



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

ACUERDO de la Directora General del
ISSSTE, por el que se expide el Manual
General de Procedimientos del Centro
Médico Nacional 20 de Noviembre
TOMO 2

Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado

Normateca Electrónica Institucional



FICHA TÉCNICA

ACUERDO DE LA DIRECTORA GENERAL DEL ISSSTE, POR EL QUE SE EXPIDE EL MANUAL GENERAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Fecha de expedición: 10 de octubre de 2000

Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación: 9 de noviembre de 2000

Fecha de entrada en vigor: 10 noviembre 2000

MODIFICACIONES

ACUERDO DEL DIRECTOR GENERAL DEL ISSSTE POR EL QUE SE ACTUALIZA EL MANUAL GENERAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Fecha de expedición: 3 de mayo de 2021

Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación: 4 de agosto de 2021

Fecha de entrada en vigor: 5 de agosto de 2021

La actualización al Manual General de Procedimientos del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, consiste en la integración en el Tomo 2, de los siguientes procedimientos: 33 Atención de infertilidad; 34. Realización de técnicas de reproducción medicamento asistidas de alta complejidad y el 35. Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos.

De conformidad con el oficio No. DNS/S/2672/2021, se eliminaron los procedimientos: 33. Seguimiento folicular ultrasonográfico, 34. Realización de estudios de cultivo de semen espermatobioscopía y pruebas hormonales, 35. Inseminación artificial homóloga (I.A.H.) y 36. Reproducción asistida (G.I.F.Y F.I.V.T.E.), debido a que correspondían a procedimientos médicos en desuso y de laboratorio, quedando sustituidos por los procedimientos mencionados en el párrafo anterior.



**MANUAL GENERAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL
CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”**



**CONTENIDO
TOMO 2**

PROCEDIMIENTOS

26. PLÁCTICA DE ECOGRAFÍA
27. TRATAMIENTO TERAPEÚTICO INVASIVO
28. CONSULTA DE CONTROL
29. CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA POR EL GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO
30. PREPARACIÓN DE SALA DE OPERACIONES
31. ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES
32. CUIDADO TERMINAL A LA SALA DE OPERACIONES, EQUIPO E INSTRUMENTAL. POSTERIOR A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SÉPTICAS
- 33 ATENCIÓN DE INFERTILIDAD
34. REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDAS DE ALTA COMPLEJIDAD
35. PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
36. CARDIOTOCOGRAFÍA
37. DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO
38. DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO)
39. RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA
40. EXÁMEN ELECTROCARDIOGRÁFICO URGENTE
41. EXÁMEN RADIOLÓGICO/RUTINA
42. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
43. ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
44. TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.
45. ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR
46. TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO, REGISTRO. ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD
47. DONACIÓN DE SANGRE

48. OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSSTE-SALUD
49. OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL CMN "20 DE NOVIEMBRE"
50. OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFERESIS
51. TRANSFUSION DE SANGRE PARA PACIENTES INTERNOS
52. TRANSFUSION DE SANGRE PARA PACIENTES EXTERNOS
53. ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS Y DE SEROLOGÍA INFECCIOSA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O EXTERNOS
54. SOLICITUD DE SANGRÍA PARA PACIENTES POLIGLOBÚLICOS
55. ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA
56. INGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS A REHABILITACIÓN
57. TRATAMIENTO MEDICO-TÉCNICO (LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA)
58. VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA
59. SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO
60. PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES
61. TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO
62. PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



26. – PROCEDIMIENTO DE PRÁCTICA DE ECOGRAFÍA



PROCEDIMIENTO DE PRÁCTICA DE ECOGRAFÍA

OBJETIVO

Realizar el estudio de Ecografía para apoyar a la valoración y diagnóstico del Paciente en el servicio de Oftalmología.



PROCEDIMIENTO DE PRÁCTICA DE ECOGRAFÍA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La solicitud de Estudio Ecográfico debe ser autorizada por el Médico Especialista con el visto bueno del Jefe del Servicio.
2. El Médico Especialista en Ecografía deberá verificar, antes de realizar el estudio, que el paciente cumpla los requisitos para practicarle el Estudio Ecográfico.
3. El Médico Especialista en Ecografía será el responsable de supervisar que el equipo e instrumental médico necesario este en optimas condiciones de servicio.
4. El resultado del estudio es confidencial y solamente se utiliza como apoyo al diagnóstico del paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÁCTICA DE ECOGRAFÍA.

