivo del egreso, así como, el sitio de traslado.
- 3.9 El personal de Psicología Clínica adscrito al Servicio de Terapia Intermedia debe apoyar formalmente el procedimiento de egreso, brindando apoyo psicológico y/o tanatológico al paciente y/o familiares.
- 3.10 El traslado del/la paciente se realiza en coordinación con el Servicio Clínico receptor (en caso necesario). El personal médico y paramédico del Servicio de Terapia Intermedia acompaña al paciente durante su traslado y lo entrega al personal médico y paramédico del servicio clínico receptor.
- 3.11 El personal de inhaloterapia es responsable de suministrar el equipo de apoyo ventilatorio en el caso que el/la paciente lo requiera para su traslado.
- 3.12 El informe de fallecimiento debe ser dado por el personal médico adscrito responsable y solamente se dará a la persona familiar responsable del/la paciente. En este momento, el personal médico adscrito debe solicitar al familiar responsable, la posibilidad de realizar la necropsia, explicándole los beneficios de realizarla y despejar todas las dudas que pudieran surgir, así como el apoyo psicológico.
- 3.13 El certificado de defunción es realizado únicamente por el personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 125 de 146</b>


- 3.14 El personal que retira el cadáver debe estar vestido con todos sus elementos de protección personal indicados para el área de trabajo. La camilla debe cubrirse con tela repelente de la sangre y otros fluidos contagiosos. El cuerpo debe ser cubierto con un elemento similar.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 126 de 146</b>



#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	1	El motivo de egreso del Servicio de Terapia Intermedia es: <ul style="list-style-type: none"> <li>Defunción. Continúa en la actividad 13.</li> <li>Mejoría y/o curación. Continúa en la actividad 2.</li> </ul>	
	2	Realiza la valoración clínica del/la paciente y decide el egreso.	
	3	Notifica la prealta al personal de enfermería y trabajo social.	
	4	Informa la decisión al personal de enfermería.	
Personal de Trabajo Social	5	Localiza a la persona familiar responsable del/la paciente y orienta sobre los trámites de egreso.	
Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia	6	Confirma al familiar responsable sobre el estado de salud del/la paciente, el motivo de egreso y el servicio al cual será trasladado/a.	
	7	Elabora la nota de evolución y la nota de alta especificando la evolución clínica del/la paciente, complicaciones presentadas y el motivo de alta.	INER-EC-06. INER-EC/DM-19.
Titular de la Jefatura de Enfermeras del Servicio de Terapia Intermedia	8	Coordina el traslado con la persona titular de la Jefatura de Enfermeras del Servicio Clínico receptor.	
Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia	9	Verifica que el/la paciente se encuentre en condiciones que permitan su traslado.	
Personal de Camillería	10	Coloca al paciente en la camilla de traslado con tanque de oxígeno.	



