



TLAXCALA
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2016

SALUD DE TLAXCALA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA CLÍNICA DEL
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

17 AGO. 2015

Agosto 2015.



**Desarrollo
para Todos**




AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En cumplimiento a los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala, a los artículos 5, 28 y 30 de la Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala; y a los artículos 10, 18, 19, 20, 21 y 24 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; se elaboró el presente Manual de Procedimientos de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos para su debida observancia y se aprobó el día _____ del mes de _____ del _____.

REVISÓ



Dr. Joel Alberto Romero Durán
Jefe del Departamento de
Hospitales



Dra. Cecilia Palacios Ávila
Directora de la Clínica del
Dolor y Cuidados Paliativos



Ing. Jesús Téllez Téllez
Jefe del Departamento de
Planeación y Sistemas

APROBÓ




Dr. Efrén Samuel Orrico Torres
Director de Servicios de Salud



Dr. José Hipólito Sánchez Hernández
Director de Planeación

AUTORIZÓ



Dr. Alejandro Guarneros Chumacero
Secretario de Salud y
Director General de Salud de Tlaxcala

17 AGO. 2015

Contenido

1.	Introducción.....	1
2.	Marco Jurídico Administrativo.....	5
3.	Relación de procedimientos.....	9
4.	Políticas de calidad.....	10
5.	Descripción de procedimientos por áreas.....	11
6.	Glosario de términos.....	74
7.	Anexos.....	76

17 AGO. 2015

1. Introducción

El presente manual tiene por objeto dar a conocer en forma ordenada, sistemática e integral la organización de la de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, de acuerdo a los lineamientos emitidos.

Su contenido constituye un instrumento de consulta y como guía sobre las tareas de cada uno de los integrantes del grupo interdisciplinario, en su esfuerzo por participar en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Cuidados Paliativos se define de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud como:

Los cuidados activos y totales a pacientes con enfermedades que no responden al tratamiento curativo". Es una estrategia holística que incluye terapia sintomática, psicológica y espiritual para pacientes y familiares. Los niños en estado terminal tienen necesidades orgánicas, psicológicas, familiares, sociales y espirituales específicas y para poder cumplirlas en lo posible, es necesaria la participación de un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.

Las medidas paliativas son específicas e inespecíficas:

- 1) Específicas.- Son aquellas donde se pueden emplear cirugía, radioterapia, quimioterapia
- 2) Inespecíficas.- Analgesia, tratamiento de la depresión, ansiedad, insomnio, anorexia, infecciones, vómitos, constipación, escaras, rehabilitación física, psicológica y social, manejo de otros síntomas y signos orgánicos.

La medicina paliativa tiene una visión integral de la persona y responde satisfactoriamente a las diversas necesidades de los pacientes en fase terminal y ofrece al moribundo la posibilidad de morir dignamente, de muerte natural y sus objetivos son: proporcionar confort, atención integral, individualizada y continua, tratamiento del paciente y su familia como una unidad, Impulso de valores y humanismo, promoción de la verdad, control de síntomas, apoyo emocional continuo y manejo del duelo, enfoque terapéutico flexible, atención interdisciplinaria, tratar adecuadamente el dolor total.

Uno de los aspectos de mayor importancia es el alivio del dolor. Esta premisa fundamental del que hacer médico debe realizarse con todos los recursos que se tengan a la mano, incluyendo fármacos, psicoterapia y radioterapia y procedimientos de intervencionismo. Para atender el dolor no deben existir horarios rígidos y en caso de difícil control debe recurrirse a la Clínica del Dolor; debemos recordar que el alivio del dolor es un derecho fundamental del paciente y su tratamiento es una prioridad; que de ninguna manera deben sufrir en forma innecesaria.

17 AGO. 2015

Reviste gran importancia en el caso de la pacientes pediátricos interactuar estrechamente con los padres para evitar la sobreprotección y ocultamiento de la información. Los grupos de apoyo, integrados por padres que recién han experimentado la pérdida de un hijo en forma parecida, se convierten en un apoyo invaluable, probablemente uno de los más importantes para quienes ahora confrontan esta circunstancia, por lo que el impulso de estos grupos en los hospitales es absolutamente necesario

La comunicación con el paciente y la familia por parte de todo el equipo sanitario es fundamental, por lo que es deseable que el médico, la trabajadora social, la enfermera, el psicólogo mantenga uniformidad en la información y comuniquen la situación prudentemente, sin sobreproteger, pero sin ocultar, ni dar informes rígidos ni herir innecesariamente, tratando de dar esperanza siempre. El carácter de esta información debe ser absolutamente confidencial. El expresar informes y juicios con ligereza y en los pasillos es absolutamente inapropiado; no concuerda con la misión y filosofía de la unidad de medicina paliativa y es menester precisar que sólo los integrantes de la unidad son los responsables de proporcionar información.

La parte final de la vida es tan importante como cualquier otra etapa y en la Medicina ha prevalecido un gran descuido para la asistencia de pacientes en la cercanía de la muerte; los cuidados paliativos ofrecen una verdadera posibilidad de otorgar dignidad al proceso de morir.

El Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, se encuentra adscrito a la Dirección de Hospitales y presenta el siguiente Manual de Procedimientos, que contiene lineamientos, políticas, actividades y flujogramas que servirán de herramientas para la consulta y difusión del personal que lo requiera.

17 AGO. 2015

2. Marco Jurídico Administrativo

Disposiciones Constitucionales:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O. 04/02/1982 Última Reforma 01/05/2004.

Leyes Federales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29/12/1976. Última Reforma D.O.F. 19/03/2015.
3. Ley General de Salud.
D.O.F. 07/02/1984. Última Reforma D.O.F. 17/03/2015.
4. Ley Federal del Procedimiento Administrativo.
D.O.F. 04/08/1994. Última Reforma D.O.F. 09/04/2012.
5. Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 1/05/1970. Última Reforma D.O.F. 30/11/2012.
6. Ley de Coordinación Fiscal.
D.O.F. 27/12/1978 Última Reforma 11/08/2014.
7. Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 4/01/2000. Última Reforma D.O.F. 10/11/2014.
9. Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14/05/1986. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.
10. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
D.O.F. 31/12/1982. Última Reforma D.O.F. 24/12/2013.
11. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13/03/2002 Última Reforma D.O.F. 14/07/2014.
12. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11/06/2002. Última Reforma D.O.F. 14/07/2014.
13. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30/03/2006. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.

Leyes Estatales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala.
P.O. 07/04/1998 Última Reforma P.O. 24/12/2014.
2. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 28/11/2000 Última Reforma P.O. 15/10/2014.

17 AGO, 2015

3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/12/2003. Última Reforma 19/05/2009.
4. Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 30/10/2001. Última reforma 29/05/2013.
5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Tlaxcala.
P.O. 06/01/2003. Última reforma 06/01/2003.

Códigos:

1. Código Fiscal de la Federación.
D.O.F. 31/12/1981 Última Reforma 07/01/2015.
2. Código Civil Federal.
D.O.F. 26/05/1928 Última Reforma 24/12/2013.
3. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O.E. 20/10/1976 Última Reforma 13/12/2013.

Reglamentos Federales:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 19.01.2004. Última Reforma D.O.F. 10.01.2011.
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
D.O.F. 28/12/2004.
3. Reglamento de Insumos para la Salud.
D.O.F. 04/02/1998 Última Reforma D.O.F. 14/03/2014.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06/01/1987. Última Reforma D.O.F. 02/04/2014.
5. Reglamento de Escalafón.
D.O.F. 17/06/2003.
6. Reglamento Interno de la Comunicación Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de De la Comisión Insumos del Sector Salud.
D.O.F. 22/06/2011. Última Reforma 16/01/2014.
7. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
D.O.F. 9/08/1999. Última Reforma 14/02/14.
8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
D.O.F. 05/04/2004. Última Reforma 17/12/2014.
9. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 20/08/2001 Última Reforma D.O.F. 28/07/2010.

17 AGO. 2015

10. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11/06/2003.
11. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 28/06/2006. Última Reforma D.O.F. 31/10/2014.

Reglamentos Estatales:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.
P.O. 05/12/2012.

Acuerdos Federales:

1. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala para la ejecución del Régimen de Protección Social en Salud.
D.O.F. 9/01/2004.

Acuerdos Estatales:

1. Acuerdo que establece las políticas generales del ejercicio del presupuesto, las medidas de mejora y modernización de la gestión administrativa y los lineamientos de austeridad del gasto público para el ejercicio fiscal 2015.
P.O. 31/12/2014.

Normas:

1. NOM-178-SSA1-1998 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
2. NOM-197-SSA1-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
3. NOM- 139- SSA1-1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para recolectar sangre.
4. NOM -140-SSA1-1995. Que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para fraccionar sangre.
5. NOM-0152-ECOL-1993. Que establece las características de los residuos peligrosos el listado de los mismos y los límites que hacen a un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.

17 AGO. 2015

6. NOM-020-SSA2-1994. Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia. D.O.F. 11/04/2000.
7. NOM-220-SSA1-1993. Instalación y operación de la fármaco vigilancia. D.O.F.15/11/2004.
8. NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. D.O.F. 13/01/2000.
9. NOM-233-SSA1-2003. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de la personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. D.O.F 15/09/2004.

Planes:

1. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
D.O.F 20/05/2013.
2. Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016.
P.O. 17/06/2011.

17 AGO. 2015

3. Relación de procedimientos

Proceso:

Prestación de atención médica en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Procedimientos:

- I. Procedimientos para la atención del paciente en la consulta de primera vez y de urgencia a pacientes con dolor de difícil control y tratamiento
- II. Procedimiento para la atención en la consulta subsecuente a pacientes con dolor de difícil control y tratamiento
- III. Procedimiento para la atención de pacientes candidatos a intervencionismo para manejo del dolor de difícil control
- IV. Procedimiento de atención a pacientes hospitalizados para control del dolor y cuidados paliativos.
- V. Procedimiento para la solicitud y realización de interconsultas médicas.
- VI. Procedimiento para el egreso por defunción, recepción del expediente clínico y liberación automática de camas.
- VII. Procedimiento para el traslado interno de pacientes en hospitalización.
- VIII. Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de consentimiento informado.
- IX. Procedimiento para evaluar la identificación del paciente.
- X. Procedimiento para evaluar la higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica.
- XI. Procedimiento para evaluar la higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica.
- XII. Procedimiento para la preparación y ministración de medicamentos
- XIII. Procedimiento para prevenir errores por órdenes verbales o telefónicas.

17 AGO. 2015

4. Políticas de calidad

Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y serán de observancia para las actividades de la Clínica.

- El médico Algólogo o Anestesiólogo realizará solamente los procedimientos permitidos para el tratamiento de pacientes de clínica del dolor en salas de procedimientos los cuales son Anestesia local, anestesia regional o bloqueos.
- El médico Algólogo o Anestesiólogo recabará firma del paciente y testigos en carta de consentimiento bajo información médica antes de aplicar cualquier procedimiento.
- El médico Algólogo deberá otorgar las consultas tres días a la semana como 15 consultas máximas.
- El médico Algólogo o Anestesiólogo llenará de acuerdo a la normatividad todos los formatos oficiales.
- El médico Algólogo notificará a trabajo social sobre cualquier caso médico legal para notificar a las autoridades correspondientes.

17 AGO. 2015

5. Descripción de procedimientos por área.

5.1 Procedimiento para la atención del paciente en la consulta de primera vez y de urgencia a pacientes con dolor de difícil control.

1. Objetivo

Contar con los lineamientos administrativos para los casos de pacientes que requieran atención de dolor de difícil control y tratamiento con el fin de lograr la satisfacción del usuario que acude a solicitar los Servicios de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.

2. Alcance

Interno este procedimiento es aplicable a todos los Servicio que soliciten interconsulta de pacientes 1ª. Vez con dolor de difícil control y tratamiento, al personal médico y paramédico de la clínica del dolor, Subdirección de Enfermería, Trabajo Social y Personal administrativo del mismo Servicio.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El personal administrativo será responsable de verificar que el paciente que acude a la Consulta de Clínica del dolor cuente con su carnet y su solicitud de interconsulta debidamente llenada. Y en su caso con la hoja de referencia.
- B. El Médico de Clínica del dolor será responsable de valorar al paciente y de verificar que sea otorgada la consulta de manera urgente o programada.
- C. El médico de Clínica del dolor es el responsable de informar al paciente con dolor tolerable que se le otorgará terapia analgésica de rescate previa firma de documento de información de valoración limitada al padecimiento y que en su cita de primera vez se le valorará integralmente y se le instalará el tratamiento adecuado o definitivo.
- D. En caso de que el paciente con dolor severo requiera atención inmediata cuyas condiciones hemodinámicas sean inestables, el Médico tratante del servicio de Urgencias se responsabilizará de estabilizarlo y posteriormente solicitar interconsulta a Clínica del Dolor con apego al procedimiento correspondiente.

4. Referencias

- Personal Administrativo de la Clínica del Dolor.

17 AGO. 2015

- Médico de Clínica del Dolor.

5. Responsabilidades

- Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para la atención del paciente en la consulta de primera vez y de urgencia a pacientes con dolor de difícil control.		
Responsable	No	Descripción de Actividad
Personal Administrativo de la Clínica del Dolor	1	Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet, comprobante único de ingresos, solicitud de interconsulta, y/o hoja de referencia sellado por la Dirección General del Hospital, lo registra en la libreta de control y lo pasa a filtro. Con Carnet/Solicitud de interconsulta / Hoja de referencia/ Libreta de control.
Médico encargado de Filtro de Clínica del Dolor	2	Recibe al paciente, toma signos vitales, valora condiciones generales del paciente e intensidad del dolor y determina si amerita atención. PROCEDE: No: Proporciona medicamento analgésico de rescate y solicita firma de "Hoja de Filtro de Consulta Externa". Agenda cita programada y termina procedimiento. Si: Envía al paciente al Médico correspondiente. Con Hoja de filtro de Consulta Externa / Historia clínica.
Médico de Clínica del Dolor	3	Valora al paciente, si requiere determina tratamiento intervencionista. PROCEDE: No: Prescribe tratamiento médico (receta) y continúa citas subsecuentes hasta el alta y termina procedimiento. Si: Verifica que cuente con estudios de laboratorio recientes. PROCEDE: No: Establece tratamiento no intervencionista (vía subcutánea, analgésica o vía oral), solicita estudios de laboratorio y termina procedimiento. Si: Solicita turno en cubículo de Bloqueos en la Clínica del Dolor. -Receta / formatos de solicitud de laboratorio
Médico de Clínica del Dolor	4	Realiza procedimiento intervencionista decidido de acuerdo a la técnica establecida, vigila evolución post-bloqueo y realiza nota post bloqueo en la Historia Clínica y determina recuperación total de efectos anestésicos.

17 AGO. 2015

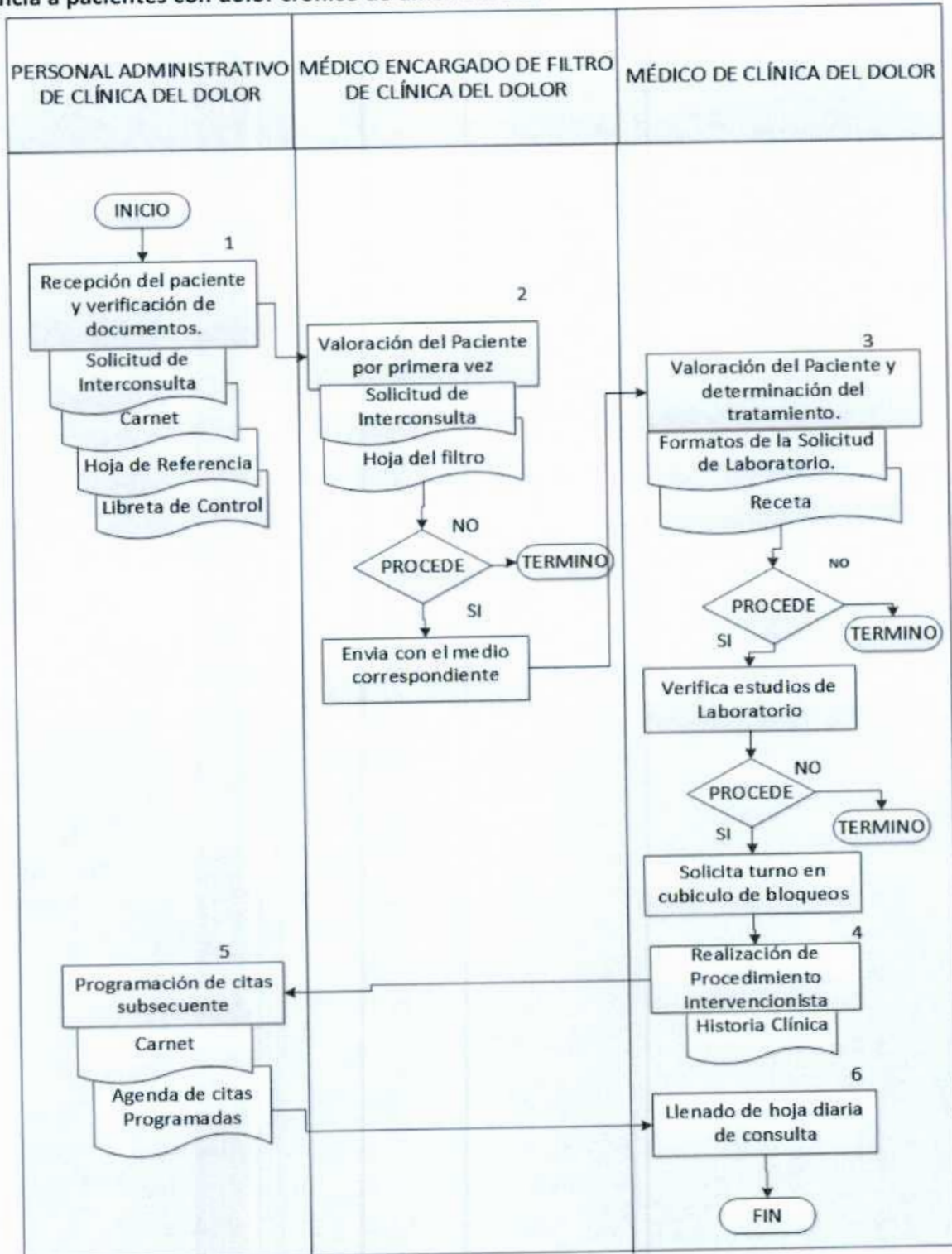
		Envía al paciente a solicitar cita subsecuente programada con el personal administrativo. -Historia Clínica
Personal Administrativo de la Clínica del Dolor.	5	Otorga cita de acuerdo a la agenda de Médico, capacidad y horario disponible. - Carnet / Agenda de citas programada
Médico de Clínica del Dolor	6	Llena la hoja diaria de Consulta y la entrega al personal administrativo. -Hoja Diaria de Consulta
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Carnet.
Solicitud de Interconsulta.
Hoja diaria de Consulta.
Hoja de Filtro de Consulta Externa.
Historia Clínica.
Estudios de laboratorio.

17 AGO. 2015

8. Flujograma.- Procedimiento para la atención del paciente en la consulta de primera vez y de urgencia a pacientes con dolor crónico de difícil control.



17 AGO. 2015

5.2. Procedimiento para la atención en la consulta subsecuente a pacientes con dolor de difícil control.

1. Objetivo

Contar con los lineamientos administrativos para los casos de pacientes subsecuentes que requieran atención de dolor de difícil control y tratamiento con el fin de lograr la satisfacción del usuario que acude a solicitar los Servicios de la Clínica del dolor y Cuidados Paliativos de O.P.D. Salud de Tlaxcala.

