



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE
TERAPIA POSTQUIRÚRGICA

DICIEMBRE, 2024






| | | | |
|---|------------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |

| ÍNDICE | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| OBJETIVO DEL MANUAL | 2 |
| I. MARCO JURÍDICO | 3 |
| II. PROCEDIMIENTOS | 15 |
| 1. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS. | 18 |
| 2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO AL SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA Y LA EVALUACIÓN INICIAL. | 33 |
| 3. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DIARIA DEL/A PACIENTE. | 52 |
| 4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO. | 66 |
| 5. PROCEDIMIENTO PARA LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS. | 78 |
| 6. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LAS CONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS Y EXTRAHOSPITALARIAS | 88 |
| 7. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO | 102 |
| III. APROBACIÓN DEL MANUAL | 118 |






| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 1 de 118 |

INTRODUCCIÓN

Se elabora el presente Manual de Procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, en razón de la importancia de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan el desarrollo eficiente de las funciones y cumplir con los objetivos y metas institucionales.

Este manual de procedimientos es un documento que establece de manera clara y precisa todas las actividades que se realizan en el Servicio de Terapia Postquirúrgica. Su contenido integra los lineamientos jurídicos, objetivos, políticas de operación, descripción de actividades, diagramas de flujo y uso de formatos que se utilizan en los procedimientos, sirviendo como guía para la estandarización de los procesos.

La actualización de este manual fue realizada por las personas titulares del Departamento de Áreas Críticas y Servicio de la Terapia Postquirúrgica, en el cual se busca mantener vigente la información para que las personas servidoras públicas que integran este Servicio, cuenten con un documento que les permita llevar a cabo de manera eficiente los procesos y actividades encomendadas; su difusión se realiza, a través del Departamento de Planeación y se encontrará disponible para su consulta en la normateca del portal institucional.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 2 de 118 |

OBJETIVO

Establecer las políticas, normas, lineamientos que se llevan a cabo en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, a través de la descripción de actividades secuenciales, con la finalidad de contar con una herramienta de consulta para el personal que labora en este Servicio, así como el de nuevo ingreso.

[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 3 de 118 |

I. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DOF 05-02-1917. Última reforma publicada en el DOF 15-11-2024.

LEYES

Ley de Amparo, Reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 02-04-2013. Última reforma publicada en el DOF 14-06-2024.

Ley Federal del Trabajo.

DOF 01-04-1970. Última reforma publicada en el DOF 30-09-2024.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

DOF 18-07-2016. Última reforma publicada en el DOF 25-05-2021.

Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2024.

DOF 13-11-2023. Última reforma publicada en el DOF 30-04-2024.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada en el DOF 28-11-2024.

Ley del Impuesto al Valor Agregado.

DOF 29-12-1978. Última reforma publicada en el DOF 12-11-2021.

Ley Federal de Derechos.

DOF 31-12-1981. Última reforma publicada en el DOF 23-04-2024.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 4 de 118 |

Ley de Tesorería de la Federación.

DOF 30-12-2015.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

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

Ley del Impuesto Sobre la Renta.

DOF 11-12-2013. Última reforma publicada en el DOF 01-04-2024.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

DOF 09-05-2016. Última reforma publicada en el DOF 01-04-2024.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

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

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

DOF 30-03-2006. Última reforma publicada en el DOF 30-04-2024.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF 14-05-1986. Última reforma publicada en el DOF 08-05-2023.

Ley General de Salud.

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

Ley General de Responsabilidades Administrativas

DOF 18-07-2016. Última reforma publicada en el DOF 27-12-2022. Última reforma publicada en el DOF 27-12-2022. Sentencia de la SCJN con declaratoria de invalidez del Decreto de reforma DOF 27-12-2022, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de noviembre de 2023.

Ley General de Contabilidad Gubernamental.

DOF 31-12-2008. Última reforma publicada en el DOF 01-04-2024.

[Handwritten signatures in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 5 de 118 |

Ley Federal del Derecho de Autor.

DOF 24-12-1996. Última reforma publicada en el DOF 01-07-2020.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

DOF 04-01-2000. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

DOF 04-01-2000. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021.

Ley General de Protección Civil.

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

CÓDIGOS

Código de Comercio.

DOF 13-12-1889. Última reforma publicada en el DOF 28-03-2018.

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. Última reforma publicada en el DOF 04-06-2024. Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN notificada al Congreso de la Unión para efectos legales el 14-08-2024.

Código Penal Federal.

DOF 14-08-1931. Última reforma publicada DOF 07-06-2024.

Código Nacional de Procedimientos Penales.

DOF 05-03-2014. Última reforma publicada DOF 26-01-2024.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 6 de 118 |

Código Fiscal de la Federación.

DOF 31-12-1981. Última reforma publicada DOF 12-11-2021.

REGLAMENTOS

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

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

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

DOF 06-01-1987. Última reforma publicada DOF 02-04-2014.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF 26-01-1990. Última reforma publicada DOF 23-11-2010.

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.

DOF 30-06-2017.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

DOF 11-06-2003.

Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

DOF 08-10-2015. Última reforma publicada DOF 06-05-2016.

Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado.

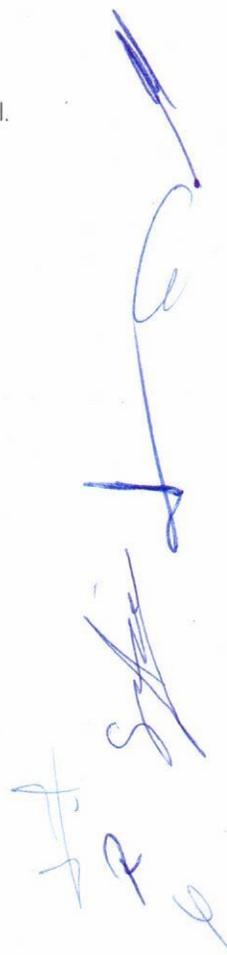
DOF 04-12-2006. Última reforma publicada DOF 25-09-2014.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

DOF 28-06-2006. Última reforma publicada DOF 27-09-2024.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.

DOF 22-05-1998. Última reforma publicada DOF 14-09-2005.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 7 de 118 |

DECRETOS

Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.

DOF 30-08-2019.

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

DOF 20-07-2016.

ACUERDOS

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

DOF 06-07-2017.

Acuerdo por el que se emite el Marco Conceptual de Contabilidad Gubernamental.

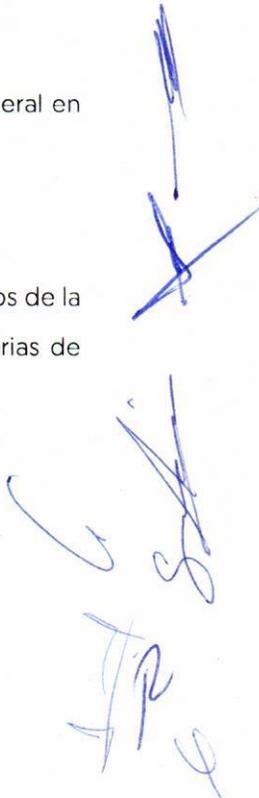
DOF 20-08-2009.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

DOF 03-11-2016.

Acuerdo por el que se actualizan las Disposiciones Generales para la Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las Materias de Transparencia y de Archivos.

DOF 23-11-2012.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 8 de 118 |

Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la de Seguridad de la Información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

DOF 23-07-2018.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

DOF 16-07-2010. Última reforma publicada en el DOF 05-04-2016.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D. O. F. 09-08-2010.

Ref. 03-02-2016.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

DOF 09-08-2010. Última reforma publicada en el DOF 03-02-2016.

Acuerdo por el que se emiten diversos lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios y de obras públicas y servicios relacionados con las mismas.

DOF 09-09-2010.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

DOF 03-11-2016. Última reforma publicada en el DOF 05-09-2018.

Acuerdo por el se emite el Código de la Administración Pública Federal.

DOF 08-02-2022.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 9 de 118 |

LINEAMIENTOS

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

DOF 18-09-2020.

Lineamientos para el manejo de recursos de terceros destinados a financiar proyectos de investigación en los organismos descentralizados del sector salud.

DOF 01-01-2003.

Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

DOF 30-01-2013.

Lineamientos para las adquisiciones de papel para uso de oficina por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

DOF 02-10-2009.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-006-STPS-2014, Manejo y almacenamiento de materiales-condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

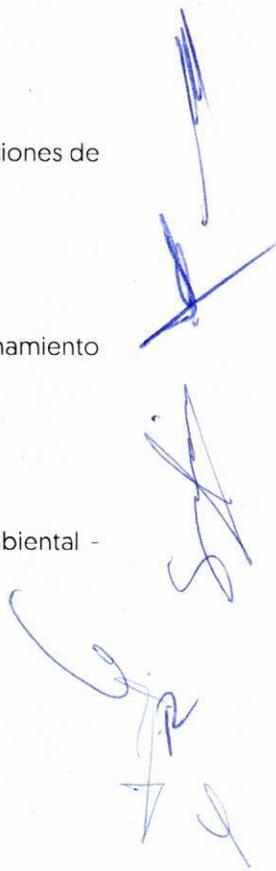
DOF 11-09-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.

DOF 19-03-2024.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

DOF 17-02-2003.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 10 de 118 |

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

DOF 12-09-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014, Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral- Reconocimiento, evaluación y control.

DOF 28-04-2014.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.

DOF 25-11-2015.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

DOF 13-09-2019.

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

DOF 08-01-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

DOF 04-09-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

DOF 10-11-2010.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 11 de 118 |

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SCT/2008, Información de emergencia para el transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.

DOF 14-08-2008. Última reforma publicada en el DOF 08-06-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

DOF 17-02-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-NUCL-2013, Clasificación de los desechos radioactivos.

DOF 07-05-2013.

Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud; para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

DOF 23-08-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

DOF 23-06-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiología en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

DOF 15-09-2006. Última reforma publicada en el DOF 29-12-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008, Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-Condición de seguridad.

DOF 24-11-2008.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 12 de 118 |

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-STPS-2017, Equipo de protección personal- Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.

DOF 03-01-2018.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-137-SSA1-2024, Etiquetado de dispositivos médicos.

DOF 23-04-2024.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.

DOF 30-12-2008. Última reforma publicada en el DOF 20-08-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-NUCL-2009, Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas.

DOF 04-08-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social.

DOF 13-09-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2023, Para la atención integral a personas con discapacidad.

DOF 22-05-2023.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

DOF 15-10-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

DOF 04-01-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

DOF 17-09-13.

[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 13 de 118 |

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
DOF 19-02-2013.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
DOF 09-07-2024.

Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.
DOF 21-11-2012.

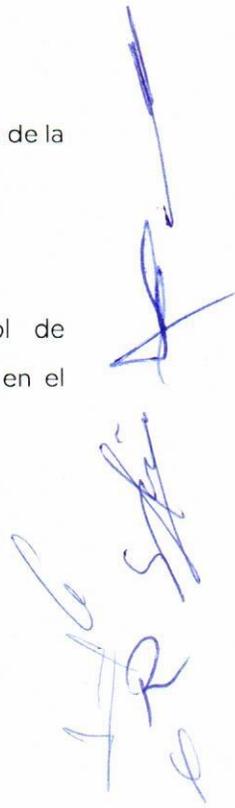
Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios.
DOF 07-06-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
DOF 19-07-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.
DOF 04-03-2011. Última reforma publicada en el DOF 19-10-2021.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que instruye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
DOF 18-09-2012.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2018, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
DOF 10-05-2018.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 14 de 118 |

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

DOF 12-07-2019.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

DOF 17-08-2020.

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

DOF 30-08-2019.

Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2024.

DOF 28-12-2021.

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.

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019.

OTROS

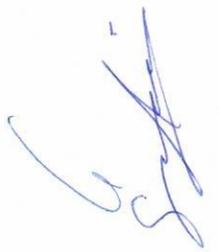
Recomendaciones en materia de seguridad de datos personales.

DOF 30-10-2013.

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 15 de 118 |

1. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES MÉDICO QUIRÚRGICOS


| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 16 de 118 |

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Establecer una guía rápida y específica, mediante los lineamientos y normas que incluyan los procedimientos administrativos y de atención médica a todo/a paciente perioperatorio/a, cuya condición de salud requiera ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica, con la finalidad de mejorar la salud de las personas usuarias.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

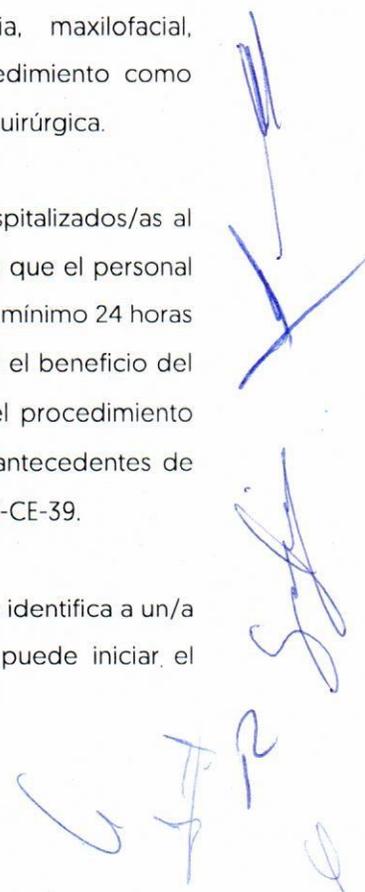
- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.
- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 17 de 118 |

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.

- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 Todo/a paciente que requiera manejo quirúrgico debe ser debidamente presentado y discutido con el personal médico de cirugía asignado, de acuerdo al área hospitalaria y al día y horario que corresponda (turno matutino, turno vespertino, veladas y diurno especial) de manera directa, o bien mediante el personal médico residente quirúrgico responsable (cirugía torácica cirugía general, otorrinolaringología, hemodinamia, maxilofacial, endoscopia y broncoscopia) y con fecha de programación del procedimiento como requisito antes de la valoración para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 3.7 Para iniciar el procedimiento de valoración de ingreso de pacientes hospitalizados/as al Servicio de Terapia Postquirúrgica previo a su procedimiento, se requiere que el personal médico de cirugía o anestesiología presente una solicitud de interconsulta mínimo 24 horas previas al procedimiento quirúrgico señalando: 1.- el motivo que justifique el beneficio del ingreso previo al procedimiento 2.- el diagnóstico del/la paciente, 4.- el procedimiento quirúrgico proyectado, 3.- la fecha de cirugía, y 4.- un resumen de los antecedentes de importancia, todo esto plasmado en una solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39.
- 3.8 Si el personal médico responsable del servicio clínico, según corresponda identifica a un/a paciente candidato/a a ser ingresado/a con objetivo perioperatorio, puede iniciar el



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 18 de 118 |

procedimiento de presentación del caso siempre que se cumpla con los requisitos que a continuación se mencionan: 1.-cirugía programada idealmente 24 horas a máximo 5 días antes ,2.-disponibilidad de camas en el servicio, 3.-beneficio de manejo perioperatorio del/la paciente y 4.-realización del formato de interconsulta INER-EC-CE-39. Entendiendo que la aceptación del caso dependerá del Servicio Terapia Postquirúrgica.

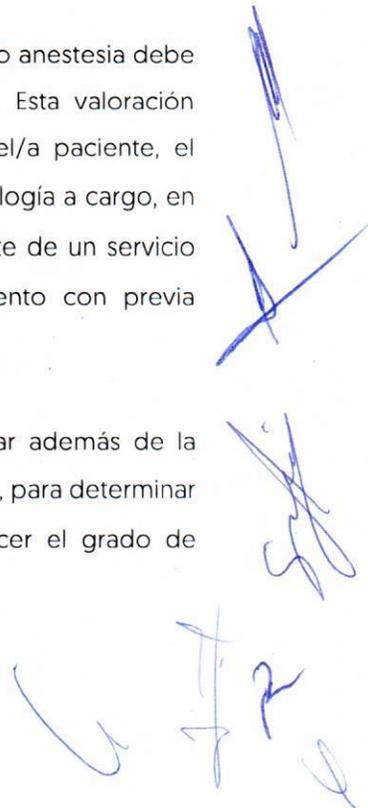
- 3.9 La presentación de pacientes hospitalizados/as externos/as al Instituto que requieran hospitalización debe dirigirse a los servicios quirúrgicos y posterior a su aceptación; debe ser presentado por los servicios quirúrgicos al Servicio Terapia Postquirúrgica, solo en caso de considerarse paciente crítico/a. El proceso de valoración de ingreso como requisito se debe proporcionar el formato referencia del hospital que realizó la referencia y el contacto con el servicio tratante extrahospitalario. En caso de aceptación y de acuerdo con la disponibilidad del servicio y los protocolos de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, se proporciona la fecha de ingreso y la cama de hospitalización. Los servicios quirúrgicos son los/as encargados/as de tramitar el ingreso, bajo los lineamientos de admisión hospitalaria. En caso de no aceptación por falta de espacio, los servicios quirúrgicos deben buscar la disponibilidad en hospitalización.
- 3.10 En caso de ser un/a paciente ambulatorio/a programado/a para procedimiento quirúrgico y que requiera hospitalización posterior al procedimiento, el proceso de valoración de ingreso es de acuerdo con la presentación verbal del personal médico de cirugía o anestesiología 24 horas antes del procedimiento especificando: 1.-el motivo que justifique el beneficio del ingreso al servicio previo al procedimiento, 2.- el diagnóstico del/la paciente, 4.- el procedimiento quirúrgico proyectado, 3.-la fecha de cirugía, y 4.- un resumen de los antecedentes de importancia. Posterior a la aceptación es responsabilidad del personal médico de cirugía o anestesiología, realizar los trámites pertinentes para su ingreso al Instituto y al Servicio. En caso de no aceptación se debe continuar con los trámites de ingreso a hospitalización por el personal médico tratante.
- 3.11 Cuando el/la paciente a valorar está hospitalizado/a en el Instituto, se requiere de una valoración presencial por el personal médico del Servicio de la Unidad de Terapia

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 19 de 118 |

Postquirúrgica, si el/la paciente es candidato/a para ingresar al Servicio, se debe informar, de manera clara y precisa, al/la paciente, familiar o representante legal, acerca de su condición médica, alternativas terapéuticas, pronóstico y requisitos de manejo que se deben autorizar para garantizar el monitoreo invasivo, buscando la mejora en su estado de salud.