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		Hoja 127 de 146

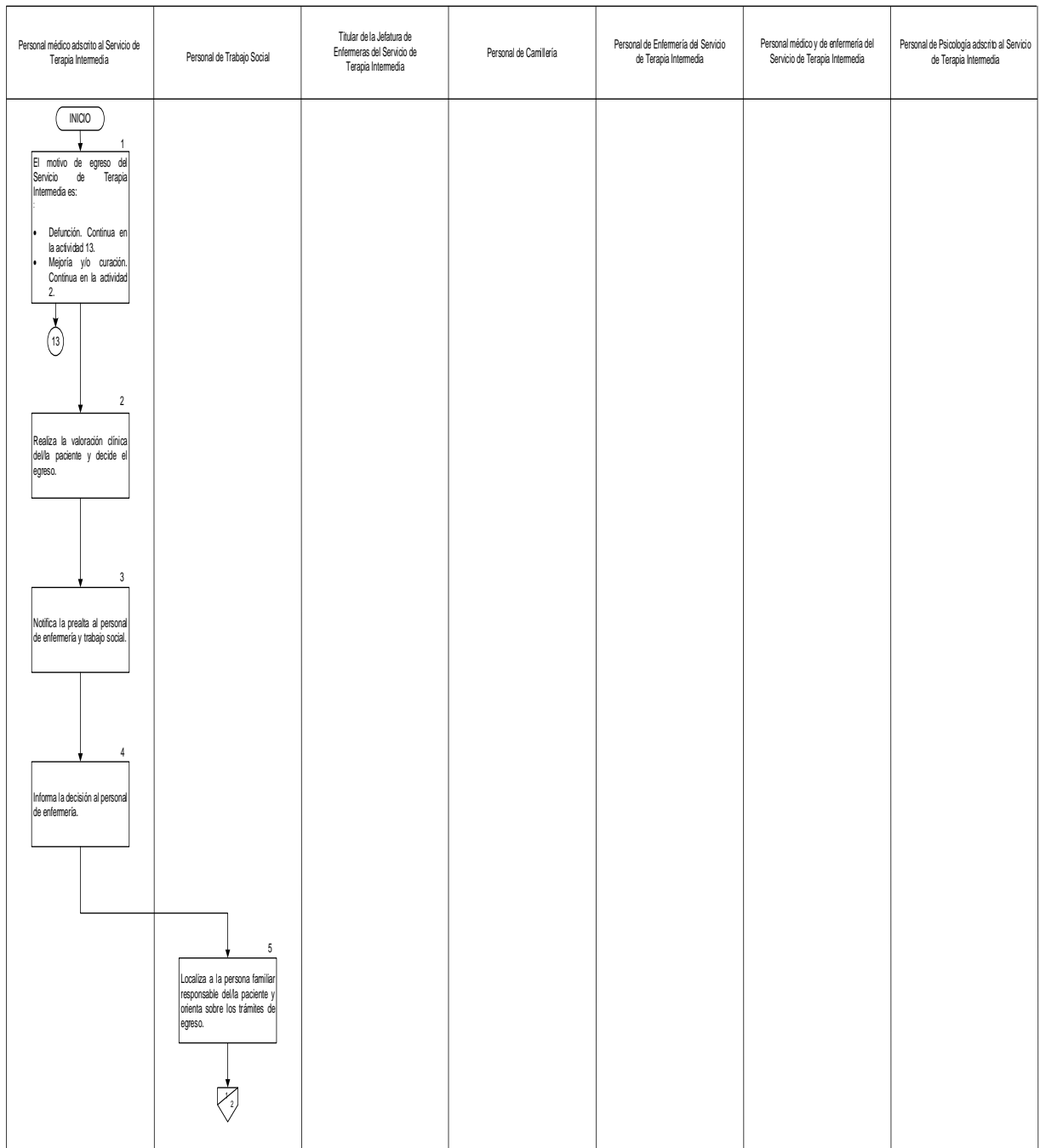
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	11	Verifica medicamentos y material necesario para resolver cualquier eventualidad durante el traslado.	
Personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	12	Presenta al Servicio Clínico receptor el estado de salud del/la paciente y entrega el expediente clínico completo.  <b>Termina Procedimiento.</b>	Expediente Clínico
Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	13	Realiza el amortajamiento, identifica al cadáver y notifica al personal de Trabajo Social.	
Personal de Trabajo Social	14	Localiza al familiar responsable del/la paciente.	
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	15	Informa hora y motivo del fallecimiento y solicita la autorización de necropsia.	
Personal de Psicología adscrito al Servicio de Terapia Intermedia	16	Brinda apoyo psicológico a la persona familiar.	
Familiar responsable	17	Firma el consentimiento y/o revocación de necropsia.	INER-SAM-01
Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Intermedia	18	Llena el pre-certificado de defunción con los datos del expediente clínico y los verifica con la persona familiar responsable.	Pre-certificado de defunción
Familiar responsable	19	Corroborar los datos del/la paciente en el pre-certificado de defunción.	
Titular del Departamento de Enfermería	20	Entrega el certificado de defunción al personal médico adscrito al presentar el pre-certificado de defunción.	Certificado de defunción
Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	21	Elabora la nota de egreso por defunción y la anexa al expediente.	INER-EC/DM-19
	22	Llena el certificado de defunción.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 128 de 146</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intermedia	23	Registra los datos del/la paciente en la libreta de control de ingresos y egresos.	
	24	Entrega a la Coordinación de Camillería, expediente clínico radiológico y copia del formato control de expediente, para el traslado del cadáver.	Control del Expediente Clínico
Personal de Camillería	25	Traslada el cadáver al Servicio de Anatomía Patología y entrega el expediente clínico y la copia del formato Control de Expediente Clínico.	Control de Expediente Clínico
Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Intermedia	26	Entrega el certificado de defunción al personal ayudante de necropsia.	Certificado de defunción
Personal ayudante de necropsia	27	Recibe el expediente clínico radiológico, el formato control de expediente post-mortem (Servicio de Anatomía Patológica).	Control de Expediente
	28	Supervisa que se haya depositado el cuerpo con la respectiva identificación.	
	29	Recibe el certificado de defunción y verifica con la persona familiar los datos del/la paciente.	Certificado de defunción
	30	Revisa la solicitud de necropsia.	Solicitud de necropsia
Personal administrativo de Medicina Crítica	31	Elabora la Hoja de consumo y la envía a la Oficina de Cuentas Corrientes.	Hoja de consumo
		<b>Termina el procedimiento</b>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 129 de 146</b>