2. Alcance

Interno este procedimiento es aplicable a todos los Servicio que soliciten interconsulta de pacientes con dolor de difícil control y tratamiento, al personal médico y paramédico de la clínica del dolor y Cuidados Paliativos, Personal de Enfermería de Trabajo Social y administrativo del mismo Servicio.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El personal administrativo será responsable de verificar que el paciente que acude a la Consulta de Clínica del dolor y Cuidados Paliativos cuente con su carnet.
- B. El Médico de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos encargado será responsable de valorar al paciente y de determinar que sea otorgada la consulta de manera urgente o programada, si es Oncológica en esos momentos se realiza Historia Clínica y se otorga tratamiento intervencionista de acuerdo a criterio.
- C. El médico Algólogo es el responsable de informar al paciente con dolor tolerable que se le otorgará terapia analgésica de rescate previa firma de hoja de Consulta Externa y se valorará integralmente instalando tratamiento adecuado o definitivo.
- D. En casos de paciente con dolor tipo oncológico el médico Algólogo es responsable de valorarlo y aplicar la "Guía de valoración multidimensional del paciente con dolor oncológico" y determinar si requiere procedimiento intervencionista, en cuyo acaso aplicará lo correspondiente al procedimiento 1.

4. Referencias

- Personal Administrativo de la Clínica del Dolor.
- Médico de Clínica del Dolor.

5. Responsabilidades

17 AGO. 2015

- Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del Procedimiento

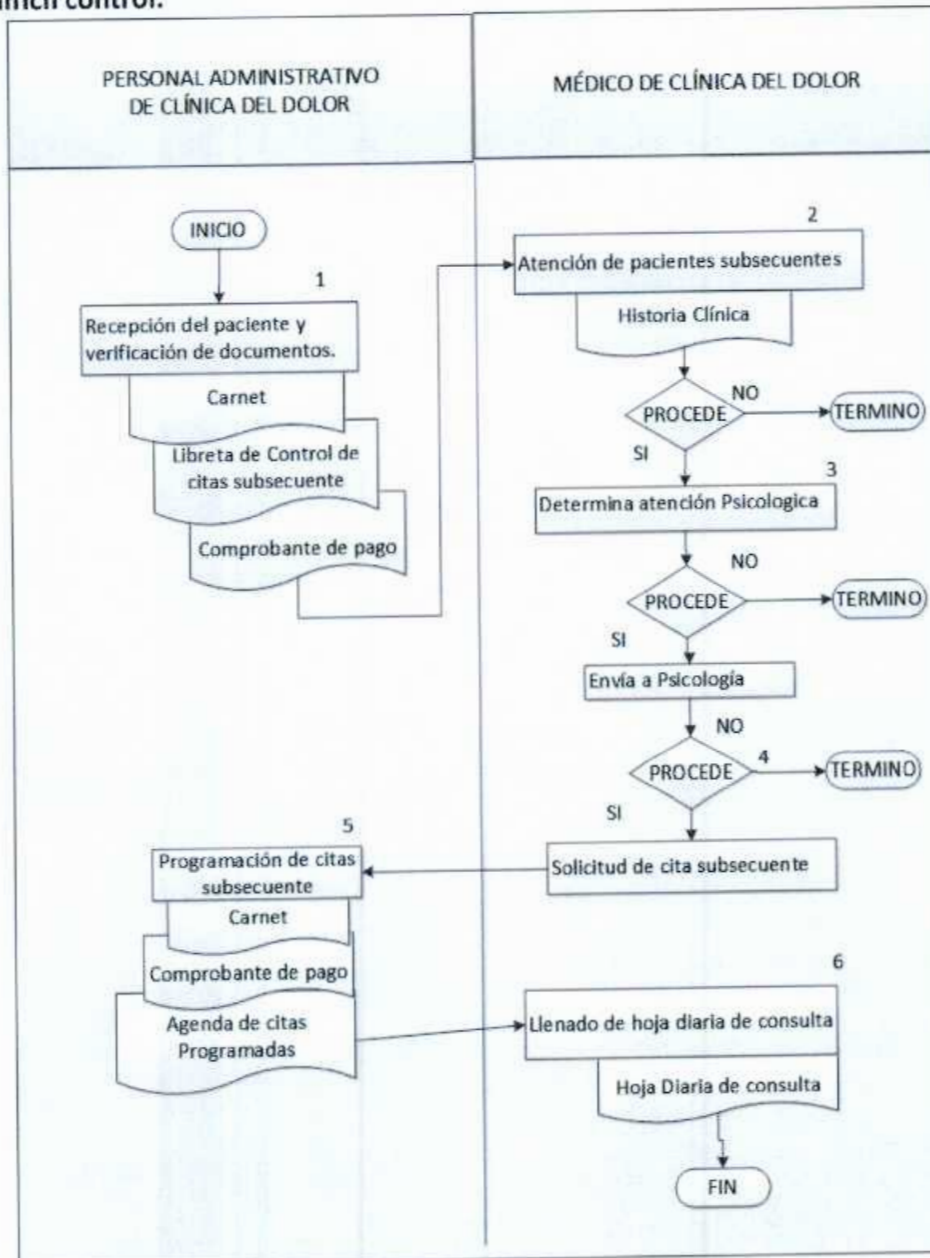
Para la atención en la consulta subsecuente a pacientes con dolor de difícil control.		
Responsable	No	Descripción de la actividad
Personal Administrativo de la Clínica del Dolor.	1	Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet en el cual verifica fecha de Consulta, comprobante de pago, lo registra en Libreta de Control de citas Subsecuentes. - Carnet / comprobante de pago / Libreta de Control de citas Subsecuentes.
Médico de Clínica del Dolor.	2	Recibe paciente, toma signos vitales. Realiza historia clínica y determina tratamiento y determina si es paciente oncológico.
Médico de Clínica del Dolor.	3	¿Requiere atención psicológica? PROCEDE: No: Continúa cita subsecuente, solicita las interconsultas necesarias hasta alta. Termina procedimiento. Si: Determina si se requiere atención psicológica.
Médico de Clínica del Dolor.	4	¿Requiere cuidados paliativos? PROCEDE: No: Continúa cita subsecuente, envía a cuidados paliativos para su atención, vigila evolución, control del dolor, visita domiciliaria y termina el procedimiento a. Termina procedimiento. Si: Envía a Psicólogo en la Clínica del dolor en cita Subsecuente, vigila evolución y control del dolor y determina necesidad de tratamiento intervencionista.
Personal Administrativo de Clínica del Dolor.	5	Recibe paciente, de acuerdo a la agenda del médico, capacidad y horario disponible. Carnet / comprobante de pago / Libreta de Control de citas Subsecuentes.
Médico de Clínica del Dolor	6	Llena hoja diaria de Consulta y entrega al personal administrativo. Hoja diaria de consulta
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

17 AGO. 2015

7. Formatos

- Carnet
- Hoja diaria de Consulta
- Guía Multidimensional del paciente con dolor oncológico.
- Historia clínica.

8. Flujograma: Procedimiento para la atención en la consulta subsecuente a pacientes con dolor de difícil control.



17 AGO. 2015

5.3. Procedimiento para la atención de pacientes candidatos a intervencionismo para manejo del dolor de difícil control.

1. Objetivo

Contar con los mecanismos administrativos que sirven de guía al personal médico y paramédico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en los casos de pacientes con dolor rebelde al tratamiento convencional y que sean candidatos a la realización de técnicas de intervencionismo para el manejo en el control del dolor severo con pobre respuesta al uso de fármacos o minimizar el uso de los mismos. Con el fin de garantizar la satisfacción del usuario que acude a solicitar el servicio.

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento tiene alcance al personal médico y paramédico, Administrativo, Personal de Enfermería, de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El Médico Algólogo es responsable de informar al paciente acerca del beneficio de la realización del intervencionismo con fines diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, (Técnicas de Infiltración Peridural, Intratecal, de Plexos y Nervios Periféricos, Intraarticular, Infusiones Endovenosas, Osteplastias, Neurolisis de plexos nerviosos, Neuroplastia y Radiofrecuencia), sus ventajas, desventajas y riesgos, y solicitar la firma del consentimiento informado.
- B. En el caso de realizar un intervencionismo definitivo el Médico Algólogo es responsable de informar acerca del beneficio del intervencionismo, sus ventajas, desventajas y riesgos, y solicitar consentimiento informado.
- C. El Médico Algólogo es responsable de indicar al paciente que debe presentarse a la hora señalada en ayuno, bañado y con un acompañante.
 - a. El médico Algólogo es responsable de solicitar resultados de los exámenes de laboratorio previamente solicitados y de la valoración cardiovascular cuando el caso lo amerite.
- D. Cuando el caso amerite la intervención a cielo abierto, es decir, cuando lo solicite el cirujano en la intervención quirúrgica, se apegará a las políticas y procedimientos del acto quirúrgico.
- E. Es responsabilidad del Médico Algólogo la toma de decisiones acerca de los diferentes tipos de intervencionismo a realizar con fines diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, (Técnicas de Infiltración Peridural, Intratecal, de Plexos y Nervios Periféricos,

17 AGO. 2015

Intraarticular, Infusiones Endovenosas, Osteoplastias, Neurolisis de plexos nerviosos, Neuroplastia y Radiofrecuencia), sus ventajas, desventajas y riesgos. De acuerdo al padecimiento que presente el paciente y de vigilar su recuperación total de efectos anestésicos.

4. Referencias

Personal Administrativo de la Clínica del Dolor.
Personal de Enfermería de Clínica del Dolor.
Médico de Clínica del Dolor.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para la atención de pacientes candidatos a intervencionismo para manejo del dolor de difícil control.		
Responsable	No	Descripción de Actividad
Médico de Clínica del Dolor.	1	<p>Revisa al paciente en Consulta Subsecuente ó de Primera Vez y determina la necesidad de tratamiento intervencionista.</p> <p>PROCEDE:</p> <p>No: Explica al paciente padecimiento no intervencionista y agenda cita subsecuente hasta el alta del Servicio y termina procedimiento.</p> <p>Si: Determina necesidad de apoyo de personal de Rx.</p> <p>PROCEDE:</p> <p>No: Realiza procedimiento y termina procedimiento.</p> <p>Si: Realiza Solicitud de apoyo de personal de Rx.</p> <p>Envía al paciente a pago de Servicio de acuerdo a clasificación socioeconómica registrada en el carnet por Trabajo Social.</p> <p>-Carnet.</p>
Médico de Clínica del Dolor.	2	<p>Envía al paciente con personal de enfermería quienes explican condiciones en que debe acudir el paciente (Carnet, recibo de pago, ayuno, bañado y acompañado de un familiar)</p> <p>Envía al paciente con personal Administrativo Agendar cita de intervencionismo.</p> <p>-Carnet / Comprobante de pago.</p>
Personal Administrativo de Clínica del Dolor.	3	<p>Recibe al paciente y verifica en su carnet de citas que cuente con fecha de intervencionismo.</p> <p>Envía al paciente a sala de Rx. o cubículos de Bloqueos junto con el expediente y avisa a personal de enfermería.</p> <p>Realiza procedimiento de acuerdo a técnica elegida en el cubículo de bloqueos (Clínica del Dolor).</p> <p>- Carnet / Expediente.</p>

17 AGO. 2015

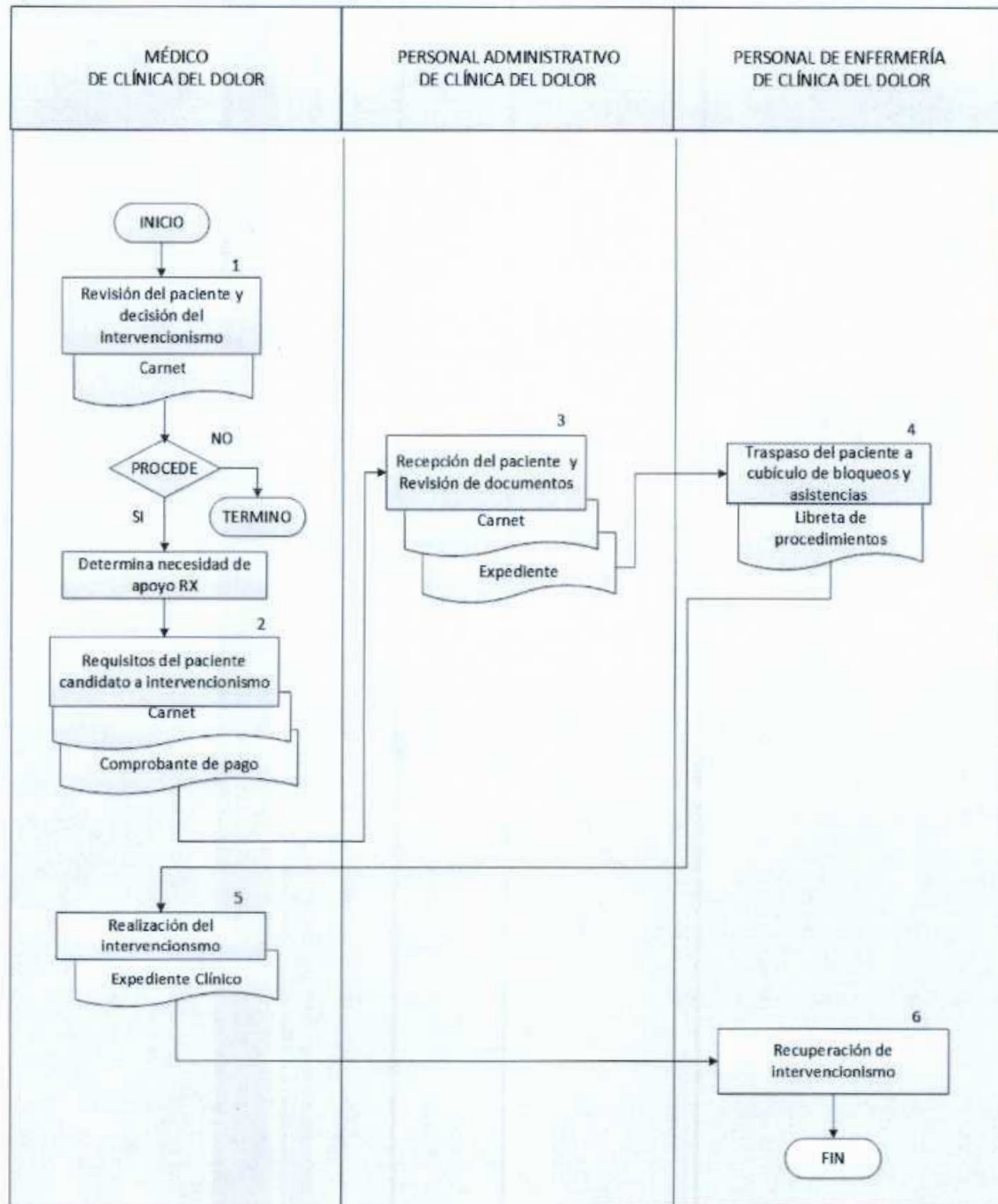
Personal de Enfermería de Clínica del Dolor.	4	Recibe e identifica al paciente, confirma programación de intervencionismo, toma signos vitales y glucosa capilar, con monitorización no invasiva si se encuentra en Rx. Canaliza al paciente y asiste al Médico según Indicaciones y sitio de bloqueo o intervencionismo y anota procedimiento en libreta de procedimientos. - Libreta de Procedimientos.
Médico de Clínica del Dolor.	5	Realiza el intervencionismo programado, informa a los familiares del resultado del mismo. Realiza nota clínica y otorga indicaciones médicas con apego a la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. D.O.F. 15.10.2012.
Personal de Enfermería de Clínica del Dolor.	6	Checa signos vitales posterior a realización del procedimiento intervencionista cada 15 minutos y condiciones del enfermo. Vigila al paciente hasta el alta del servicio.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

- Carnet
- Expediente clínico
- Libreta de procedimientos.

17 AGO. 2015

8. Flujograma: Procedimiento para la atención de pacientes candidatos a intervencionismo para manejo del dolor de difícil control y tratamiento convencional.



17 AGO, 2015

5.4. Procedimiento para la atención a pacientes hospitalizados para control del dolor y cuidados paliativos.

1. Objetivo

Contar con los lineamientos administrativos para los casos de los pacientes hospitalizados que requieren atención del dolor rebelde al tratamiento habitual secundario a dolor oncológico internados en la Unidad de Oncología y otros servicios. Y para los casos de pacientes candidatos a Cuidados Paliativos.

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento aplicable a todos los Servicios que soliciten interconsulta de pacientes con dolor rebelde a tratamiento habitual, al personal médico y paramédico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Enfermería, Trabajo Social y personal administrativo del mismo Servicio.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El personal administrativo será responsable de verificar que el paciente que acude al Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos solicite seguimiento por vía telefónica en su domicilio o bien visita domiciliaria, cuente con su carnet e Interconsulta debidamente llenada por el servicio tratante.
- B. El médico Algólogo será el responsable de valorar al paciente y de verificar que sea otorgada la Consulta de manera urgente o Programada a pacientes hospitalizados con apego estricto al procedimiento de Interconsultas de este manual.
- C. El Médico Algólogo valorará y verificará que sea otorgada la consulta por seguimiento telefónico y/o visita domiciliaria a pacientes que lo soliciten.

4. Referencias

Trabajo social.
Médico de Clínica del Dolor.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

17 AGO. 2015

6. Descripción del procedimiento

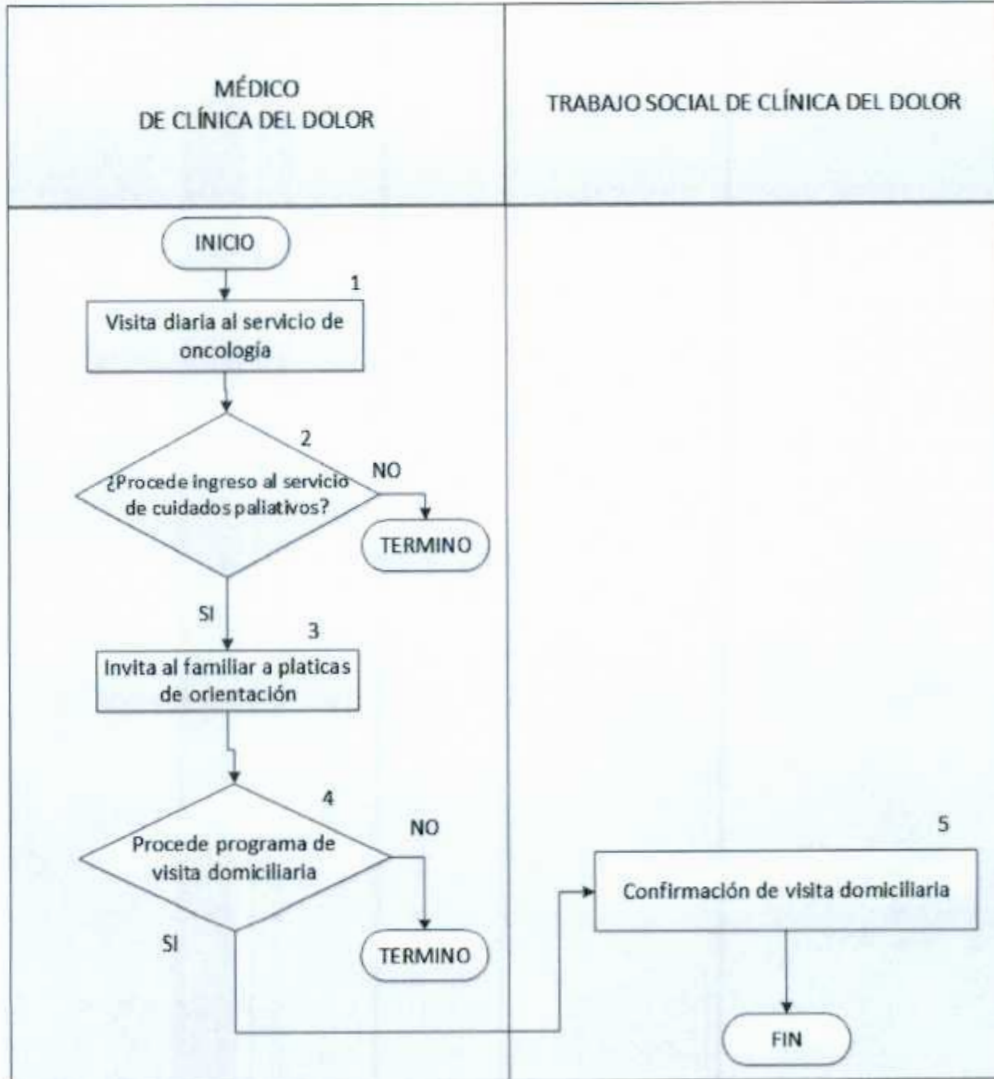
Para la atención a pacientes hospitalizados para control del dolor y cuidados paliativos.		
Responsable	No	Descripción de Actividad
Médico de la Clínica del Dolor.	1	Revisa y valora los pacientes señalados por el Servicio de Oncología que cursen con dolor rebelde al tratamiento y determinan necesidad de tratamiento intervencionista. PROCEDE: No: Continúa visitas y valoración diaria en el Servicio de Oncología hasta alta o defunción y termina el procedimiento. Si: Realiza el procedimiento No. 3.
Médico de la Clínica del Dolor.	2	Determina el ingreso del paciente terminal al Programa de Cuidados Paliativos. PROCEDE: No: Termina el procedimiento Si: Incluye en lista de seguimiento por vía telefónica al egresar del Hospital
Médico de Clínica del Dolor.	3	Invita al familiar a pláticas de orientación sobre el paciente oncológico con el equipo multidisciplinario.
Médico de Clínica del Dolor.	4	Determina el ingreso del paciente al programa de visita domiciliaria. PROCEDE: No: Continúa con sus consultas en el Servicio de Clínica del Dolor y termina procedimiento Si: Lo envía a Trabajo Social y/o Enfermera, quién toma datos generales del paciente (domicilio, teléfono, diagnóstico, toma de medicamentos, etc.)
Trabajo Social de Clínica del Dolor	5	Vía telefónica 24 hrs. Antes, confirma visita domiciliaria, solicitando ambulancia avalado por Programa de Creación de Cuidados Paliativos. Realiza visita domiciliaria y valoración del estado del enfermo en conjunto con el médico Algólogo, trabajo social y enfermera paliativista. Cada Integrante del equipo multidisciplinario deja indicaciones a la familia y recibe sugerencias. Da seguimiento por vía telefónica y continúa visita al paciente hasta el alta o deceso.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

No Aplica

17 AGO. 2015

8. Flujoograma: Procedimiento para la atención a pacientes hospitalizados para control del dolor y cuidados paliativos.



17 AGO. 2015

5.5. Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas

1. Objetivo

Establecer los lineamientos, normas, políticas y procedimientos administrativos de las actividades de los servicios médicos que intervienen en la realización de Interconsultas Médicas, con el fin de brindar una atención médica de calidad a los pacientes hospitalizados en los Hospitales de O.P.D. Salud de Tlaxcala.