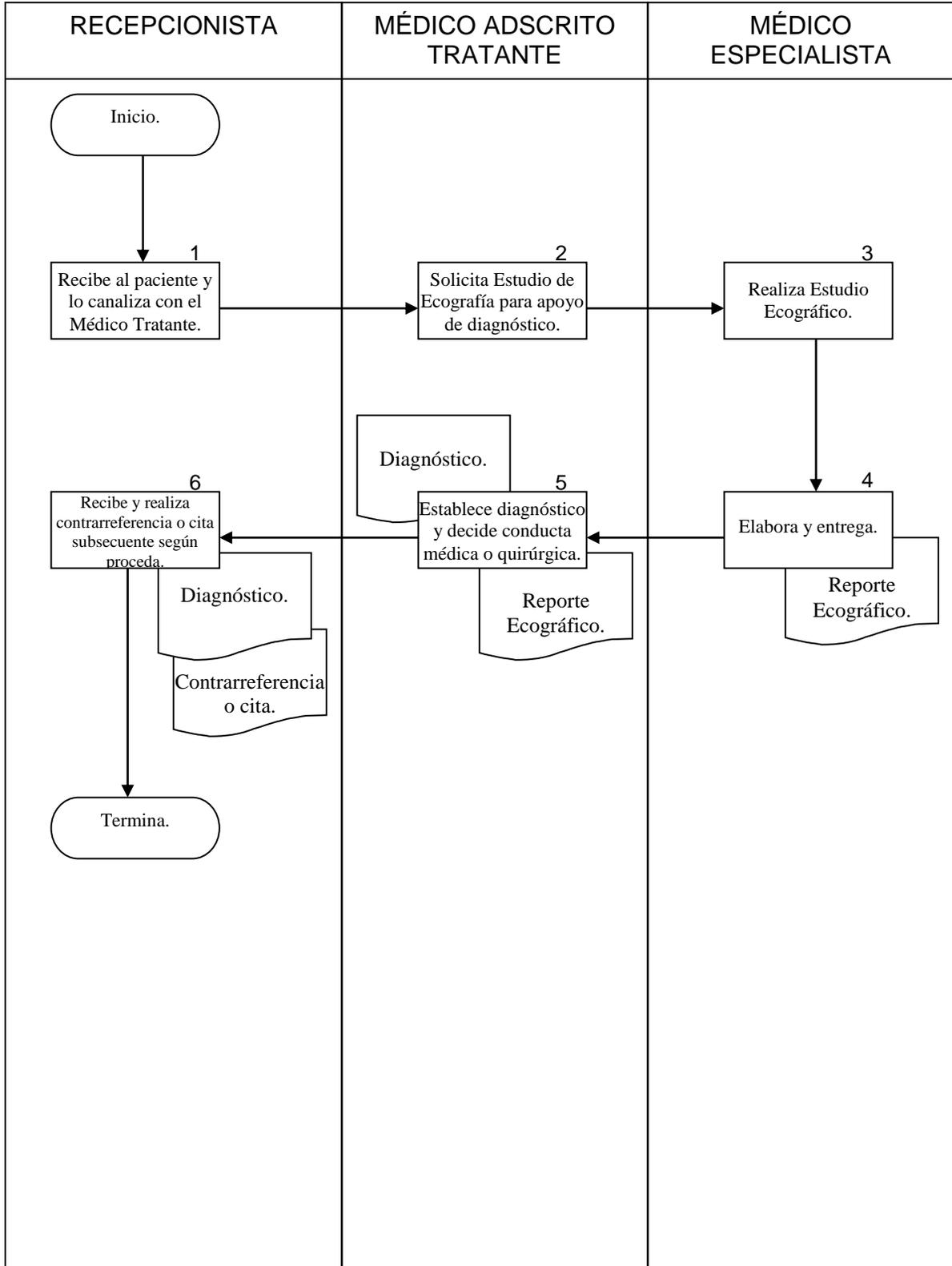
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	RECEPCIONISTA DE OFTALMOLOGÍA	Recibe al paciente y canaliza con el Médico Tratante.
2	MÉDICO ADSCRITO TRATANTE	Solicita para apoyar su diagnóstico, el Estudio de Ecografía al especialista encargado.
3	MÉDICO ESPECIALISTA EN ECOGRAFÍA	Realiza el estudio, informando al Médico Tratante del resultado.
4		Elabora Reporte Ecográfico con el apoyo del Médico Residente.
5	MÉDICO ADSCRITO TRATANTE	Establece diagnóstico y decide conducta médica o quirúrgica a seguir.
6	RECEPCIONISTA DE OFTALMOLOGÍA	Recibe instrucciones y realiza contrarreferencia u otorga cita subsecuente, según proceda. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÁCTICA DE ECOGRAFÍA.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



27. – PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO TERAPEÚTICO INVASIVO



PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO TERAPEÚTICO INVASIVO

OBJETIVO

Proporcionar al Paciente en Clínica del Dolor el tratamiento terapéutico necesario de acuerdo a la patología que se le diagnostique.



PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO TERAPEÚTICO INVASIVO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Área de Enfermería proporcionará el apoyo necesario para tomar signos vitales y somatometría al paciente antes de su tratamiento.
2. El Médico Algólogo Adscrito deberá aplicar el Tratamiento Terapéutico Invasivo de acuerdo a las instrucciones de la “Hoja de Tratamiento Terapéutico”.
3. Se deberá formular un informe del resultado de la aplicación del Tratamiento Terapéutico Invasivo, e incorporarlo al expediente del paciente en el Sistema de Cómputo.
4. El Médico Residente deberá vigilar la evolución del paciente y, de acuerdo a su restablecimiento, determinar conjuntamente con el Médico Adscrito su alta con el visto bueno del Jefe del Servicio de Clínica del Dolor.
5. En el caso de que el paciente no se pueda trasladar por sí mismo a su domicilio, se realizará el trámite de Solicitud de Ambulancia para su traslado.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INVASIVO.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	
1	RECEPCIONISTA	Recibe al paciente, revisa carnet y consulta programación de terapeuta, registra asistencia y le indica acudir a la sala correspondiente.
2	MÉDICO ALGÓLOGO RESIDENTE	Recibe al paciente, revisa carnet, indica a la enfermera que tome signos vitales y somatometría.
3		Consulta en el Sistema de Cómputo el expediente del paciente, imprime Hoja de Tratamiento Terapéutico.
4		Indica a la Enfermera y al Camillero trasladar al paciente a la sección de bloqueos especiales, con la Hoja de Tratamiento Terapéutico.
5	MÉDICO ALGÓLOGO ADSCRITO (SECCIÓN BLOQUEOS TERAPÉUTICOS)	Recibe al paciente e indica a la Enfermera preparar al paciente para realizar tratamiento terapéutico.
6		Realiza Tratamiento Terapéutico Invasivo específico (bloqueo especial) al paciente, de acuerdo al diagnóstico emitido.
7		Indica que se traslade al paciente a la sección de recuperación.
8		Registra en el expediente del paciente, los resultados de la ejecución del Tratamiento Terapéutico Invasivo (intervencionista).
9	MÉDICO ALGÓLOGO RESIDENTE (SECCIÓN BLOQUEOS TERAPÉUTICOS)	Recibe al paciente, toma signos vitales y somatometría, vigila evolución del tratamiento, su restablecimiento, determina y registra alta enviándolo a recepción.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INVASIVO.