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

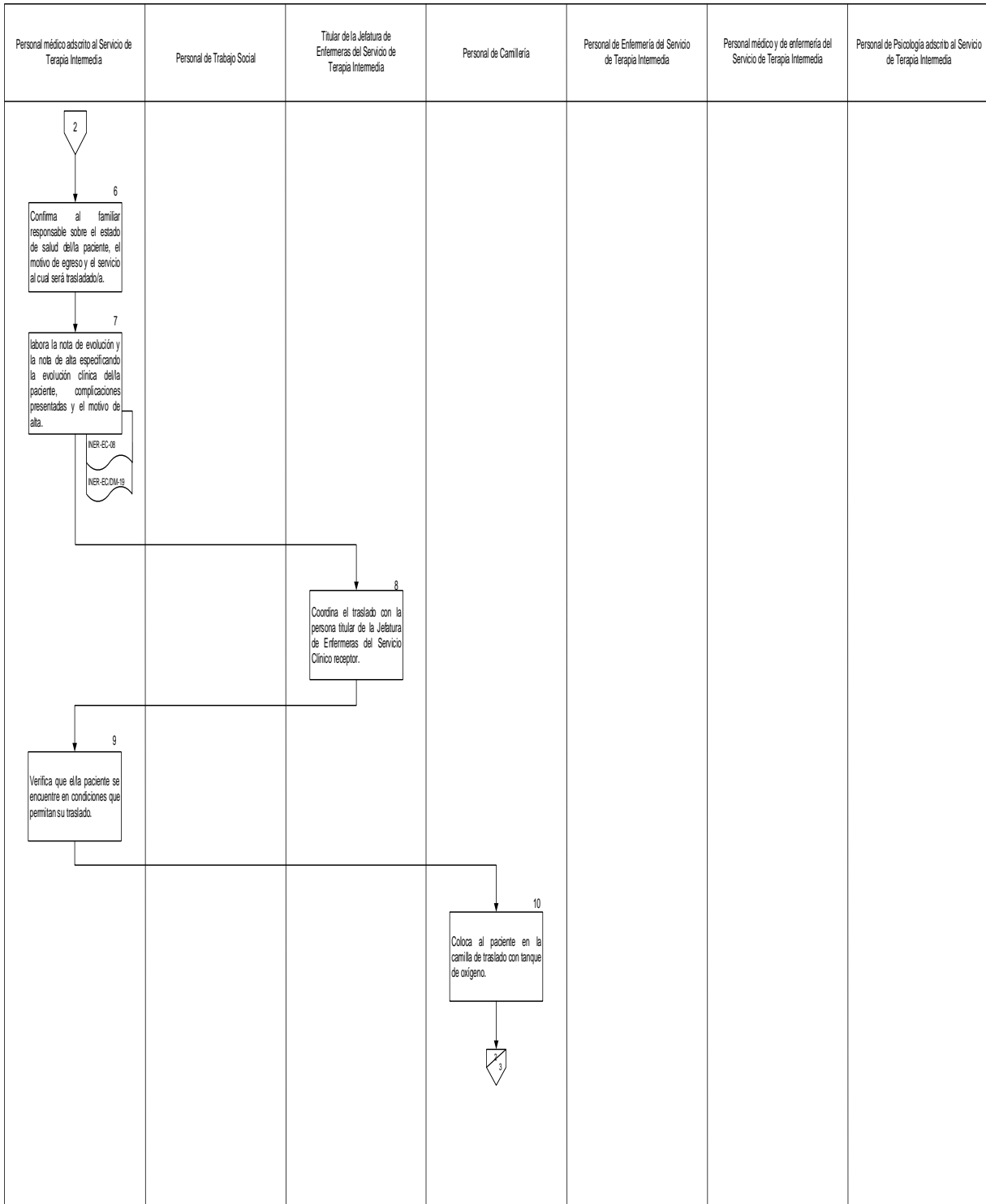
**7. Procedimiento para el egreso hospitalario**