2. Alcance

A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Jefaturas de los Servicios que integran las Direcciones Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento de la Secretaría de Salud.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. La Dirección General Adjunta Médica será la responsable de establecer los procedimientos para la solicitud y realización de Interconsultas Médicas.
- B. Será responsabilidad de las Direcciones Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento la difusión, vigilancia y verificación de este procedimiento a todos los servicios correspondientes para la solicitud y realización de Interconsultas Médicas.
- C. Los servicios dependientes de las distintas Direcciones serán responsables de la solicitud y realización de Interconsultas Médicas y deberán cumplir con los lineamientos establecidos en este procedimiento.
- D. Serán las distintas Direcciones las responsables de revisar y verificar que se haya cumplido con los procedimientos establecidos para la solicitud y realización de Interconsultas Médicas de los Servicios a su cargo.
- E. El incumplimiento de este procedimiento será sancionado por las autoridades correspondientes y de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo de los Hospitales de la Secretaría de Salud.
- F. Todas las Jefaturas de Departamento y de Servicios tendrán la obligación de solicitar y, en su caso, realizar las Interconsultas Médicas correspondientes.
- G. La solicitud de Interconsultas del Servicio de Urgencias Médicas se hará apegada a los lineamientos establecidos en los Procedimientos Generales para la Atención de los Pacientes Hospitalizados en Servicios Periféricos.
- H. La solicitud de Interconsultas del servicio de Anestesiología al servicio de Terapia Médica Intensiva se apegará al Reglamento de Quirófanos Central y Periféricos.

17 AGO. 2015

4. Referencias

Jefe de Servicio o Médico Adscrito Interconsultante.
Médico Residente o Médico Interno de Pregrado del servicio interconsultante.
Médico de Servicio Interconsultado.
Jefe de servicio o Interconsultado.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para solicitud y realización de interconsultas médicas.		
Responsable	No	Descripción de Actividad
Jefe de Servicio o Médico de Servicio de Interconsultante.	1	Emite la solicitud de Interconsulta Médica, de acuerdo a la evolución clínica del paciente hospitalizado en el servicio a su cargo, a través del formato de interconsulta firmado en original y copia, lo turna al médico residente o médico interno de pregrado para su trámite. - Formato de interconsulta.
Médico Residente o Médico Interno de Pregrado del Servicio Interconsultante.	2	Entrega de solicitud de interconsulta médica al Jefe de Servicio o médico de base del servicio Interconsultado. - Formato de Interconsulta.
Jefe de Servicio Interconsultado.	3	Recibe el formato original de la solicitud de interconsulta médica. Firma la copia del formato, anotando fecha y hora de recepción y la entrega al médico interconsultante. - Formato de Interconsulta.
Médico Residente o Médico Interno de Pregrado del Servicio Interconsultante.	4	Recibe la copia del formato de interconsulta, acude a su servicio y la archiva en el expediente clínico del enfermo. - Formato de interconsulta/expediente clínico.
Jefe de Servicio Interconsultado.	5	Asigna el caso, motivo de interconsulta, a médico de base de su servicio, enfatizando en la atención del paciente del servicio interconsultante en un lapso no mayor de 3 horas. Entrega original del formato de interconsulta al médico asignado. En las jornadas laborales que no cuenten con un médico de Base, la interconsulta será atendida por el Médico Residente de mayor Jerarquía. - Formato de Interconsulta.

17 AGO. 2015

Médico de Servicio Interconsultado.	6	Acude al servicio interconsultante y revisa al paciente, motivo de interconsulta.
Médico de Servicio Interconsultado.	7	Realiza la nota de hallazgos clínicos e indicaciones médicas en el expediente del paciente, siguiendo los lineamientos de la norma del expediente clínico vigente. De ser necesario, trasladar al paciente a su servicio para hacerse cargo de él. -Expediente Clínico / Nota de interconsulta
Jefe de Servicio o Médico de Servicio Interconsultante.	8	Verifica que las indicaciones médicas anotadas por el servicio interconsultado sean seguidas por el personal médico y de enfermería del servicio a su cargo. PROCEDE: No: Solicita supervisión a la Jefatura de Enfermería y regresa a la actividad 7 Sí: Continúa el Procedimiento. -Expediente clínico.
Jefe de Servicio o Médico de Servicio Interconsultante.	9	Archiva original de interconsulta en el expediente clínico del paciente. Llena formato de reporte mensual de interconsultas realizadas y lo envía a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos. -Expediente Clínico/ Formato de Interconsulta / Formato Reporte mensual de Interconsultas.
FIN DE PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

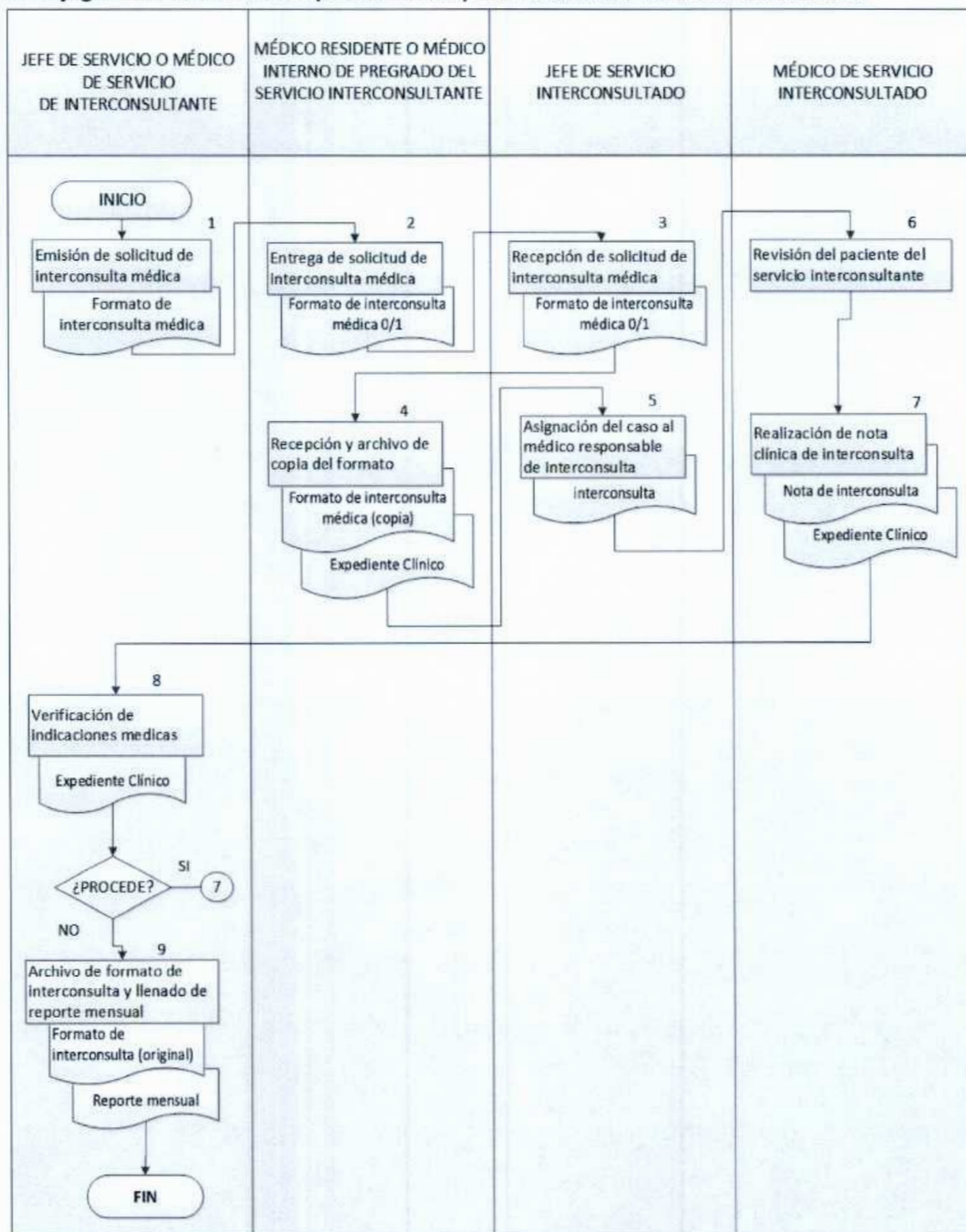
Formato de Interconsulta.

Historia Clínica.

Formato de reporte Mensual de Interconsultas.

17 AGO. 2015

8. Flujoograma: Procedimiento para solicitud y realización de interconsultas médicas.



17 AGO. 2015

5.6 Procedimiento para el egreso por defunción, recepción del expediente clínico y liberación automática de camas.

1. Objetivo

Contar con los procedimientos administrativos que sirvan de guía al personal médico, paramédico y administrativo de las actividades a realizar en los casos que ocurra la defunción del paciente de la Clínica del dolor y Cuidados Paliativos, para el traslado del cuerpo a Patología, con el fin coadyuvar a que los trámites se agilicen por las partes que intervienen en el proceso para registrar la baja en el sistema de información y liberar la cama de manera automática.

2. Alcance

A nivel interno el procedimiento es aplicable a los servicios que cuenten con pacientes hospitalizados, el Área de Trabajo Social, el servicio de Patología y a la Oficina de Admisión. A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. Es responsabilidad del médico de base de la unidad en hospitalización, donde se encuentra internado el paciente, verificar la defunción del paciente, realizar la nota correspondiente inmediatamente después de ocurrida ésta, comunicar la veracidad del acontecimiento a los familiares y coordinarse con el personal de enfermería para el traslado del cadáver al servicio de Patología.
- B. El personal administrativo del servicio donde fallezca el paciente es responsable de emitir el formato de notificación de defunción (FN-DD) por sistema al momento de la captura del egreso por defunción (Diagnóstico, Tipo de Movimiento, Motivo del Egreso) y entregarlo a enfermería. (La cama censable será liberada de manera automática al momento de la captura del egreso por defunción, en un lapso máximo de 2 hrs. posteriores a la captura del egreso).
- C. Es responsabilidad del personal administrativo de la Oficina de Admisión apoyar a la unidad en hospitalización en la captura de los datos del egreso por defunción e impresión del formato de notificación de defunción (FN-DD), cuando no exista personal administrativo en el turno vespertino, nocturno, fin de semana y días festivos.
- D. Es responsabilidad del personal de Enfermería de la unidad en hospitalización notificar, vía telefónica, la defunción del paciente al Servicio de Anatomía Patológica y entregar el expediente clínico del paciente en el momento de entregar el cadáver.
- E. El servicio Patología es responsable de realizar la entrega del cadáver al familiar responsable, además de realizar el llenado del Certificado de Defunción y de enviar en

17 AGO. 2015

- un lapso no mayor a 30 días el expediente clínico del fallecido al archivo central, independientemente de si se efectuó o no la Necropsia.
- F. Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se apegarán al Código de Ética y al Decálogo de Bioética vigente de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.
 - G. El personal de Trabajo Social deberá realizar su trámite de egresos con base a su manual de procedimientos.
 - H. En caso de ausencia del sistema en el Hospital, el personal Administrativo de la unidad deberá generar el formato FN-DD de Notificación de Defunción de Contingencia (ver anexo 10.3), de manera manual así como registrar en Bitácora de Egresos "Ausencia del Sistema" todos los movimientos de defunción generados.
 - I. La "Operación en Contingencia" del personal Administrativo en la unidad, deberá ser autorizada previamente por la Coordinación de Delegados Administrativos; en ausencia de éste, los asistentes médicos deberán dar la autorización.

4. Referencias

Médico Tratante
Personal de Trabajo Social.
Personal de Enfermería.
Personal Administrativo.
Personal de camillería de Patología
Médico de Patología.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para el egreso por defunción, recepción del expediente clínico y liberación automática de camas		
Responsable	No	Descripción de la actividad
Médico Tratante.	1	Verifica fallecimiento del enfermo. PROCEDE: No: Termina procedimiento. Si: Informa vía verbal al personal de enfermería para la preparación post-mortem y solicita la presencia del familiar para informar el acontecimiento.
Médico Tratante.	2	Informa del acontecimiento al familiar. En caso de que no se encuentre el familiar responsable, solicita a personal de Trabajo Social la localización vía telefónica del familiar responsable.

~~1.7-A60, 2015~~

Personal de Trabajo Social.	3	Localiza vía telefónica a los familiares y solicita su presencia en el servicio tratante. Una vez presente el familiar, lo envía con el médico tratante.
Médico Tratante.	4	Informa al familiar sobre la confirmación del deceso. Realiza la documentación necesaria (nota de defunción, hoja de hospitalización), las integra al expediente clínico, lo ordena de acuerdo al formato establecido por la Dirección General Adjunta Médica, lo entrega al personal de enfermería y le solicita la preparación post- mortem del cuerpo -Expediente clínico / Hoja de Hospitalización.
Personal de Enfermería.	5	Realiza la preparación post-mortem (amortajamiento) del cadáver, notifica vía telefónica al personal de Trabajo Social y envía a familiares a Trabajo Social.
Personal de Trabajo Social	6	Informa a familiares sobre trámites a seguir y verifica situación del occiso en relación al pago hospitalario, los envía a realizar el pago y posteriormente con el personal de enfermería.
Personal de Enfermería	7	Verifica que el expediente esté completo y ordenado de acuerdo al formato de armado de expedientes. Debe contener la nota de defunción y la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P) Debidamente requisitados así como los comprobantes de pago. PROCEDE: No: Solicita documentación completa al médico y regresa a actividad 4. Si: Entrega hoja de hospitalización a personal administrativo de la unidad para su captura. Envía a familiares al servicio de Patología. -Hoja de Hospitalización / RUI / Formato de
Personal Administrativo.	8	Captura la información de la defunción registrada por los médicos en la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P): Diagnóstico CIE-10, CIE-09. Tipo de Movimiento, Motivo del Egreso (Defunción). Imprime el formato de notificación de defunción FN-DD por sistema (dos copias). Entrega la hoja de hospitalización (SIS-HGM- HOSP-03-P) y el formato FN-DD (impresión electrónica) a la enfermera para que la integre al expediente. Nota: Se libera la cama censable de forma automática en un lapso de 2hrs.

17 AGO. 2015

		-Formato FN-DD.
Personal de Enfermería.	9	Notifica vía telefónica a Patología, entrega formato FN-DD (impresión electrónica) y solicita que pasen a recoger el cadáver a la unidad. -Formato FN-DD.
Personal de camillería de Patología.	10	Acude al servicio que notificó la defunción a recoger el cuerpo.
Personal de Enfermería.	11	Entrega el cadáver a camilleros de Patología, junto con el expediente clínico completo, solicita firma de entrega (con fecha y hora) en la copia del formato FN-DD. Entrega la copia del formato FN-DD firmado al
Personal de Camillería de Patología.	12	Recibe el cadáver en la unidad en hospitalización junto con el expediente clínico completo, formato FN-DD (impresión electrónica) y lo traslada a Post Mortem.
Médico de Patología	13	Elabora el certificado de defunción y lo entrega al familiar. -Certificado de Defunción.
Médico de Patología	14	Elabora nota con diagnóstico del certificado de defunción e integra al expediente clínico, lo entrega al personal administrativo para su envío al Archivo Central en un lapso no mayor a 30 días. -Expediente Clínico.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Formato FN-DD. Notificación de Defunción / Impresión electrónica.

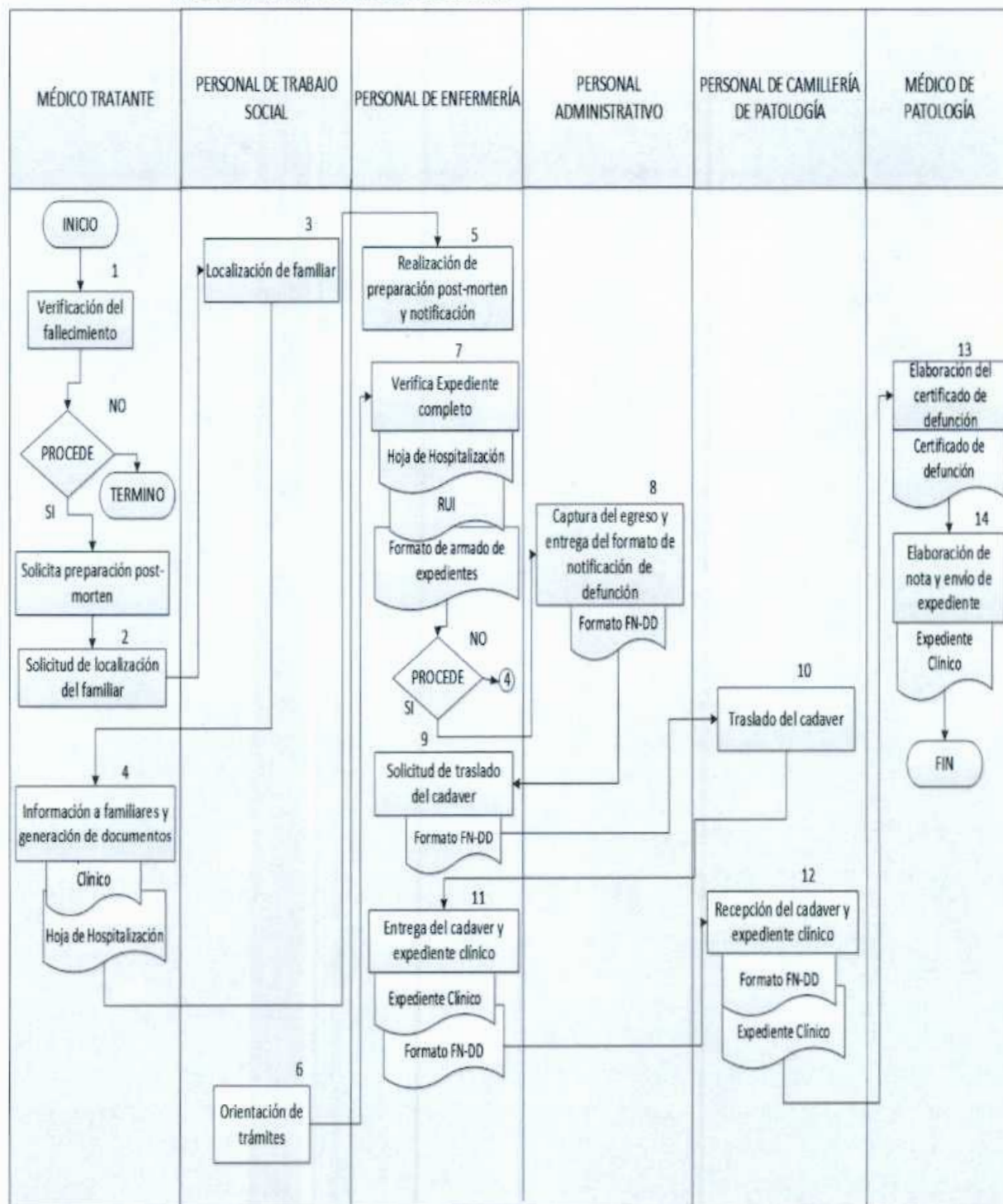
Formato de Armado de Expedientes de Egreso.