- 3.12 Para la valoración de ingreso al servicio para los/as pacientes deben contar con exámenes de laboratorio y gabinete actualizados [necesarios para la valoración en el Servicio], consentimientos informados vigentes, expediente clínico y radiológico completo.
- 3.13 El personal médico especialista debe garantizar la privacidad del interrogatorio, el cual se lleva a cabo exclusivamente entre el personal médico y el/la paciente, familiar o responsable legal, en caso necesario, salvo que el/la paciente autorice la presencia de personal de apoyo, enfermería o técnico.
- 3.14 La exploración física se debe realizar posterior a la autorización verbal por parte del/la paciente, familiar responsable legal y en presencia del personal de apoyo de su mismo sexo y con la mayor consideración a la dignidad del/la paciente.
- 3.15 Todo/a paciente que esté por someterse a procedimiento quirúrgico, bajo anestesia debe tener una valoración preoperatoria de riesgo anestésico y quirúrgico. Esta valoración preoperatoria se inicia por parte del personal médico responsable del/a paciente, el personal médico de cirugía responsable del/a paciente o el de anestesiología a cargo, en caso de que la valoración inicial dicte necesario una valoración por parte de un servicio interconsultante, se debe priorizar para tenerla antes del procedimiento con previa autorización del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 3.16 El personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica debe realizar además de la valoración clínica, utilizar una escala de evaluación fisiológica internacional, para determinar objetivamente, el estado de gravedad, predecir mortalidad y establecer el grado de disfunción orgánica.



| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 20 de 118 |

- 3.17 En caso de decidir el ingreso al Servicio, el/la paciente, familiar o responsable legal debe firmar el formato de consentimiento informado (INER-CEECL-01), aceptando la colocación de catéter vesical, catéter venoso central, línea arterial, sonda naso u orogástrica y en caso de requerirse intubación orotraqueal y fibrobroncoscopia. 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*.
- 3.18 En caso de que la vida o función del/a paciente esté en riesgo, se encuentre en estado de inconsciencia y no exista familiar o responsable legal que se responsabilice de su estado de salud, con autorización del personal médico de mayor jerarquía, se debe valorar para su ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y se realizarán todos los procedimientos necesarios para estabilizar su estado de salud, si fuera necesario la firma de un consentimiento informado se puede firmar por el personal médico responsable.
- 3.19 Todo personal en contacto con pacientes debe 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/la 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.
- 3.20 Todos los residuos peligrosos biológico infecciosos, generados en el Servicio Terapia Postquirúrgica deben ser manejados de forma correcta y apegado a las Normas Oficiales Mexicanas aplicables.
- 3.21 El personal adscrito a este Servicio debe informar por escrito de cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo a la persona titular de esta área.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 21 de 118 |

- 3.22 El personal del Servicio de Terapia Post quirúrgica debe dar seguimiento a las solicitudes enviadas a las áreas de hospitalización.
- 3.23 El personal médico del Servicio de Terapia Post quirúrgica solo debe realizar valoraciones extrahospitalarias, cuando el personal médico quirúrgico solicitante presente la hoja de referencia y el contacto del servicio tratante del traslado.
- 3.24 El personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica solo debe autorizar el ingreso de pacientes ambulatorios/as, en caso de alguna complicación que requiera cuidados críticos.

[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 22 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o Anexos. |
|---|----------|--|----------------------|
| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 1 | Recibe diariamente la programación de procedimientos quirúrgicos. | Programación |
| | 2 | La presentación de pacientes para ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica puede ser en: Servicio Clínico: Continúa la actividad 3. Ambulatoria: Continúa la actividad 8. Extrahospitalarias: Continúa la actividad 11. | |
| Personal médico quirúrgico, anestesiólogo o médico tratante del servicio clínico de origen. | 3 | Realiza la presentación del caso al médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica, con mínimo 24 horas antes para la coordinación de ingreso al servicio en conjunto con el personal responsable de enfermería en el Servicio. | INER-EC-CE-39 |
| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 4 | Valora al/la paciente en el servicio clínico donde está hospitalizado. | |
| | 5 | Realiza la nota de valoración de la interconsulta. ¿El/la paciente es candidato/a? | |
| | 6 | Si. Notifica al servicio clínico tratante su ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica. Continúa la actividad 13. | |
| | 7 | No. Termina el procedimiento. | |
| Personal médico quirúrgico o anestesia. | 8 | Realiza la presentación del caso al personal médico adscrito al Servicio. ¿El/la paciente es aceptado/a? | |

Handwritten signatures and initials in blue ink on the right side of the page, including a large signature and several initials.

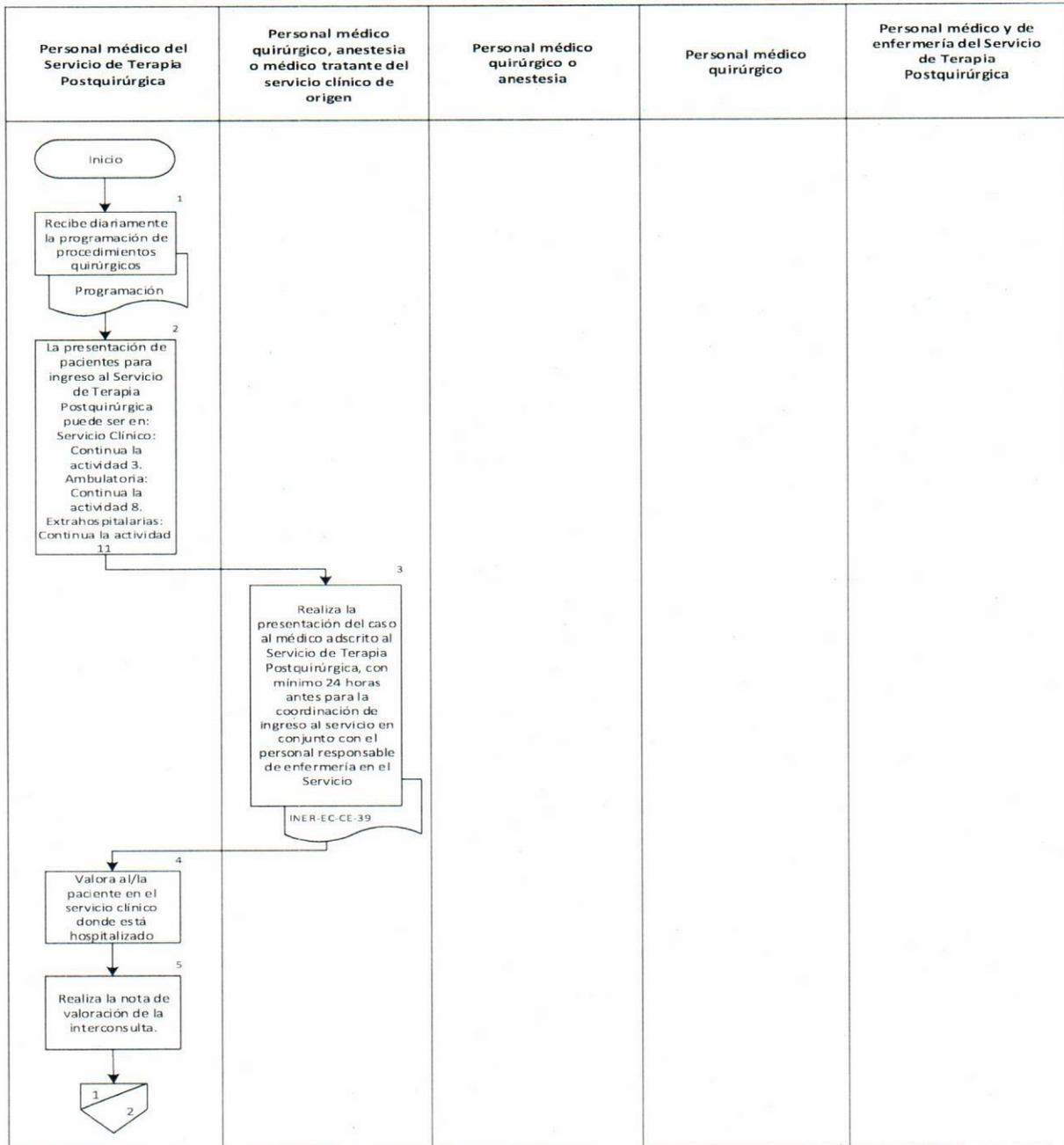
| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 23 de 118 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o Anexos. |
|---|----------|--|----------------------|
| Personal médico quirúrgico o anestesia. | 9 | Si. Notifica al personal de la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos y al personal del Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación, para la realización de sus trámites de ingreso y asignación de cama. Continúa la actividad 13. | INER-EC-06 |
| | 10 | No. Busca cama en los servicios Clínicos de hospitalización, hasta que sea realizado su procedimiento. Regresa a la actividad 2. | |
| Personal médico quirúrgico. | 11 | Realiza la presentación del caso al personal médico adscrito al Servicio, mediante referencia hospitalaria y medio de contacto con el servicio médico tratante para evaluar el traslado. ¿El paciente es aceptado? | |
| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 12 | No: Busca cama en los servicios Clínicos de hospitalización, hasta que sea realizado su procedimiento. Regresa a la actividad 2. | |
| Personal médico quirúrgico. | 13 | Si. Coordina el traslado con el personal de salud gestiona el trámite de ingreso con el personal de la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos para su posterior ingreso al servicio. Continúa la actividad 14. | |
| Personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 14 | Realiza el ingreso del paciente. Termina el procedimiento | |

Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin of the page.

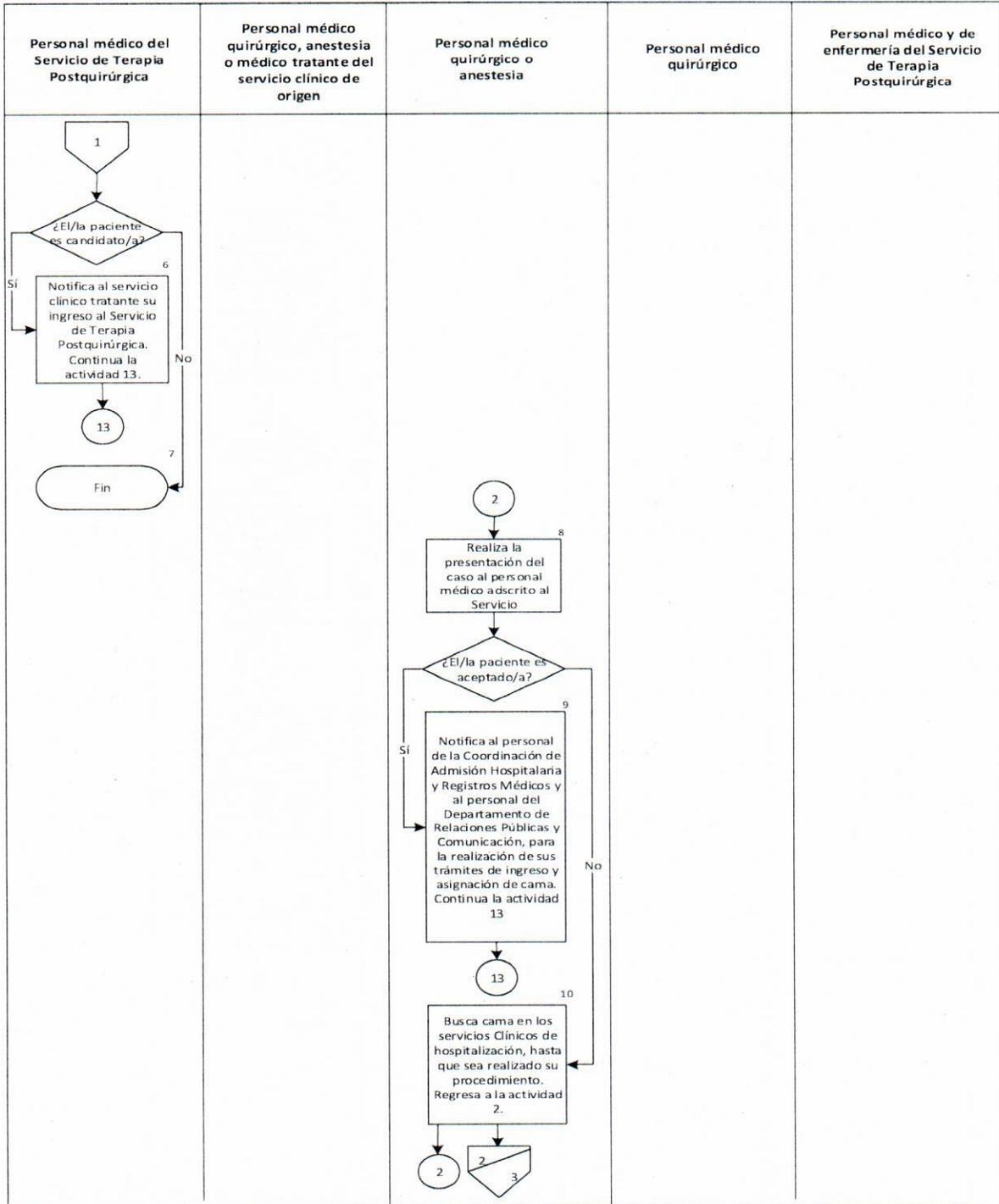
| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 24 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



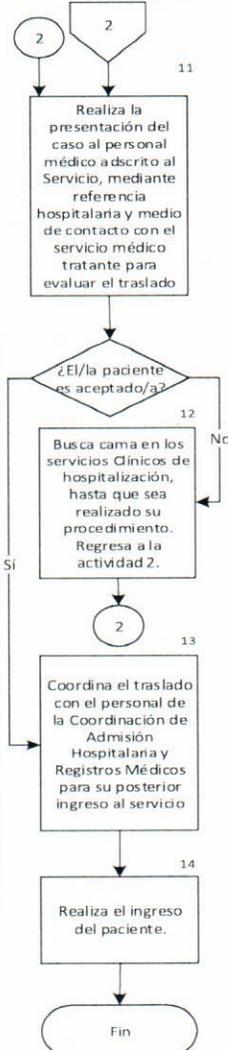




[Handwritten signatures and initials in blue ink]



| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Personal médico quirúrgico, anestesia o médico tratante del servicio clínico de origen | Personal médico quirúrgico o anestesia | Personal médico quirúrgico | Personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica |
|--|--|--|--|--|
| | | |  <pre> graph TD Start((2)) --> Step11[Realiza la presentación del caso al personal médico a dscrito al Servicio, mediante referencia hospitalaria y medio de contacto con el servicio médico tratante para evaluar el traslado] Step11 --> Decision12{¿El/la paciente es aceptado/a?} Decision12 -- No --> Step12[Busca cama en los servicios Clínicos de hospitalización, hasta que sea realizado su procedimiento. Regresa a la actividad 2.] Decision12 -- Si --> Step13[Coordina el traslado con el personal de la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos para su posterior ingreso al servicio] Step12 --> Step13 Step13 --> Step14[Realiza el ingreso del paciente.] Step14 --> End([Fin]) </pre> | |






| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 27 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | N/P |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|---|-----------------------------------|---|
| 7.1 Transferencia segura de pacientes en áreas críticas. | Lo que se establece en el catálogo documental | Servicio de Terapia posquirúrgica | INER/ECE-STP-02 |
| 7.2 Solicitud de interconsulta. | Lo que se establece en el catálogo documental | Servicio de Consulta Externa | INER-EC-CE-39 |
| 7.3 Notas médicas. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC-06 |
| 7.4 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores), invasivos, de rehabilitación. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC/CI/DM-01 |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 28 de 118 |

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Transferencia segura de pacientes en áreas críticas, INER/ECE-STP-02.
- 10.2 Solicitud de interconsulta, INER-EC-CE-39.
- 10.3 Notas médicas, INER-EC-06.
- 10.4 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos [mayores y menores], invasivos, de rehabilitación, INER-EC/CI/DM-01.





| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 29 de 118 |

**10.1 Transferencia segura de pacientes en áreas críticas
INER-ECE-SPT-02**

SALUD

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas

TRANSFERENCIA SEGURA DE PACIENTES EN ÁREAS CRÍTICAS





NSC: F. Nac: Edad:

| Cirujía | Anestesiología | Servicio receptor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|-------------|--|---------------------|--|------------------------|--|----------|--|-------------|---------------|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|-------------------------|------------------------|------|---------|-------------|--|--|--|
| <p>Procedimiento Realizado: _____</p> <p>Diagnóstico postquirúrgico: _____</p> <p>Hallazgos relevantes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>Comorbilidades Relevantes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>Complicaciones Posquirúrgicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>Tipo y localización de Sondas o drenajes:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sonda endotraqueal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Drenajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Localización: _____</td> <td>Tipo: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Localización: _____</td> </tr> </table> <p>⚠️ Complicaciones potenciales (menos 24 h): _____</p> <p>Seguimiento posquirúrgico específico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>Cirujano Responsable (nombre, cargo y cédula): _____</p> <p>En caso de emergencia llamar a (Teléfono/Cel): _____</p> | Sonda endotraqueal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drenajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Localización: _____ | Tipo: _____ | | Localización: _____ | <p>Técnica anestésica: <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/> TNA <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> COMBINADA <input type="checkbox"/> SEDACIÓN IV <input type="checkbox"/> SEDACIÓN INHALADA</p> <p>PROFILAXIS ANTIMICROBIANA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>⚠️ Vía aérea: <input type="checkbox"/> Dificil <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> VENTILACIÓN <input type="checkbox"/> INTUBACIÓN</p> <p>Manejo de Vía Aérea: _____</p> <p>Líquidos transoperatorios: Sangrado (ml) _____ Balance hídrico total (ml): _____</p> <p>Administración de hemoderivados y/o medicamentos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>CE _____ PLT _____ PFC _____ Otros _____</p> <p>Vasopresores e inotrópicos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>Accesos vasculares (localización y calibre): • Venoso Central: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ • Arteriales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ • Venosa Periférica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <p>Complicaciones Transanestésicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Oxígeno suplementario:</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Invasivo</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">No Invasivo</th> <th style="text-align: center;">Flujo O2/FIO2</th> <th style="text-align: center;">Características de Dispositivo Invasivo</th> <th style="text-align: center;">Parámetros de ventilador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Signos Vitales al ingreso a UCI/ICU</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Frecuencia Cardíaca</td> <td>Frecuencia respiratoria</td> <td>Presión arterial media</td> <td>SaO2</td> </tr> <tr> <td>Glucosa</td> <td>Temperatura</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Anestesiólogo Responsable (nombre, cargo y cédula): _____</p> <p>En caso de emergencia llamar a (Teléfono/Cel): _____</p> | Oxígeno suplementario: | | Invasivo | | No Invasivo | Flujo O2/FIO2 | Características de Dispositivo Invasivo | Parámetros de ventilador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Frecuencia Cardíaca | Frecuencia respiratoria | Presión arterial media | SaO2 | Glucosa | Temperatura | | | <p>Volumen sanguíneo circulante: _____</p> <p>Hemoderivados disponibles en banco de sangre: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentrado eritrocitario: _____ • Plasma fresco: _____ • Concentrado plaquetario: _____ • Adrenocorticoide: _____ • Oligoprecipitados: _____ <p>Gazometría: _____</p> <p style="text-align: center;">PLAN CONJUNTO Y PENDIENTES</p> <p>Laboratorio: _____</p> <p>Imagen: _____</p> <p>¿Cómo se manejará la Analgesia?: _____</p> <p>Rehabilitación: _____</p> <p>Indicaciones especiales: _____</p> <p>¿PACIENTE ESTABLE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Médico que recibe (nombre, cargo y cédula): _____</p> |
| Sonda endotraqueal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drenajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localización: _____ | Tipo: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Localización: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxígeno suplementario: | | Invasivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Invasivo | Flujo O2/FIO2 | Características de Dispositivo Invasivo | Parámetros de ventilador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca | Frecuencia respiratoria | Presión arterial media | SaO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glucosa | Temperatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 30 de 118 |

10.2 Solicitud de interconsulta
INER-EC-CE-39



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE INTERCONSULTA



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

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

Fecha: _____
DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____
AÑO MES DÍA

SERVICIO SOLICITANTE: _____

No. DE PROTOCOLO: _____

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

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

Diagnostico(s): _____

Motivo de interconsulta(s): _____

| | |
|----------------------------|-------|
| Nombre del médico tratante | Firma |
| | |

Importante:

- Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la interconsulta.
- El reporte de la interconsulta se 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, sólo para especialidades no neumológicas.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 31 de 118 |

10.2 Notas médicas
INER-EC-06



NOTAS MÉDICAS



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INER - 2000-2010
DIRECCIÓN MÉDICA

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: AÑO: [] [] MES: [] [] DÍAS: [] [] [] N° DE EXPEDIENTE: [] [] [] [] [] [] N° DE HISTORIA: [] [] [] [] [] [] CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: [] [] [] [] [] [] | FECHA: [] [] [] [] [] [] CAMA: [] [] [] [] [] [] SERVICIO CLÍNICO: [] [] [] [] [] [] EDAD: [] [] [] [] [] [] SEXO: [] [] HOJA N°: [] [] |
| FECHA Y HORAS: [] [] [] [] [] [] | ANOTACIONES DEL MÉDICO: |
| | |

LICENCIA SANITARIA N°: 12-831-05-012-8002






| | | | |
|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCD 061 |
| | 1. Procedimiento para la evaluación de pacientes médicos quirúrgicos | | Hoja 32 de 118 |

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

SALUD  **SECRETARÍA DE SALUD** **INER**  **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

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

Actualización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos mayores, 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-SSA1-2012, Del Reglamento Clínico, numeradas 9 y 10.