**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 130 de 146**





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

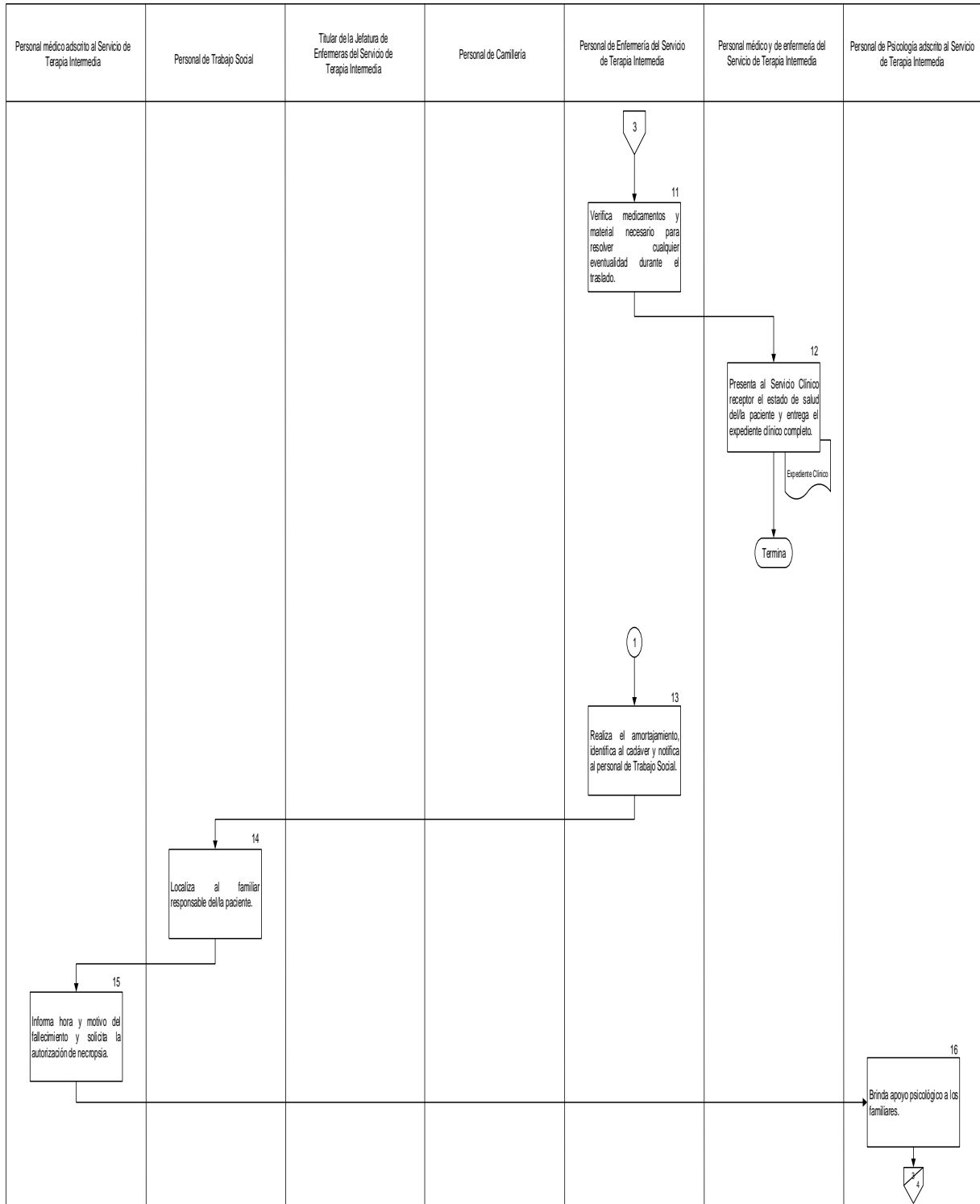
**7. Procedimiento para el egreso hospitalario**