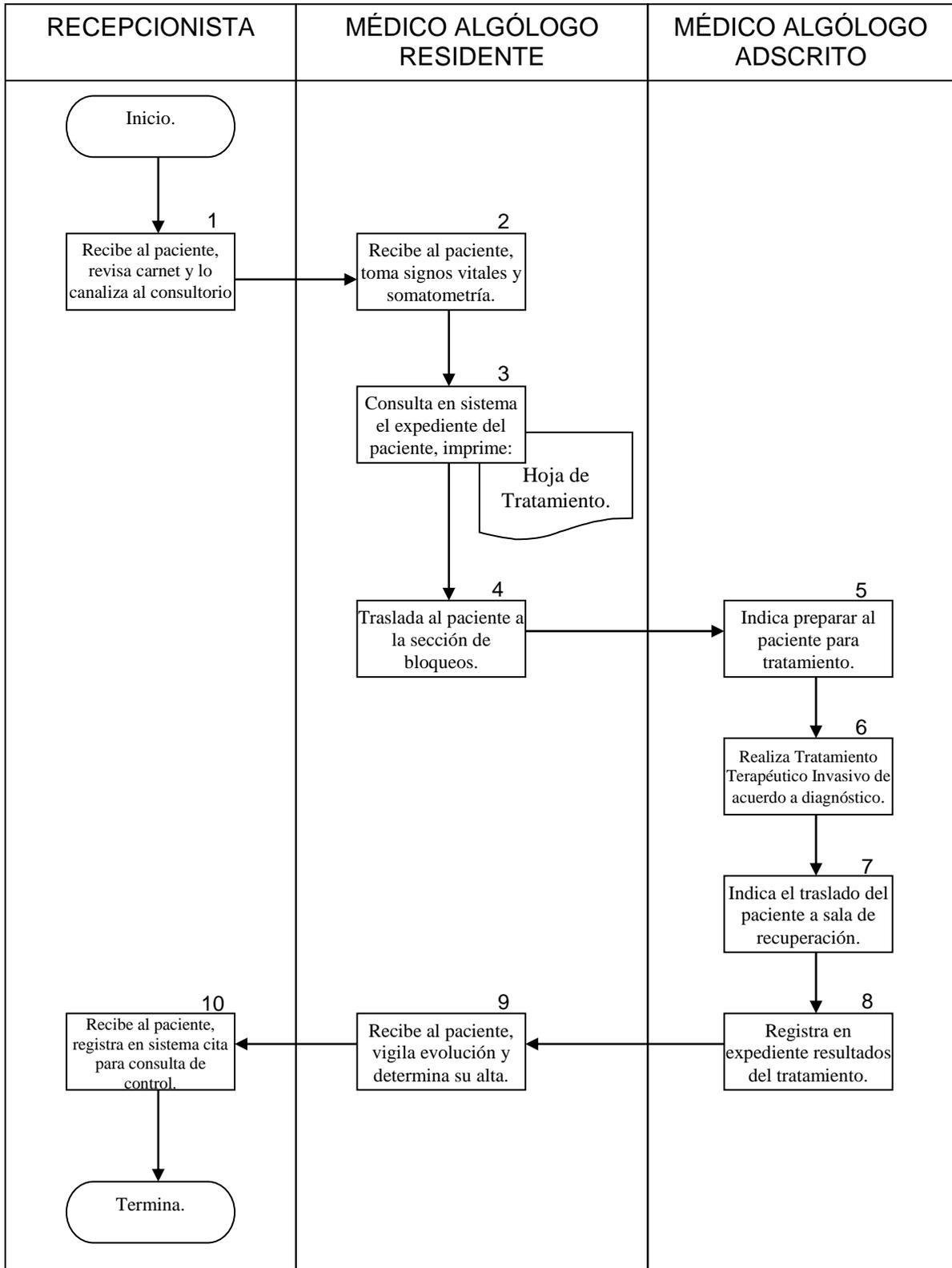
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
10	RECEPCIONISTA	<p>Recibe al paciente y registra en sistema cita para consulta de control, anota fecha y hora en el carnet y lo entrega al paciente.</p> <p>Termina procedimiento.</p>



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INVASIVO.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



28. – PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE CONTROL



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE CONTROL

OBJETIVO

Proporcionar atención al paciente en consulta de control hasta su recuperación total de acuerdo al tratamiento establecido por el Médico Especialista.



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE CONTROL

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Paciente deberá acudir puntualmente a la cita programada para su control, en caso contrario se le cancelara y tendrá necesidad de solicitar su reprogramación al Jefe del Servicio.
2. El Médico Residente deberá realizar la valoración del Paciente y verificar su evolución formulando las notas médicas correspondientes e integrarlas al expediente en el Sistema de Cómputo.
3. El Médico Residente junto conjuntamente con el Médico Adscrito deberán decidir si el paciente continua en consulta de control, lo contrarrefiere o realiza interconsulta, lo anterior basándose en su recuperación.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONSULTA DE CONTROL.

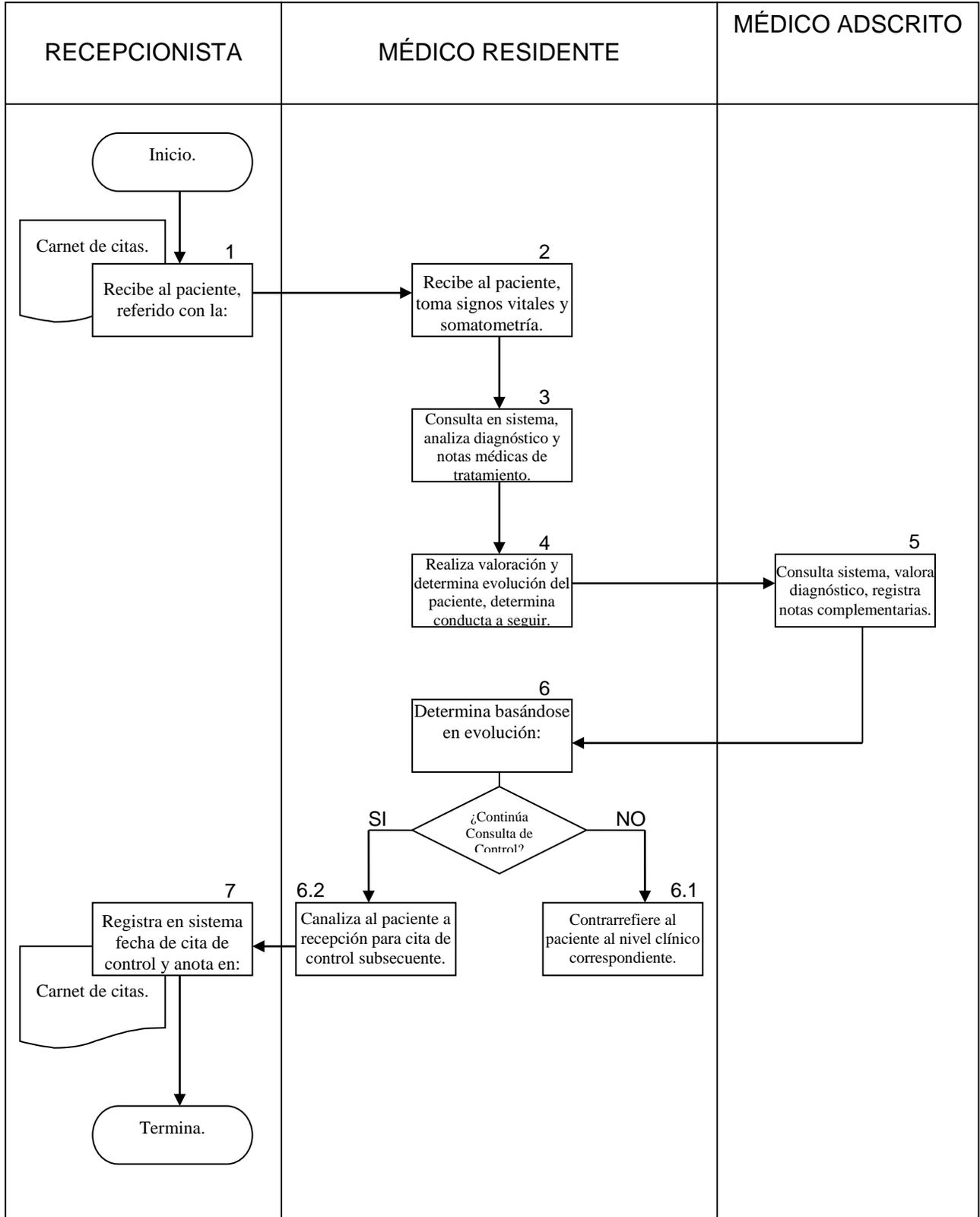
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	RECEPCIONISTA	Recibe al paciente, revisa carnet de citas, consulta programación de citas en sistema, registra asistencia y le indica acudir a consultorio.
2	MÉDICO RESIDENTE	Recibe al paciente en consulta de control, revisa carnet de citas, indica a enfermera verificar signos vitales y somatometría.
3		Consulta en sistema de computo expediente clínico del paciente y analiza notas médicas del Tratamiento Terapéutico Invasivo (intervencionista).
4		Realiza valoración del paciente y determina evolución del tratamiento empleado, determina conducta a seguir hasta el alivio del dolor crónico y lo registra en el expediente del sistema.
5	MÉDICO ADSCRITO	Consulta expediente clínico del paciente en sistema, valora el diagnóstico emitido por el Médico Residente y, en su caso, registra notas médicas complementarias.
6	MÉDICO RESIDENTE	Determina basándose en evolución. ¿Continúa Consulta de Control?
6.1		No. Contrarrefiere al paciente al nivel clínico correspondiente.
6.2		Sí. Canaliza al paciente a la recepción, indica a la recepcionista programe cita para control subsecuente.
7	RECEPCIONISTA	Registra en el sistema, cita para Consulta de Control, anotando fecha y hora en el carnet y lo entrega al paciente. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONSULTA DE CONTROL.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