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

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

Información: Con motivo de la atención médica que se encuentra Usted recibiendo por su problema de _____ (su médico/a) trataste _____, he determinado que se requiere de la realización de un procedimiento: diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo, rehabilitación que aquí se indica:

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:

INER-EC/CI/DM-01 (07.2014)

SALUD  **SECRETARÍA DE SALUD** **INER**  **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

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

Actualización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos mayores, 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-SSA1-2012, Del Reglamento Clínico, numeradas 9 y 10.

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, pago constata que me ha 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. Esto, entendido(a) 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 mi proceso de atención.

Tomado 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, al procedimiento propuesto y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

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

| | |
|---|---|
| TESTIGO | TESTIGO |
| Nombre completo Firma y/o huella digital | Nombre completo Firma y/o huella digital |

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|
| Nombre completo del médico tratante | Cédula Profesional | Firma |
|-------------------------------------|--------------------|-------|

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento del procedimiento señalado en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepa 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 expresado previamente en vida firmada 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 integrarlo 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.

INER-EC/CI/DM-01 (07.2014)

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right side of the page.]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 33 de 118 |

2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO A SERVICIO DE LA TERAPIA POSTQUIRÚRGICA

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

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 34 de 118 |

1.0 PROPÓSITO

- 1.1. Establecer los procesos requeridos, mediante el correcto ingreso y evaluación inicial del paciente al Servicio de Terapia Postquirúrgica.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.
- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 35 de 118 |

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.

- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participa en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 Para iniciar este procedimiento el/la paciente debe haber sido presentado/a verbalmente y por escrito por el personal médico y paramédico del servicio interconsultante al personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 3.7 Se acepta como paciente del Servicio de Terapia Postquirúrgica aquel/lla que requiera manejo médico especializado con apoyo a sus funciones vitales y monitoreo estrecho de sus constantes vitales de forma continua, derivado de un padecimiento quirúrgico basado en disponibilidad de espacio y beneficio de atención especializada en el Servicio.
- 3.8 Todos/as los/as pacientes que están en la programación quirúrgica y que requieran estancia hospitalaria en el Servicio, se debe realizar la presentación verbal por el servicio quirúrgico o de anestesiología antes de las 9:00 horas del día, con el fin de realizar la logística de asignación de camas en conjunto con la persona titular de enfermería del servicio. En caso de no presentarse en tiempo y forma el servicio no se hace responsable de no contar con camas hospitalarias para los/las pacientes posteriores al procedimiento.
- 3.9 Los/as pacientes hospitalizados/as o ambulatorios/as previos al procedimiento con excepciones se podrán ingresar 24 horas a 5 días antes al servicio y no de manera

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 36 de 118 |

generalizada. Este proceso se describe en el procedimiento 1, políticas 3.7, 3.8 y 3.10 de este manual.

- 3.10 En caso de que un/a paciente ingresado/a por urgencia quirúrgica o previamente considerado ambulatorio en el postquirúrgico requiera estancia en el servicio, se debe realizar la presentación verbal por el servicio quirúrgico o de anestesiología con un mínimo de 2 horas previas al ingreso y posteriormente solicitar se realice el formato de solicitud de interconsulta, INER-EC-CE-39. Esto no aplica en casos de inestabilidad o urgencia médica. Ver procedimiento 1, política 3.10.
- 3.11 Solamente se ingresan aquellos/as pacientes previamente evaluados/as. Se requiere que en la indicación postquirúrgica el personal médico de cirugía o anestesia asiente por escrito: "ingresa al Servicio de Terapia Postquirúrgica", cuando el/la paciente haya sido aceptado/a en el Servicio o en caso de un ingreso presentado previo al procedimiento que en la nota o indicaciones médicas se notifique por escrito por parte del personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica la aceptación de su ingreso al servicio y que dicha nota o indicación no tenga más de veinticuatro horas de haber sido realizada. Asimismo, en caso de rechazo, debe constar en la nota médica el motivo del rechazo, realizada por el personal médico adscrito a este Servicio.
- 3.12 Los/as pacientes aceptados/as en el Servicio pueden ser trasladados/as en el post operatorio del quirófano a la cama asignada en el Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 3.13 El personal médico adscrito al Servicio y la/el profesional de enfermería con puesto de jefa/e de enfermeras, son responsables de asignar la cama con base en los recursos del Instituto, posterior a la presentación del/a paciente por parte del personal médico quirúrgico.
- 3.14 El traslado de pacientes hospitalizados/as al Servicio de Terapia Postquirúrgica debe ser acompañado/a por el personal médico responsable adscrito o el personal médico residente, de enfermería, camillería y en caso de que el/la paciente requiera ventilación




| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 37 de 118 |

mecánica, el personal de inhaloterapia debe apoyar el traslado. El traslado debe 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 deben llevarse siempre con bombas de infusión previamente verificadas por el personal de enfermería en cuanto a reserva de batería.

- 3.15 El traslado de pacientes críticos/as extrahospitalarios/as requiere la aceptación del Servicio de Terapia Postquirúrgica *descrito en el procedimiento en 1, política 3.9*. El/La paciente debe ser acompañado/a por el personal médico adscrito o residente del Servicio de Urgencias Respiratorias, personal de enfermería, camillería y en caso de que el/la paciente requiera ventilación mecánica el personal de inhaloterapia debe apoyar el traslado. El Traslado debe incluir monitor de signos vitales (Frecuencia cardiaca, respiratoria y electrocardiograma), oxímetro de pulso y oxígeno si lo requiere (tanque de oxígeno con reserva adecuada). Cuando tenga medicamentos en infusión deben llevarse siempre con bombas de infusión previamente verificadas por el personal de enfermería en cuanto a reserva de batería.
- 3.16 Para el ingreso al servicio los/as pacientes deben contar con la papelería completa de admisión, exámenes de laboratorio, pruebas virológicas, pruebas bacteriológicas, (de acuerdo con el lineamiento institucional de admisión vigente), estudios de gabinete (si es pertinente para el/la paciente), consentimientos informados vigentes según corresponda a las intervenciones que haya requerido hasta el momento del ingreso y expediente clínico completo, a su llegada se debe elaborar una nota de ingreso por el Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 3.17 Los/as pacientes programados/as de cirugía robótica, que ameriten hospitalización se deben presentar por el personal médico tratante de anestesia o personal de cirugía, con los mismos lineamientos previamente especificados para asignarle cama en el Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 3.18 El personal médico especialista debe garantizar la privacidad del interrogatorio, el cual se llevará a cabo exclusivamente entre el personal médico y el/la paciente, familiar o

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 38 de 118 |

representante legal, en caso necesario, salvo que el/la paciente autorice la presencia de personal de apoyo de enfermería o técnico.

- 3.19 La exploración física se debe realizar posterior a la autorización verbal por parte del/a paciente, familiar o representante legal y en presencia del personal de apoyo de su mismo sexo y con la mayor consideración a la dignidad del/la paciente.
- 3.20 Todo/a paciente que ingrese al Servicio de Terapia Postquirúrgica debe ser presentado/a y estudiado/a en forma integral por el personal multidisciplinario del área, para establecer el plan de manejo.
- 3.21 Los/as pacientes que ingresen al Servicio de Terapia Postquirúrgica se les debe realizar los estudios de laboratorio, microbiológicos o de gabinete que el personal médico adscrito del Servicio valore para una correcta evaluación de los/as pacientes: biometría hemática, gasometría arterial y venosa central, química sanguínea, glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, magnesio, fósforo) examen general de orina, electrocardiograma, tomografía, placa simple de rayos X y los cultivos necesarios, entre otros .
- 3.22 Los/as pacientes que ingresen al Servicio de Terapia Postquirúrgica previo al procedimiento con una indicación de urgencia quirúrgica, se debe priorizar su ingreso a sala de quirófano en periodo inmediato (<24 horas) y previo al procedimiento se enfoca en su estabilización para el ingreso a quirófano en las mejores condiciones.
- 3.23 Todo el personal adscrito a este Servicio debe vigilar constantemente el estado del/a paciente y seguir las indicaciones determinadas por el personal médico tratante en forma estricta, el personal médico residente de mayor jerarquía puede dar indicaciones sobre el manejo de un/a paciente, cuando se presenta alguna situación de extrema urgencia.
- 3.24 Todo personal en contacto con los/as pacientes debe 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/la

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the letters 'J.P.C.']

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 39 de 118 |

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.

3.25 Los residuos peligrosos biológico-infecciosos, generados deben ser manejados de forma correcta y apegado a la norma vigente aplicable.

3.26 Cualquier padecimiento de notificación obligatoria debe ser notificada inmediatamente después de su identificación a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, cualquier sospecha de caso epidemiológico y al Departamento de Áreas Críticas.

3.27 Son considerados "padecimientos de notificación obligatoria" los establecidos en la NOM-017-SSA2-1998 "Para la Vigilancia Epidemiológica".

3.28 Se considera notificación inmediata a 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:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Poliomielitis, | 11. Tuberculosis meníngea, |
| 2. Parálisis flácida aguda, | 12. Meningoencefalitis amibiana primaria, |
| 3. Sarampión, | 13. Fiebre amarilla, |
| 4. Enfermedad febril exantemática, | 14. Peste, |
| 5. Difteria, | 15. Fiebre recurrente |
| 6. Tos ferina, | 16. Tifo epidémico, |
| 7. Síndrome coqueluchoide, | 17. Tifo endémico o murino, |
| 8. Cólera, | 18. Fiebre manchada, |
| 9. Tétanos, | 19. Meningitis meningocócica, |
| 10. Tétanos neonatal, | 20. Influenza, |

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 40 de 118 |

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 21. Encefalitis equina venezolana, 22. Sífilis congénita, 23. Dengue hemorrágico, 24. Paludismo por <i>P. falciparum</i>, 25. Rabia humana, 26. Rubéola congénita, 27. Eventos adversos temporalmente asociados a la | <ul style="list-style-type: none"> vacunación y sustancias biológicas, 28. Lesiones por abeja africanizada, 29. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, 30. COVID-19 31. Viruela de mono 32. Infección por VIH |
|--|---|

3.29 Cuando el personal adscrito al Servicio Terapia Postquirúrgica reciba la notificación de la presencia de alguna de las infecciones antes mencionadas, por parte del personal del Servicio de Microbiología Clínica, debe dar aviso a la persona titular de este Servicio, para su manejo y control a la brevedad posible.

3.30 El personal adscrito al Servicio Terapia Postquirúrgica debe mantener comunicación permanente con las coordinaciones de: Vigilancia Epidemiológica e Infectología, para la realización de estudios de diagnóstico solicitados al/la paciente por vigilancia epidemiológica.

3.31 Cuando el personal adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica detecte alguna irregularidad en el funcionamiento del equipo, debe informar por escrito a la persona titular de este Servicio en la libreta destinada para este fin.

3.32 El personal adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica, evaluará constantemente a los/as pacientes que se encuentren en el área de cuidados post anestésicos inmediatos solo cuando estos presenten alguna complicación asociada a su procedimiento, y determinará, en caso de considerarlo, el ingreso al Servicio.



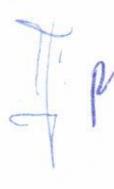



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 41 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

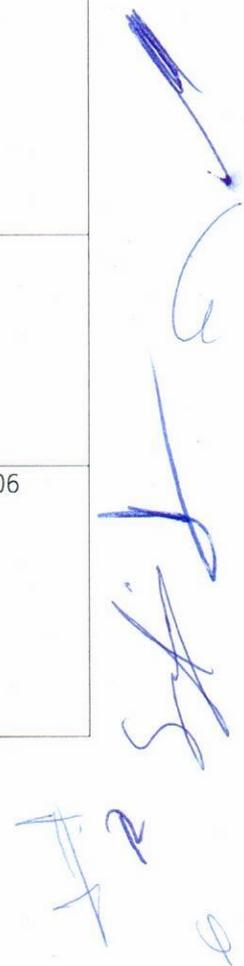
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|--|--------------------|
| Personal médico de los servicios clínicos, quirúrgicos o de anestesia. | 1 | Presenta los casos quirúrgicos programados que requieren estancia en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, antes de las 9:00 horas del día en curso al personal médico de este servicio. ¿La cirugía se encuentra en la programación quirúrgica del día? | |
| | 2 | No. Realiza interconsulta al Servicio de Terapia Postquirúrgica. Ver el procedimiento 1. Termina el procedimiento. | |
| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 3 | Si. Valora la necesidad de ingreso a Terapia Postquirúrgica, e informa la decisión al personal médico de la aceptación o rechazo del/la paciente. Continúa la actividad 4. | |
| | 4 | Notifica el ingreso de los pacientes aceptados al servicio al personal médico responsable. | |
| | 5 | Proporciona información a la persona jefe/a de enfermería sobre el aislamiento del/la paciente y condiciones médicas, a fin de que se asigne la cama adecuada. | |
| Personal de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 6 | Realiza la asignación de camas a los ingresos programados o de urgencia quirúrgica. | |
| Personal de enfermería del servicio clínico solicitante o quirófano. | 7 | Contacta a la persona responsable de enfermería de este Servicio y solicita la cama. | |



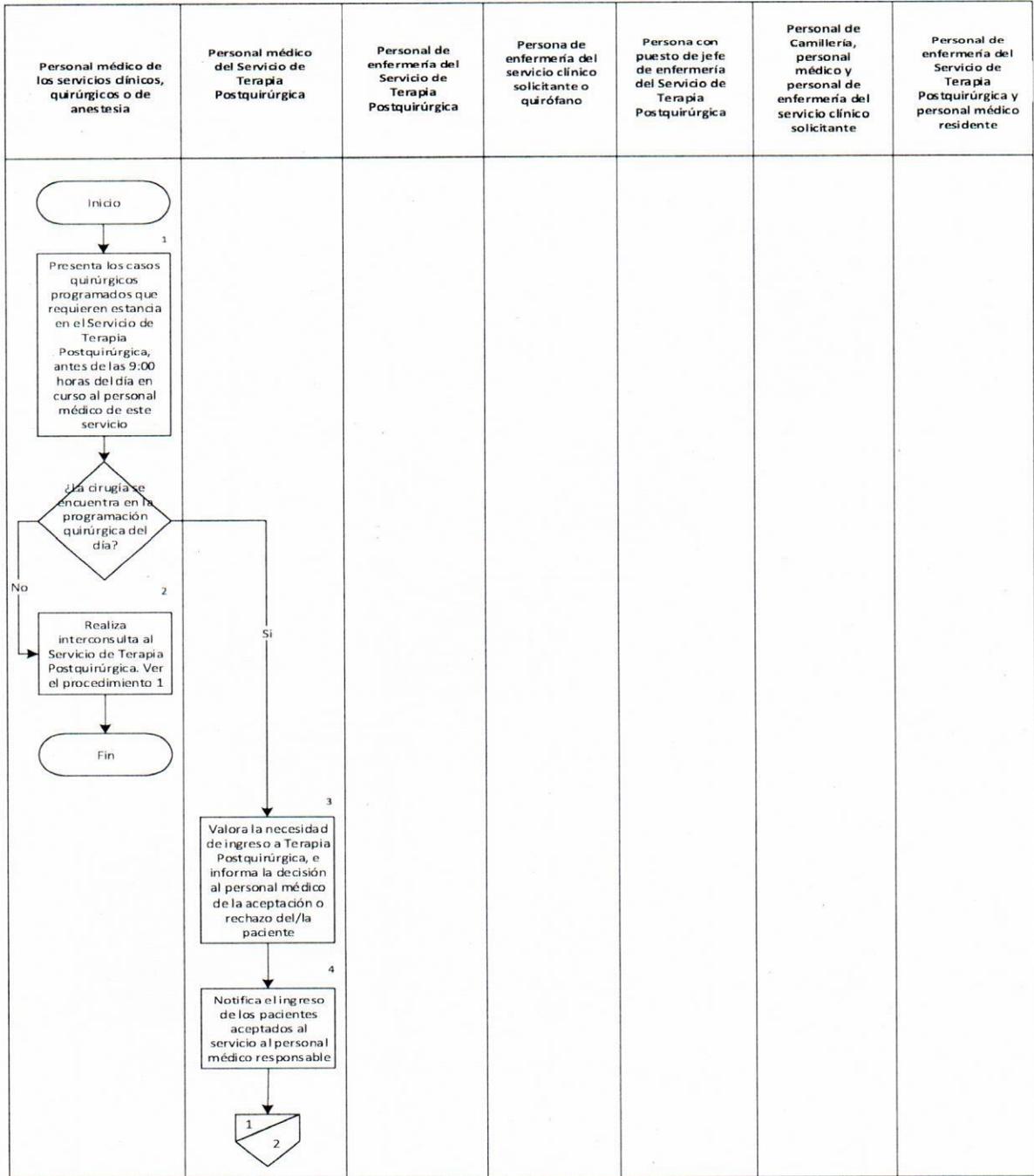
| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 42 de 118 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|---|-------------------------------|
| Persona con puesto de jefe de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 8 | Autoriza el traslado, respecto a la disposición de cama. | |
| Personal de Camillería, personal médico y personal de enfermería del servicio clínico solicitante. | 9 | Traslada al paciente en condiciones adecuadas (monitor de traslado, ventilador de traslado, si lo requiere deberá ser acompañado por el personal de inhaloterapia). | |
| Personal médico de los servicios clínicos, quirúrgicos o de anestesia. | 10 | Presenta el estado de salud del paciente a su ingreso al personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | |
| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 11 | Realiza la valoración inicial: (Inicia el interrogatorio y la exploración física, revisa el expediente médico, solicita los laboratorios de ingreso y estudios de gabinete requeridos para el paciente y establece las indicaciones de ingreso). En caso de ser posquirúrgico se realiza el formato de Transferencia segura de pacientes en áreas críticas. | INER-EC-03 INER-ECE-SPT-02 |
| Personal de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica y personal médico residente. | 12 | Revisa las indicaciones del/la paciente y en caso de dudas pregunta al personal médico tratante. Lleva a cabo el seguimiento de cada una de las indicaciones médicas. | |
| Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 13 | Realiza el ingreso del/la paciente al servicio. | INER-EC-06 |
| | | Termina el procedimiento | |