Formato FN-DD. Notificación de Defunción de Contingencia/ manual.

Hoja de Hospitalización.

17 AGO. 2015

8. Flujograma: Procedimiento para el egreso por defunción, recepción del expediente clínico y liberación automática de camas.



17 AGO, 2015

5.7. Procedimiento para el traslado interno de pacientes en hospitalización.

1. Objetivo

Contar con los procedimientos administrativos que sirvan para realizar de manera oportuna el traslado del paciente que requiera la atención en otro servicio diferente al que se encuentra hospitalizado, o bien de realizar la incorporación a una cama censable del servicio tratante, en el caso de pacientes que fueron hospitalizado en un servicio periférico, con el fin de proporcionar la atención médica adecuada y lograr la satisfacción del usuario.

2. Alcance

A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal médico de los servicios, al Área de Enfermería, al personal de camillería y al personal administrativo de la Oficina de Admisión.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. Es responsabilidad del médico de base del servicio tratante solicitar la interconsulta médica con apego al procedimiento correspondiente para valoración del traslado
- B. Es responsabilidad del médico de base interconsultado valorar al paciente en un lapso no mayor a 24 horas siguientes a la solicitud de interconsulta y tramitar el traslado al servicio interconsultado, de acuerdo a capacidad física instalada.
- C. Es responsabilidad del personal de enfermería dar aviso al personal administrativo de la Oficina de Admisión acerca del traslado del paciente a otro servicio, mediante el llenado del formado correspondiente (traslado interno).
- D. Es responsabilidad del personal administrativo de la Oficina de Admisión realizar el traslado interno administrativo del paciente en el sistema de información, en la cama asignada por el médico del servicio interconsultado.
- E. Es responsabilidad del médico de base del Servicio interconsultado, corroborar que el expediente del paciente a trasladar se encuentre completo, así como elaborar la nota de envío con la información de la atención proporcionada, ésta estará integrada como mínimo por los siguientes elementos: motivo de ingreso, padecimiento actual, diagnóstico y procedimientos realizados, así como la terapéutica empleada.
- F. Es responsabilidad del personal de enfermería del Servicio interconsultante corroborar que el expediente se encuentre y se entregue completo al Servicio interconsultado.
- G. Es responsabilidad del personal de Enfermería del servicio interconsultante acompañar y entregar al paciente al personal de Enfermería del servicio interconsultado, quien lo recibirá y atenderá adecuadamente, de acuerdo a las indicaciones del médico que tramitó el traslado.
- H. Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se apegarán al Código

17 AGO. 2015

de Ética y al Decálogo de Bioética vigente de la Secretaría de Salud.

4. Referencias

Médico del Servicio Tratante.
Médico del Servicio Interconsultado.
Personal de Enfermería.
Personal Administrativo de admisión.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para el traslado interno de pacientes en hospitalización.		
Responsable	No	Descripción de la actividad
Médico del Servicio Tratante.	1	Valora estado clínico de paciente hospitalizado en su servicio, solicita interconsulta (Ver procedimiento correspondiente). - Formato de interconsulta.
Médico del Servicio Interconsultado.	2	Realiza la interconsulta. Valora estado clínico del paciente, realiza nota de interconsulta en el expediente clínico. - Expediente Clínico.
Médico del Servicio Interconsultado.	3	Determina traslado del paciente al servicio interconsultado. PROCEDE: NO: Informa negativa de traslado y termina el procedimiento. SI: Continúa la siguiente actividad No. 4.
Médico del Servicio Tratante.	4	Elabora nota de envío del paciente al servicio interconsultado. Notifica al personal de Enfermería, Trabajo Social y a los familiares acerca de la cama asignada en el servicio interconsultado. Realiza llenado del formato de traslado.
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante.	5	Recibe indicaciones del traslado del paciente y revisa expediente clínico con formato de traslado completamente requisitado.
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante.	6	Notifica a la Oficina de Admisión el traslado del paciente, indicando nombre, servicio interconsultado y cama asignada.
Personal Administrativo de Admisión.	7	Recibe la información del traslado del paciente, recaba los datos para actualizar la cama en el servicio interconsultado. Simultáneamente realiza la baja del paciente en la cama que ocupaba.

17 AGO. 2015

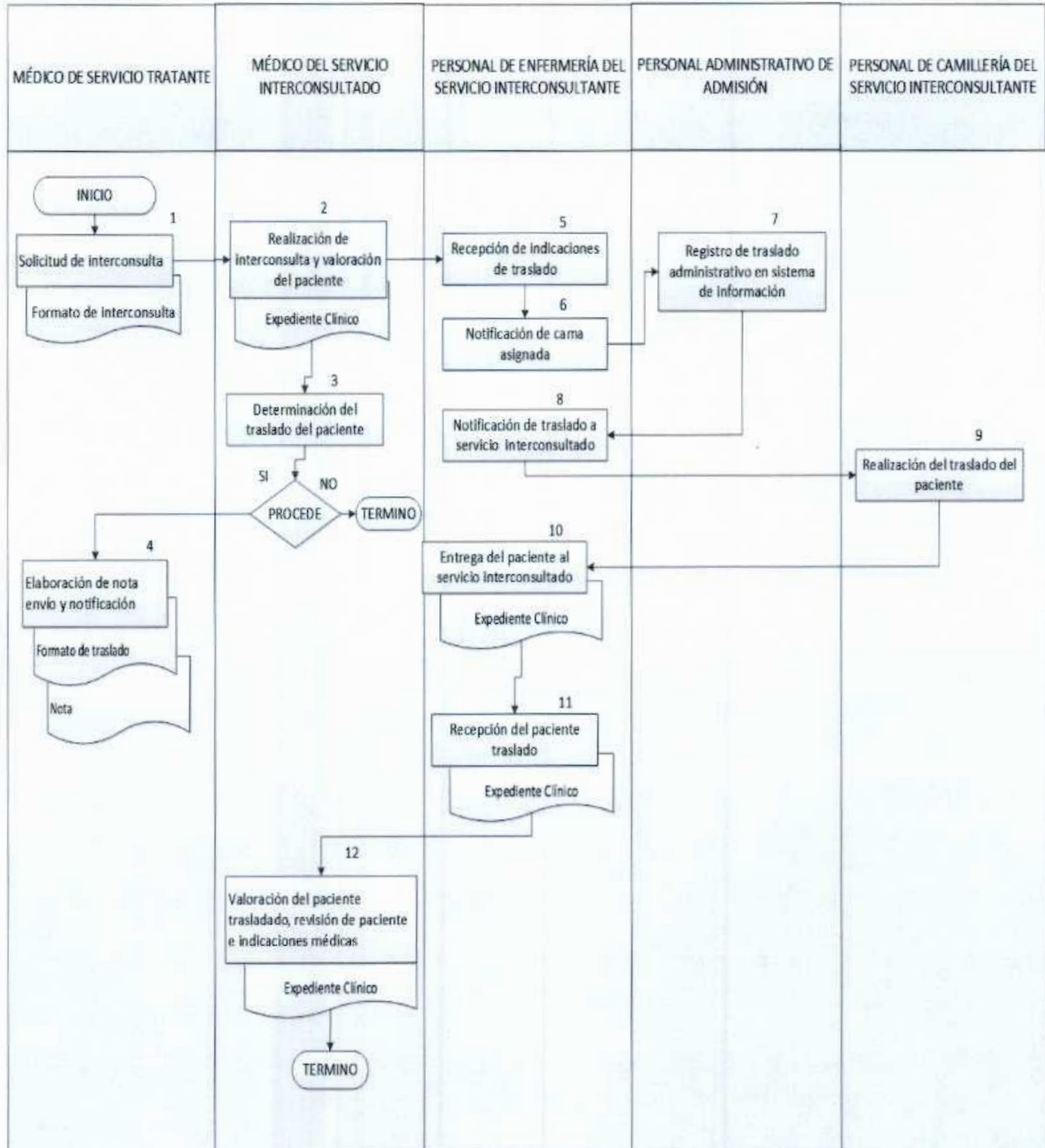
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante.	8	Notifica vía telefónica al personal de enfermería del servicio interconsultado del traslado del paciente. Solicita a camillería el traslado del paciente y lo acompaña.
Personal de camillería del Servicio Interconsultante.	9	Recibe indicaciones y procede a trasladar al paciente al servicio que corresponda (interconsultado), acompañado del personal de Enfermería del servicio interconsultante.
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante.	10	Realiza la entrega del paciente trasladado al personal de enfermería del servicio interconsultado, lo instala en su cama asignada. Entrega el expediente completo. - Expediente Clínico.
Personal de Enfermería de servicio Interconsultado	11	Recibe al paciente, revisa el expediente que incluya el formato de envío y toma signos vitales. Notifica al médico de base de la llegada del paciente. - Expediente Clínico.
Médico del Servicio Interconsultado.	12	Revisa al paciente, valora su estado físico. Revisa el expediente clínico. Realiza indicaciones médicas e inicia tratamiento. - Expediente Clínico.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Formato de Hoja de Traslado.

17 AGO. 2015

8. Flujograma.- Procedimiento para el traslado interno de pacientes en hospitalización.



17 AGO. 2015

5.8.- Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de consentimiento informado.

1. Objetivo

Contar con el procedimiento administrativo que sirvan para realizar el llenado correcto y completo de los formatos de consentimiento informado del expediente clínico en los que se incluye la información clara, sencilla y entendible para el paciente y su familiar responsable sobre los motivos de la realización de cada procedimiento médico y/o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación. Además de hacer conciencia en el personal médico de la importancia del llenado completo y adecuado del formato, incluyendo la firma de testigos, del familiar responsable y de ser posible del paciente con el fin de cumplir con la norma del Expediente clínico vigente.

2. Alcance

A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de la Unidad Médica, a la Jefatura de Servicios Médico y Quirúrgicos, al personal médico y de enfermería de los servicios

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. Es responsabilidad del médico tratante, informar claramente al paciente y su familiar responsable, la necesidad de firmar la autorización voluntaria de aceptación, bajo la debida información de riesgos, complicaciones, efectos secundarios, secuelas beneficios esperados y tipo de procedimiento por realizar.
- B. Es responsabilidad del médico tratante realizar el llenado completo solicitando credencial con fotografía para los rubros de identificación del paciente, tipo de procedimiento a realizar, firma obligatoria del paciente si está en condiciones o familiar responsable, del médico tratante y dos testigos.
- C. Es responsabilidad del personal de enfermería verificar que los formatos de consentimiento informado estén completamente llenados al momento de ingreso y antes de la realización de cualquier procedimiento.
- D. El médico tratante es el responsable de informar al paciente y los familiares del mismo a satisfacción sobre el procedimiento con la aclaración de todas las dudas al respecto.
- E. La omisión de la firma del médico tratante en cualquiera de los formatos de consentimiento informado obliga a suspender los procedimientos.

4. Referencias

Médico tratante.

17 AGO. 2015

Personal Administrativo de admisión.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para el llenado y solicitud de firma del formato de consentimiento informado.		
Responsable	No	Descripción de actividades
Médico tratante	1	Revisa al paciente y determina hospitalizar para estudio o tratamiento en forma integral. PROCEDE: NO: Termina el Procedimiento SI: Llena formato de admisión hospitalaria, hoja de autorización y consentimiento informado y de autorización de ingreso hospitalario. -Solicitud de internamiento / Hoja de autorización de ingreso hospitalario/Hoja de consentimiento informado.
Médico tratante	2	Recibe al paciente y familiar responsable. Explica los motivos de hospitalización, tipos de procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, complicaciones, secuelas efectos secundarios para fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Solicita el comprobante de identificación y firma correspondiente de: Ingreso Hospitalarios/ Hoja de consentimiento informado de procedimientos diagnóstico y terapéuticos de alto riesgo/ Amputación quirúrgica / Procedimientos anestésicos/ Empleo de modos definitivos de planificación familiar / Transfusiones / Uso de medios de contraste de alto riesgo / Investigación clínica en seres humanos / Necropsia.
Médico tratante	3	Una vez que el paciente y su familiar responsable han firmado el formato de consentimiento y han quedado a satisfacción informados el médico de base procede a firmar los formatos junto con dos testigos. -Documentos.
Médico tratante	4	Envía al paciente y/o su familiar a la oficina de admisión para continuar procedimiento de admisión
Admisión	5	Recibe al paciente y/o familiar, verifica formatos firmados e inicia el procedimiento de admisión hospitalaria -Formatos
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

17 AGO. 2015

7. Formatos

Hoja de Admisión Hospitalaria.

Hoja de consentimiento bajo información de ingreso hospitalario.

Hoja de consentimiento bajo información de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo.

Hoja de consentimiento bajo información de amputación quirúrgica.

Hoja de consentimiento bajo información de procedimientos anestésicos.

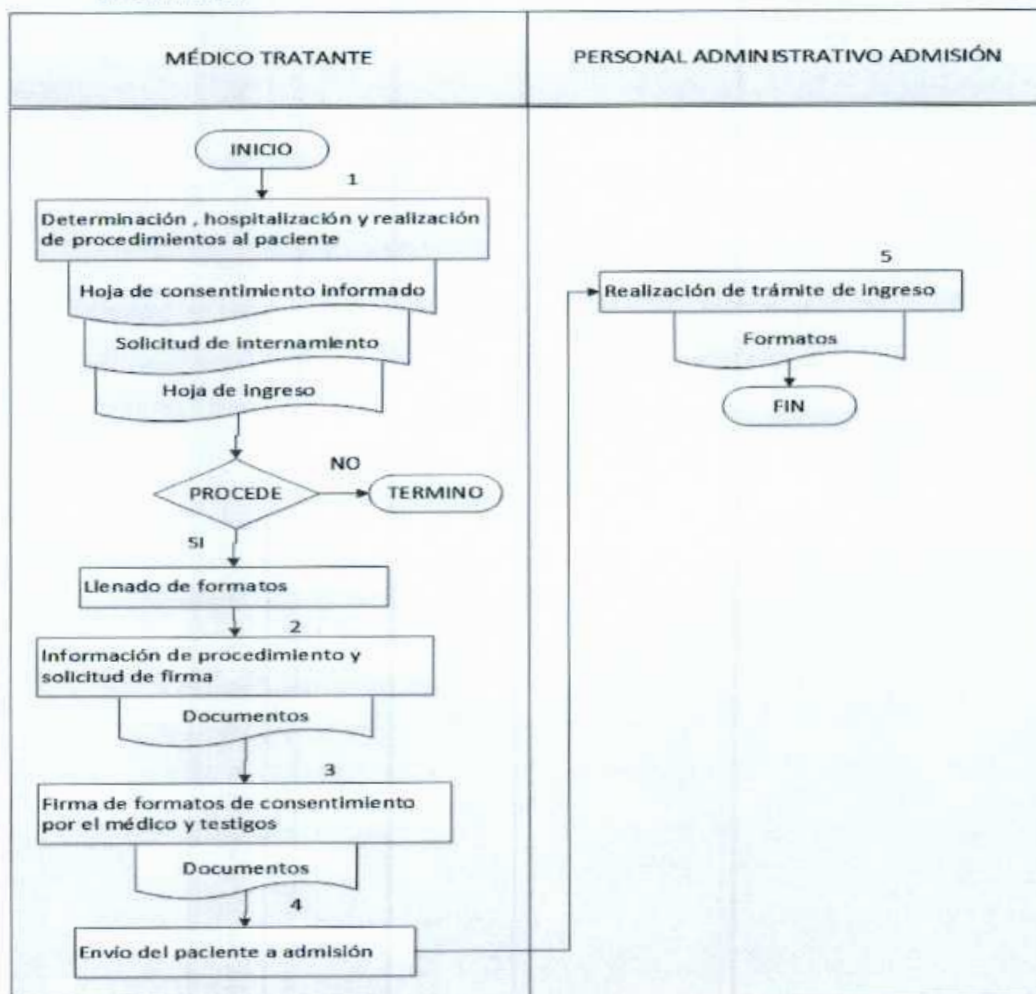
Hoja de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor).

Hoja de consentimiento bajo información para atención obstétrica.

Hoja de consentimiento bajo información para empleo de modos definitivos para planificación familiar.

Hoja de consentimiento bajo información para necropsia.

8. Flujoograma.- Procedimiento para el llenado y solicitud de firma del formato de consentimiento informado.



17 AGO. 2015

5.9.- Procedimiento para evaluar la identificación del paciente.

1. Objetivo

Describir la secuencia de etapas para evaluar la identificación del paciente a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 1. "Identificar correctamente a los pacientes".

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento aplica en áreas de atención médica: Hospitalización, Consulta Externa y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El indicador institucional "Identificación del paciente" será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.
- B. Se considera personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhalo terapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.
- C. Se considerarán medios de identificación gráfica en el paciente hospitalizado: brazalete, tarjeta de identificación, expediente clínico, kardex, entre otros.
- D. Se considerarán medios de identificación gráfica en el paciente ambulatorio: identificación oficial, carnet, expediente clínico, entre otros.
- E. Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo:

-Conocer, difundir y supervisar la "Técnica para identificar correctamente a los pacientes" entre el personal a su cargo.

-Programar de forma semestral capacitación para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.

-Gestionar el abasto de medios gráficos para la identificación del paciente hospitalizado (brazaletes, tarjetas de identificación, entre otros).

-Utilizar conforme a la normativa institucional los identificadores gráficos.

-Informar al personal a su cargo los periodos de evaluación del indicador y promover la colaboración de los mismos.

-Conocer los intervalos de semaforización que aplican en esta evaluación y ejecutar acciones de mejora en cada medición.

-Implementar y dar seguimiento a las acciones de mejora.

- F. Es responsabilidad del prestador de atención médica:

Conocer y aplicar la "Técnica para identificar correctamente a los pacientes". Generar y promover acciones que garanticen la correcta identificación del paciente.

17 AGO. 2015

G. El comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería es responsable de: Seleccionar la muestra, el periodo a evaluar e integrar las carpetas para evaluación con: calendario de levantamiento de datos, instructivo y formato de recolección de datos del indicador "Identificación del paciente" Emitir el informe de resultados generales y por servicio, el cual incluye el análisis de las oportunidades de mejora detectadas y, las recomendaciones y/o líneas de acción a implementar.