29. – PROCEDIMIENTO DE CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA POR EL GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO



**PROCEDIMIENTO DE CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LA UNIDAD
QUIRÚRGICA POR EL GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO**

OBJETIVO

Identificar y eliminar infecciones intrahospitalarias tanto en las salas de operaciones, como del personal que participa en las intervenciones quirúrgicas.



PROCEDIMIENTO DE CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA POR EL GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Comité de Infecciones Intrahospitalarias deberá establecer, desarrollar y evaluar el Programa de Control Bacteriológico en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
2. El personal que integra el grupo médico interdisciplinario que labora en el área quirúrgica deberá ajustarse al programa de cultivos y exámenes establecidos por el Comité de Infecciones.
3. Las salas de operaciones también deberán ajustarse al programa de limpieza y desinfección establecido.
4. En caso de que se detecte algún problema de tipo bacteriológico, deberán de tomarse las medidas sanitarias necesarias hasta su control, formulando el informe correspondiente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA POR EL GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO.

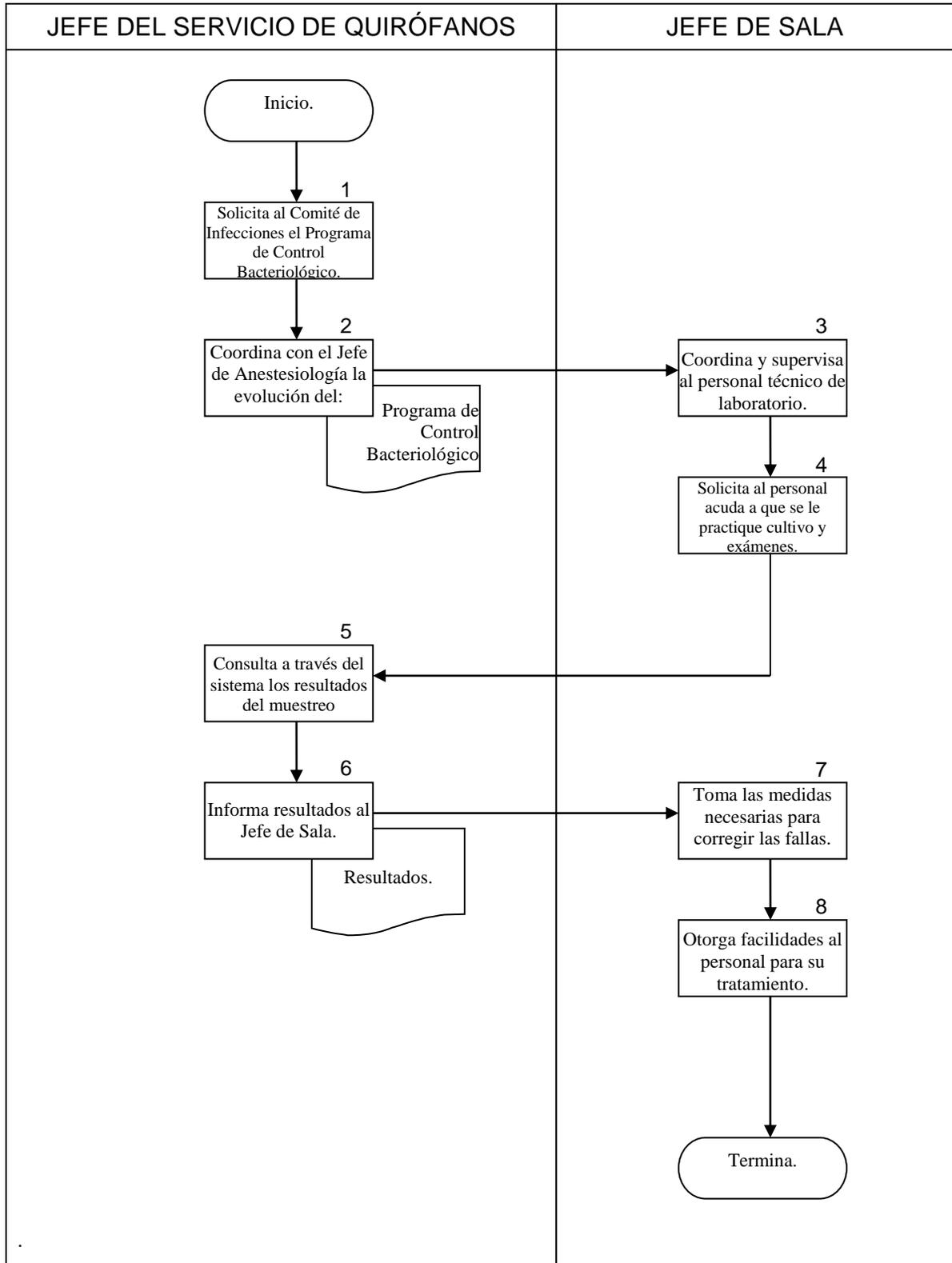
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	JEFE DEL SERVICIO DE QUIRÓFANOS	Solicita al Comité de Infecciones Intrahospitalarias el Programa de Control Bacteriológico del Área Quirúrgica.
2		Coordina con el Jefe de Sala y con el Jefe del Servicio de Anestesiología la evolución del programa.
3	JEFE DE SALA	Coordina y supervisa al personal técnico de laboratorio que toma el muestreo bacteriológico de contaminación ambiental de la unidad quirúrgica.
4		Solicita al personal que integra el grupo médico interdisciplinario que labora en el Área Quirúrgica, el día y hora programada, se presenten en el laboratorio para que se les practiquen los cultivos y exámenes que se requieran.
5	JEFE DEL SERVICIO DE QUIRÓFANOS	Consulta a través del sistema de cómputo los resultados de los muestreos bacteriológicos de contaminación ambiental practicados en el Área Quirúrgica y al personal que labora en las salas.
6		Informa resultados al Jefe de Sala.
7	JEFE DE SALA	Toma las medidas necesarias para corregir las fallas que reporta el resultado del análisis bacteriológico a la sala.
8		Otorga facilidades al personal examinado para su tratamiento, si fuera necesario, de acuerdo al resultado de sus exámenes de laboratorio. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL BACTERIOLÓGICO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA POR EL GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



30. – PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DE SALA DE OPERACIONES



PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DE SALA DE OPERACIONES

OBJETIVO

Preparar y supervisar que el equipo e instalaciones de la sala de operaciones este en óptimas condiciones para su utilización en intervenciones quirúrgicas.



PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DE SALA DE OPERACIONES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Área de Enfermería del Servicio de Quirófanos deberá realizar una supervisión minuciosa, con el objeto de que el equipo e instrumental Médico funcionen adecuadamente y en caso contrario deberá reportar cualquier anomalía a la Jefatura de Quirófanos.
2. El Médico Residente será el responsable, de acuerdo al tipo de cirugía a realizar, de verificar que los servicios de apoyo quirúrgico estén a la disposición.
3. El Médico Anestesiólogo será el responsable del óptimo funcionamiento del equipo de Anestesiología.
4. El Médico Cirujano que realizará la intervención quirúrgica dará el visto bueno, corrigiendo cualquier anomalía que encuentre.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PREPARACIÓN DE SALA DE OPERACIONES.

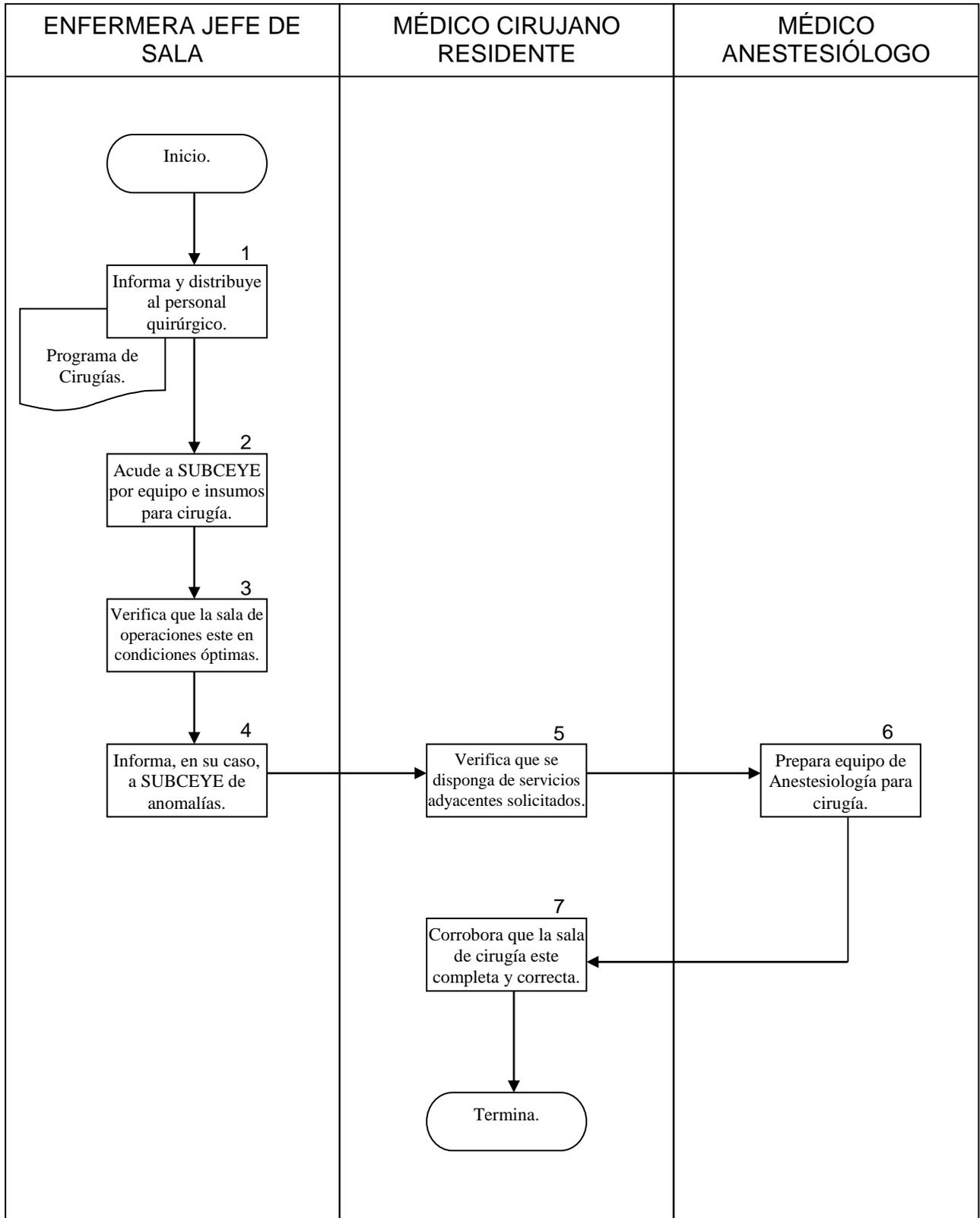
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	ENFERMERA JEFE DE SALA	Informa y distribuye al personal quirúrgico de enfermería en las diferentes salas de cirugía, el programa de cirugías.
2		Acude a SUBCEYE a recoger el equipo, instrumental e insumos que se solicitaron a través del Reporte de Requerimientos M133-01.
3		Verifica que la sala de operaciones cuente con el equipo y mobiliario en condiciones óptimas.
4		Informa, en su caso, a la sala de operaciones o SUBCEYE de las descomposturas o faltantes de equipo.
5	MÉDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA	Verifica que se disponga oportunamente de los servicios adyacentes solicitados (banco de sangre, rayos "X", etc.).
6	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	Prepara equipo, material y medicamentos requeridos para el procedimiento.
7	MÉDICO CIRUJANO	Corroborar que la sala de operaciones tenga los recursos humanos, equipo e instrumental para dar inicio al procedimiento quirúrgico. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PREPARACIÓN DE SALA DE OPERACIONES.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



31. – PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES



**PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE
OPERACIONES**

OBJETIVO

Proporcionar el apoyo técnico – quirúrgico al Médico Cirujano para la atención del Paciente en la sala de operaciones.



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Área de Enfermería deberá verificar el cumplimiento de las ordenes médicas prescritas por el Médico Cirujano.
2. Deberá proporcionar en caso necesario los requerimientos adicionales (material y equipo médico, medicamentos) solicitados por el grupo médico que practica la cirugía.
3. Será la responsable de recibir y entregar al Servicio de Patología el espécimen Histopatológico extraído al paciente.
4. La Enfermera y el Médico Anestesiólogo deberán verificar la identificación de la sangre y pruebas cruzadas, si se requiere realizar transfusión de sangre al paciente.
5. El Médico Anestesiólogo deberá iniciar maniobras de RCP en caso de que el paciente sufra de paro cardíaco u otra alteración durante el proceso de cirugía.
6. La Enfermera deberá suministrar los medicamentos, accionar el desfibrilador y seguir otras instrucciones que le den el Cirujano y el Anestesiólogo para sacar al paciente del paro cardíaco.
7. Al término de la cirugía la Enfermera deberá realizar el conteo de equipo y material utilizado, para informar del Consumo de Material



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES

8. De acuerdo al estado del paciente después de la cirugía se deberá trasladar a la Unidad de Terapia Intensiva o a la Sala de Recuperación.
9. El Médico Cirujano deberá formular un informe completo de cirugía practicada, problemática surgida, acciones realizadas, resultados, diagnóstico y tratamiento post – operatorio a seguir.
10. En caso de fallecimiento del paciente el Cirujano será el responsable de formular el Informe Médico así como el Certificado de Defunción, informando a los familiares de la manera más sutil y delicada posible.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	ENFERMERA	Traslada al paciente al Área de Quirófanos y lo coloca en el TRANSFER, entrega expediente clínico.
2		Revisa brazalete para verificar identificación contra expediente clínico.
3		Verifica que el expediente clínico del paciente esté correctamente integrado.
4		Traslada al paciente del TRANSFER a la Sala de Operaciones y lo instala en la misma.
5		Realiza fijación del paciente en la mesa de operaciones.
6		Prepara y dispone en las mesas por orden de uso: instrumental, equipo, sutura y material realizando conteo minucioso.
7	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	Inicia procedimiento anestésico al paciente.
8	MÉDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA	Coloca Sondas (gástrica, vesical y otras), según el caso, al paciente.
9	ENFERMERA	Proporciona equipo para la antisepsia de la piel y la ropa para el campo operativo.
10	MÉDICO CIRUJANO	Practica intervención quirúrgica de acuerdo a técnica establecida.
11	ENFERMERA	Proporciona apósitos para cubrir la herida producida por la cirugía practicada; fija y asegura o conecta los drenajes.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
12		Traslada al paciente a la sala de Recuperación Post – Anestésica o en su defecto a la Unidad de Cuidados Intensivos.
13	MÉDICO CIRUJANO	Informa a los familiares los resultados de la cirugía y el estado general del paciente.
14		Registra en el sistema de cómputo nota operativa y prescripción médica en Hoja de Evolución M000-08. Termina procedimiento.