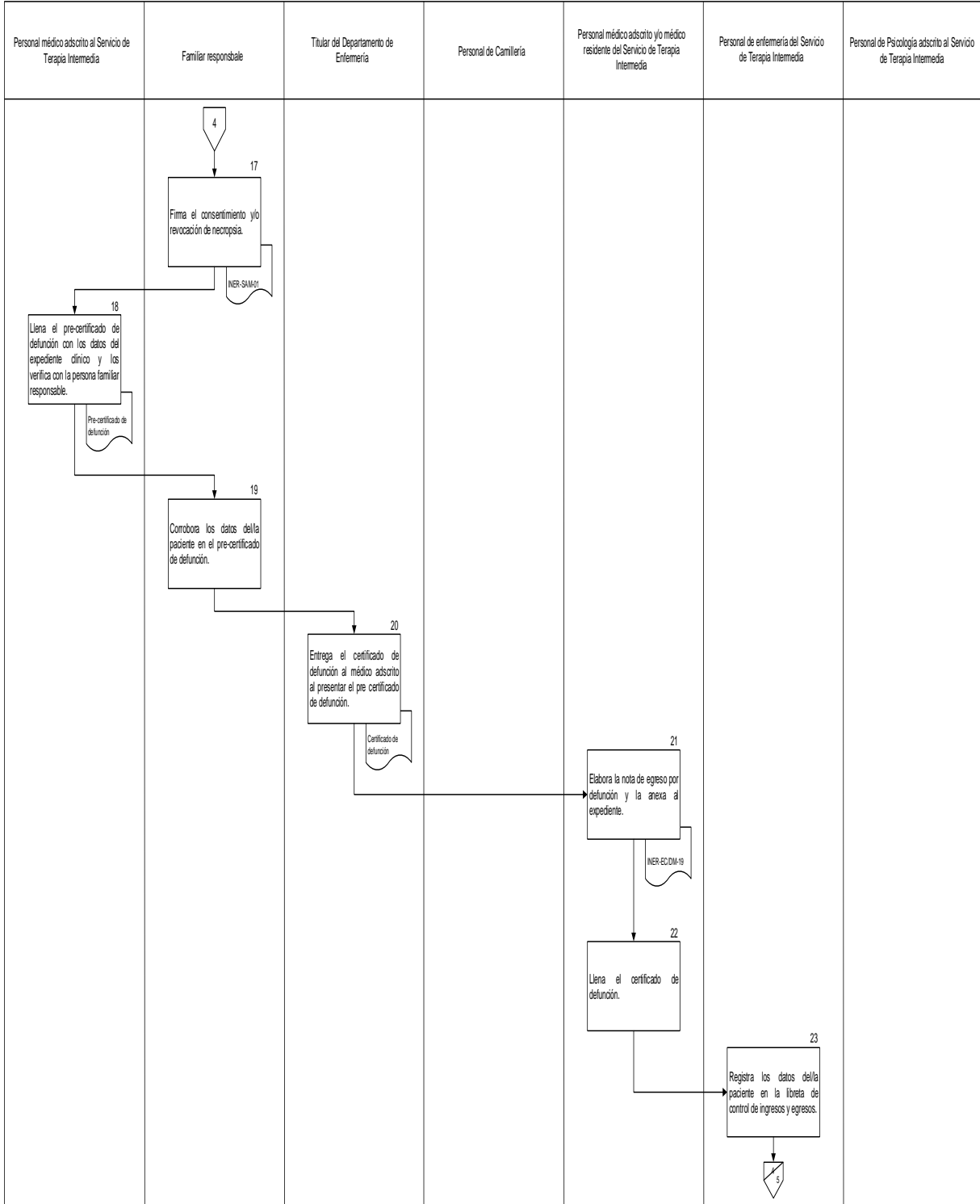


**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 131 de 146**







**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA**

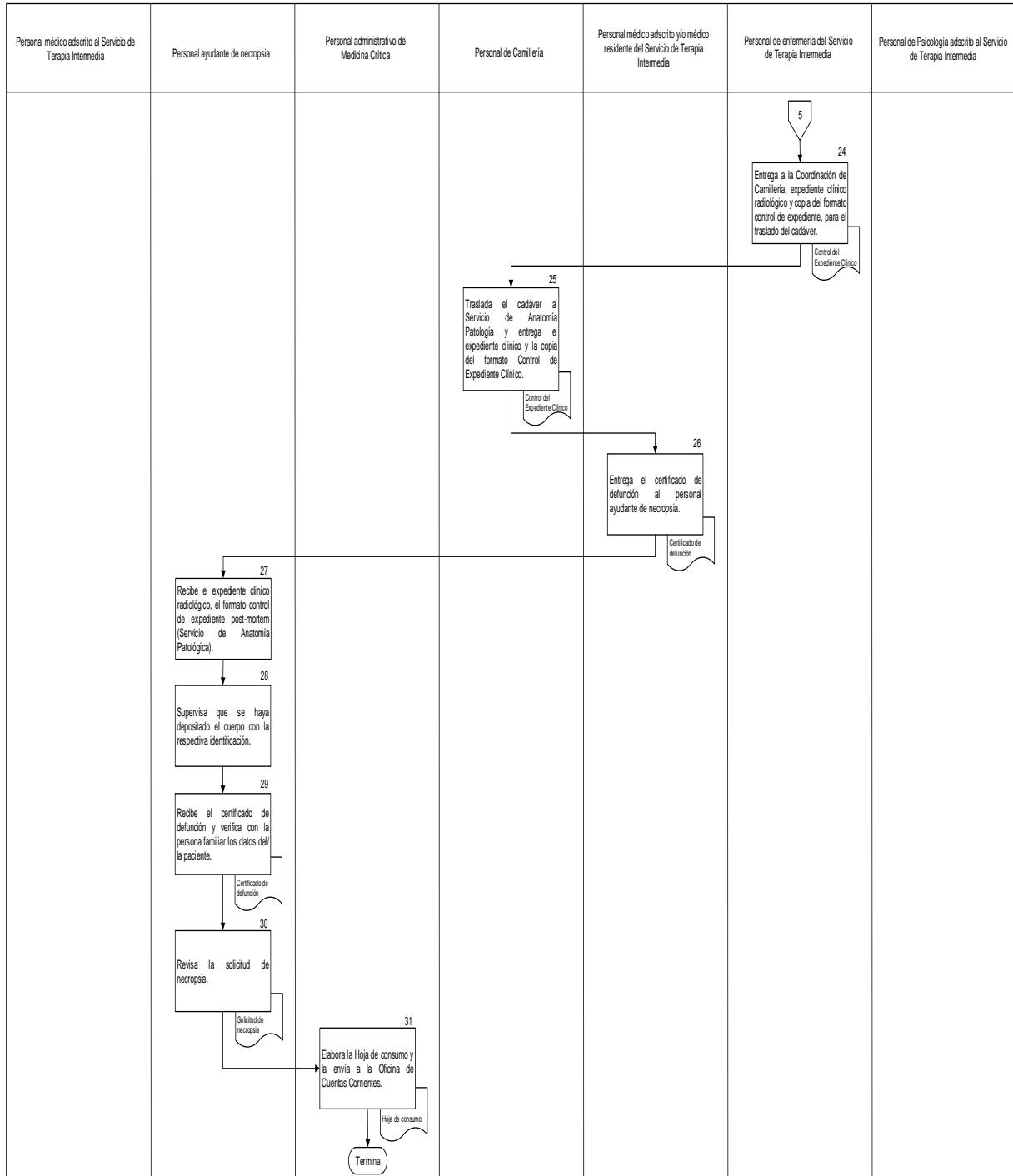
**7. Procedimiento para el egreso hospitalario**