H. Es responsabilidad del personal evaluador:

Conocer la "Técnica para identificar correctamente a los pacientes"
Conocer la metodología del indicador "Identificación del paciente"
Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.
Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

4. Referencias

- Dirección General Adjunta Médica.
- Jefe de Servicio.
- Jefa de Enfermeras.
- Prestador de atención médica.
- Enfermera.
- Delegado Administrativo

5. Responsabilidades

- Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para evaluar la identificación del paciente.		
Responsable	No	Descripción de actividades
Dirección Médica.	1	Notifica, por oficio, al Jefe Médico del servicio el inicio de la evaluación del indicador "Identificación del paciente".
Jefe de servicio	2	Recibe oficio e informa al personal del servicio. - Oficio.
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería	3	Requiere al Jefe de Servicio la plantilla activa del personal adscrito al servicio a evaluar.
Jefe de Servicio	4	Verifica la plantilla de personal activo (por turno, categoría y asignación) adscrito al servicio. PROCEDE:

17 AGO. 2015

		No: Regresa a la actividad 3 Si: Entrega la plantilla al jefe de servicio. - Plantilla activa.
Jefa de Enfermeras	5	Integra las carpetas para evaluación y entrega al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería. - Carpeta para evaluación.
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería	6	Recibe carpeta e inicia monitorización de la "Técnica para identificar correctamente a los pacientes" por parte del prestador de atención médica.
Prestador de Atención Médica	7	Identifica el tipo de paciente(hospitalizado o ambulatorio).
Prestador de Atención Médica	8	Verifica el servicio de atención médica, tratamiento o procedimiento que se va a otorgar al paciente.
Prestador de Atención Médica	9	Identifica verbalmente al paciente con el nombre completo, dando prioridad a los procesos utilizados para identificar a un paciente antes de: la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados; la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos; la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento (invasivos o no Invasivos) y la dotación de dietas, cotejando la información proporcionada por el paciente (familiar o tutor) con un medio de identificación gráfica(verificación cruzada). PROCEDE: No: regresa a la actividad 8 Si: Pasa la actividad 10
Prestador de Atención Médica	10	Verifica que el número de Expediente Clínico Único (ECU) del paciente corresponda al plasmado en brazaletes de identificación, carnet, tarjeta de identificación, expediente clínico u otro mediográfico, según corresponda. PROCEDE: No: regresa a la actividad 9 Si: Pasa a la actividad 11
Prestador de Atención Médica	11	Inicia la atención médica o tratamiento.
Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.	12	Evalúa y requisita el formato de recolección de datos para la monitorización de la identificación del paciente e integra a la carpeta de evaluación. -Técnica / Carpeta.
Enfermera	13	Recibe carpetas, elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería. -Informe/ carpetas para evaluación.

17 AGO. 2015

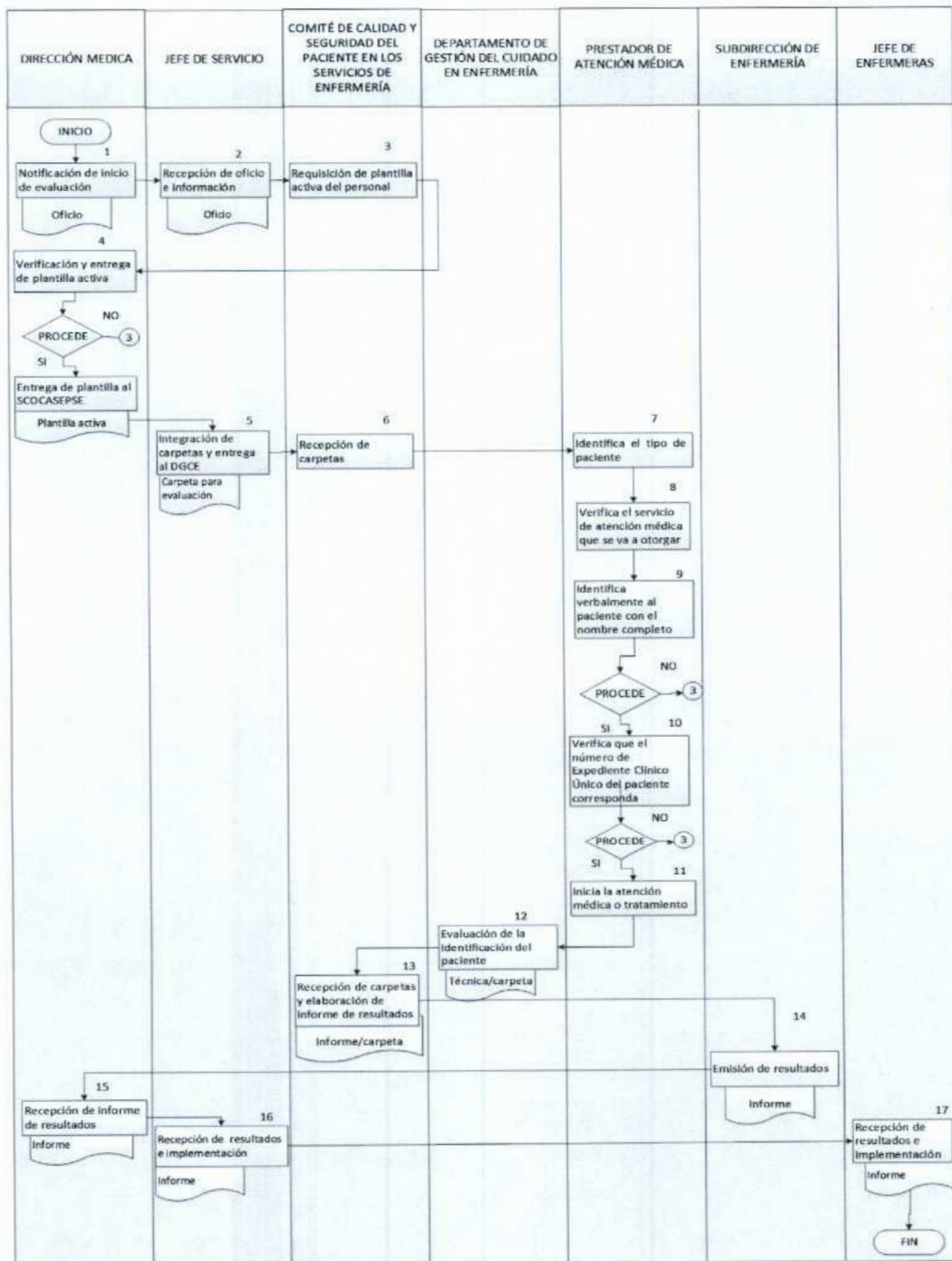
Subdirección de Enfermería	14	Emite informe de resultados generales y por servicio y entrega a la Dirección General Adjunta Médica -Informe
Dirección Médica	15	Recibe informe de resultados generales y por servicio y entrega al Médico Jefe de Servicio. -Informe
Jefe de Servicio	16	Recibe informe, difunde resultados e implementa acciones de mejora con el personal médico. -Informe.
Jefe de Enfermeras	17	Recibe informe, difunde resultados e implementa acciones de mejora con el personal de enfermería. -Informe.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

- Técnica para Identificar correctamente a los pacientes
- Formato e instructivo para la recolección de datos para la monitorización de la identificación del paciente.

8. Flujograma.-Procedimiento para evaluar la identificación del paciente.

17 AGO. 2015



17 AGO. 2015

5.10.- Procedimiento para evaluar la higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica.

1. Objetivo

Evaluar al prestador de la atención médica que realiza la higiene de manos con agua y jabón, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5: "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento aplica en áreas de atención médica: Hospitalización, Consulta Externa y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El indicador institucional "Higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica" será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.
- B. El personal de la Institución deberá apegarse a las estrategias que derivan de la Campaña Sectorial "Una atención limpia es una atención más segura".
- C. Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhala terapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.
- D. Es responsabilidad de todos los prestadores de atención médica, cumplir con el Estándar PCI 9, en sus elementos medibles:

El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.

Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.

El establecimiento adopta lineamientos para la higiene de las manos de una fuente de autoridad.

- E. Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo:

Conocer, difundir y supervisar la técnica de higiene de manos con agua y jabón entre el personal a su cargo.

17 AGO. 2015

Programar de forma semestral capacitación para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.

Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos con agua y jabón.

Informar al personal a su cargo los periodos de evaluación y promover la colaboración de los mismos.

Conocer los intervalos de semaforización que aplican en esta evaluación y ejecutar acciones de mejora en cada medición.

Realizar el seguimiento de acciones de mejora.

Difundir los logros y avances en la adhesión a la técnica para la higiene de manos con agua y jabón.

3.6 Es responsabilidad del prestador de atención médica:

Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con agua y jabón (ver anexo 1).

Generar y promover acciones preventivas y correctivas a favor de la ejecución de la higiene de manos con agua y jabón.

F. El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

Realizar diagnóstico situacional por medio de visita a los servicios para conocer y registrar la dotación de insumos para la higiene de manos con agua y jabón y evaluar las condiciones estructurales (lavabos, localización y funcionalidad).

Seleccionar la muestra, el periodo a evaluar e integrar las carpetas para evaluación anexando: calendario de levantamiento de datos, instructivo y formato de recolección de datos del indicador "Higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica".

Emitir el informe de resultados generales y por servicio, el cual incluye el análisis de las oportunidades de mejora detectadas y, las recomendaciones y/o líneas de acción a implementar.

G. Es responsabilidad del personal evaluador:

Conocer la técnica de higiene de manos con agua y jabón

Conocer la metodología del indicador Higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica.

Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.

Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley

17 AGO. 2015

Federal de Información Estadística y Geográfica.

3. Referencias

- Dirección General Adjunta Médica.
- Jefe de Servicio.
- Jefa de Enfermería.
- Prestador de atención médica.
- Delegado Administrativo

4. Responsabilidades

- Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Para evaluar la higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica.		
Responsable	No	Descripción de actividades
Dirección General	1	- Notifica, por oficio, al Jefe Médico del servicio el inicio de la evaluación del indicador "Higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica".
Jefe de Servicio	2	- Recibe oficio e informa al personal del servicio. - Oficio
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de Enfermería	3	- Requiere al Jefe de Servicio la plantilla activa del personal adscrito al servicio a evaluar.
Jefe de Servicio	4	- Verifica de la plantilla de personal activo (por turno, categoría y asignación del personal adscrito al servicio a evaluar). PROCEDE: - No: Regresa a la actividad 4 - Si: Entrega la plantilla del personal activo a Enfermería. - Plantilla activa
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de Enfermería	5	- Integra las carpetas para evaluación y entrega al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería (DGCE). - Carpeta para evaluación.
Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	6	- Recibe carpeta e inicia monitorización de la técnica de higiene de manos con agua y jabón por parte del prestador de atención médica.
Prestador de Atención Médica	7	- Realiza higiene de manos con agua y jabón: a).Prepara con anticipación la toalla de papel para el secado.

17 AGO. 2015

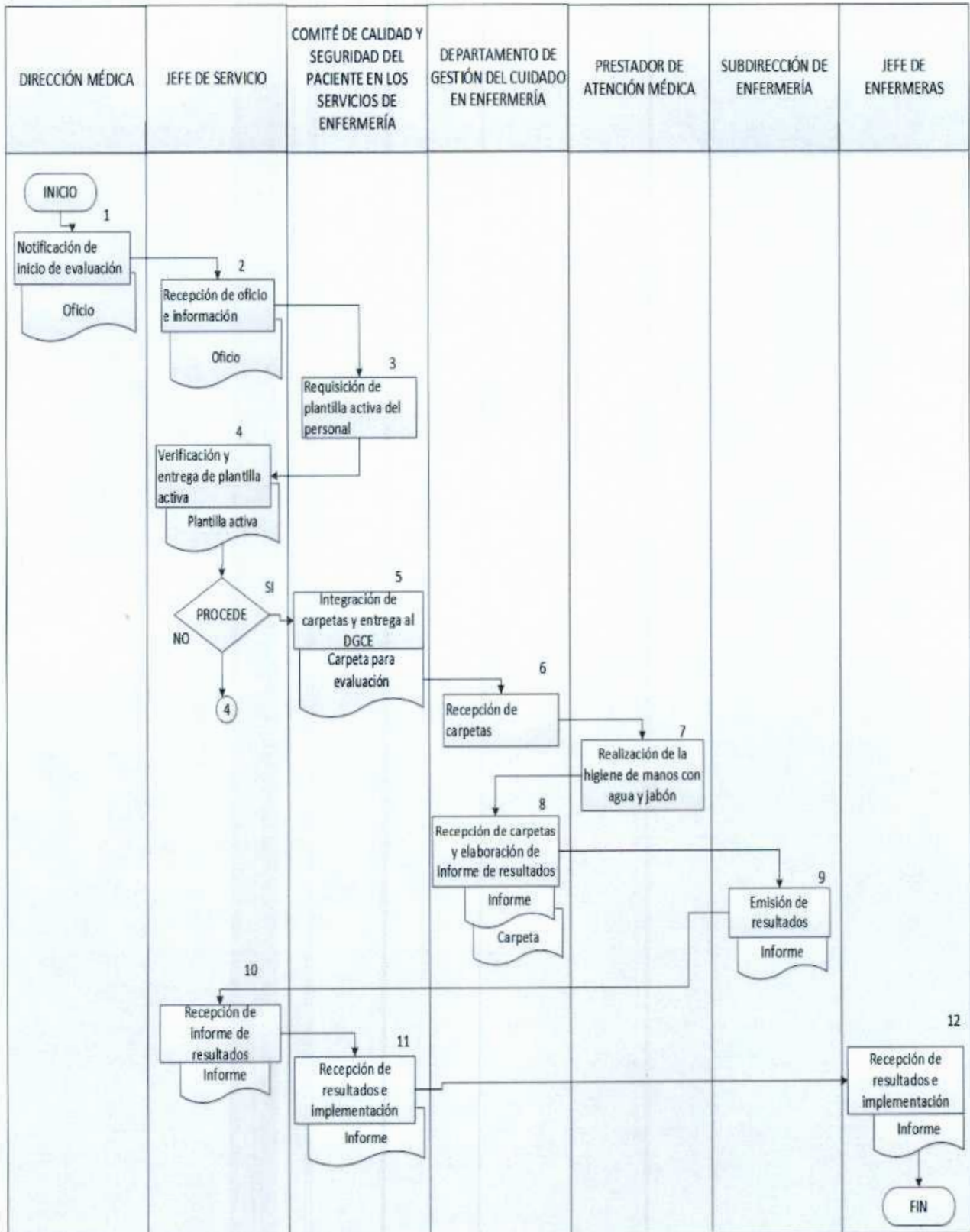
		<p>b).Abre el grifo y mojar las manos. c).Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos. d) Frota:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las palmas de las manos entre sí. - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. - Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. - El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa. - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. <p>e) Enjuaga las manos con agua. f) Seca con papel para secado de manos.</p>
Subdirección de Enfermería	8	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe carpetas, elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería. - Informe/ carpetas para evaluación.
Subdirección de Enfermería	9	<ul style="list-style-type: none"> - Emite informe de resultados generales y por servicio y entrega a la Dirección General Adjunta Médica - Informe.
Dirección Médica	10	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe informe de resultados generales y por servicio y entrega al Médico Jefe de Servicio. - Informe.
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de Enfermería	11	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe informe, difunde resultados e implementa acciones de mejora con el personal médico. - Informe.
Jefe de Enfermeras	12	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe informe, difunde resultados e implementa acciones de mejora con el personal de enfermería. - Informe.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Formato e instructivo para la recolección de datos para la monitorización de higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica.

8. Flujograma.-Procedimiento para evaluar la higiene de manos con agua y jabón en el prestador de atención médica.

17 AGO. 2015



17 AGO. 2015

5.11.- Procedimiento para evaluar la higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica.

1. Objetivo

Evaluar al prestador de la atención médica que realiza la higiene de manos con solución alcoholada, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5: "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento aplica en áreas de atención médica: Hospitalización, Consulta Externa y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. El indicador institucional "Higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica" será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.
- B. El personal de la Institución deberá apegarse a las estrategias que derivan de la Campaña Sectorial "Una atención limpia es una atención más segura".
- C. Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhalo terapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.
- D. Es responsabilidad de todos los prestadores de atención médica, cumplir con el Estándar PCI 9, en sus elementos medibles:
El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
El establecimiento adopta lineamientos para la higiene de las manos de una fuente de autoridad.
- E. Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo:
Conocer, difundir y supervisar la técnica de higiene de manos con solución alcoholada, entre el personal a su cargo.
Programar de forma semestral capacitación para el todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos con solución alcoholada.
Informar al personal a su cargo los periodos de evaluación y promover la colaboración de los mismos.

17 AGO. 2015

Conocer los intervalos de semaforización que aplican en esta evaluación y ejecutar acciones de mejora en cada medición.

Realizar el seguimiento de acciones de mejora.

Difundir los logros y avances en la adhesión a la técnica para la higiene de manos con solución alcoholada.

F. Es responsabilidad del prestador de atención médica:

Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con solución alcoholada (ver anexo 1).

Generar y promover acciones preventivas y correctivas a favor de la ejecución de la higiene de manos con solución alcoholada.

G. El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

Realizar diagnóstico situacional por medio de visita a los servicios para conocer y registrar la dotación de insumos para la higiene de manos con solución alcoholada y evaluar las condiciones estructurales.

Seleccionar la muestra, el periodo a evaluar e integrar las carpetas para evaluación anexando: calendario de levantamiento de datos, instructivo y formato de recolección de datos del indicador "Higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica".

Emitir el informe de resultados generales y por servicio, el cual incluye el análisis de las oportunidades de mejora detectadas y, las recomendaciones y/o líneas de acción a implementar.

H. Es responsabilidad del personal evaluador:

Conocer la técnica de higiene de manos con solución alcoholada.

Conocer la metodología del indicador "Higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica".

Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.

Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

4. Referencias

Dirección General Adjunta Médica.

Jefe de Servicio.

SCOCASEPSE

Departamento de gestión del cuidado de Enfermería.