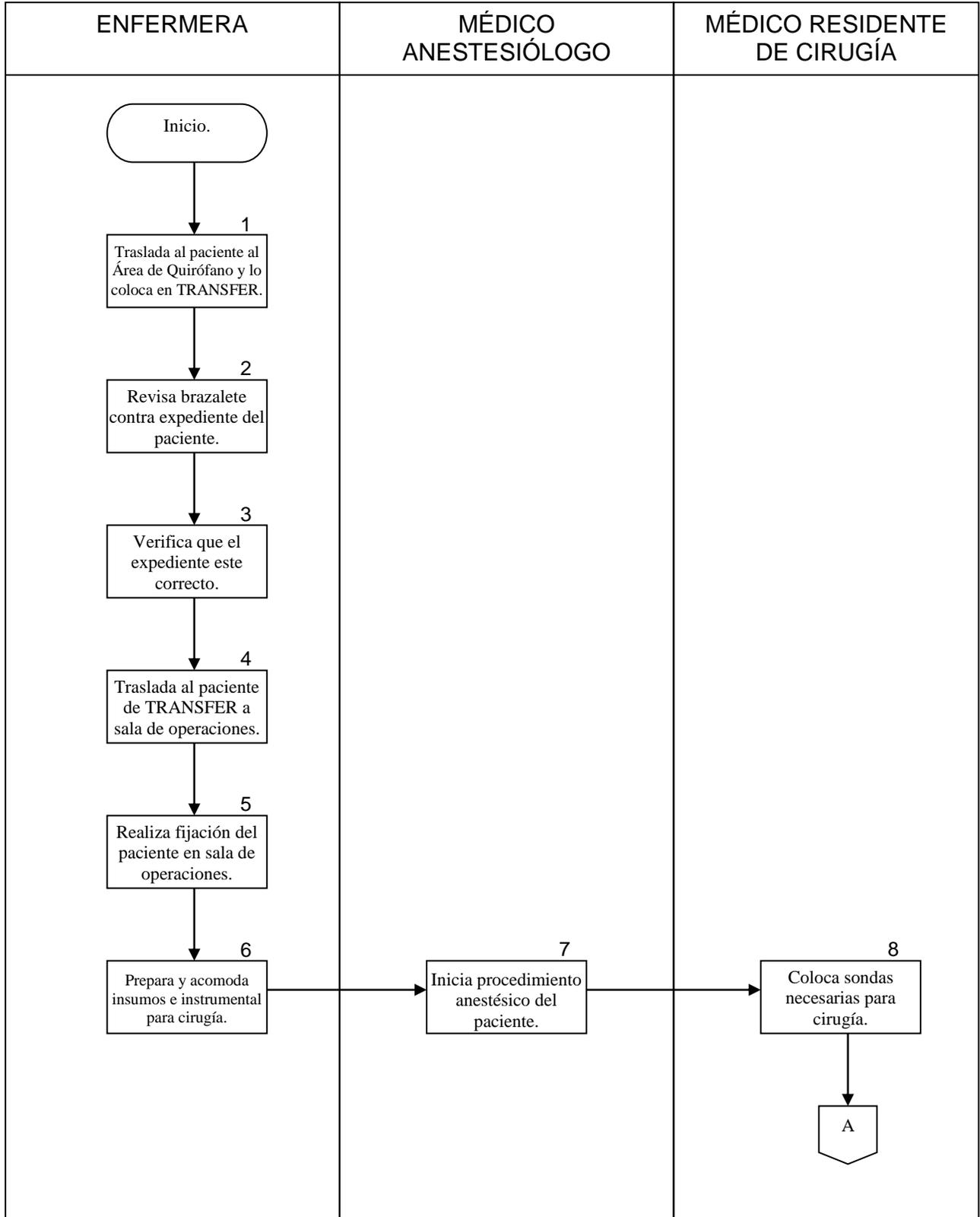


CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES.

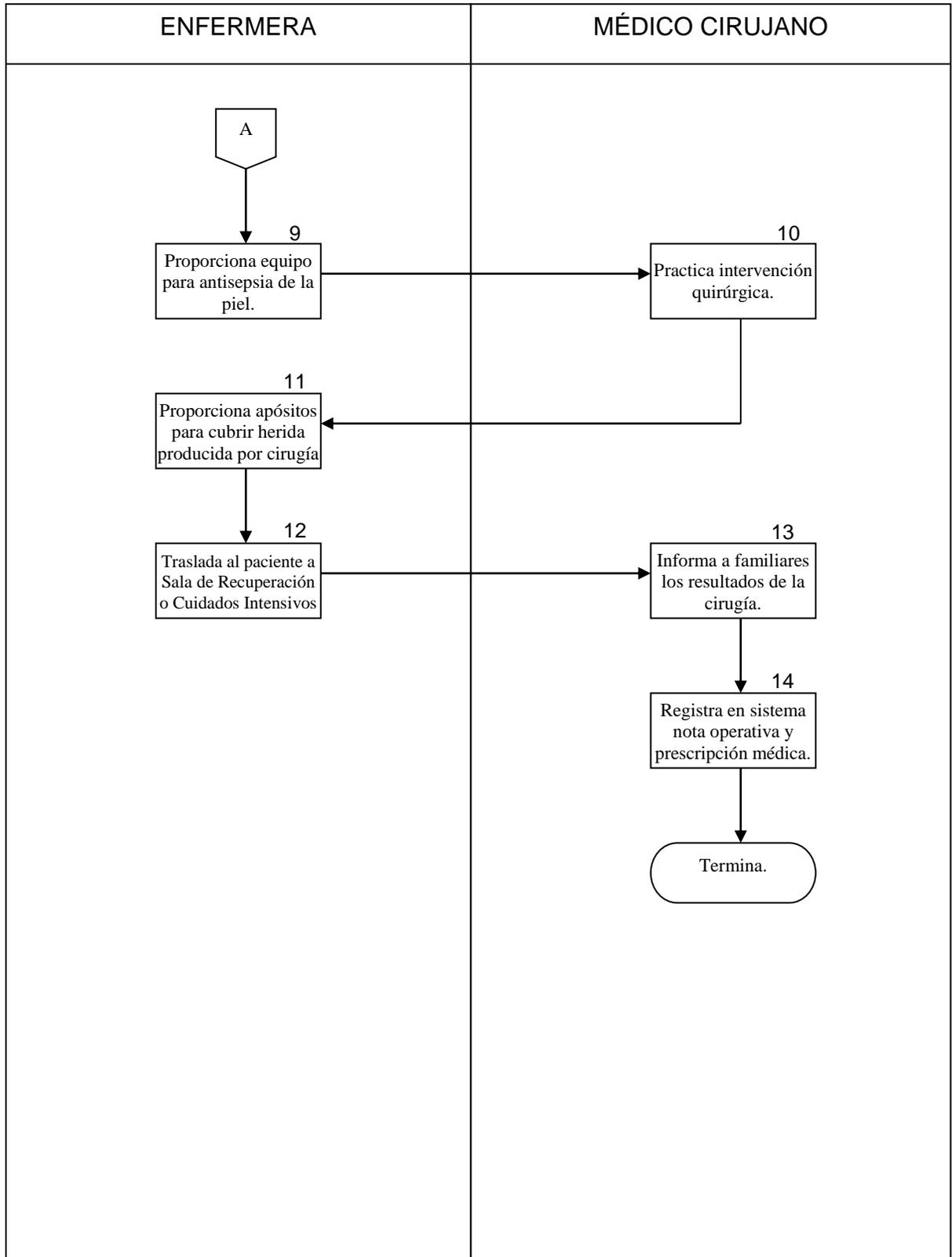




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**32. – PROCEDIMIENTO DE CUIDADO TERMINAL A LA SALA DE
OPERACIONES, EQUIPO E INSTRUMENTAL, POSTERIOR A
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SÉPTICAS**



**PROCEDIMIENTO DE CUIDADO TERMINAL A LA SALA DE OPERACIONES,
EQUIPO E INSTRUMENTAL, POSTERIOR A INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS SÉPTICAS**

OBJETIVO

Definir las actividades que debe realizar el personal en el equipo, material y la sala quirúrgica después de una cirugía.



**PROCEDIMIENTO DE CUIDADO TERMINAL A LA SALA DE OPERACIONES,
EQUIPO E INSTRUMENTAL, POSTERIOR A INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS SÉPTICAS**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Jefe del Servicio de Quirófanos deberá revisar que el personal que va a participar en estas actividades no tenga en las manos heridas recientes.
2. Se deberá colocar un membrete en la puerta que diga SALA SÉPTICA para evitar el acceso.
3. El material y la ropa utilizada deberá colocarse en bolsas de plástico para su incineración.
4. Al término de la cirugía se deberá lavar el instrumental utilizado dentro del quirófano en 3 recipientes.
1er recipiente - Agua jabonosa y cepillo.

2° recipiente - Con agua clorada al 10% y en donde se pasará el instrumental después de cepillarlo y se dejará 10 minutos.

3er recipiente - Con agua limpia para limpiar el cloro.