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 43 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

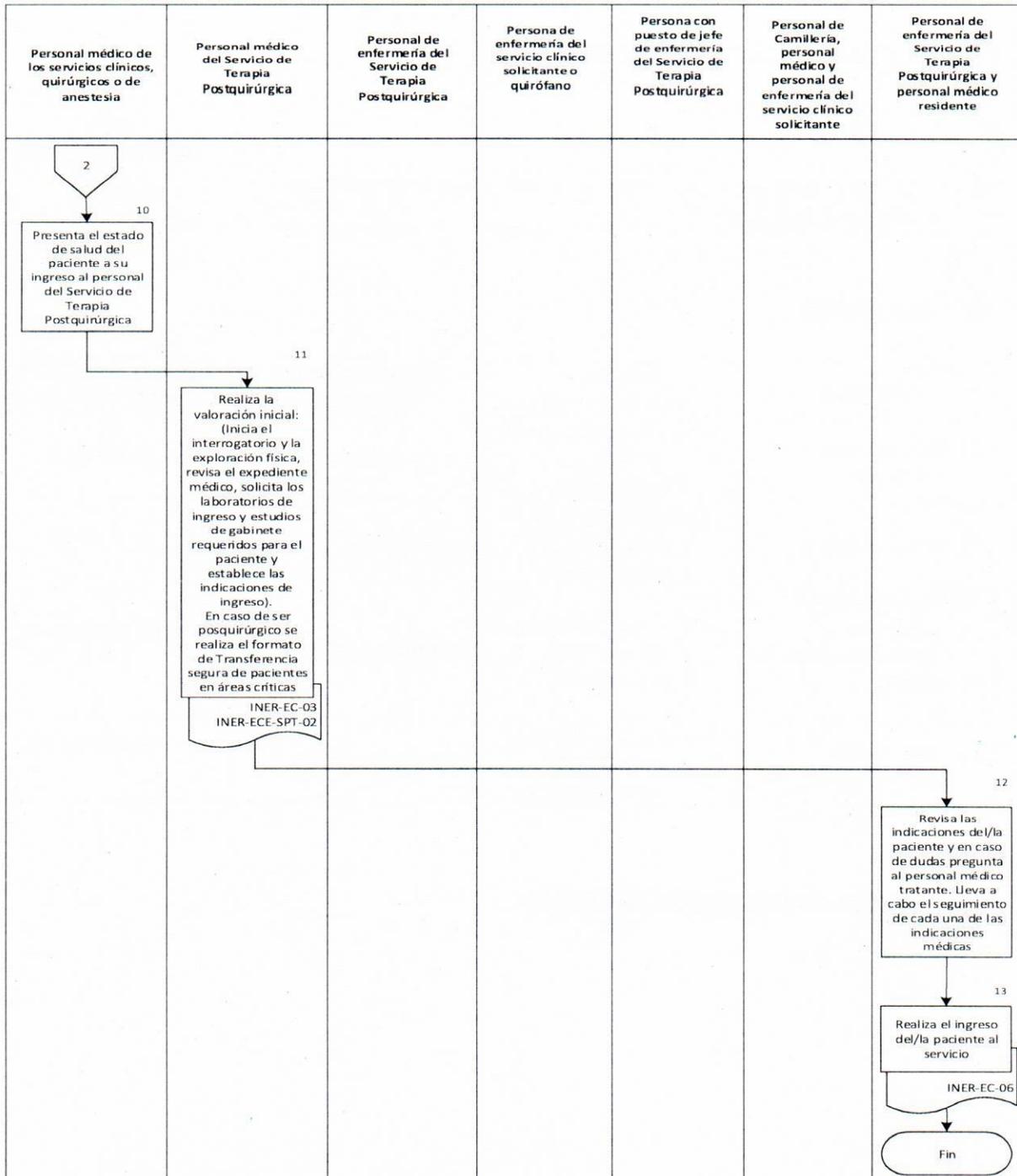


[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 44 de 118 |

| Personal médico de los servicios clínicos, quirúrgicos o de anestesia | Personal médico del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Personal de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Persona de enfermería del servicio clínico solicitante o quirófano | Persona con puesto de jefe de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Personal de Camillería, personal médico y personal de enfermería del servicio clínico solicitante | Personal de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica y personal médico residente |
|---|--|--|---|---|--|---|
| | <p>1</p> <p>5</p> <p>Proporciona información a la persona jefe/a de enfermería sobre el aislamiento del/la paciente y condiciones médicas, a fin de que se asigne la cama adecuada</p> | | | | | |
| | | <p>6</p> <p>Realiza la asignación de camas a los ingresos programados o de urgencia quirúrgica</p> | | | | |
| | | | <p>7</p> <p>Contacta a la persona responsable de enfermería de este Servicio y solicita la cama</p> | | | |
| | | | | <p>8</p> <p>Autoriza el traslado, respecto a la disposición de cama</p> | | |
| | | | | | <p>9</p> <p>Traslada al paciente en condiciones adecuadas (monitor de traslado, ventilador de traslado, si lo requiere deberá ser acompañado por el personal de inhaloterapia)</p> <p>2</p> <p>3</p> | |

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several initials.



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 46 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|---|----------------------------|---|
| 7.1 Indicaciones médicas | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC-03 |
| 7.2 Notas médicas | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC-06 |
| 7.3 Transferencia segura de pacientes en áreas críticas | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-ECE-SPT-02 |
| 7.4 Solicitud de interconsulta | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC-CE-39 |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the initials 'JRS', '2', and '4']

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 47 de 118 |

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Indicaciones médicas, INER-EC-03.
- 10.2 Notas médicas, INER-EC-06.
- 10.3 Transferencia segura de pacientes en áreas críticas, INER-ECE-SPT-02.
- 10.4 Solicitud de interconsulta, INER-EC-CE-39.





| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 49 de 118 |

10.2 Notas médicas
INER-EC-06



NOTAS MÉDICAS



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

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

| | |
|---|--|
| I | |
|---|--|






10.3 Transferencia segura de pacientes en áreas críticas INER-ECE-SPT-02

|  | |  | |  NSC: <input type="text"/> F. Nac: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|---|--------------------------|--|--|----------|--|---------------|--|---|--------------------------|------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|---------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|---------------------|-------------------------|------------------------|------|---------|-------------|--|--|---|
| TRANSFERENCIA SEGURA DE PACIENTES EN ÁREAS CRÍTICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirugía Procedimiento Realizado: _____ Diagnostico postquirúrgico: _____ Hallazgos relevantes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ Comorbilidades Relevantes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ Complicaciones Posquirúrgicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ Tipo y localización de Sondas o drenajes: Sonda endopleural: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Drenajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Localización: _____ Tipo: _____ Localización: _____ ⚠ Complicaciones potenciales (menos 24 h): Seguimiento posquirúrgico específico: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (especificar) _____ Cirujano Responsable (nombre, cargo y cédula): _____ En caso de emergencia llamar a (Teléfono/Cel): _____ | | Anestesiología Técnica anestésica: <input type="checkbox"/> RÁPIDA <input type="checkbox"/> LENTA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> COMBINADA <input type="checkbox"/> SEDACIÓN IV <input type="checkbox"/> SEDACIÓN INHALADA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (Especificar) _____ ⚠ Vía aérea: Dificil: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SÍ (VENTILACIÓN) (INTUBACIÓN) Manejo de Vía Aérea: Líquidos transoperatorios: Sangrado (ml) _____ Balance hídrico total (ml): _____ Administración de hemoderivados y/o medicamentos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí CE: _____ PLT: _____ PFC: _____ Otros: _____ Vasoactivos e inotrópicos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ Accesos vasculares (localización y calibre) • Venoso Central: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ • Arteriales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ • Venosos Periféricos: _____ Complicaciones Transanestésicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar) _____ Oxígeno suplementario: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">No Invasivo</th> <th colspan="2">Invasivo</th> </tr> <tr> <th>Flujo O2/FiO2</th> <th></th> <th>Características de Dispositivo Invasivo</th> <th>Parámetros de ventilador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Puntas nasales simples</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mascarilla Facial</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Venturi</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Netulizador</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tienda traqueostomía</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Puntas alto flujo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Positiva</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> Signos Vitales al Ingreso a UCPQX <table border="1"> <tr> <td>Frecuencia Cardíaca</td> <td>Frecuencia respiratoria</td> <td>Presión arterial media</td> <td>SpO2</td> </tr> <tr> <td>Glucosa</td> <td>Temperatura</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Anestesiólogo Responsable _____ En caso de emergencia llamar a (Teléfono/Cel): _____ | | No Invasivo | | Invasivo | | Flujo O2/FiO2 | | Características de Dispositivo Invasivo | Parámetros de ventilador | Puntas nasales simples | | | | Mascarilla Facial | | | | Venturi | | | | Netulizador | | | | Tienda traqueostomía | | | | Puntas alto flujo | | | | Presión Positiva | | | | Frecuencia Cardíaca | Frecuencia respiratoria | Presión arterial media | SpO2 | Glucosa | Temperatura | | | Servicio receptor Volumen sanguíneo circulante: _____ Hemoderivados disponibles en banco de sangre: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (Especificar) _____ • Concentrado eritrocitario: _____ • Plasma fresco: _____ • Concentrado plaquetario: _____ • Aféresis plaquetaria: _____ • Crioprecipitados: _____ Gasometría _____ PLAN CONJUNTO Y PENDIENTES Laboratorio: _____ Imagen: _____ ¿Cómo se manejará la Analgesia?: _____ Rehabilitación: _____ Indicaciones especiales: _____ ¿PACIENTE ESTABLE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Médico que recibe (nombre, cargo y cédula): _____ |
| No Invasivo | | Invasivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Flujo O2/FiO2 | | Características de Dispositivo Invasivo | Parámetros de ventilador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puntas nasales simples | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mascarilla Facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Venturi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Netulizador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tienda traqueostomía | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puntas alto flujo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Positiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca | Frecuencia respiratoria | Presión arterial media | SpO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glucosa | Temperatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Handwritten signatures and initials in blue ink)

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 2. Procedimiento para el ingreso al Servicio de Terapia Postquirúrgica y la evaluación inicial. | | Hoja 51 de 118 |

**10.4 Solicitud de interconsulta
INER-EC-CE-39**



SOLICITUD DE INTERCONSULTA



Fecha: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____ / _____ / _____
AÑO MES DIA

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 medico 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. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 52 de 118 |

3. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DIARIA DEL/A PACIENTE






| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 53 de 118 |

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos y normas necesarios para llevar a cabo la evaluación diaria, seguimiento de indicaciones e informes, de los pacientes admitidos en el Servicio de la Unidad de Terapia Post quirúrgica con calidad, calidez y seguridad.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the letters 'F', 'E', 'R']

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 54 de 118 |

- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, 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.
- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participa en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 En preparación a la visita médica el personal médico del servicio recaba los resultados de laboratorio, gabinete y microbiológicos. Se encarga de mantener ordenado el expediente médico.
- 3.7 La entrega de guardia la realiza por el personal médico del servicio, personal de enfermería responsable del paciente, trabajo social, nutrición ,personal médico residente, rehabilitación física, en la sala de juntas, con todos los estudios necesarios, diariamente en la mañana de lunes a viernes, de acuerdo con la disponibilidad de los estudios requeridos, posteriormente a dicha entrega el personal médico adscrito, debe revisar y analizar cada caso a su cargo, a pie de cama junto con el personal médico residente asignado. .
- 3.8 En el turno vespertino 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 médicos a la hora que el personal adscrito de la tarde así lo determinen. En dicha entrega deberá estar todo el personal médico residente. El resto de los turnos la visita se realizará con el personal médico y de enfermería a la hora que el

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 55 de 118 |

personal médico adscrito de turno lo determine. Derivado de dicha evaluación se establecerá el plan a seguir.

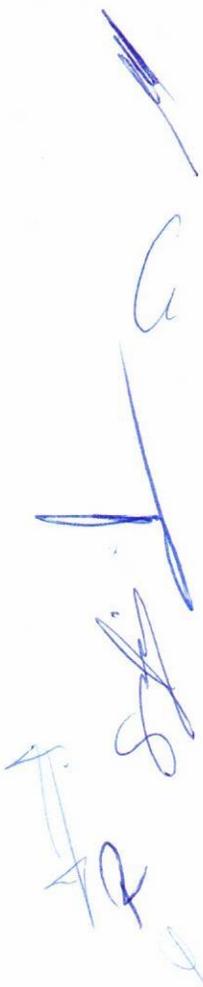
- 3.9 El personal médico especialista debe garantizar la privacidad del interrogatorio, el cual se lleva a cabo exclusivamente entre el personal médico y el/la paciente o familiar responsable legal, en caso necesario, salvo que el/la paciente autorice la presencia de personal de apoyo, enfermera o técnico.
- 3.10 La exploración física se realiza posterior a la autorización verbal por parte del paciente, familiar o responsable legal y en presencia del personal de apoyo de su mismo sexo y con la mayor consideración a la dignidad del/la paciente.
- 3.11 Exclusivamente el personal médico adscrito está autorizado para informar al familiar o responsable legal, acerca del estado de salud del/la paciente. Los informes se dan diariamente en el turno matutino, de manera presencial o telefónica y el familiar debe firmar de haber recibido informes, en caso de que el informe sea presencial. El personal médico adscrito puede solicitar a otro personal adscrito dar los informes, en caso de que así se requiera o el personal médico residente, podrá dar informes siempre y cuando esté acompañado del personal médico tratante.
- 3.12 Cuando se realice algún cambio en las indicaciones terapéuticas del/la paciente, el personal médico responsable de dichos cambios debe realizar la modificación correcta en las indicaciones e informar al personal de enfermería del cambio, así como responder a un análisis clínico detallado, así como exponerlo por escrito en del expediente clínico en la realización de la nota médica.
- 3.13 Todo el personal debe cumplir las indicaciones médicas al pie de la letra, si existe algún impedimento para que se realice, debe avisar al personal médico adscrito responsable del/la paciente.
- 3.14 Todo personal de salud en contacto con los pacientes debe 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

[Handwritten blue ink marks and signatures on the right margin]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 56 de 118 |

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.

- 3.15 Los residuos peligrosos biológico-infecciosos, generados en el área deben ser manejados de forma correcta y apegado a la norma.
- 3.16 Cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo debe ser informada por escrito a la persona titular del Servicio.

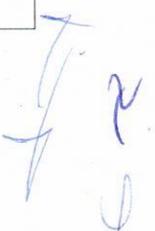


| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 57 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|--|--------------------|
| Personal médico adscrito y/o médico residente. | 1 | Acude a los servicios de apoyo diagnóstico y recolecta los estudios de laboratorio realizados para cada uno de los/as pacientes en el Servicio. | Resultados |
| | 2 | Integra cada uno de los estudios a los expedientes clínicos del/a paciente. | |
| | 3 | Registra los resultados pertinentes en el Expediente Clínico Electrónico. | |
| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 4 | Integra la evaluación clínica y los resultados de los estudios solicitados para actualizar el plan de diagnóstico y tratamiento. | |
| Personal médico adscrito y/o Personal médico residente. | 5 | Realiza las notas médicas en las cuales se describe el diagnóstico del/la paciente, los pendientes, su estado de gravedad y la razón de su estancia. | INER-EC-06 |
| Persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 6 | Asigna al personal médico responsable de dar seguimiento al estado de salud del/la paciente, indicaciones y solución de problemas. | |
| Personal médico adscrito y/o médico residente. | 7 | Asienta las indicaciones en el expediente clínico del/la paciente. | INER-EC-03 |
| | 8 | Realiza las solicitudes de estudio necesarias (Ver procedimiento de elaboración de estudios). | |
| | 9 | Verifica que se hayan llevado a cabo todas las indicaciones señaladas. | |