Prestador de atención médica.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

17 AGO. 2015

6. Descripción del procedimiento

Para evaluar la higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica.		
Responsable	No	Descripción de actividades
Dirección Médica	1	Notifica, por oficio, al Jefe Médico del servicio el inicio de la evaluación del indicador "Higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica".
Jefe de Servicio	2	Recibe oficio e informa al personal del servicio. -Oficio
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de Enfermería	3	Requiere al Jefe de Servicio la plantilla activa del personal adscrito al servicio a evaluar.
Jefe de Servicio	4	Verifica de la plantilla de personal activo (por turno, categoría y asignación del personal adscrito al servicio a evaluar). PROCEDE: No: Regresa a la actividad 4 Si: Entrega la plantilla del personal activo al SCOCASEPSE. -Plantilla activa
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en los servicios de Enfermería	5	Integra las carpetas para evaluación y entrega al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería (DGCE). -Carpeta para evaluación
Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	6	Recibe carpeta e inicia monitorización de la técnica de higiene de manos con solución alcoholada por parte del prestador de atención médica.
Prestador de Atención Médica	7	Realiza higiene de manos con solución alcoholada: a).- Deposita en la palma de la mano seca la Cantidad de suficiente de solución alcoholada para cubrir toda la superficie a tratar. b).- Frota: - Las palmas de las manos entre sí. - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. - El dorso de los dedos de una mano con la Palma opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en	8	Recibe carpetas, elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de

17 AGO. 2015

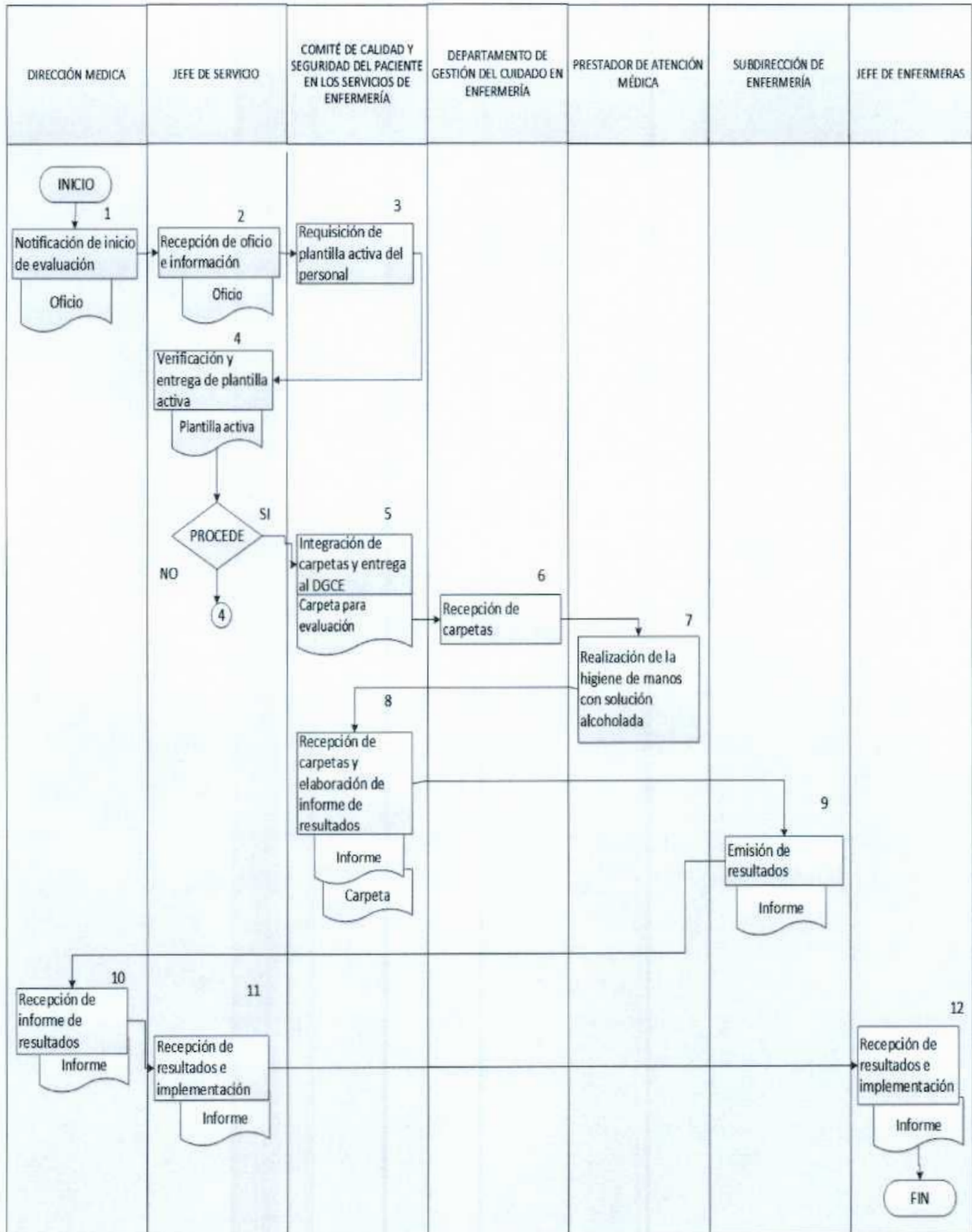
los servicios de Enfermería		Enfermería. -Informe / Carpetas para evaluación.
Subdirección de Enfermería	9	Emite informe de resultados generales y por servicio y entrega a la Dirección Médica -Informe.
Dirección Médica	10	Recibe informe de resultados generales y por servicio y entrega al Médico Jefe de Servicio. -Informe.
Jefe de Servicio	11	Recibe informe, difunde resultados e implementa acciones de mejora con el personal médico. -Informe.
Jefe de Enfermeras	12	Recibe informe, difunde resultados e implementa acciones de mejora con el personal de enfermería. -Informe.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

No aplica.

8. Flujograma.- Procedimiento para evaluar la higiene de manos con solución alcoholada en el prestador de atención médica.

17 AGO. 2015



17 AGO. 2015

5.12.- Procedimiento para la preparación y ministración de medicamentos.

1. Objetivo

Describir la secuencia de etapas para la preparación y ministración de medicamentos a fin de cumplir con el Estándar para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica "Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)" y con la Meta 3 "Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo".

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento aplica a las áreas de atención médica en donde se preparan y ministran medicamentos.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. Es responsabilidad del personal de Enfermería cumplir con las siguientes políticas y normas para el almacenamiento de medicamentos:
- i. Mantener en refrigeración los medicamentos a la temperatura que indique el fabricante. Si se cuenta con refrigerador este deberá de ser para uso exclusivo de almacenamiento de medicamentos y se llevará una gráfica para monitorizar la temperatura del refrigerador (anexo formato e instructivo de manejo).
 - ii. Verificar que las ampulas, frascos u otros recipientes que contengan medicamentos se encuentren libres de polvo y de no ser así, realizar las medidas necesarias para lograrlo.
 - iii. Conservar los medicamentos en su empaque primario, en la gaveta o en el espacio destinado para cada paciente, conservando únicamente la dosis para 24 hrs.
 - iv. Registrar en la "bitácora para control interno de medicamentos narcóticos" conforme al "Procedimiento para la solicitud y control de narcóticos".
 - v. Verificar que los electrolitos concentrados (Cloruro de Potasio, Cloruro de Sodio, Fosfato de Potasio, Sulfato de Magnesio y Gluconato de Calcio) se encuentren en el lugar y recipientes específicos, para evitar su administración errónea. **NO DEJARLOS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE.** Ver recomendaciones para el manejo de electrolitos concentrados.
- B. Es responsabilidad del personal de Enfermería cumplir con las siguientes políticas y normas para la transcripción de indicaciones de medicamentos:

17 AGO. 2015



- i. Revisar, por turno, las prescripciones de medicamentos (registradas en la hoja de indicaciones médicas) y anotar el nombre completo, firma de la enfermera (o) fecha y hora en que realizó esta actividad. En caso de que la prescripción no sea legible solicitará al médico responsable aclare su registro.
 - ii. Transcribir los medicamentos, en la tarjeta de prescripción médica (kárdex) del paciente, conforme al instructivo.
- C. Es responsabilidad del personal de Enfermería cumplir con las siguientes políticas y normas para la preparación de medicamentos:
- i. Delimitar la superficie de preparación de medicamentos por medio de un campo estéril (cuando no se cuenta con charola de acero inoxidable desinfectada) y retirar al término del procedimiento. Evitar cubrir las áreas de preparación y tarjas con compresas y/o campos quirúrgicos.
 - ii. Preparar los medicamentos en un sitio: limpio, privado, donde el tránsito de personal sea mínimo, existan el mínimo de interrupciones, adecuada iluminación, bajo riesgo de contaminación, o corrientes de aire y lejano al séptico de la unidad. No se permite comer, ingerir bebidas o usar cosméticos en el área de preparación.
 - iii. Realizar higiene de manos con agua y jabón antes de iniciar la preparación de medicamentos. Evitar preparar medicamentos en mesas Pasteur, en la unidad del paciente o en las mesas puente.
 - iv. Trasladar los medicamentos en las mesas de trabajo o charolas, delimitando imaginariamente el lado limpio y sucio.
 - v. Verificar la aplicación de los seis correctos en la preparación de medicamentos: Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, horario correcto, vía de ministración correcta y caducidad.
- D. Es responsabilidad del personal de Enfermería cumplir con las siguientes políticas y normas para la ministración de medicamentos:
- i. Ministran los medicamentos conforme a las Técnicas de Enfermería.
 - ii. Verificar, preguntando al paciente y revisar por medio de expediente clínico si es alérgico a algún medicamento.
 - iii. Verificar los "seis correctos" para la ministración de medicamentos: Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, horario correcto, vía de ministración correcta y caducidad.
 - iv. Corroborar cuando sean medicamentos intravenosos: Dilución y/o combinación así como velocidad de ministración.

17 AGO. 2015

- v. Dar aviso de inmediato al médico, si hay presencia de signos y síntomas de alergia secundarios a la ministración de medicamentos. Ante la sospecha de una reacción adversa por medicamentos notificar al área responsable de la fármaco vigilancia.
 - vi. Informar al médico si el paciente trae medicamentos de uso personal para que se anoten en la hoja de indicaciones médicas y los pueda administrar.
 - vii. El personal de enfermería que labora en el servicio es el único autorizado para preparar y administrar medicamentos, por lo que deberá supervisar a los estudiantes durante la preparación y ministración de medicamentos al paciente, siempre y cuando la práctica clínica incluya esta actividad.
- E. Es responsabilidad del Jefe del Servicio y médico cumplir con los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable, entre ellos:
- i. Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud.
 - ii. Los elementos de la prescripción (vía, dosis, velocidad de infusión y horario) con letra legible.
 - iii. Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
 - iv. Si se necesitan indicaciones de uso a PRN (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento.
 - v. En el caso de que el paciente traiga sus medicamentos se deberá realizar la conciliación y anotarlos en la hoja de indicaciones médicas, para que el personal de enfermería los ministre.
 - vi. Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos.
 - vii. Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
 - viii. Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de urgencia, permanentes, de detención automática y todo elemento requerido en tales órdenes.
 - ix. La aceptación de órdenes verbales y/o telefónicas, y el proceso para verificar dichas órdenes.
 - x. Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo en pacientes pediátricos.

4. Referencias

Médico.

Jefa de Enfermeras.

Personal de Enfermería

17 AGO. 2015

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

6. Descripción del procedimiento

Preparación y ministración de medicamentos.		
Responsable	No	Descripción de Actividades
Médico	1	Prescribe los medicamentos por escrito en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico de cada paciente hospitalizado y entrega al Jefe de Enfermeras y/o personal de enfermería.
Jefa de Enfermeras.	2	Revisa la hoja de indicaciones médicas actualizadas y anota al final de la indicación: fecha, hora y nombre de la Jefa de Enfermeras que realiza la revisión. Entrega las hojas de indicaciones médicas de los pacientes al personal administrativo para elaborar recetario. Enlaza con procedimiento No. 10, de la Subdirección de Enfermería, para solicitar medicamentos al Almacén.
Personal de Enfermería.	3	Elabora tarjeta de prescripción médica (kardex) del paciente conforme a lo establecido. -Kardex.
Jefe de Enfermeras.	4	Recibe los medicamentos y verifica que cumplan con las especificaciones establecidas, la cantidad solicitada y determina PROCEDE: No: Informa al médico Jefe de Servicio o médico autorizado, de los medicamentos que no hubo en existencia en almacén y procede a efectuar el procedimiento para solicitar la compra del medicamento. Termina procedimiento Si: Distribuye los medicamentos para 24 horas, indicado nombre y fecha de caducidad de cada uno de los medicamentos. Coloca los medicamentos en el refrigerador en caso necesario y verifica gráfica para monitorizar la temperatura del refrigerador. -Gráfica.
Jefe de Enfermeras.	5	Revisa tarjeta de prescripción médica (kardex). - kardex
Personal de Enfermería.	6	Realiza desinfección del área para preparación de medicamentos.
Personal de Enfermería.	7	Efectúa higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica establecida. - Técnica
Personal de Enfermería.	8	Prepara medicamentos con base en los 6 correctos: Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, horario correcto, vía de administración correcta y caducidad. Conforme a las políticas y técnicas de Enfermería para la ministración de

17 AGO, 2015

		medicamentos. -Técnicas para ministración de medicamentos.
Personal de Enfermería.	9	Membreta los medicamentos con nombre del paciente, No. de Expediente Clínico Único (ECU) nombre del medicamento, vía y dosis.
Personal de Enfermería.	10	Traslada medicamentos a la unidad del paciente, en la mesa de trabajo o charola.
Personal de Enfermería.	11	Verificalos6 correctos: Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, horario correcto, vía de ministración correcta y caducidad. PROCEDE: No: Regresa a la actividad 8.0
Personal de Enfermería	12	Ministra medicamentos al paciente conforme a las políticas y técnicas de Enfermería para la ministración de medicamentos. -Técnicas para ministración de medicamentos.
Jefe de Enfermeras.	13	Supervisa las técnicas de Enfermería para la ministración de medicamentos.
Personal de Enfermería.	14	Anota en el "Plan terapéutico" del formato de Registros Clínicos de Enfermería los medicamentos ministrados. Registra al reverso del kardex los medicamentos ministrados y número de empleado. -Registros Clínicos / kardex.
Jefe de Enfermeras.	15	Supervisa el correcto llenado del "Plan terapéutico" en los Registros Clínicos de Enfermería y firma. - Registros Clínicos.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Hoja de indicaciones médicas.

Kardex.

Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador.

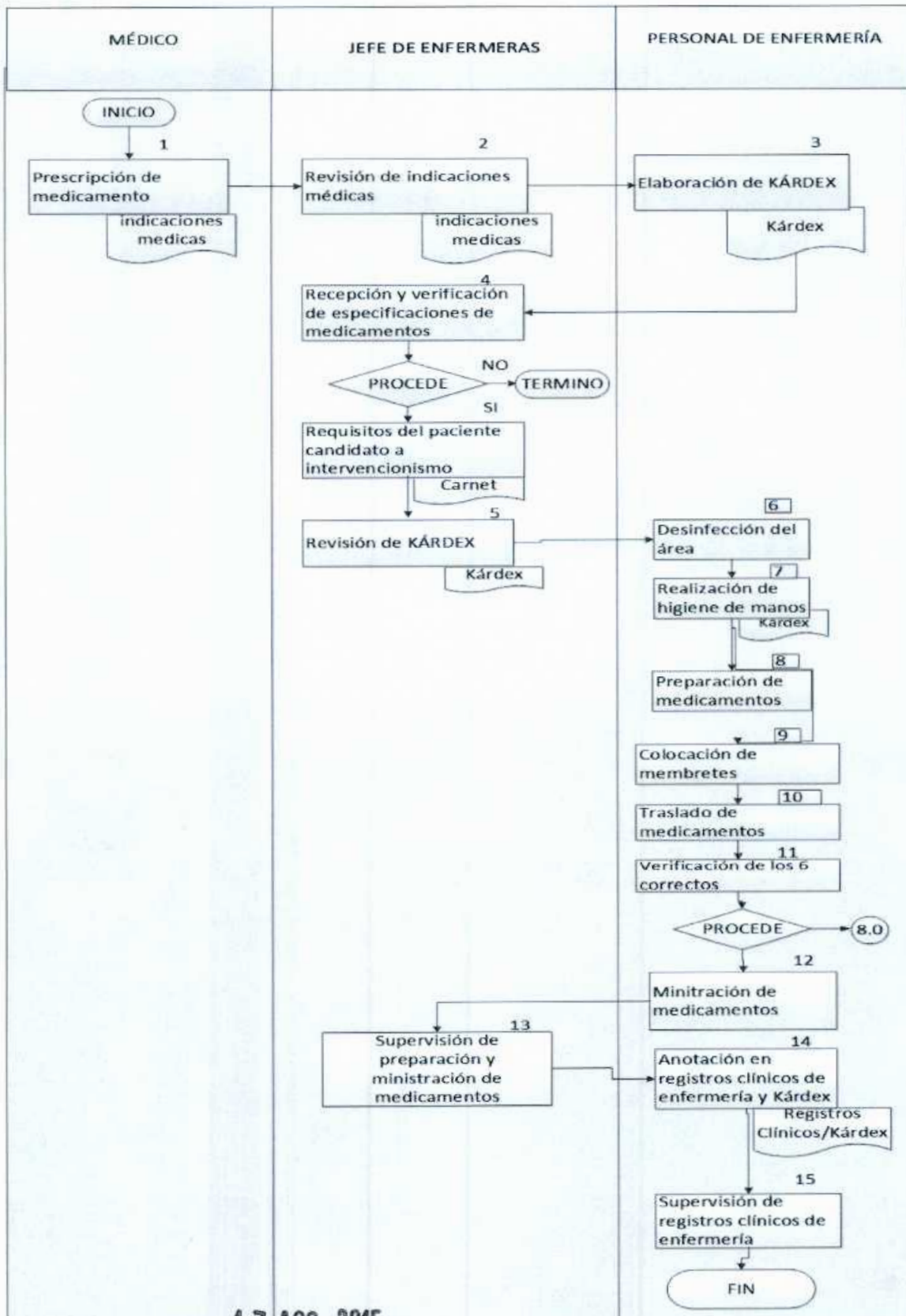
Formato de Registros Clínicos de Enfermería.

Técnicas de ministración de medicamentos: Vía oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea y ocular.

Bitácora para control interno de medicamentos narcóticos.

8. Flujoograma.- Procedimiento para la preparación y ministración de medicamentos.

17 AGO. 2015



17 AGO. 2015

5.13.- Procedimiento para prevenir errores por órdenes verbales o telefónicas.

1. Objetivo

Describir las actividades que se realizan para prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas, en situaciones de urgencias médicas así como cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente Número 2: “Mejorar la comunicación efectiva”.

2. Alcance

A nivel interno este procedimiento aplica en las áreas de atención médica: Hospitalización, Consulta Externa y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- A. Para fines de este procedimiento “comunicación efectiva” es la información oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe (receptor) y el prestador de atención médica que la emite (emisor).
- B. El médico responsable de la atención del paciente queda facultado para dar indicaciones médicas verbales o por vía telefónica, únicamente en situaciones de urgencia (todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata).
- C. Es responsabilidad del médico ratificar en la hoja de indicaciones médicas, la orden emitida de manera verbal o vía telefónica, anotando nombre completo y firma, antes del término de turno o máximo en el siguiente.
- D. Únicamente en situaciones de urgencia, el personal de laboratorios o radiología y diagnóstico por imagen, queda facultado para dar resultados de manera verbal sobre procedimientos que efectúe (principalmente en el servicio de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos o Quirófano).
- E. Es responsabilidad del personal de laboratorios o radiología y diagnóstico por imagen, emitir por escrito antes del término de turno o máximo en el siguiente, en los formatos establecidos por la Institución, los resultados que haya emitido verbalmente.
- F. En caso de evento adverso, el prestador de atención médica será el responsable de realizar el reporte y enviarlo a la Unidad de Calidad y Seguridad en la Atención Médica, conforme al procedimiento establecido para este fin.

4. Referencias

Prestador de atención médica clínico.