**Rev. 0**

**Código:  
NCDPR 119**

**Hoja 133 de 146**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 134 de 146</b>



## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Nota Médica	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC-06
7.2. Egreso hospitalario	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-EC/DM-19
7.3. Pre certificado de Defunción	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	N/P
7.4. Certificado de Defunción	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	N/P
7.5. Autorización para realizar estudio post-mortem	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	INER-SAM-01



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 135 de 146</b>

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.6. Hoja de consumo	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	N/P
7.7. Control del expediente clínico	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Expediente clínico	N/P

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Certificado de defunción:** formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.
- 8.2 **Defunción:** desaparición permanente de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después de ser declarado nacido vivo.
- 8.3 **Egreso:** evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
N/P	N/P	Creación del procedimiento

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Nota médica (INER-EC-06).
- 10.2. Egreso hospitalario (INER-EC/DM-19).
- 10.3. Autorización para realizar estudio post-mortem (INER-SAM-01)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	7. Procedimiento para el egreso hospitalario		Hoja 136 de 146

10.1. Notas médicas (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.:
--	---

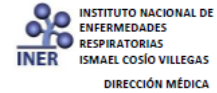
FECHA Y HORA	ANOTACIONES DEL MÉDICO
--------------	------------------------

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>7. Procedimiento para el egreso hospitalario</b>		<b>Hoja 137 de 146</b>

## 10.2. Egreso hospitalario (INER-EC/DM-19)



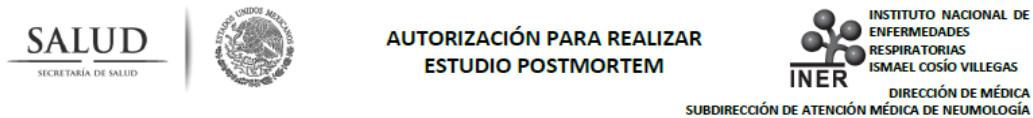
### EGRESO HOSPITALARIO



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		
<b>MOTIVO DE ALTA</b>						
MEJORÍA/CURACIÓN <input type="checkbox"/>		DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>		ALTA VOLUNTARIA*** <input type="checkbox"/>		
TRASLADO <input type="checkbox"/>			FUGA <input type="checkbox"/>			
<b>RESUMEN:</b> 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						
<b>DIAGNÓSTICO DE EGRESO:</b>						
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A SEGUIR:</b> (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	
<b>DOCUMENTACIÓN DE LA CONCILIACIÓN (Hacer marca de verificación):</b> 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	
<b>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA</b>						

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	7. Procedimiento para el egreso hospitalario		Hoja 138 de 146

### 10.3. Autorización para realizar estudio post-mortem (INER-SAM-01)



Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Nombre completo del paciente		Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	Fecha y hora de defunción (Año/Mes/Día) (Hora)
Sexo/Género	No. de Expediente	Servicio Clínico	

El Instituto le extiende sus más sentidas condolencias por el fallecimiento de su paciente. Todos los pacientes atendidos en este Instituto presentan problemas delicados de salud que frecuentemente se complican por la misma evolución de su enfermedad o la aparición de problemas agregados. Cuando un paciente desafortunadamente fallece casi siempre se observa una secuencia de eventos que explica la defunción sin embargo en algunas ocasiones no es posible detectar estos eventos durante su evolución clínica. Es por esto que la práctica de un estudio postmortem (comúnmente llamado autopsia) resulta una herramienta muy importante para la determinación de causas acompañantes a la defunción. Si bien esa determinación ya no ayuda en nada a la persona fallecida, sí permite revisar los casos con mayor profundidad y aumentar el conocimiento de los procesos de alteración de la salud que sufren los pacientes. Esto incluye situaciones que incluso pueden tener relevancia directa con familiares, personas que convivieron con el paciente o la misma sociedad (p.ej.: problemas genéticos-hereditarios, problemas infecciosos con riesgo de contagio, etc.).



El estudio postmortem completo implica la toma de muestras de órganos, tejidos y fluidos corporales para su posterior estudio. Dado que nuestro Instituto se enfoca específicamente en enfermedades respiratorias, en ocasiones se realiza un estudio postmortem parcial es un estudio limitado donde solamente se obtiene muestra del pulmón y de algunos fluidos como sangre o secreción bronquial.