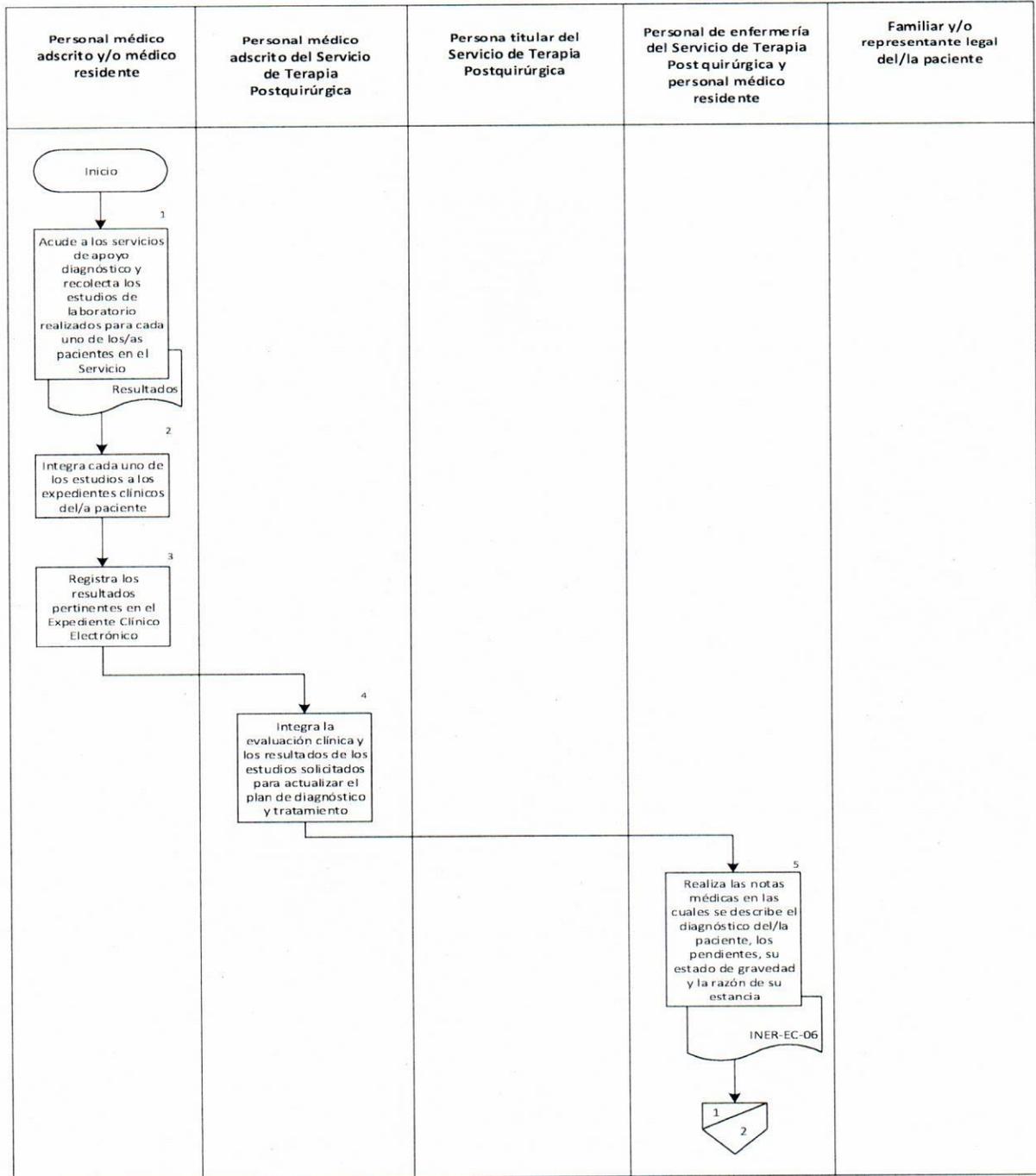
| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 58 de 118 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|---|--------------------|
| Personal de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica y personal médico residente. | 10 | Lleva a cabo el seguimiento de cada una de las indicaciones médicas. | |
| Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 11 | Llama a familiar o representante legal y se le da informes acerca del estado de salud del/la paciente, del plan de manejo y del pronóstico. | |
| | 12 | Proporciona informes al familiar responsable de manera presencial o telefónica. | |
| Familiar del paciente y/o representante legal. | 13 | Firma la bitácora de informes en caso de informe presencial. Termina el procedimiento | Bitácora |

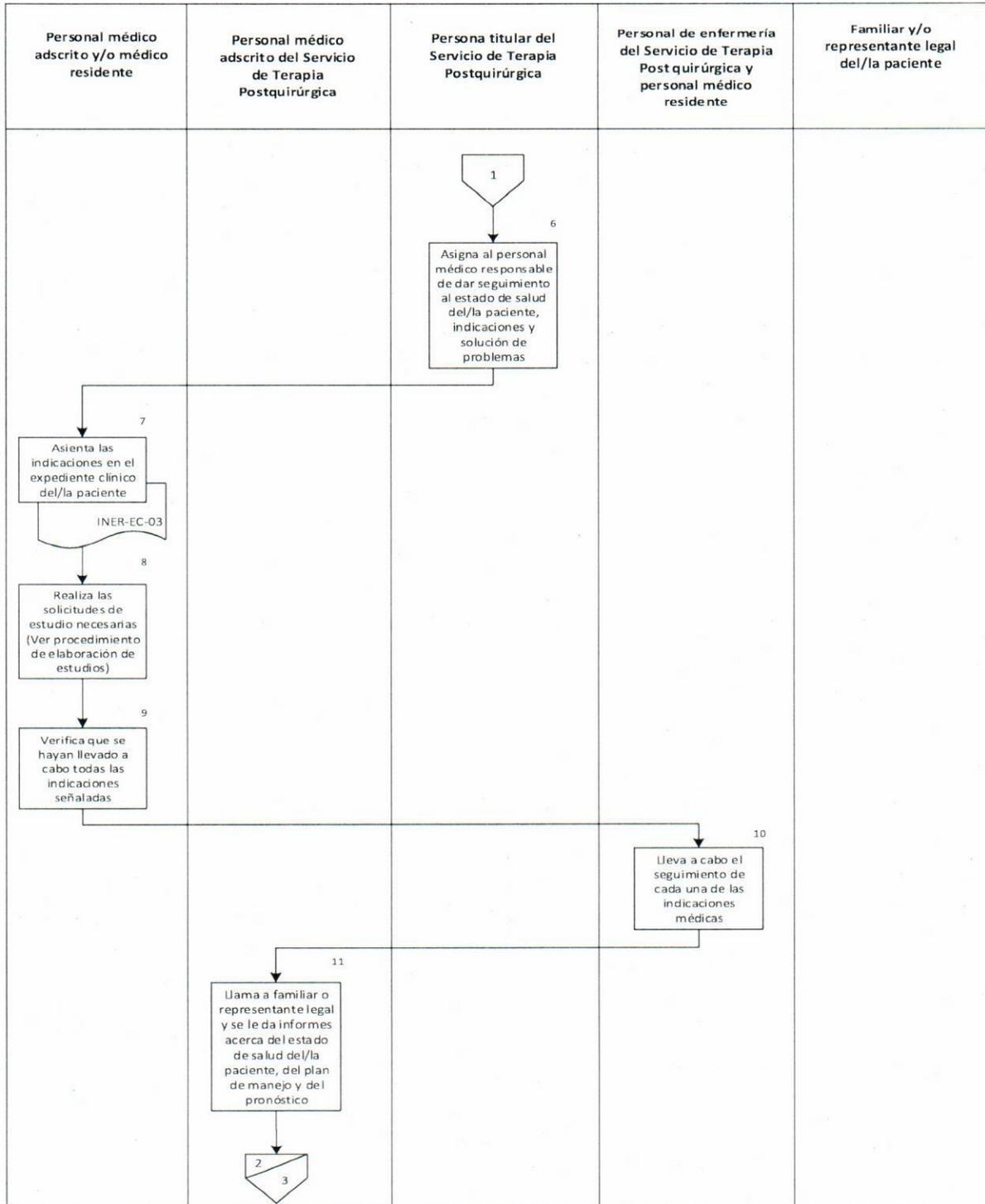



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 59 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'X' and 'FR' initials.]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 61 de 118 |

| Personal médico adscrito y/o médico residente | Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Personal de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica y personal médico residente | Familiar y/o representante legal del/la paciente |
|---|---|--|---|--|
| | <p>2</p> <p>1.2</p> <p>Proporciona informes al familiar responsable de manera presencial o telefónica</p> | | | <p>1.3</p> <p>Firma la bitácora de informes en caso de informe presencial</p> <p>Bitácora</p> <p>Fin</p> |







| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 62 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | N/P |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---------------------------|---|----------------------------|---|
| 7.1 Nota Médica. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente Clínico | INER-EC-06 |
| 7.2 Indicaciones Médicas. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente Clínico | INER-EC-03 |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 63 de 118 |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Notas médicas, INER-EC-06.

10.2 Indicaciones médicas, INER-EC-03.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código:061 |
| | 3. Procedimiento para la evaluación diaria del/a paciente | | Hoja 65 de 118 |

10.2 Indicaciones médicas
INER-EC-03



NOTAS MÉDICAS



| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE: <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DÍA No. DE EXPEDIENTE: <input type="text"/> No. DE HISTORIA: <input type="text"/> CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: <input type="text"/> | FECHA: <input type="text"/> CAMA: <input type="text"/> SERVICIO CLÍNICO: <input type="text"/> EDAD: <input type="text"/> SEXO: <input type="text"/> HOJA No.: <input type="text"/> |
|--|---|

| FECHA Y HORA | ANOTACIONES DEL MÉDICO |
|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | |

[Handwritten signature and initials in blue ink, including 'R', 'C', and '4']

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 66 de 118 |

4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

Handwritten blue ink marks on the right side of the page, including a large vertical line and several smaller scribbles.

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 67 de 118 |

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Señalar las bases operativas a efecto de solicitar estudios paraclínicos dentro del Servicio del Servicio de Terapia Post quirúrgica, establecimiento de una programación planificada de los mismos, con el fin de contribuir al manejo terapéutico apropiado y oportuno del/a paciente.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de la Unidad de Terapia Post quirúrgica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 68 de 118 |

- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, 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.
- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 La persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito es responsable de vigilar que los estudios solicitados sean consistentes con las guías clínicas desarrolladas, adoptadas por el Instituto, mismas que deben plasmarse en el expediente clínico.
- 3.7 El personal adscrito o personal médico residente a este Servicio debe solicitar los estudios en el formato correspondiente a los servicios diagnóstico de: laboratorio clínico, microbiológico, imagenología y medicina nuclear.
- 3.8 El personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica es el encargado de solicitar la autorización del/a paciente, familiar o responsable legal, para la realización de cualquier estudio de imagen que requiera la introducción de un medio de contraste.
- 3.9 En caso de requerir un estudio de imagen con introducción de contraste que sea una prioridad o urgencia para el/la paciente y no esté el familiar o responsable legal, el personal

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 69 de 118 |

médico adscrito se debe comunicar con el familiar o responsable legal vía telefónica y se firmará por parte del personal médico adscrito.

- 3.10 El personal médico residente es responsable de realizar la solicitud de los estudios de microbiología y transportar las muestras al laboratorio.
- 3.11 Si el/la paciente debe salir del Servicio para la realización de un determinado estudio, debe 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. Siempre debe llevar monitor de traslado, ambú, laringoscopio con hojas curvas y rectas número 3 y 4, cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas, máscara facial, medicamentos de reanimación cardiovascular y un acceso venoso funcional. En caso de tener medicamentos en infusión deben llevarse siempre con bombas de infusión previamente verificadas por el personal de enfermería en cuanto a reserva de batería.
- 3.12 El traslado del/la paciente fuera del Servicio por cualquier razón, debe efectuarse bajo la supervisión del personal médico adscrito o médico residente y responder estrictamente a una evaluación riesgo-beneficio. Se consideran pacientes no trasladables a los/as que tienen presión positiva al final de la espiración mayor a 14, fracción inspirada mayor del 60%, modos no convencionales de ventilación, doble vasopresor o un vasopresor a dosis supraterapéuticas según sea el caso (dosis supraterapéutica lo establece el personal médico responsable).
- 3.13 Todo personal de salud en contacto con pacientes debe 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/la 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.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 70 de 118 |

- 3.14 Los residuos peligrosos biológico-infecciosos, generados en el servicio deben ser manejados de forma correcta y apegado a la norma.

- 3.15 Cualquier irregularidad en el funcionamiento del equipo debe informarse por escrito a la persona titular del Servicio.

- 3.16 El personal del Servicio de la Terapia Postquirúrgica debe dar seguimiento a las solicitudes enviadas, para la realización de estudios de diagnóstico.







| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 71 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

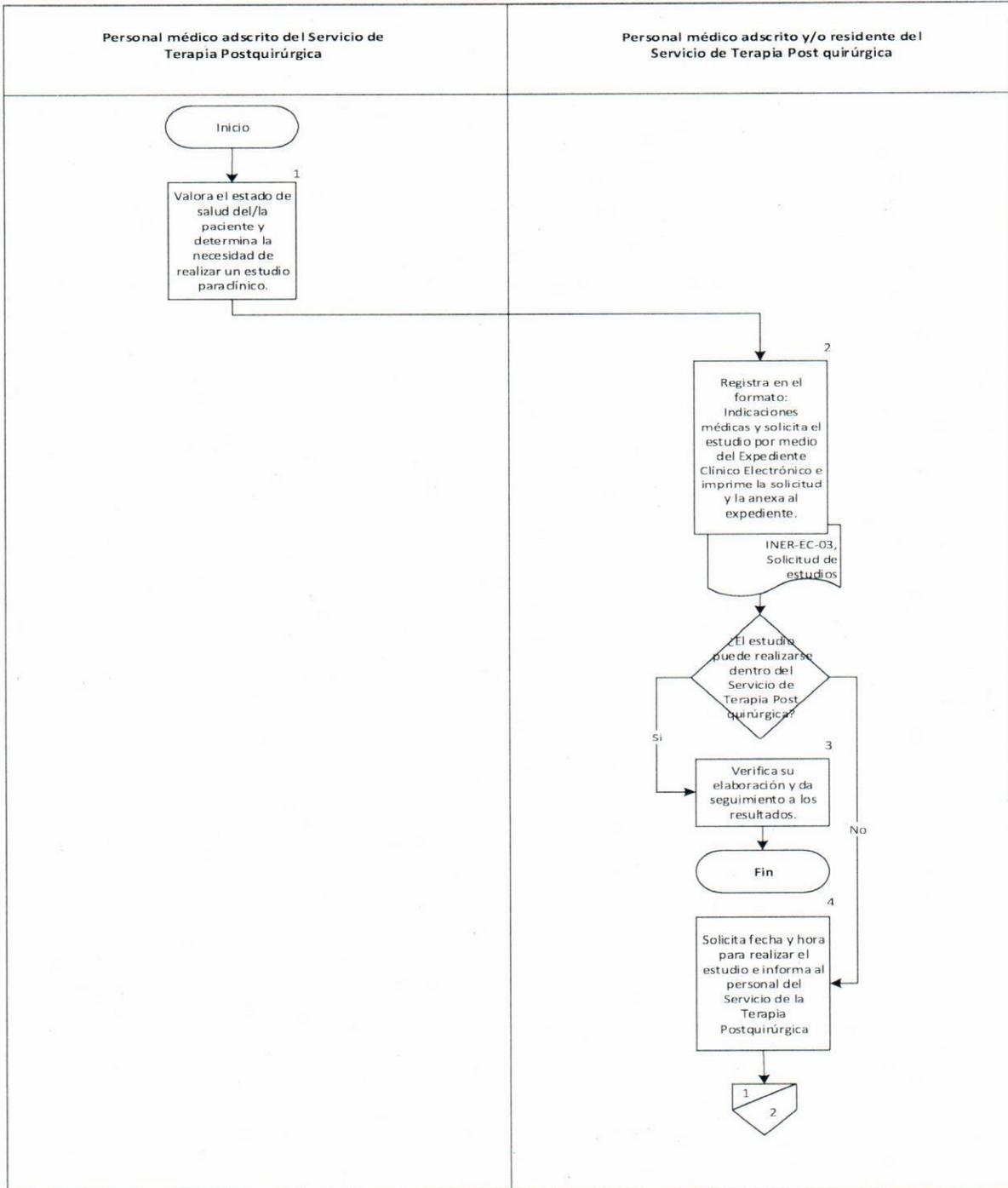
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|---|----------|---|-------------------------------------|
| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 1 | Valora el estado de salud del/la paciente y determina la necesidad de realizar un estudio paraclínico. | |
| Personal médico adscrito y/o médico residente del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 2 | Registra en el formato: Indicaciones médicas y solicita el estudio por medio del Expediente Clínico Electrónico e imprime la solicitud y la anexa al expediente. ¿El estudio puede realizarse dentro del Servicio de Terapia Postquirúrgica? | INER-EC-03 Solicitud de estudios |
| | 3 | Si. Verifica su elaboración y da seguimiento a los resultados. Termina el procedimiento. | |
| | 4 | No. Solicita fecha y hora para realizar el estudio e informa al personal del Servicio de la Terapia Postquirúrgica. Continúa la actividad 5. | |
| | 5 | Da indicaciones al personal de enfermería para preparar el/la paciente para el estudio y el traslado ¿El/la paciente puede ser trasladado/a? | |
| | 6 | No. Estabiliza al/la paciente y pospone el estudio hasta que el estado de salud del/la paciente lo permita. Regresa a la actividad 5. | |
| | 7 | Si. Coordina el traslado del/la paciente con el Departamento de Imagenología. Termina el procedimiento | |





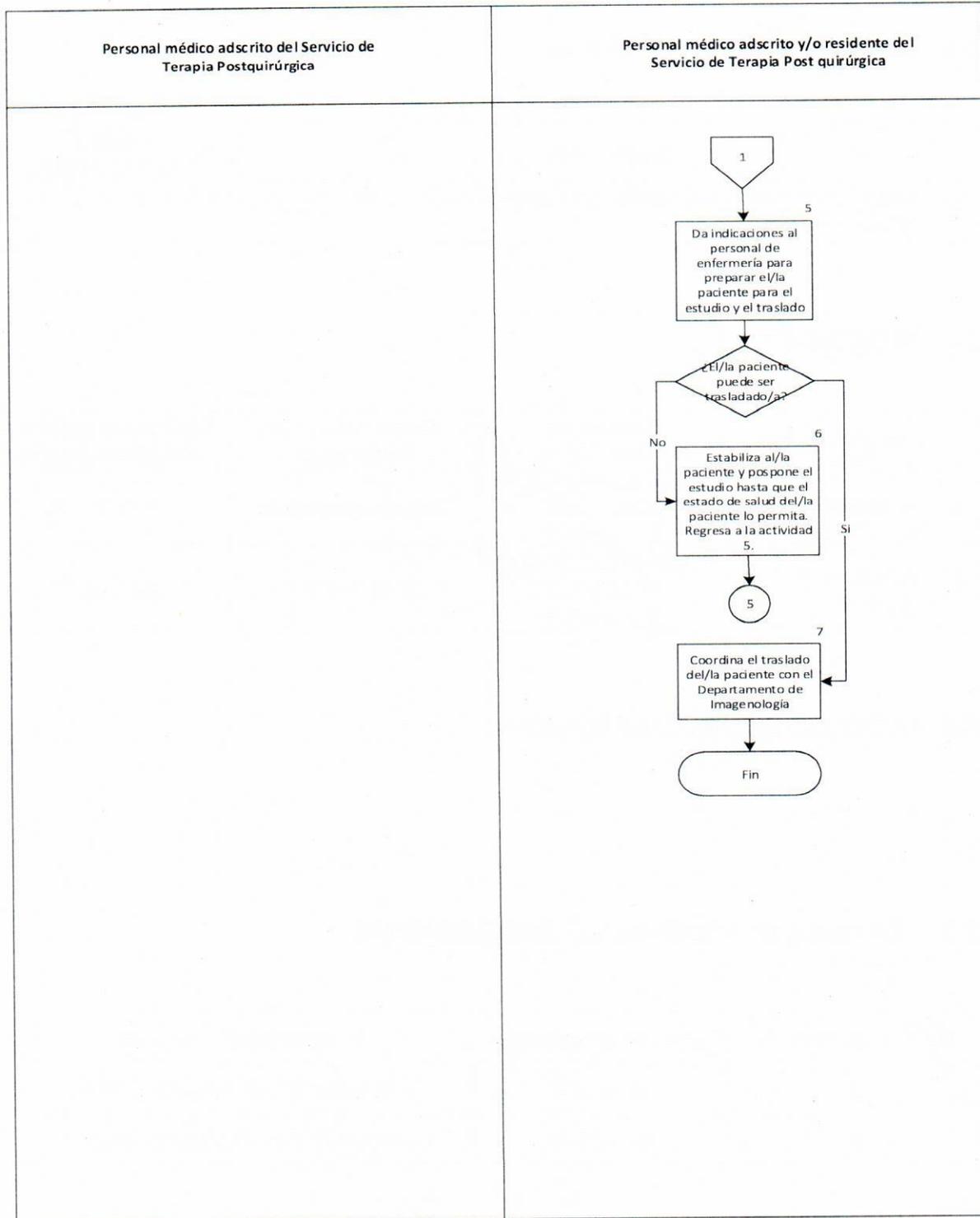
| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 72 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 73 de 118 |







| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 74 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---------------------------|---|----------------------------|---|
| 7.1 Nota Médica. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente Clínico | INER-EC-06 |
| 7.2 Indicaciones Médicas. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente Clínico | INER-EC-03 |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 75 de 118 |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Notas médicas, INER-EC-06.
- 10.2 Indicaciones médicas, INER-EC-03.







| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 4. Procedimiento para la solicitud de estudios de apoyo diagnóstico. | | Hoja 77 de 118 |

10.2 Indicaciones médicas
INER-EC-03



NOTAS MÉDICAS



| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE: <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA No. DE EXPEDIENTE: <input type="text"/> No. DE HISTORIA: <input type="text"/> CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: <input type="text"/> | FECHA: <input type="text"/> CAMA: <input type="text"/> SERVICIO CLÍNICO: <input type="text"/> EDAD: <input type="text"/> SEXO: <input type="text"/> HOJA No.: <input type="text"/> |
|--|---|

| FECHA Y HORA | ANOTACIONES DEL MÉDICO |
|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |






| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 78 de 118 |

5. PROCEDIMIENTO PARA LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS







| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 79 de 118 |

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 a un procedimiento invasivo, facilitando información, clara y precisa de sus opciones de tratamiento, para propiciar el derecho del/a paciente de decidir por su estado de salud.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Terapia Post quirúrgica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 80 de 118 |

- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, 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.
- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participan en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 El personal adscrito a este Servicio no podrá gestionar procedimientos sin la autorización escrita del/la paciente, familiar o responsable legal en el consentimiento informado INER-EC/CI/DM-01, debidamente requisitado. Todo procedimiento realizado a un menor de edad debe ser autorizado por su padre o tutor o, en su defecto, por un familiar con autorización escrita de los padres.
- 3.7 Los procedimientos invasivos que realiza el personal médico del Servicio son: intubación orotraqueal, colocación de catéter central, 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, fibrobroncoscopia flexible. Asimismo, el personal de enfermería o médico puede realizar la colocación de línea arterial, toma de gasometría arterial, colocación de sonda nasogástrica o nasoenteral. Siempre que un procedimiento sea realizado por el personal médico residente, se debe contar con la presencia física del personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica, en el sitio donde se realiza el procedimiento.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 81 de 118 |

- 3.8 Cuando la vida o función del/la paciente se encuentre en riesgo y éste en estado de inconsciencia y no exista familiar que se responsabilice de su estado de salud, con autorización del personal médico de mayor jerarquía, se otorgará asistencia médica inmediata, y se realizarán todos los procedimientos necesarios para estabilizar su estado de salud.
- 3.9 Si el/la paciente debe salir del Servicio de Terapia Post quirúrgica para la realización de un determinado procedimiento, debe ser acompañado/a por el personal médico responsable o médico residente, enfermería, camillería y en caso de que el/la paciente requiera ventilación mecánica invasiva, el personal de inhaloterapia debe apoyar el traslado. Siempre debe llevar monitor de traslado, ambú, laringoscopio con hojas curvas y rectas número 3 y 4, cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas, máscara facial, medicamentos de reanimación cardiovascular y un acceso venoso funcional. En caso de tener medicamentos en infusión deben llevarse siempre con bombas de infusión previamente verificadas por el personal de enfermería en cuanto a reserva de batería.
- 3.10 El traslado del/a paciente fuera del Servicio por cualquier razón, debe efectuarse bajo la supervisión del personal médico adscrito responsable o residente médico y responder estrictamente a una evaluación riesgo-beneficio.
- 3.11 El personal administrativo del servicio es responsable de notificar en la Hoja de Registro de Cirugía Menor qué pacientes fueron intervenidos/as y cuáles fueron los procedimientos realizados, y el reporte debe enviarse mensualmente a la Coordinación de Epidemiología 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 la Terapia Postquirúrgica debe dar seguimiento a las solicitudes enviadas para la realización procedimientos invasivos.

Handwritten blue ink marks on the right margin, including a large checkmark and several initials or signatures.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 82 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

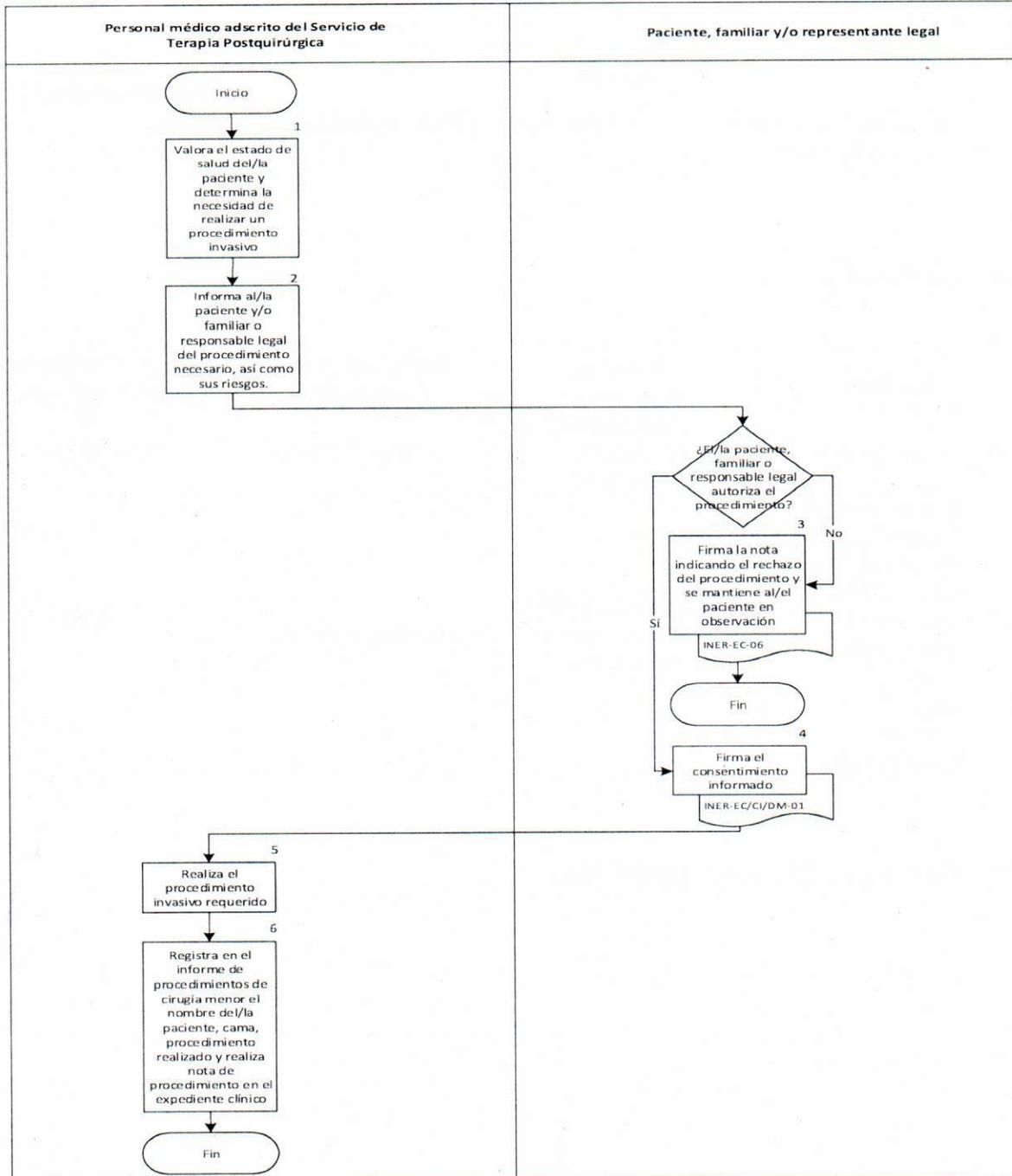
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|---|----------|--|--------------------|
| Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 1 | Valora el estado de salud del/la paciente y determina la necesidad de practicar un procedimiento invasivo. | |
| | 2 | <p>Informa al/la paciente y/o familiar o responsable legal del procedimiento necesario, así como sus riesgos.</p> <p>¿El/la paciente, familiar y/o responsable legal autoriza el procedimiento?</p> | |
| Paciente, familiar y/o responsable legal. | 3 | No. Firma la nota indicando el rechazo del procedimiento y se mantiene al/el paciente en observación. Termina el procedimiento. | INER-EC-06 |
| | 4 | Si. Firma el consentimiento informado. Continúa actividad 5. | INER-EC/CI/DM-01 |
| Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 5 | Realiza el procedimiento invasivo requerido. | |
| | 6 | <p>Registra en el informe de procedimientos de cirugía menor el nombre del/la paciente, cama, procedimiento realizado y realiza nota de procedimiento en el expediente clínico.</p> <p>Termina el procedimiento</p> | |






| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 83 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'X' and various initials.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 84 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|---|----------------------------|---|
| 7.1 Notas médicas. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC-06 |
| 7.2 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores), invasivos, de rehabilitación. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC/CI/DM-01 |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the letters 'R', 'S', 'e']

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 85 de 118 |

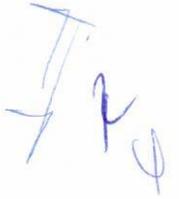
9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Notas médicas, INER-EC-06.
- 10.2 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos [mayores y menores], invasivos, de rehabilitación, INER-EC/CI/DM-01.



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 86 de 118 |

10.1 Notas médicas
INER-EC-06



NOTAS MÉDICAS



| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE: <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DÍA No. DE EXPEDIENTE: <input type="text"/> No. DE HISTORIA: <input type="text"/> CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: <input type="text"/> | FECHA: <input type="text"/> CAMA: <input type="text"/> SERVICIO CLÍNICO: <input type="text"/> EDAD: <input type="text"/> SEXO: <input type="text"/> HOJA No.: <input type="text"/> |
|--|---|

| FECHA Y HORA | ANOTACIONES DEL MÉDICO |
|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

R + H
 J + C
 J + C
 J + C

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 3 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: 061 |
| | 5. Procedimiento para la práctica de procedimientos invasivos | | Hoja 87 de 118 |

10.2 Consentimiento Informado INER-EC/CI/DM-01

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

INSTITUTO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO ADMINISTRATIVO (INER) ISABEL COLO VILLALBA

(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. 90, 91, 92 y 93 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA1-2012, del Facultad de Cirujía, numeradas 4.2 y 10.2)

Tlalpán, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____

| | | | | |
|------------------------------|-----|-----|-----|------------------|
| Nombre completo del paciente | Año | Mes | Día | N. de expediente |
|------------------------------|-----|-----|-----|------------------|

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

diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo, rehabilitación

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

LICENCIA SANITARIA No. LA-AM-010-11-1002 INER-EC/CI/DM-01 (07-2014)

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

INSTITUTO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO ADMINISTRATIVO (INER) ISABEL COLO VILLALBA

(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. 90, 91, 92 y 93 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA1-2012, del Facultad de Cirujía, numeradas 4.2 y 10.2)

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

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

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

SI AUTORIZO al equipo de salud del INER a que realicen el procedimiento antes señalado. **NO AUTORIZO** el procedimiento propuesto y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

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

| | |
|---|---|
| TESTIGO | TESTIGO |
| Nombre completo Firma y/o huella digital | Nombre completo Firma y/o huella digital |

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|
| Nombre completo del médico tratante | Cédula Profesional | Firma |
|-------------------------------------|--------------------|-------|

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

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

Revoco el consentimiento de _____

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

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

LICENCIA SANITARIA No. LA-AM-010-11-1002 INER-EC/CI/DM-01 (07-2014)

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'X' and several illegible signatures.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 88 de 118 |

6. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LAS CONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS Y EXTRAHOSPITALARIAS

[Handwritten signature and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 89 de 118 |

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Otorgar atención médica integral, con calidad, calidez y seguridad de los/as pacientes, 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 pacientes, de forma pronta y oportuna.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the letters 'TR' and 'C']

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 90 de 118 |

- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, 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.
- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participan en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 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 interconsulta.
- 3.7 El personal médico y de enfermería adscritos a este Servicio deben apoyar a los médicos interconsultantes en la atención médica del/la paciente.

Consultas intrahospitalarias

- 3.8 La persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito son responsables de determinar qué pacientes tiene la necesidad de ser valorados/as por otra especialidad médica o servicio de apoyo institucional.
- 3.9 Las interconsultas a la especialidad de infectología no se realizan de manera particular, se efectúan, a través de la visita regular conformada por el personal: médico adscrito, médico de infectología y médico residente rotante en el Servicio del Servicio de Terapia Postquirúrgica, en común acuerdo se debe establecer el seguimiento diagnóstico microbiológico y el manejo antibiótico de cada uno/a de los/as pacientes internados/as.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 91 de 118 |

- 3.10 Todos los acuerdos y resultados proporcionados por el personal médico de infectología adscrito al Servicio de Microbiología deben ser por escrito, los cuales serán recabados en las notas de evolución del/la paciente.
- 3.11 La solicitud de interconsulta debe ser requerida de manera verbal por parte del personal médico residente y/o personal médico adscrito de las diferentes áreas, con una presentación completa de la situación médica del/la paciente y una estimación de la urgencia de la interconsulta.
- 3.12 La persona titular de Servicio y/o personal médico adscrito son responsables de verificar que se realicen las interconsultas y dar el seguimiento oportuno.
- 3.13 El rechazo a cualquier interconsulta debe ser registrado en el expediente clínico electrónico por parte del médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica, responsable del/la paciente, por medio de una nota que indique el motivo de rechazo. Si considera el motivo injustificado debe notificar a la persona titular de Servicio.

Consultas extrahospitalarias

- 3.14 La persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito son responsables de determinar qué pacientes tiene la necesidad de ser valorado/a por especialidades médicas ajenas al Instituto.
- 3.15 La solicitud de consulta extrahospitalaria debe ser autorizada por la persona titular del Servicio y la Dirección Médica.
- 3.16 El personal médico adscrito solicitante debe ser responsable de dar seguimiento a la solicitud de interconsulta.
- 3.17 El personal médico y de enfermería deben apoyar al personal médico interconsultante en la atención médica del/la paciente.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 92 de 118 |

3.18 El rechazo a cualquier interconsulta debe ser registrado en el expediente clínico electrónico por el personal médico adscrito solicitante, a través de una nota que indique el motivo de rechazo y notificar a la persona titular del Servicio, quien a su vez notificará a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica de Neumología.

[Handwritten signatures in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 93 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|---|--------------------|
| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 1 | Valora al/el paciente y determina la necesidad de realizar una consulta a otro especialista. | |
| | 2 | Da las indicaciones para asegurar que el/la paciente se mantenga en condiciones adecuadas para la interconsulta. ¿La consulta solicitada es intrahospitalaria? | |
| | 3 | No. Registra los motivos de interconsulta extrahospitalaria en el Expediente Clínico Electrónico y lo solicita en la hoja de indicaciones Continúa la actividad 9. | |
| | 4 | Si. Elabora la solicitud de interconsulta en el Expediente Clínico Electrónico, indicando el diagnóstico y motivo de interconsulta. Continúa la actividad 5. | |
| | 5 | Elabora la solicitud de interconsulta en el Expediente Clínico Electrónico, indicando el diagnóstico y motivo de interconsulta. | |
| Personal administrativo del Departamento de Áreas Críticas. | 6 | Imprime la solicitud de interconsulta y solicita cita al servicio interconsultante. | |
| | 7 | Recibe fecha y hora en que se realizará la interconsulta. | |
| | 8 | Informa solicitud al personal médico tratante con la fecha y hora de la interconsulta. Continúa la actividad 23. | |





| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 94 de 118 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|---|--------------------|
| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 9 | Realiza un resumen médico detallado del/la paciente para solicitar la interconsulta | |
| | 10 | Informa al familiar o responsable legal y solicita su autorización. | |
| Personal administrativo del Departamento de Áreas Críticas. | 11 | Transcribe el resumen en una hoja membretada. | |
| Titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 12 | Autoriza la interconsulta y envía a la persona titular de la Dirección Médica, para su autorización. | |
| Persona titular de la Dirección Médica. | 13 | Autoriza la interconsulta y solicita al personal de trabajo social gestionar el trámite. | |
| Personal del Departamento de Trabajo Social. | 14 | Realiza el trámite de solicitud y programación de consultas fuera del Instituto. | |
| | 15 | Informa al personal del Servicio la unidad médica receptora, qué personal médico atenderá al/el paciente, la fecha y hora de la consulta. | |
| | 16 | Confirma y solicita a la Coordinación de transportes, y al Servicio de Camillería, fecha, hora e informa el hospital de traslado. | |
| Personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 17 | Registra la respuesta del personal de Trabajo Social en el expediente clínico electrónico. | |
| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 18 | Verifica que el/la paciente se encuentre en condiciones que permitan su traslado. | |
| Personal de enfermería. | 19 | Verifica medicamentos y material necesario para resolver cualquier eventualidad durante el traslado. | |






| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 95 de 118 |

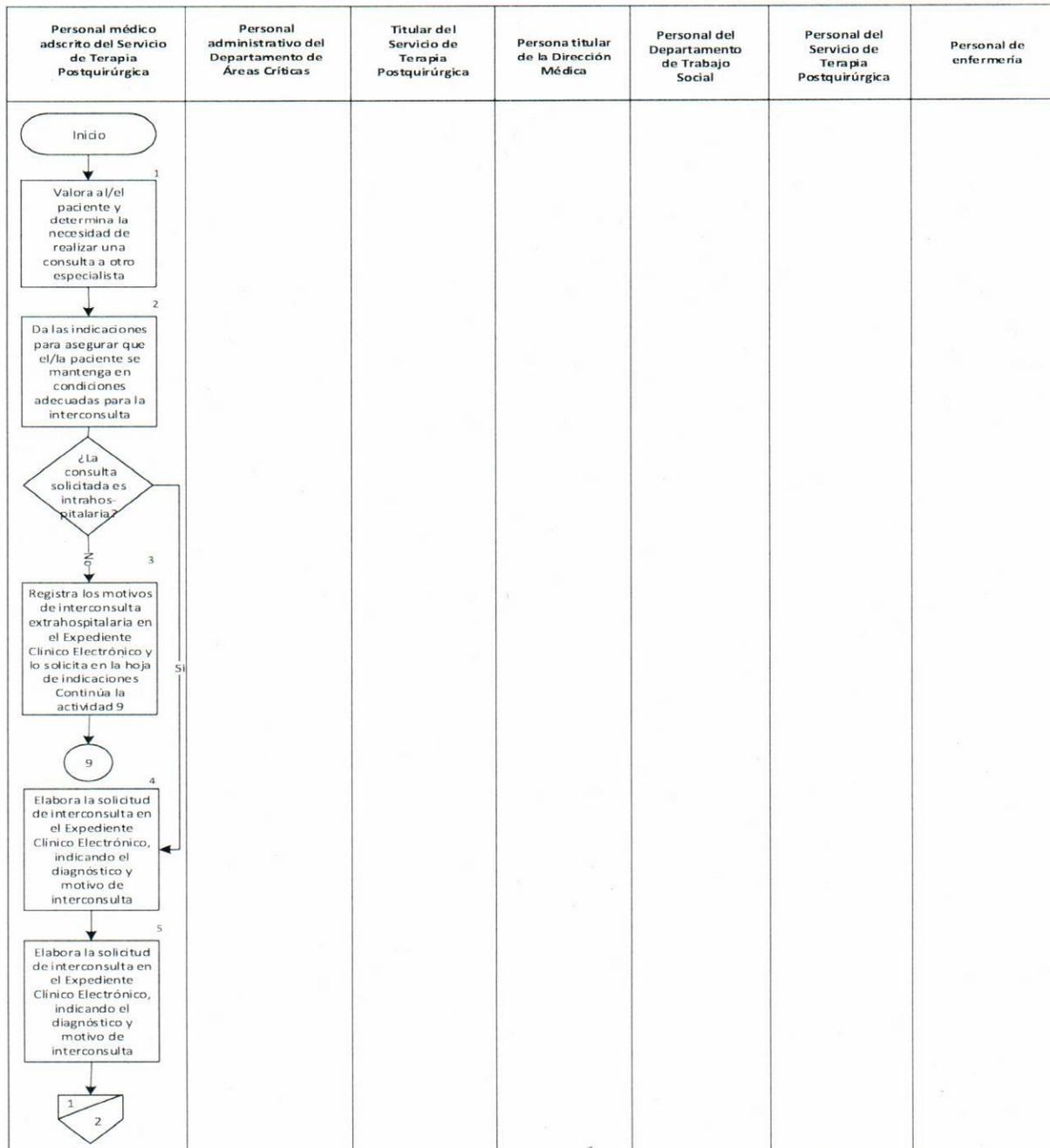
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|---|----------|--|--------------------|
| Personal de camillería. | 20 | Coloca al/el paciente en la camilla de traslado, en su caso, consigue tanque de oxígeno. | |
| Personal de enfermería y técnico de inhaloterapia. | 21 | Verifica el correcto funcionamiento del equipo biomédico. | |
| Personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 22 | Presenta y entrega resumen clínico y radiográfico del/la paciente a la enfermera y médico responsable de recibirlo en el Servicio. | |
| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 23 | Verifica que se haya realizado la valoración. Termina el procedimiento | |





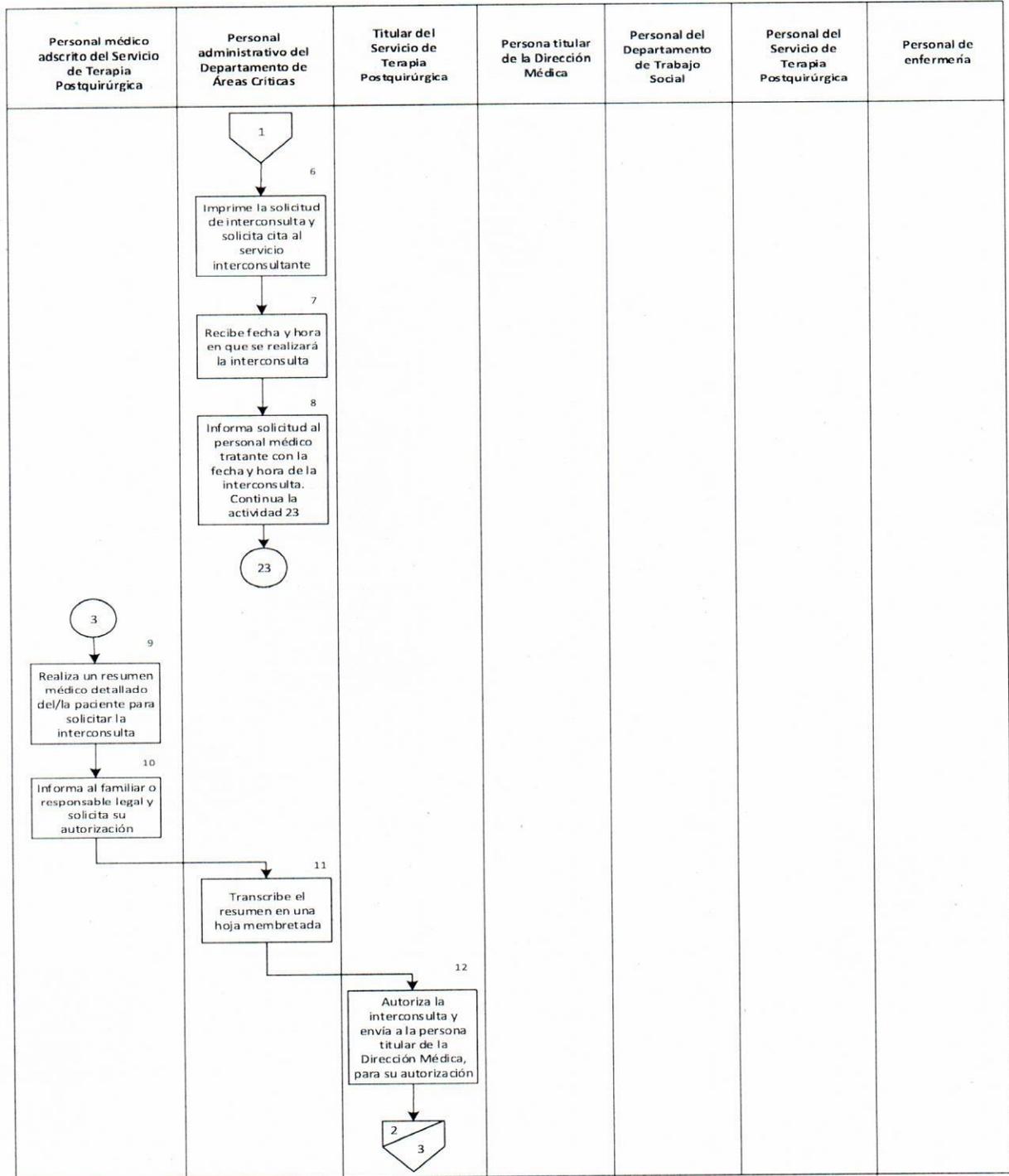

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 96 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



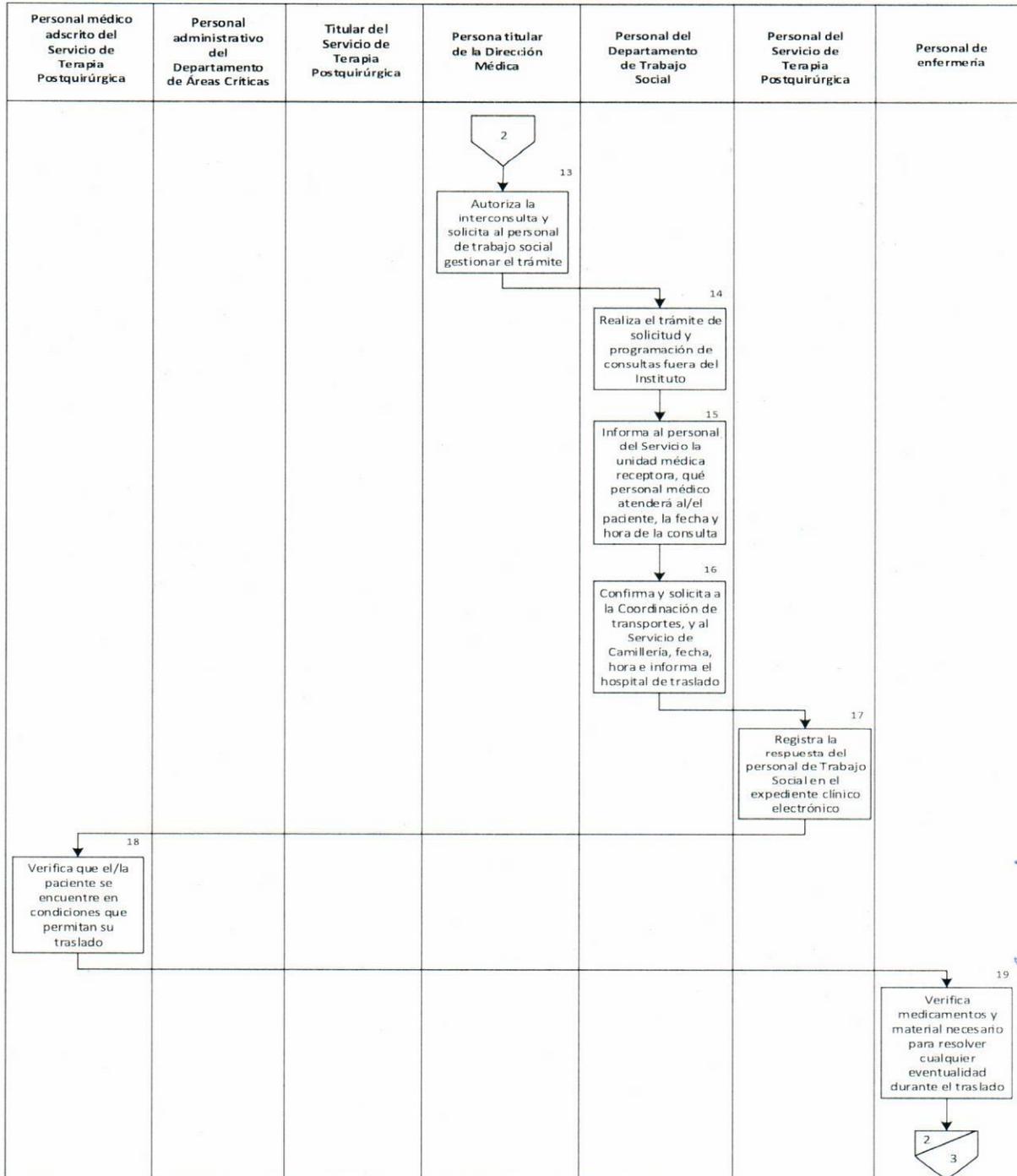
[Handwritten signature and notes in blue ink, including a large signature and some illegible text.]

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 97 de 118 |









[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 99 de 118 |

| Personal médico adscrito del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Personal administrativo del Departamento de Áreas Críticas | Titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica | Persona titular de la Dirección Médica | Personal de camillería | Personal de enfermería y técnico de inhaloterapia | Personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica |
|---|--|--|--|--|---|---|
| | | | | <p>2</p> <p>20</p> <p>Coloca a/el paciente en la camilla de traslado, en su caso, consigue tanque de oxígeno</p> | <p>21</p> <p>Verifica el correcto funcionamiento del equipo biomédico</p> | <p>22</p> <p>Presenta y entrega resumen clínico y radiográfico de/la paciente a la enfermera y médico responsable de recibirlo en el Servicio</p> |
| <p>8</p> <p>23</p> <p>Verifica que se haya realizado la valoración</p> <p>Fin</p> | | | | | | |

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

[Handwritten initials and marks in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 100 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | N/P |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-----------|------------------------|----------------------------|---|
| N/P | N/P | N/P | N/P |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 6. Procedimiento para llevar a cabo las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias. | | Hoja 101 de 118 |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 N/P.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 102 de 118 |

7. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the initials 'R. P.' at the bottom.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 103 de 118 |

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Describir el procedimiento clínico-administrativo necesario para el egreso hospitalario, mediante la descripción secuencial de los procesos requeridos para un eficiente egreso del/a paciente hospitalizado/a en el Servicio de Terapia Postquirúrgica.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Terapia Postquirúrgica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Servicio de Terapia Postquirúrgica es responsable de mantener actualizado este procedimiento en colaboración con las personas adscritas, quienes deben dar cumplimiento al mismo, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 El personal de la salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

Handwritten blue ink signatures and marks on the right side of the page, including a large checkmark and several illegible signatures.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 104 de 118 |

- 3.3 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Terapia Postquirúrgica, 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.
- 3.4 Las personas adscritas al Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participan en la atención de pacientes en el Servicio de Terapia Postquirúrgica, deben procurar la protección de pacientes, de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y del Consejo de Salubridad General.
- 3.6 Se consideran como motivos de egreso del Servicio de Terapia Postquirúrgica los siguientes: mejoría, curación, máximo beneficio y defunción.
- 3.7 Es decisión de la persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito la transferencia de pacientes quirúrgicos en el Instituto a otros servicios apegándose a los criterios mínimos necesarios para ser transferidos del Servicio.
- 3.8 La estancia de pacientes en el Servicio de la Terapia Postquirúrgica es de un lapso de 24 a 72 horas, posteriormente se debe realizar la transferencia a hospitalización (siempre y cuando no exista un riesgo-beneficio de estar en el Servicio), posterior a su egreso a hospitalización, podrán ser egresados a domicilio al cumplir su recuperación completa o parcial, en casos especiales y por beneficio del paciente se podrá considerar el egreso al domicilio desde el área del Servicio de Terapia Post quirúrgica, tomando en cuenta que esto no es una generalidad.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the letters 'R', 'S', 'P', 'E']

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 105 de 118 |

- 3.9 La persona titular del Servicio y/o personal médico adscrito en coordinación con los servicios quirúrgicos son responsables de determinar qué pacientes cumplen con los criterios mínimos necesarios para ser egresados/as del Servicio a su domicilio.
- 3.10 El personal médico adscrito del Servicio de la Terapia Postquirúrgica es responsable de que la nota de transferencia y motivo de traslado del Servicio de la Terapia Postquirúrgica sea correctamente realizada y se encuentre en el expediente del/la paciente al momento del traslado.
- 3.11 El personal médico adscrito quirúrgico es responsable de que la nota de egreso y motivo de alta del Servicio de Terapia Postquirúrgica sea correctamente realizada y se encuentre en el expediente del/la paciente al momento del egreso.
- 3.12 El personal médico adscrito y de trabajo social deben informar, previo al egreso del/a paciente al familiar o responsable legal el motivo de egreso del/a paciente, así como el sitio de traslado en caso de que corresponda.
- 3.13 La transferencia de pacientes se realiza en coordinación con el personal de salud del Servicio Clínico receptor. El personal médico y de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica debe acompañar al/el paciente durante su traslado y realizar una entrega recepción con el personal médico del servicio clínico receptor.
- 3.14 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.
- 3.15 El informe de fallecimiento debe darse por el personal médico adscrito responsable y solamente se dará al familiar o responsable legal del/la paciente.
- 3.16 El certificado de defunción lo debe realizar únicamente el personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica.

Handwritten signatures in blue ink on the right margin, including a large 'A' and several other illegible signatures.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 106 de 118 |

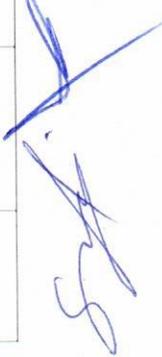
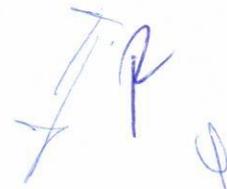
- 3.17 El personal que retira el cadáver debe estar vestido con todos sus elementos de protección personal indicados para área de trabajo. La camilla debe cubrirse con tela repelente de la sangre y otros fluidos contagiosos. El cuerpo debe ser cubierto con un elemento similar.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 107 de 118 |

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|--|--------------------|
| Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 1 | Realiza el alta del/la paciente. ¿La pre-alta es por defunción? | INER-EC-06 |
| | 2 | Si. Identifica al cadáver y notifica a personal de trabajo social. Continúa actividad 14. | |
| | 3 | No. Realiza la valoración clínica del paciente y decide el alta del servicio. Continúa en actividad 4. | |
| | 4 | Notifica de la pre-alta al personal de trabajo social. | |
| | 5 | Informa la decisión al personal de enfermería. | |
| | 6 | Confirma al familiar responsable sobre el estado de salud del/la paciente, el motivo de la transferencia y el servicio clínico al cual será trasladado en la nota de egreso. | |
| | 7 | Elabora la nota de alta del servicio, especificando la evolución clínica del/la paciente, complicaciones presentadas y, el motivo de transferencia. | |
| Personal médico adscrito quirúrgico. | 8 | Confirma al familiar responsable sobre el estado de salud del/la paciente y el motivo de egreso a domicilio. | |
| Persona con puesto de jefe/a de enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 9 | Coordina el traslado con la/el responsable de enfermería del Servicio Clínico receptor. | |

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 108 de 118 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|--|----------|---|--------------------------|
| Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 10 | Verifica que el/la paciente se encuentre en condiciones que permitan su traslado. | |
| Personal de camillería. | 11 | Coloca el/la paciente en la camilla de traslado con tanque de oxígeno en caso de requerirlo. | |
| Personal de enfermería. | 12 | Verifica medicamentos y material necesario para resolver cualquier eventualidad durante el traslado. | |
| Personal médico y enfermería del Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 13 | Presenta al servicio clínico receptor el estado de salud del/la paciente y entrega el expediente clínico completo. Termina el procedimiento. | |
| Personal del Departamento de Trabajo Social. | 14 | Localiza a los familiares responsables o responsable legal del/a paciente y los orienta sobre los trámites de egreso. | |
| Personal médico adscrito al Servicio de Terapia Postquirúrgica. | 15 | Informa hora y motivo del fallecimiento y solicita la autorización de necropsia. | |
| Personal de enfermería del Servicio. | 16 | Recoge el certificado de defunción en el Departamento de Enfermería. | |
| Médico adscrito del Servicio de la Terapia Postquirúrgica. | 17 | Elabora la nota de egreso por defunción y la anexa al expediente clínico. | INER-EC-06 |
| | 18 | Cumplimenta el certificado de defunción. | Certificado de defunción |
| Personal administrativo adscrito al Departamento de Áreas Críticas. | 19 | Elabora la Hoja de consumo y la entrega en el Área de Cuentas Corrientes. | Hoja de consumo |
| Personal de enfermería del Servicio. | 20 | Registra los datos del/la paciente en la libreta de control de ingresos y egresos. | |