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

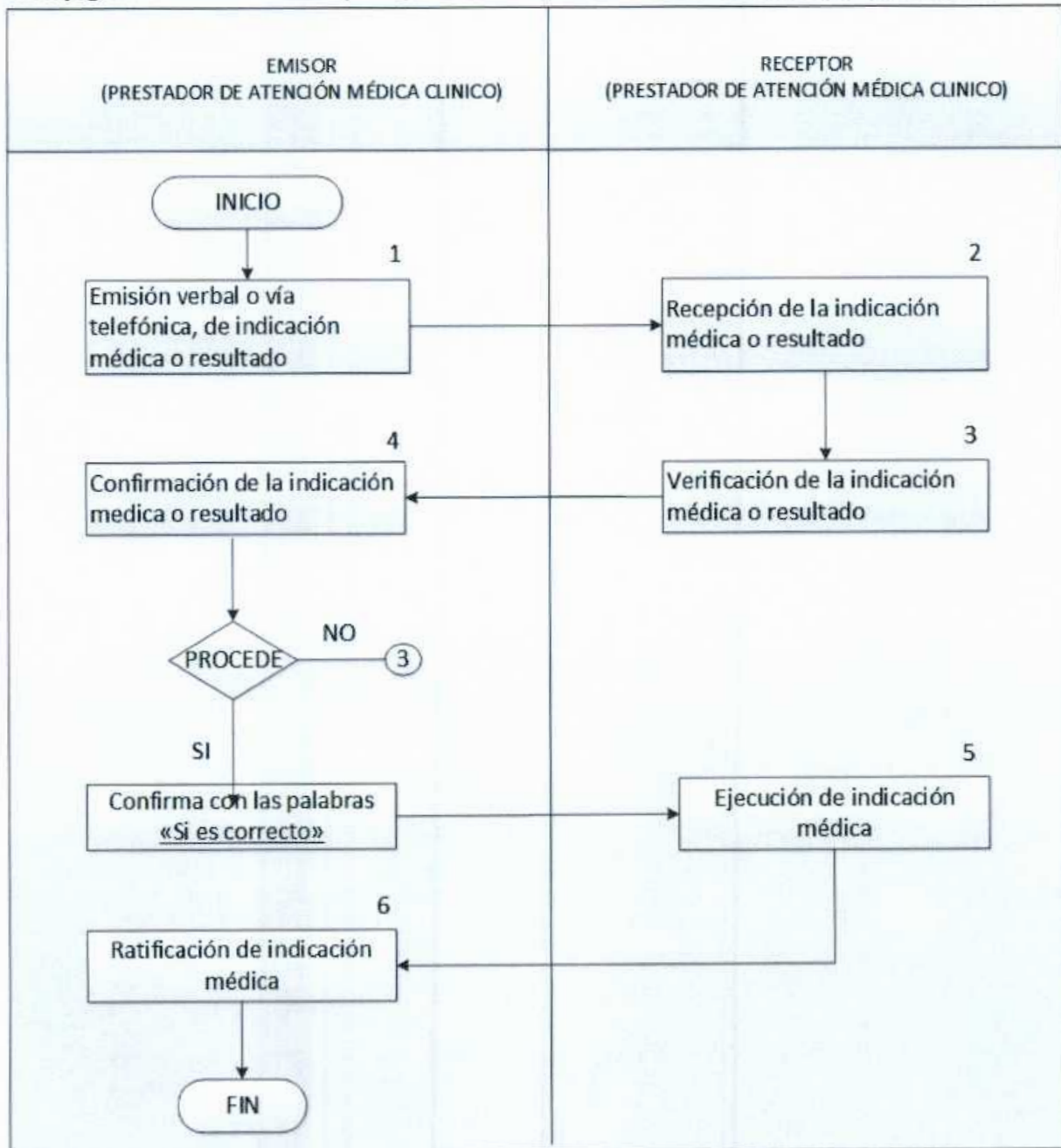
6. Descripción del procedimiento

17 AGO. 2015

Prevenir errores por órdenes verbales o telefónicas.		
Responsable	No	Descripción de actividades
EMISOR Prestador de atención médica clínico	1	Emite al receptor, con voz clara y audible, la indicación médica o resultado del análisis clínico precisando los datos identificatorios del paciente: nombre completo y Número de Expediente Clínico Único.
RECEPTOR Prestador de atención médica clínico	2	<u>Escucha</u> indicación médica o información de resultados del paciente y <u>escribe</u> en hoja de indicaciones médicas, precisando: fecha, hora y nombre del emisor. -Hoja de indicaciones médicas
RECEPTOR Prestador de atención médica clínico.	3	<u>Lee</u> al emisor, con voz clara y audible, la indicación médica o información de resultado. -Hoja de indicaciones médicas
EMISOR Prestador de atención médica clínico	4	<u>Confirma</u> con el receptor que la información es correcta. PROCEDE: No: Regresa a 3 Sí: confirma con las palabras "Sí es correcto"
RECEPTOR Prestador de atención médica clínico	5	Ejecuta indicación médica recibida (de manera verbal o vía telefónica).
EMISOR Prestador de atención médica clínico	6	Ratifica la orden emitida de manera verbal o vía telefónica, anotando en la hoja de indicaciones médicas: su nombre completo y firma, antes del término de turno o máximo en el siguiente.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

17 AGO. 2015

8. Flujograma.-Procedimiento para prevenir errores por órdenes verbales o telefónicas.



17 AGO. 2015

5.14. Procedimiento para la atención hospitalaria

1. Objetivo.

Atender pacientes con enfermedades en fase terminal o con enfermedades crónicas con grave daño, sin posibilidades de curación, es decir, irremediables y con riesgo alto de fallecer en cualquier momento, sea en el hospital o en su domicilio, con un enfoque interdisciplinario, integral, de cuidados paliativos, para lograr la mayor calidad de vida posible y evitar al máximo el sufrimiento del paciente y la familia.

2. Alcance

Se atenderán pacientes con enfermedades en fase terminal o con enfermedades crónicas con grave daño y consideradas como irremediables, por un equipo de especialistas que incluyen un médico tratante, un médico Algólogo con conocimientos en el manejo del dolor, un Tanatólogo, un psicólogo; seguramente será necesaria la participación de otros especialistas como trabajadora social y enfermera, que completarán la atención del paciente. La Unidad desarrollará actividades de docencia e investigación.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.

- 3.1 Atender en forma integral a pacientes con enfermedades en estado terminal y/o con enfermedades crónicas con grave daño, consideradas como irrecuperables, con un enfoque de Cuidados Paliativos.
- 3.2 Valorar y atender a estos pacientes en área hospitalaria y en su domicilio
- 3.3 Fomentar el Humanismo en el ejercicio de la medicina.
- 3.4 Disminuir los costos de la atención hospitalaria.

4. Referencias

Director de la Clínica del Dolor
Médico Algólogo
Psicólogo Adscrito
Enfermera
Equipo interdisciplinario

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

17 AGO. 2015

6. Descripción de Actividades.

Atención Hospitalaria		
Responsable	No	Descripción de actividades
Médico de la Clínica del Dolor.	1	Recibe Solicitud de Interconsulta formato. Asigna al equipo interdisciplinario para que asista a la atención del paciente. Solicitud de Interconsulta .
Médico de la Clínica del Dolor	2	Evalúa y entrevista al paciente en el Servicio interconsultante. ¿Requiere atención por la Unidad de Cuidados Paliativos? ¿Procede? No: Realiza Notas de Evolución informando las características del problema. Si: Inicia tratamiento paliativo interdisciplinario hasta su egreso y elabora nota de primera vez. Notas de Evolución.
Equipo interdisciplinario	3	Entrevista con médicos tratantes para definir la condición del paciente y las alternativas terapéuticas. Atención integral de la problemática específica del paciente y la familia de acuerdo al diagnóstico del paciente.
Director de la Clínica del Dolor	4	Entrevista al paciente y la familia para informar la participación de cuidados paliativos y explica los cuidados integrales. Elabora Notas de Evolución para el inicio del manejo del caso. Nota de Evolución.
Equipo interdisciplinario	5	Evalúa la característica sintomática del paciente y la familia y organiza tratamiento de acuerdo al caso.
Médico Algólogo	6	Otorga tratamiento del dolor con estrategias farmacológicas.
Psicólogo Adscrito	7	Otorga estrategias de intervención psicológica de acuerdo a las características y necesidades del paciente y la familia.
Enfermera adscrita a la Clínica del Dolor	8	Capacita al familiar y/o responsable del paciente de los cuidados específicos del mismo de acuerdo a la Nota de Evolución del Servicio. Registra en la libreta y solicita firma del familiar y/o responsable del paciente que recibió la capacitación.
Equipo interdisciplinario	9	Informa y confronta a la familia con la proximidad de la muerte de su paciente. Solicita al familiar firme en Carta de Consentimiento Informado, así mismo firman el médico, psicólogo adscrito y/o el jefe de la Unidad y se anexa al Expediente Clínico. Carta de Consentimiento Informado Expediente Clínico

17 AGO, 2015

Médico y/o psicólogo adscrito	10	Elabora Nota de Evolución por cada intervención y/o integral según sea el caso. Nota de Evolución
Equipo interdisciplinario	11	Elabora Nota de Evolución por cada intervención y/o integral según sea el caso. Nota de Evolución
Director de la Clínica del Dolor.	12	Elabora Informe mensual y envía al Departamento de Archivo Clínico con copia para la Dirección de Servicios de Salud y al Departamento de Hospitales. Informe Mensual
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Solicitud de Interconsulta formato

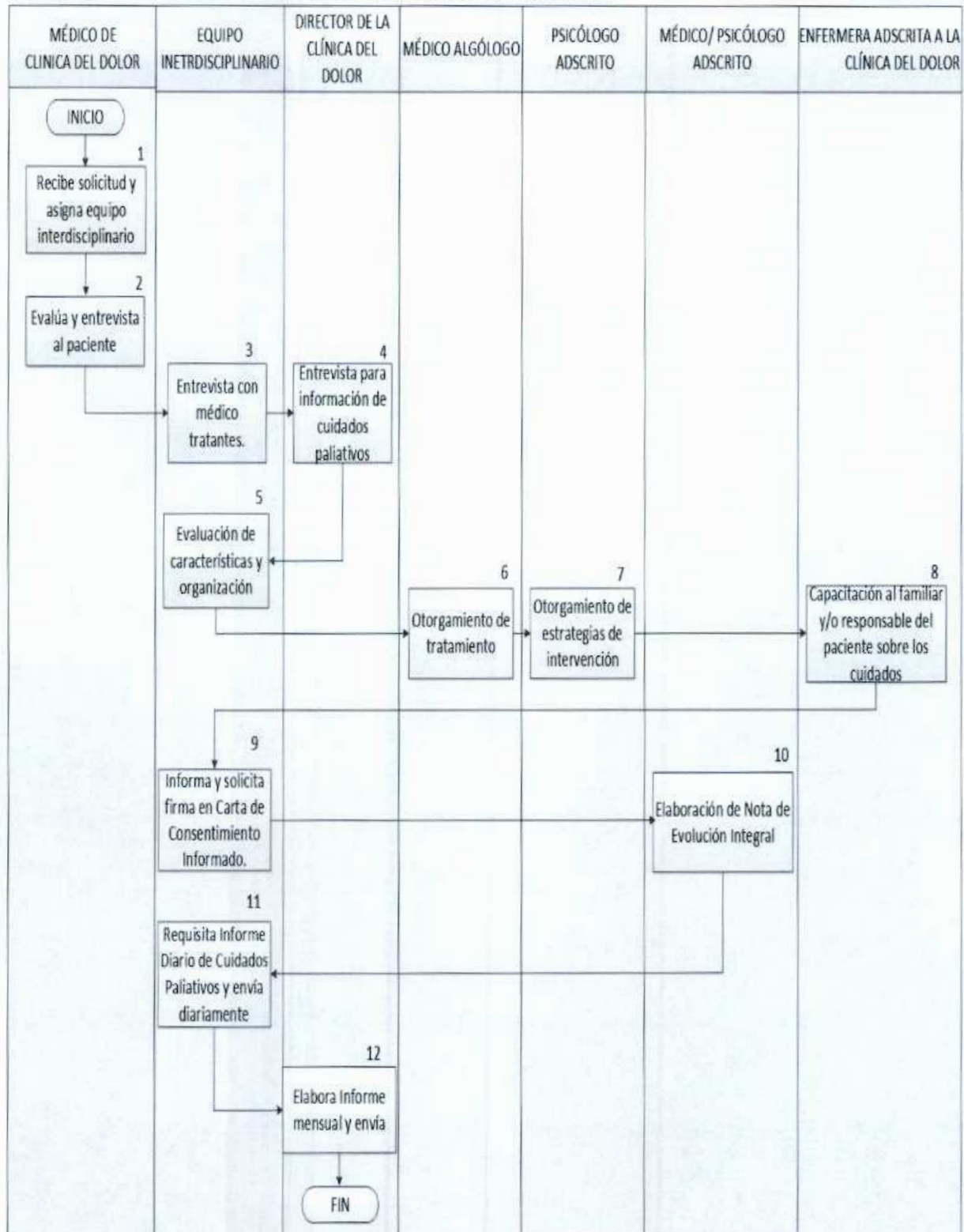
Notas de Evolución

Libreta de Registro

Expediente Clínico.

17 AGO. 2015

8. Flujoograma.- Procedimiento para la atención hospitalaria



17 AGO, 2015

5.15. Procedimiento para atención en domicilio

1. Objetivo.

Otorgar atención en el domicilio del paciente con visitas periódicas de los responsables del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos, una vez que el paciente cursa con enfermedad crónica irremediable se encuentre estable, sin indicaciones para permanecer en el hospital.

2. Alcance.

A todos los pacientes que cuenten con expediente en la clínica.

3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.

- A. Sólo se atenderán a los pacientes que vivan en Tlaxcala.
- B. Los pacientes se podrán egresar de la clínica y continuar la atención en su domicilio cuando:
Los pacientes diagnosticados en fase terminal o con enfermedad irremediable con grave repercusión orgánica.
El familiar responsable haya aceptado la permanencia de su paciente en casa.
- C. Los pacientes tengan forma de comunicarse con la Unidad de Cuidados Paliativos se atenderán vía telefónica.
- D. Exista dificultad para acudir a la clínica (estado vegetativo, coma, caquexia)
- E. El material o medicamentos necesarios sean requeridos con anterioridad al equipo de Cuidados Paliativos.
- F. Los familiares se encuentren debidamente capacitados para el manejo y el cuidado de las necesidades orgánicas.
- G. En caso de que el paciente viva en una zona desconocida, el familiar deberá fungir como guía en la primera visita.
- H. Las visitas a domicilio siempre tendrá carácter oficial, podrán ser cualquier día y se realizarán de acuerdo a las necesidades del paciente.
- I. El tiempo de la visita domiciliaria será de acuerdo a lo que el equipo de trabajo requiera
- J. A los pacientes de la clínica que vivan fuera del estado de Tlaxcala se les proporcionará un resumen clínico e indicaciones de manejo de cuidados paliativos, de ser posible se enlazarán con un médico de su comunidad.

4. Referencias

Psicólogo
Equipo interdisciplinario

5. Responsabilidades

Médico de Clínica del Dolor.

17 AGO. 2015

6. Descripción de Actividades.

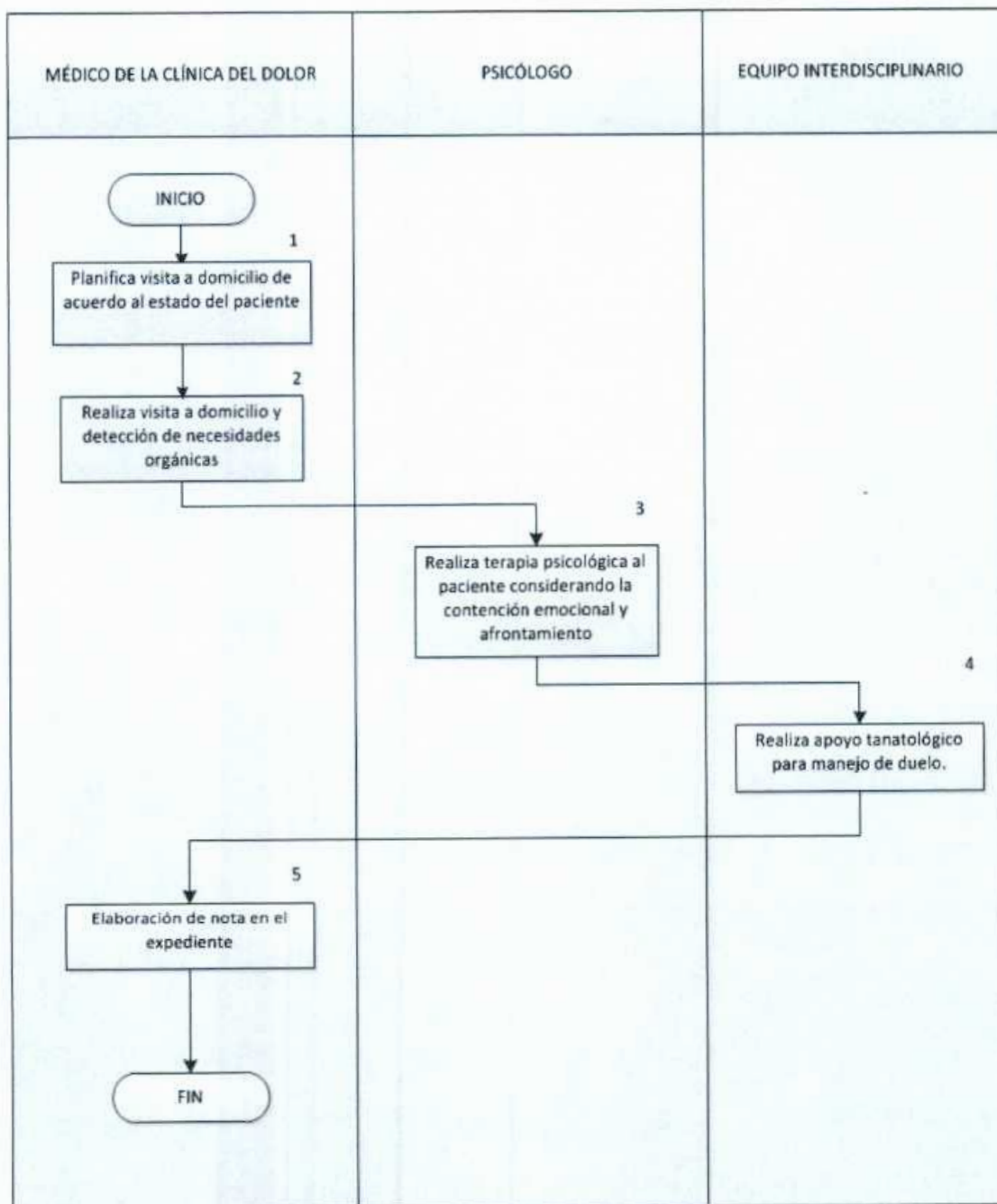
ATENCIÓN EN DOMICILIO		
Responsable	No	Descripción de actividades
Médico de la Clínica del Dolor.	1	<p>Establece comunicación con el familiar responsable y se informa de la fecha y hora de la visita. Detecta necesidades inmediatas del paciente.</p> <p>Designa a parte del equipo que realizará la visita.</p> <p>Solicita transporte institucional al área respectiva y a través de la autorización del Departamento de Trabajo Social, mediante "Autorización de Salida de Vehículos". ¿Hay transporte disponible del Instituto?</p> <p>Procede:</p> <p>No: Acude a la visita domiciliaria en el transporte del personal de la Clínica del Dolor, y recibe viáticos para gasolina.</p> <p>Si: Acude a la visita domiciliaria en el transporte de proporcionado.</p>
Médico de la Clínica del Dolor.	2	<p>Realiza visita con equipo interdisciplinario.</p> <p>Realiza detección de necesidades orgánicas y su tratamiento por parte del médico y enfermera:</p> <p>Manejo del dolor</p> <p>Sedación paliativa</p> <p>Aspiración de secreciones y uso de oxígeno</p> <p>Cuidados de la piel</p> <p>Eliminación de excretas</p> <p>Postura</p>
Psicólogo	3	<p>Contención emocional hacia familia.</p> <p>Estrategias de afrontamiento emocional.</p> <p>Establecimiento de redes de apoyo.</p>
Equipo interdisciplinario	4	<p>Informa sobre trámites posteriores al fallecimiento.</p> <p>Acompaña posterior al fallecimiento.</p>
Médico de la Clínica del Dolor	5	<p>Acude al Área de Archivo Clínico y solicita Expediente Clínico después de la visita domiciliaria.</p> <p>Elabora nota en el Expediente Clínico.</p> <p>Expediente clínico.</p>
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

7. Formatos

Nota de Evolución
Expediente Clínico.

17 AGO. 2015

8. Flujoograma.- Procedimiento para atención en domicilio.



17 AGO. 2015

Glosario

Consulta de Primera Vez: El pacientes que acuden al Servicio por 1ª. Vez al Servicio de Clínica del dolor

Clínica del Dolor.- Institución organizada con espacio y personal dedicado a valorar la interacción de los aspectos físicos, emocionales y sociológicos de los problemas crónicos del dolor, y con la capacidad de seguir una estrategia multidisciplinaria para tratar dicho problema.

Grupo Interdisciplinario.- grupo de médicos constituidos por los diferentes servicios de neurocirugía y ortopedia para valoración completa del paciente con dolor.

Interconsulta.- Consulta otorgada a pacientes derivados de otros servicio para atender problemas de dolor crónico y de Urgencias por Médicos de Clínica del Dolor.

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.- Institución organizada con espacio y personal dedicado a valorar la interacción de los aspectos físicos, emocionales y sociológicos de los problemas crónicos del dolor, y con la capacidad de seguir una estrategia multidisciplinaria para tratar dicho problema.

Infiltración epidural.- Técnica de anestesia Regional que se realiza con anestésicos locales u otras sustancias con fines pronósticos, diagnósticos y terapéuticos en el espacio epidural.

Infiltración Intratecal.- Técnica de anestesia regional que se realiza con anestésicos locales a dosis muy pequeñas u otras sustancias especialmente opioides o quimioterapia con fines pronósticos, diagnósticos y terapéuticos, en el espacio intratecal.