El estudio postmortem no interfiere ni afecta la realización de los trámites funerarios que tenga que ir iniciando. Por lo antes descrito, con la finalidad de profundizar en el conocimiento de la enfermedad, así como prevenir posibles problemas de salud en su familia o en la sociedad, solicito atentamente su autorización para realizar un estudio postmortem (autopsia) en su paciente.

¿Autoriza la realización de un estudio postmortem? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	*Si la respuesta es sí, el estudio se autoriza: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial
--	---

SOLICITA	AUTORIZA
 Nombre completo y firma Médico tratante/solicitante	 Nombre completo y firma Familiar Responsable/Representante legal

Fecha y hora: _____	Fecha y hora: _____
---------------------	---------------------

 Nombre completo y firma Testigo	 Nombre completo y firma Testigo
---	--

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico		Hoja 139 de 146

## 8. PROCEDIMIENTO PARA EL APOYO PSICOLÓGICO Y TANATOLÓGICO

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico</b>		<b>Hoja 140 de 146</b>

## 1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Otorgar una atención integral de calidad y con calidez tanto a los/as pacientes como a las personas familiares de los/as pacientes ingresados/as al Servicio de Terapia Intermedia a través de apoyo psicológico y tanatológico.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas de psicología asignadas al Servicio de Terapia Intermedia.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a pacientes hospitalizados y familiares de ellos que se encuentren en el Servicio de Terapia Intermedia.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El personal de psicología asignado al Servicio de Terapia Intermedia debe contribuir para mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones con el fin de cumplir con el procedimiento.
- 3.2 El desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Intermedia, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, BIS 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 Las personas de psicología asignadas al Servicio de Terapia Intermedia, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.4 Las personas de psicología asignadas al Servicio de Terapia Intermedia que tengan acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, son responsables de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo con la

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico</b>		<b>Hoja 141 de 146</b>

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

- 3.5 El personal de psicología clínica asignado al Servicio de Terapia Intermedia es responsable de brindar apoyo psicológico y tanatológico a la persona familiar responsable de pacientes ingresados a este Servicio, así como a las personas usuarias que lo requieran.
- 3.6 El horario para brindar apoyo psicológico es de lunes a viernes a partir de las 8 de la mañana y hasta las 12 del día, durante el cual el personal de psicología clínica asignado al Servicio de Terapia Intermedia, podrá utilizar una de las oficinas de informes para realizar sus entrevistas.
- 3.7 Toda entrevista con familiares debe ser registrada en la bitácora de apoyo psicológico, y con base en ella se dará seguimiento.
- 3.8 El apoyo psicológico se debe otorgar de acuerdo a la condición clínica del/la paciente y en el caso del familiar cuando lo requiera.
- 3.9 El personal de psicología clínica entregará mensualmente un reporte del trabajo realizado a la persona titular del Servicio de Terapia Intermedia.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico</b>		<b>Hoja 142 de 146</b>