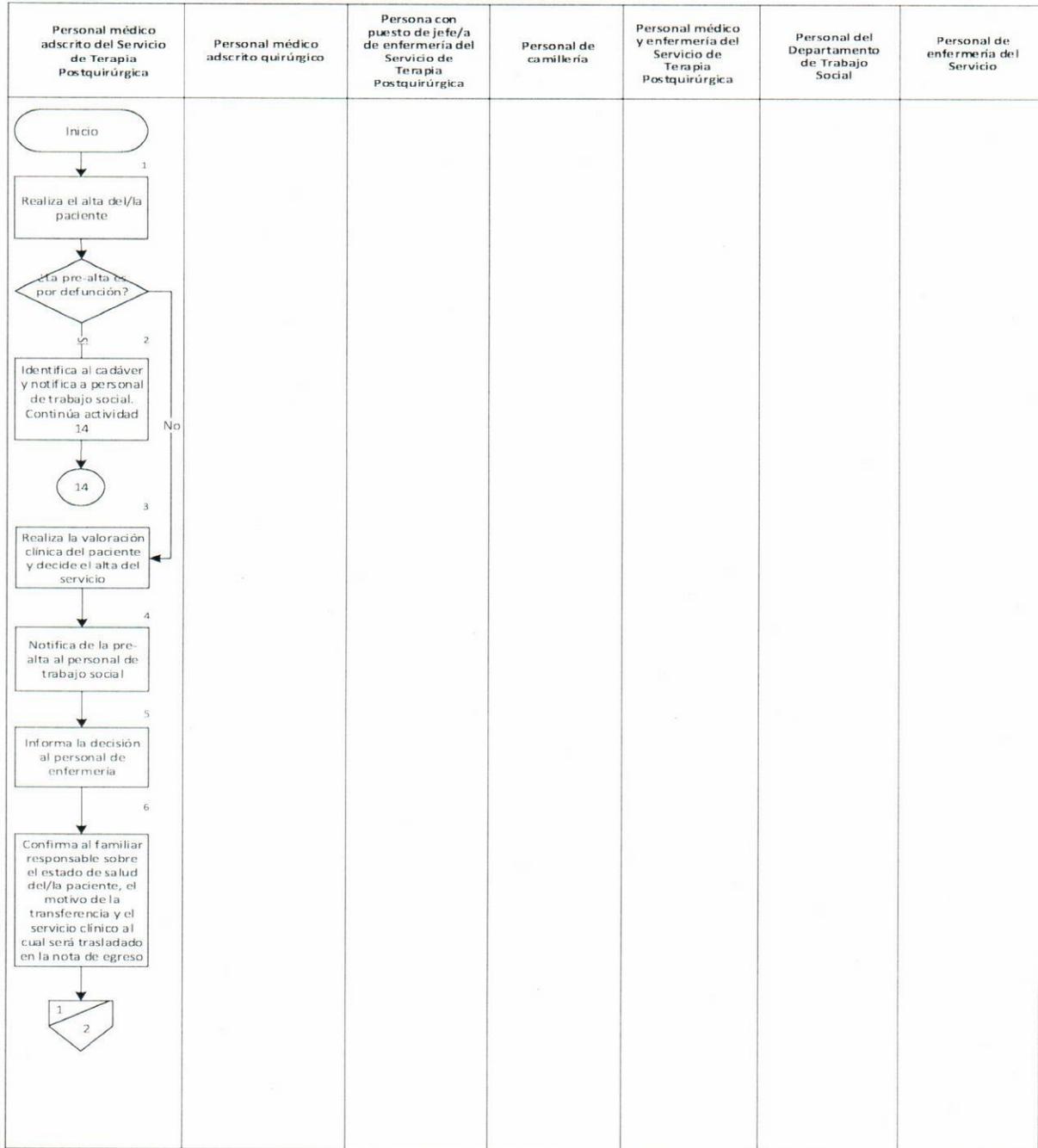
| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 109 de 118 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documentos o anexo |
|---|----------|---|--------------------|
| Personal administrativo de registro hospitalario. | 21 | Entrega el certificado de defunción firmado al personal de enfermería responsable del Servicio, así como el expediente clínico. | |
| Personal de Camillería. | 22 | <p>Traslada el cadáver al Servicio de Anatomía Patológica y entrega el expediente clínico y la copia del formato: Control de Expediente Post-mortem.</p> <p>Termina el procedimiento</p> | INER-E-06 |

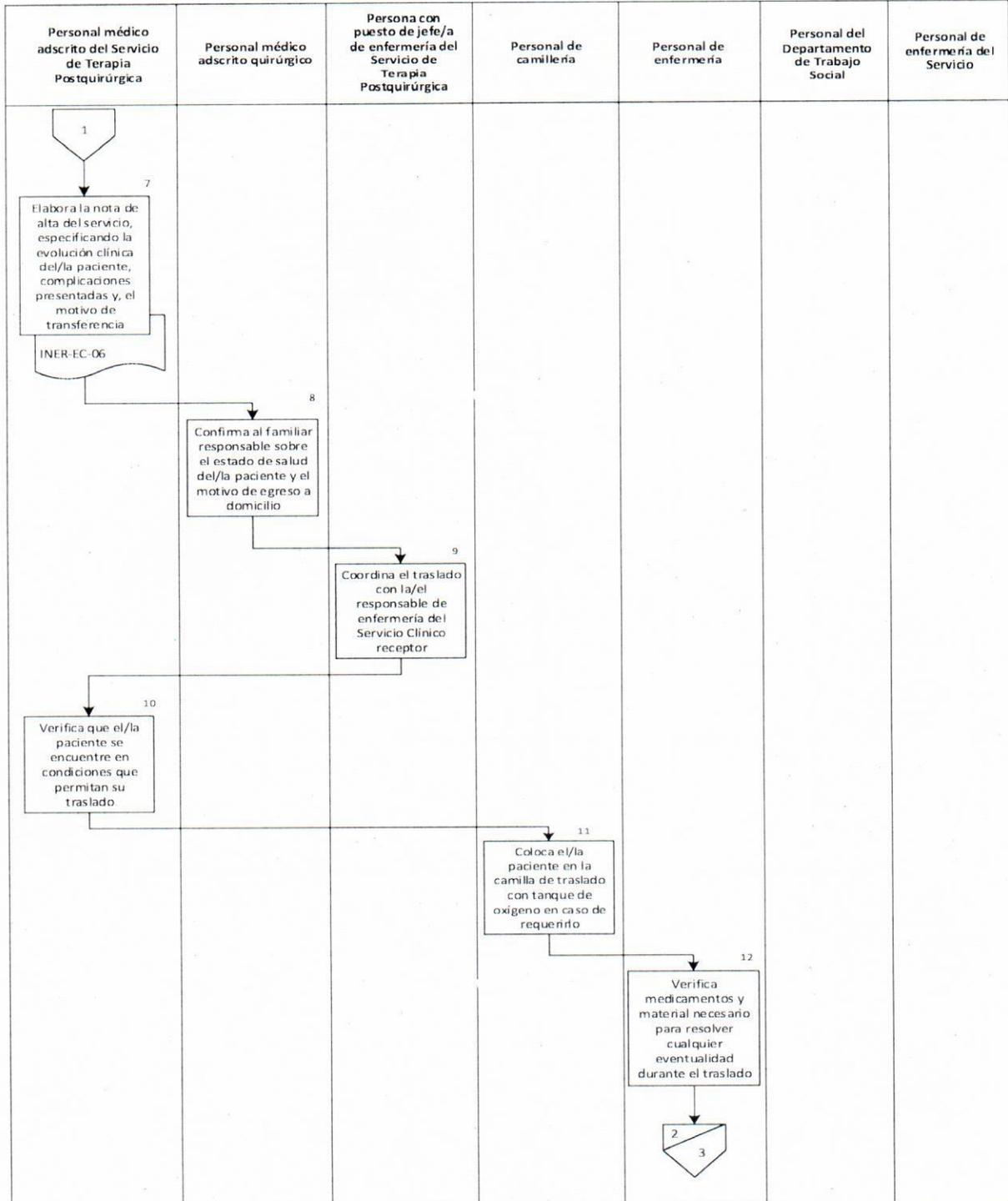
Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several initials, located on the right side of the page.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 110 de 118 |

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

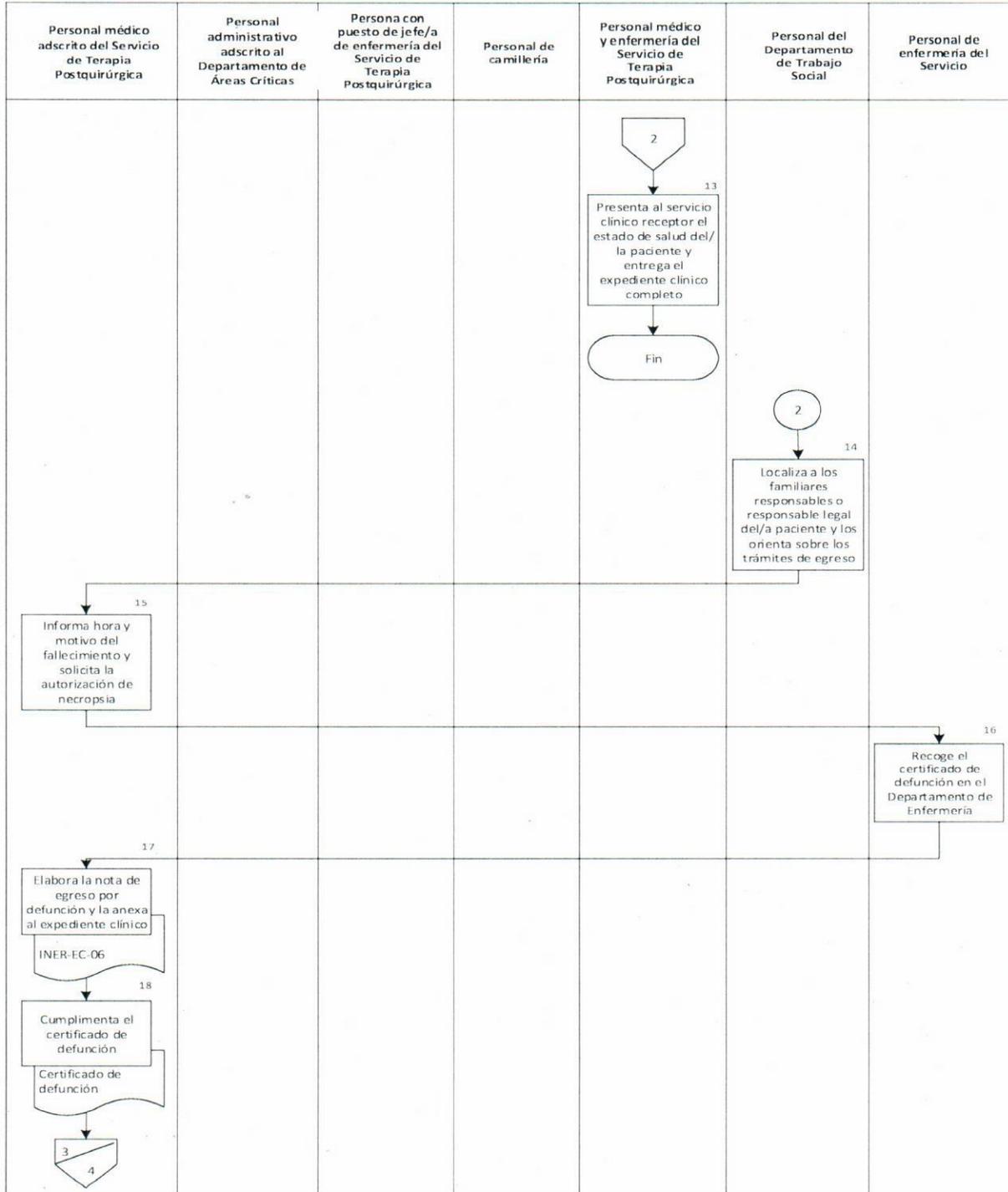


(Handwritten signatures and marks in blue ink)

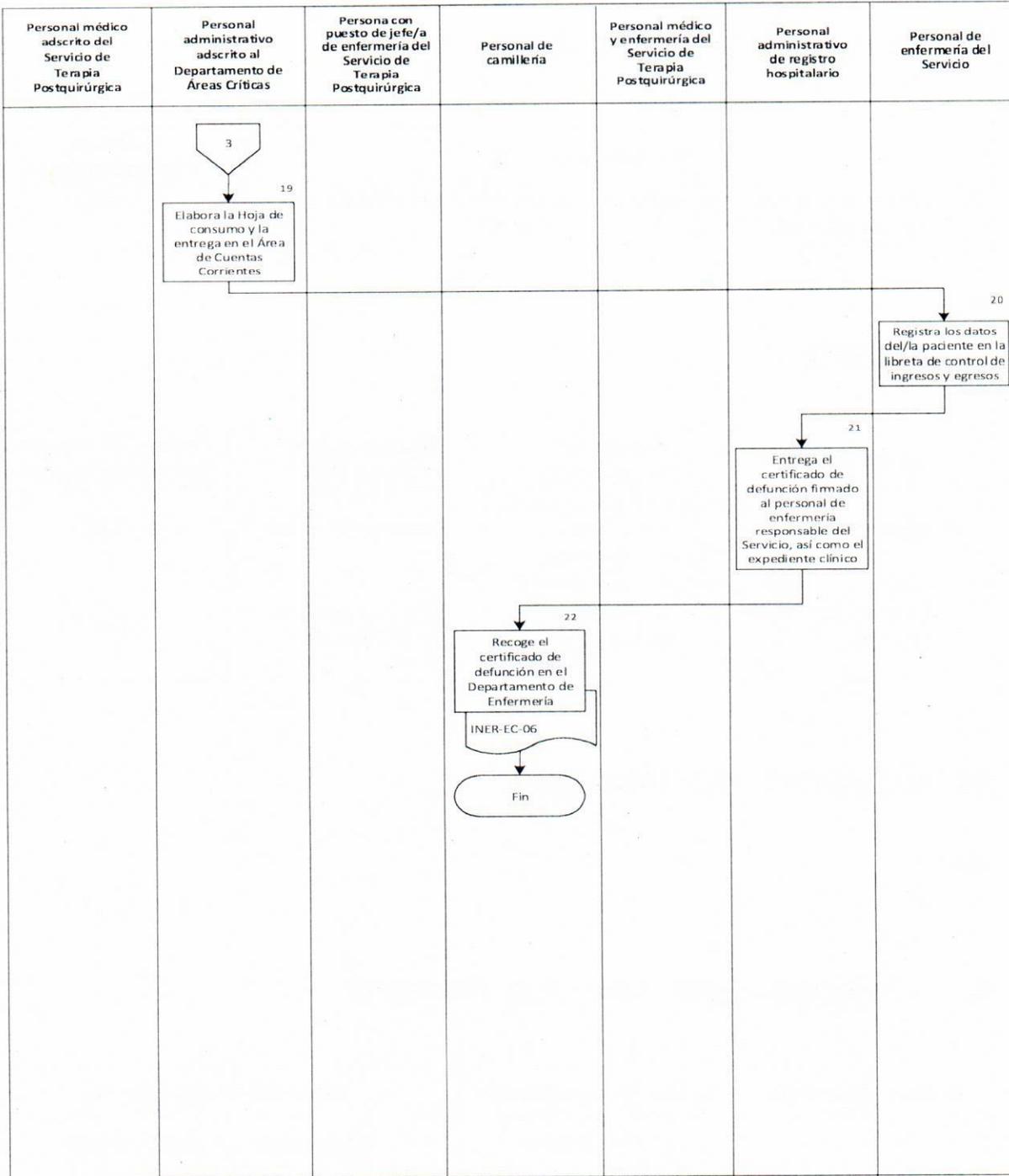


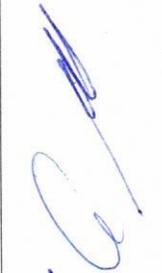
[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 112 de 118 |



[Handwritten signatures and initials in blue ink]








| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 114 de 118 |

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos | Código [cuando aplique] |
|---|-------------------------|
| 6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | N/P |

7.0 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|---|----------------------------|---|
| 7.1 Notas médicas. | Lo que se establece en el catálogo documental | Expediente clínico | INER-EC-06 |
| 7.2 Control de Expediente Post-mortem. | Lo que se establece en el catálogo documental | Departamento de Enfermería | INER-E-06 |

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 N/P.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---------------------------------|
| 2 | 31-07-2014 | Actualización del procedimiento |
| 3 | 02-12-2024 | Actualización del procedimiento |




| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 115 de 118 |

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Notas médicas, INER-EC-06.
- 10.2 Control de Expediente Post-mortem, INER-E-06.





| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 116 de 118 |

10.1 Notas médicas
INER-EC-06



NOTAS MÉDICAS



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

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





| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | 7. Procedimiento para egreso hospitalario. | | Hoja 117 de 118 |

10.2 Control de expediente post-mortem
INER-E-06



CONTROL DE EXPEDIENTE
POST - MORTEM



| | | | | |
|---|-----------------|--|----------------------------------|--|
| DÍA | MES | AÑO | FECHA DE DEFUNCIÓN | |
| | | | CERT. DEFUNCIÓN: _____ | |
| | | | DIAGNÓSTICO DE DEFUNCIÓN: _____ | |
| NOMBRE (S) | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO(DÍA/MES/AÑO) | |
| SERVICIO CLÍNICO | CAMA | EXPEDIENTE | No. DE HOJAS CLÍNICAS | |
| ENFERMERÍA NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO CLÍNICO | | CAMILLERÍA NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE | | |
| PATOLOGÍA NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE | | FAMILIAR NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE | | |
| PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA | | | | |
| HORA A LA QUE SE RECIBE: _____ | | _____ | | |
| No. DE HOJAS CLÍNICAS: _____ | | NOMBRE Y FIRMA DEL AYUDANTE DE NECROPSIAS | | |
| OTROS: _____ | | | | |

INER-E-06 (02.2024)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|------------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA | | Código: NCDPR 061 |
| | | | Hoja 118 de 118 |

IX. APROBACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

REALIZÓ


 Dr. Ismael Maldonado Beltrán
 Titular del Servicio de Terapia Postquirúrgicos


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

REVISÓ


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


 Lcda. Gabriela Flores Martínez
 Adscrita al Departamento de Planeación

SANCIONÓ


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

AUTORIZÓ


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


 Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado
 Titular de la Dirección Médica

| | | | |
|----------------------|-----|-----|------|
| FECHA DE APROBACIÓN: | DÍA | MES | AÑO |
| | 02 | 12 | 2024 |