Infiltración de plexos y Nervios Periféricos.- Técnicas de anestesia regional que se realiza con anestésicos locales preferentemente u otras sustancias distintas a los anestésicos locales con fines pronósticos, diagnósticos y terapéuticos, incluye sustancias líticas en anestésicos locales, plexo celíaco, hipogástrico, cadena simpática, cervical y lumbar.

Infiltraciones intra-articulares.- Técnicas de infiltración local en diferentes articulaciones con anestésicos locales y sustancias anti-inflamatorias (fines pronósticos, diagnósticos y terapéuticos).

Infusiones Endovenosas.- Técnica de terapéutica médica que consiste en aplicación Intravenosa de diferentes sustancias con efecto analgésico.

Cuidados Paliativos.- Cuidado activo y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prologar la Supervivencia, sino conseguir la más alta calidad presente para el paciente y su familia. Deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Opióides.- Fármacos derivados del opio o morfina, que requieren de recetarios especiales con código de barras.

Fase Terminal.- Es aquella en la que el paciente tiene una esperanza de vida corta, no superior a 2 meses con insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles fatales.

Formato de Interconsulta Médica: Documento mediante el cual se solicita la Interconsulta Médica del servicio Interconsultante.

Servicio Interconsultante: Servicio que solicita la interconsulta médica.

Servicio Interconsultado: Servicio que otorga la interconsulta médica.

Médico Residente: Médico en fase de entrenamiento en cualquier especialización médica.

Médico Interno de Pregrado: Médico que se encuentra realizando su Internado Rotatorio de

17 AGO. 2015

Pregrado, según lineamientos de la carrera de Médico Cirujano, de cualquier Universidad o Escuela con reconocimiento oficial.

Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE). Es un Comité que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente en los Servicios de Enfermería, y esta integra por personal de la Subdirección de Enfermería.

Paciente ambulatorio: Generalmente, personas que no necesitan el nivel de atención asociado con el entorno más estructurado de la internación o de un programa residencial. En muchos países, la atención ambulatoria se conoce también como “atención externa”. En algunos países, los pacientes ambulatorios se consideran “admitidos” en una organización de asistencia sanitaria; en otros, dichos pacientes se consideran “inscritos”.

17-AGO. 2015

Anexos

<i>Dra. Cecilia Palacios Avila</i>		FOLIO 0009
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO		
CED. PROF. 8367698		
DOM: PRIVADA AJULLAPAN No. 113 COL. GRANJAS DE GUADALUPE APIZACO, TLAXCALA C.P. 90320 CEL. (241) 117-08-55		DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HORARIO: DE ____ A ____ HRS.		ANESTESIOLOGA
NOMBRE DEL PACIENTE _____		
DOM. DEL PACIENTE _____		
DIAGNOSTICO _____		
NOMBRE COMERCIAL Y GENERICO DEL MEDICAMENTO _____		
CANTIDAD _____ PRESENTACION _____ DOSIFICACION _____		
No. DE DIAS DE PRESCRIPCION _____ VA DE ADMINISTRACION _____		
(NO MAYOR A 30 DIAS)		
CLAVE DE CUADRO BASICO _____ CLAVE DEL MEDICO _____		
 SECRETARIA DE SALUD DIRECCION GENERAL DE INSUMOS PARA LA SALUD		TRA. COPA PARA EL PACIENTE
 PAAC821122PILLVCO 9cCI40D		

CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre del paciente

Unidad o Servicio

Fecha de nacimiento Edad Sexo

Fecha No. De expediente

Diagnostico.....

17 AGO. 2015

ESCALAS FUNCIONALES

Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

ESCALA PRONÓSTICA PALIATIVA (PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE-PAP SCORE)

Variable	Puntos
Disnea	
Presente	1
Ausente	0
Anorexia	
Presente	1,5

17 AGO. 2015

Ausente	0
---------	---

Estimación Clínica (semanas)

>12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5

Índice de Karnofsky

≥30	0
10-20	2,5

Leucocitos totales por mm³

≤ 8.500	0
8.501-11.000	0,5
>11.000	1,5

Porcentaje de linfocitos

<12	2,5
12-19,9	1
≥20	0

Grupos de riesgo

Grupos de riesgo	Total de puntos
A (probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%)	0 - 5,5
B (probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%)	5,6 - 11
C (probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	11,1 17,5

17 AGO. 2015

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

ESCALA DE BARTHEL

Actividad	Valoración
Comer	10 independiente
	5 necesita ayuda
	0 dependiente
Lavarse	5 independiente
	0 dependiente
Arreglarse	5 independiente
	0 dependiente
Vestirse	10 independiente
	5 necesita ayuda
	0 dependiente
Micción	10 continente
	5 accidente ocasional
	0 incontinente

17 AGO, 2015

Deposición	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente
Deambulación	15 independiente 10 necesita ayuda 5 independiente en silla de ruedas 0 dependiente
Subir y bajar escaleras	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente

Puntuación

100	≥60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

17 AGO. 2015

ESCALA DE ECOG

Estado de Actividad de la escala ECOG

- 0 - Completamente activo, capaz de realizar toda actividad previa a la enfermedad sin restricciones.
- 1 - Restringido en la actividad física enérgica, pero está en régimen ambulatorio y es capaz de realizar el trabajo de naturaleza ligera o sedentaria (como trabajo de la casa ligero, o trabajo de oficina).
- 2 - En régimen ambulatorio y capaz de cuidar de sí mismo, pero incapaz de realizar ninguna actividad de trabajo. Tiene que quedarse encamado durante < 50% de las horas de vigilia.
- 3 - Capacidad limitada de cuidar de sí mismo, confinado a la cama o una silla durante más del 50% de las horas de vigilia.
- 4 - Totalmente incapaz. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla.
- 5 - Muerto.

17 AGO. 2015



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
Y CUIDADOS PALIATIVOS

SALUD DE TLAXCALA

CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

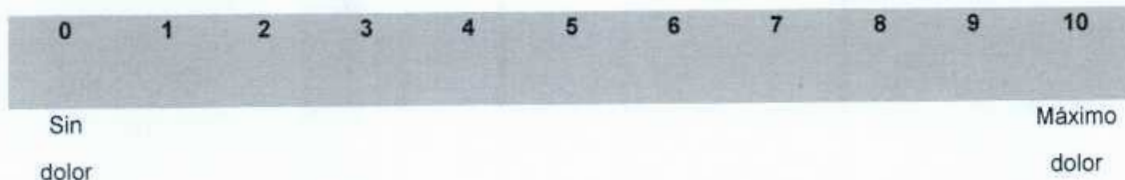
Nombre del paciente
Unidad o Servicio
Fecha de nacimiento Edad Sexo
Fecha Diagnostico
No. de expediente

ESCALAS DE DOLOR

EVA (ESCALA VISUAL ANALOGA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

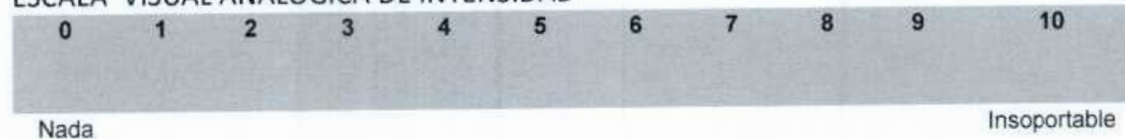
EN (ESCALA NUMERICA)



ESCALA CATEGORICA



ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE INTENSIDAD



17 AGO. 2015

CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

Delante		Detrás	
Derecha	Izquierda	Izquierda	Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginabile

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginabile

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginabile

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginabile

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

17 AGO, 2015

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio total

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. La medicación para el dolor no me ayuda nada | 5. 4h |
| 2. 1h | 6. De 5 a 12h |
| 3. 2h | 7. Más de 12h |
| 4. 3h | 8. No tomo medicación para el dolor |

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)

Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis)

Por favor, describa esta situación:

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

- Dolorido/continuo Sí No Mortificante (calambre) Sí No
- Palpitante Sí No Agudo Sí No
- Irradiante Sí No Sensible Sí No
- Punzante Sí No Quemante Sí No
- Agotador Sí No
- Fatigoso (pesado) Sí No Entumecido (adormecido) Sí No
- Penetrante Sí No Penoso Sí No
- Persistente Sí No Insoportable Sí No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

No me Ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

17 AGO. 2015

3. No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):

1. No todos los días

4. 5 a 6 veces al día

2. 1 a 2 veces al día

5. Más de 6 veces al día

3. 3 a 4 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1. Sí 2. No

¿Qué efectos secundarios?

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1. Sí 2. No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):

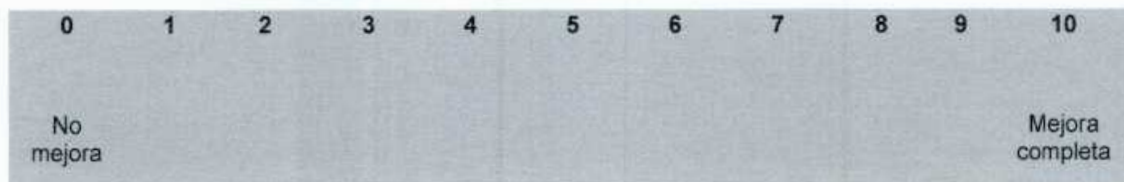
Compresas calientes Compresas frías Técnicas de relajación

Distraacción Biofeedback Hipnosis

Otros Por favor, especifique _____

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE MEJORA



17 AGO. 2015

CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre del paciente
 Unidad o Servicio
 Fecha de nacimiento Edad Sexo
 Fecha Diagnóstico
 No. de expediente

ESCALAS DEL ESTADO DE CONCIENCIA

ESCALA DE RAMSAY

Nivel I Paciente agitado, angustiado

Nivel II Paciente tranquilo, orientado y colaborador

Nivel III Paciente con respuesta a estímulos verbales

Nivel IV Paciente con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso

Nivel V Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso

Nivel VI Paciente sin respuesta

Escala Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST), correspondencia en EA, adaptado de la traducción al castellano del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias (guía SEN, 2002).

Estadio GDS	Estadio FAST	Características
	y diagnóstico	
	clínico	

17 AGO. 2015

GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva	1. Adulto normal	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	2. Adulto normal de edad	Quejas de pérdida de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Defecto cognitivo leve	3. EA incipiente	<p>Primeros defectos claros</p> <p>Manifestación en una o más de estas áreas:</p> <p>Haberse perdido en un lugar no familiar</p> <p>Evidencia de rendimiento laboral pobre</p> <p>Dificultad incipiente para evocar nombres de personas</p> <p>Tras la lectura retiene escaso material</p> <p>Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</p> <p>Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido</p> <p>Disminución de la capacidad organizativa</p> <p>Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva.</p>
GDS 4. Defecto cognitivo moderado	4. EA leve	<p>Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas</p> <p>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa:</p> <p>Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes</p> <p>El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.</p>

17 AGO. 2015



Dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada

Estadio GDS

Estadio FAST
y diagnóstico
clínico

Características

Discapacidad disminuida para viajar, controlar su economía, etc.

Frecuentemente no hay defectos en:

Desorientación en tiempo y persona

Reconocimiento de caras y personas

familiares

Discapacidad de viajar a lugares conocidos

La negación es el mecanismo de defensa predominante

GDS 5. Defecto
cognitivo
moderadamente
grave

5. EA moderada

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. Requiere asistencia para escoger su ropa. Es incapaz

de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar.

Dificultad para contar al revés desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos

GDS 6. Defecto
cognitivo grave

6. EA moderada-
grave

Se viste incorrectamente sin asistencia o

Indicaciones. Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir

17 AGO. 2015



algunos datos del pasado. Desorientación temporo-espacial. Dificultad para contar de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y falta de voluntad (abulia cognoscitiva).

	6a	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones.
	6b	Incapaz de bañarse correctamente.
	6c	Incapaz de utilizar el bacinilla.
	6d	Incontinencia urinaria.
	6e	Incontinencia fecal.
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7. EA grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos
	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras.
	7b	Sólo es capaz de decir una palabra inteligible.
	7c	Incapacidad de deambular sin ayuda.
	7d	Incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda.
	7e	Pérdida de capacidad de sonreír.

17-AGO-2015

7f

Pérdida de capacidad de mantener la cabeza
erguida.

CAM (Confusion Assessment method)

ESCALA DIAGNÓSTICA DE DELIRIO

1. - Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? SÍ/NO (Si es NO, no seguir el test)

2.- Alteración de la atención

El paciente ¿Se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

SI/NO

(si es NO, no seguir el test)

3.- Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? SI/NO

4.- Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso)

SI/NO

17 AGO. 2015



Cuestionario DN4

(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4¹)

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando sí o no en la casilla correspondiente.

ENTREVISTA AL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

1	Quemazón	Si	No
2	Sensación de frío doloroso		
3	Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

4	Hormigueo	Si	No
5	Pinchazos		
6	Entumecimiento		
7	Escozor		

EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

8	Hipoestesia al tacto	Si	No
9	Hipoestesia al pinchazo		

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

10	El roce	Si	No

¹ Versión Francesa (Francia): Bouhassira D, et al. Pain 2005; 114: 29-36.
Versión Española (España): Pérez C, et al. EFIC 2006.

17 AGO, 2015



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
Y CUIDADOS PALIATIVOS

SALUD DE TLAXCALA

SALUD DE TLAXCALA

HOJA FRONTAL

NOMBRE: _____

EDAD _____ CAMA _____

SEXO _____ EXPEDIENTE _____

SERVICIO _____

MEDICO TRATANTE _____

DX. _____

INGRESO _____

DX. _____

EGRESO _____

FECHA DE INGRESO _____

FECHA DE EGRESO _____

MOTIVO DE ALTA _____

OBSERVACIONES _____

17 AGO. 2015



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
Y CUIDADOS PALIATIVOS



HOJA DE PRIMER CONTACTO

FECHA	
NOMBRE	
EDAD	
ESCOLARIDAD	
DOMICILIO	
LOCALIDAD Y MUNICIPIO	
TELEFONO	

REFERIDO POR:

MOTIVO:

HA RECIBIDO ATENCION DE ESTE TIPO DENTRO O FUERA DE LA INSTITUCION?

ACUDE VOLUNTARIAMENTE SI () NO ()

ACOMPAÑANTES:

OBSERVACIONES

RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA

17 AGO, 2015



EXPLORACION FISICA											
SIGNOS VITALES		FC	X	FR	X	TA	mmHg	Temperatura	PESO	TALLA	cm
CABEZA	NORMOCEFALO					SI	NO	PABELLON AURICULARES		SI	NO
								NORMALES			GENITALES NORMALES
CABELLO	NORMAL							CUELLO			NORMAL
FRENTE	NORMAL							TORAX			NORMAL
OJOS	NORMALES							REGION PRECORDIAL			NORMAL
NARIZ	NORMAL							CAMPOS PULMONARES			NORMALES
OROFARINGE	NORMAL							ABDOMEN			NORMAL
											PULSOS NORMALES

EN CASO DE SEÑALAR (NO)

ESPECIFIQUE

EXPLORACION GENERAL Y DE LA REGION AFECTADA

LABORATORIO:

GABINETE

COMENTARIO

DX

PRONOSTICO

17 AGO. 2015



HISTORIA CLINICA SIMPLIFICADA CONSULTA EXTERNA

DATOS GENERALES

HOSPITAL: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ NUM. _____

EXPEDIENTE: _____

SEXO: (M) (F) EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

ANTECEDENTE

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONVULSIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TABASQUISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEOPLASICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INMUNIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMBE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEFROPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMPLETAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE SEÑALAR (SI)
ESPECIFIQUE:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS Y/O PERINATALES:

PADECIMIENTO ACTUAL:

17 AGO. 2015

DOCUMENTO DE AUTORIZACION DE TRATAMIENTO MINIMO INVASIVO

TLAXCALA, TLAX., A _____ DE 20 _____

No. DE EXPEDIENTE _____ No. Folio _____

No. DE SEGURO POPULAR _____

PROCEDIMIENTO _____

YO _____

En pleno uso de mis facultades legales, autorizo al Dr. (a).
_____ Medico Algólogo para que efectúe en mi persona el
tratamiento mínimo invasivo necesario para mejoría o curación de mi padecimiento,
manifestando que es mi decisión libre y meditada después de haber recibido toda información
necesaria de los riesgos del tratamiento o de otra índole que pudieran presentarse durante tal
procedimiento.

Estoy enterado de las alternativas que existen en el tratamiento de mi afección. Se me ha
informado de las posibles complicaciones del tratamiento y de los efectos de los
medicamentos que sean necesarios emplear.

FIRMA DEL PACIENTE
(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, FIRMA DEL TUTOR)

TESTIGO
NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO
NOMBRE Y FIRMA

17 AGO. 2015





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
Y CUIDADOS PALIATIVOS

SALUD DE TLAXCALA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD: _____ SEXO _____ CAMA _____ NO. SEGURO
POPULAR _____
SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA

SERVICIO INTERCONSULTANTE

MOTIVO Y DX DE LA INTERCONSULTA

MEDICO QUE SOLICITA

MEDICO QUE RECIBE

FECHA _____
HORA _____

FECHA _____
HORA _____

17 AGO, 2015



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
Y CUIDADOS PALIATIVOS

SALUD DE TLAXCALA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE			EXPEDIENTE
EDAD	SEXO	CAMA	FECHA
No. DE SEGURO POPULAR _____			

Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente y en su caso de menores de edad e incapacitados para otorgar su consentimiento y/o autorización:

En apego a los artículos 80 al 83 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica y a la NOM-168-SSA1-1998 relativa al Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1 al 10.1.2 se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico de la clínica:

Para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios al paciente en cuestión, y para tal efecto, declara:

Que los médicos, del hospital le han explicado de manera detallada y con un lenguaje que puede comprender los procedimientos medico / quirúrgicos que se planeas realizar, tiene como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema de salud citado, utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto de paciente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médica o quirúrgica en su caso, además de comprometerse actuar con ética y responsabilidad en beneficiodelpaciente.....

Que cualquier procedimiento medico implica una serie de riesgos no siempre previsible debido a diversas circunstancias que entre otras se consideran se estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes tratamientos previos, etc. Y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y/o quirúrgico, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación del fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.....

Que en circunstancias especiales, el personal de salud está obligado a utilizar técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos actualizados con el objeto de mantener una vigilancia estrecha de las constantes vitales o bien de proporcionar una terapéutica oportuna que puede salvar la vida del paciente, pero para las cuales se requiere la aplicación de sondas o marcapasos según sea el caso.....

Que algunas enfermedades pueden requerir de un procedimiento quirúrgico para su resolución para lo cual se solicitara una autorización previa del paciente o su representante legal en su caso, sin embargo en dado caso que dicha persona no autorice el procedimiento en cuestión, o

17 AGO. 2015



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
Y CUIDADOS PALIATIVOS

SALUD DE TLAXCALA

Bien solicite su alta voluntaria por cualquier motivo, el hospital y el personal que en el labora, quedará

Exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la decisión, así como la evolución consecutiva del paciente.....

Que en ocasiones pueda ser necesaria la aplicación de sangre o productos sanguíneos para la resolución de determinados problemas de salud, por lo que autoriza a los medico a emplear dicha terapéutica siempre que sea necesario , con las reservas que marcan las normas vigentes.....

Que el paciente será sometido a un protocolo terapéutico que se encuentra ampliamente documentado en el expediente clínico y que se apega estrictamente a las consideraciones éticas del Tratado de Helsinki modificado en Viena y que el paciente debe seguir estrechamente las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ya que de no ser así o bien en el caso que el paciente siga instrucciones ajenas o bien actué de acuerdo a su propio entender o en su caso omita las indicaciones específicas del médico, este último, así como el Hospital:

Quedan totalmente exentos de cualquier implicación médica y legal que se deriven de la evolución subsecuente del paciente.

ACEPTO

Nombre y Firma del paciente y/o representante legal

ADENDUM: Recordatorio para el personal de salud. El artículo 80 segundo párrafo del Reglamento de la ley general de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Medica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos de ellos, llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Testigo

Testigo

17 AGO. 2015