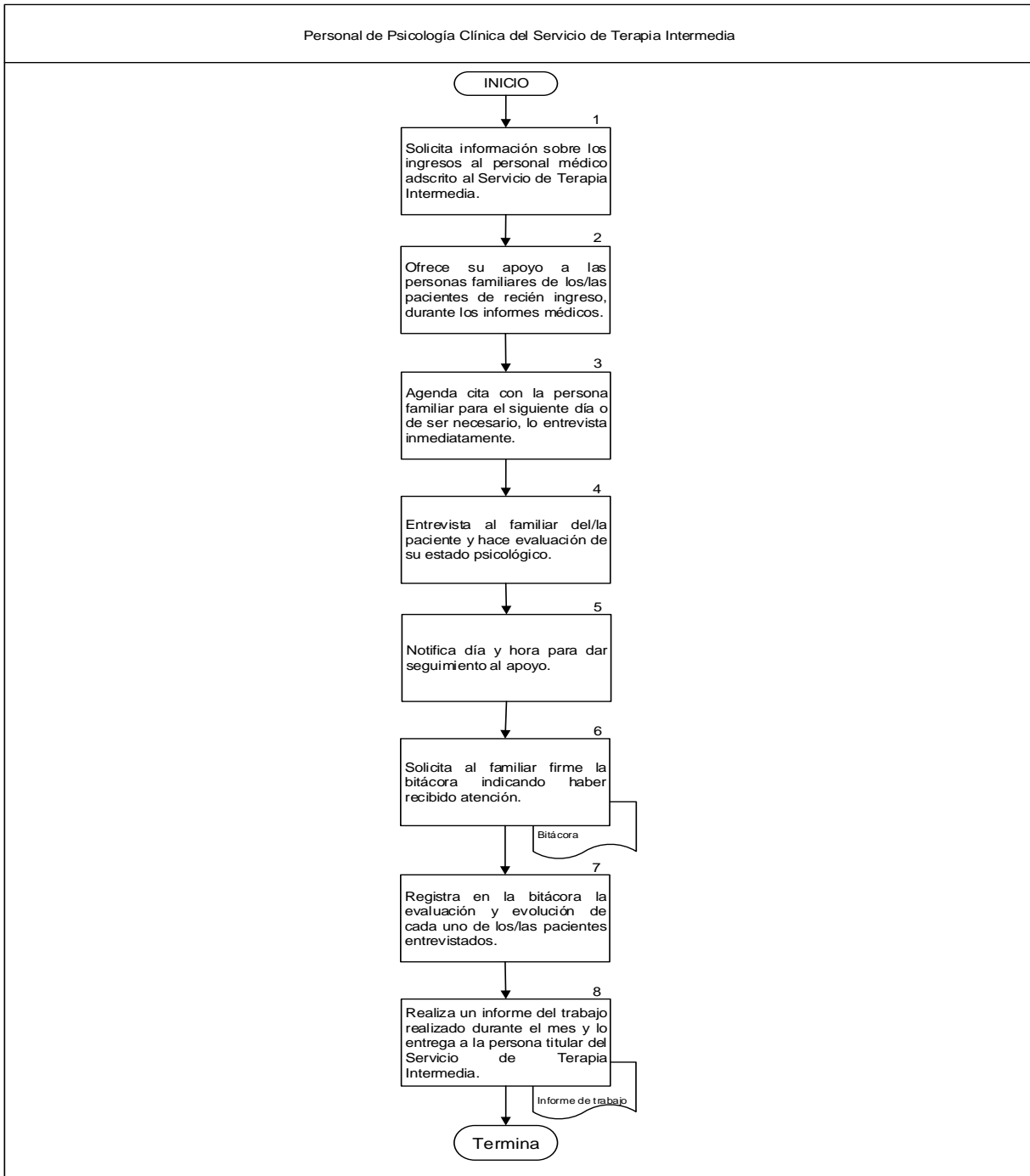
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal de Psicología Clínica del Servicio de Terapia Intermedia.	1	Solicita información sobre los ingresos al personal médico adscrito al Servicio de Terapia Intermedia.	
	2	Ofrece su apoyo a las personas familiares de los/las pacientes de recién ingreso, durante los informes médicos.	
	3	Agenda cita con la persona familiar para el siguiente día o de ser necesario, lo entrevista inmediatamente.	
	4	Entrevista al familiar del/la paciente y hace evaluación de su estado psicológico.	
	5	Notifica día y hora para dar seguimiento al apoyo.	
	6	Solicita al familiar firme la bitácora indicando haber recibido atención.	Bitácora
	7	Registra en la bitácora la evaluación y evolución de cada uno de los/las pacientes entrevistados.	
	8	Realiza un informe del trabajo realizado durante el mes y lo entrega a la persona titular del Servicio de Terapia Intermedia.	Informe de trabajo
		<b>Termina procedimiento</b>	



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		Código: NCDPR 119
	<b>8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico</b>		Hoja 143 de 146

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INER</b>	<b>Rev. 0</b>
	<b>SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA</b>		<b>Código: NCDPR 119</b>
	<b>8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico</b>		<b>Hoja 144 de 146</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1. Bitácora	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	N/P	N/P
7.2. Informe de trabajo	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	N/P	N/P

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Tanatología:** del griego *thanatos* que significa muerte y *logos* que significa estudio o tratado y estudia la muerte como el proceso de morir y la muerte misma, es una disciplina científica cuya finalidad principal es curar el dolor de la muerte y la desesperanza. Es una ciencia humana que trabaja con los enfermos terminales, con sus familiares, con cualquier persona que haya sufrido una pérdida.



## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

<b>Número de revisión</b>	<b>Fecha de actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
No aplica	No aplica	Creación del procedimiento

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
	8. Procedimiento para el apoyo psicológico y tanatológico		Hoja 145 de 146


## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SERVICIO DE TERAPIA INTERMEDIA		Código: NCDPR 119
			Hoja 146 de 146

#### IV. APROBACIÓN DEL MANUAL

REALIZÓ



Dr. Edgar Felipe Castro Arellano  
Titular del Servicio de Terapia Intermedia

REVISÓ



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



Lcda. Samantha Cortés Aboites  
Adscrita al Departamento de Planeación

SANCIONÓ



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

AUTORIZÓ



Dr. Josué Daniel Cadeza Aguilar  
Titular del Departamento de Áreas Críticas



Dr. Ricardo Stanley Vega Barrientos  
Responsable provisional de la Subdirección  
de Atención Médica de Neumología



Dr. Armando R. Castorena Maldonado  
Titular de la Dirección Médica

FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
	08	04	2024