Después de estas actividades se ordena el instrumental en charolas y se entregará al servicio subcentral para su esterilización.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: MANEJO DE INTERVENCIONES SÉPTICAS, EQUIPO E INSTRUMENTAL.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	JEFE DE SERVICIOS DE QUIRÓFANO	Organiza al personal para que participen dos enfermeras circulantes y una enfermera instrumentista, para el manejo de la sala séptica.
2	ENFERMERA CIRCULANTE Y PERSONAL DE LIMPIEZA	Desaloja todo el material y equipo de la sala, dejando sólo lo necesario y cubriendo con plástico el colchón y la mesa quirúrgica.
3		Coloca un membrete en las puertas que diga: SALA SÉPTICA para evitar infecciones cruzadas evitando el acceso a otras personas.
4		Introduce dos bolsas grandes de plástico una para la ropa y la otra para la basura.
5		Realiza anotaciones correspondientes al expediente del paciente en: Hoja de Enfermera, Hoja de Consumo, membretes, etc.
6		Recibe pieza de patología en otra bolsa, membretándola y anotándola en los formatos establecidos.
7		Lava al término de la cirugía el instrumental utilizado.
8	PERSONAL DE ENFERMERÍA	Supervisa que el personal de limpieza maneje los frascos de aspirador y tapones con el protocolo establecido, en caso de no contar con el sistema de aspiración desechable.
9		Coloca los frascos de aspiración y tapones después de su vaciado en un recipiente en el cual quedarán totalmente sumergido.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: MANEJO DE INTERVENCIONES SÉPTICAS, EQUIPO E INSTRUMENTAL.

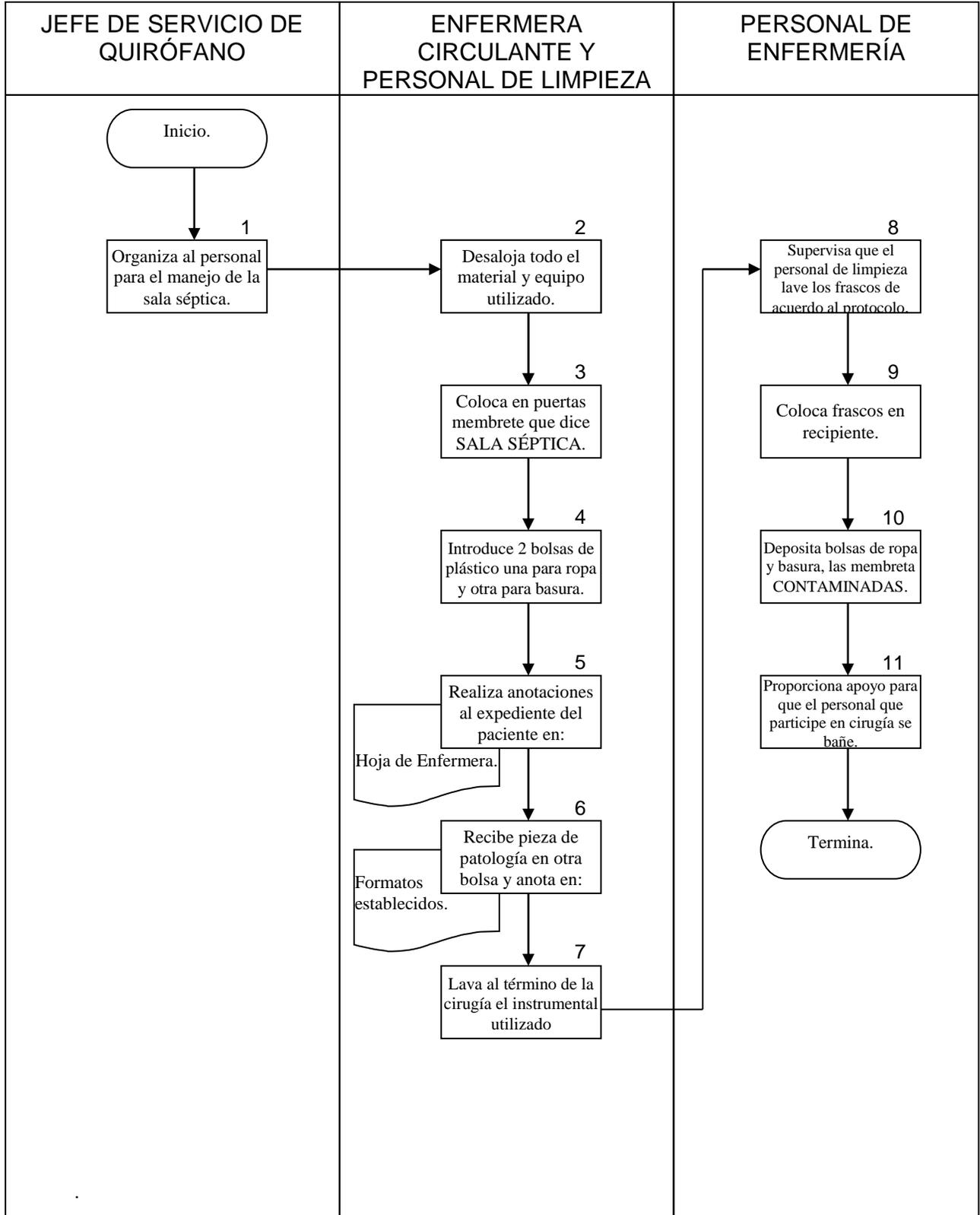
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
10		Deposita ropa y basura en bolsas, las membreta como <u>contaminadas</u> .
11		Proporciona facilidades para que el personal que tome parte en cirugías se bañe antes de continuar con sus labores.
		Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: MANEJO DE INTERVENCIONES SÉPTICAS, EQUIPO E INSTRUMENTAL.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



33. – PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INFERTILIDAD



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INFERTILIDAD

OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento de atención de infertilidad, en forma práctica y eficaz, mediante la aplicación de técnicas específicas de Reproducción Medicamente Asistida, en apego a la normatividad vigente a efecto de que su atención se efectúe de forma más ágil y oportuna.



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INFERTILIDAD

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Requisitos de ingreso para los pacientes con infertilidad; para iniciar tratamiento por el Servicio de Reproducción Humana:
 - a) Presentar la Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes formato SM-1-17 (*anexo 1*) cuya vigencia no deberá exceder de seis meses.
 - b) Contar con estudios de histerosalpingografía, perfil hormonal: hormona folículo estimulante (FSH) hormona luteinizante, (LH), hormona estimulante de tiroides (TSH), estradiol, prolactina, hormona antimülleriana), ultrasonido endovaginal con conteo de folículos antrales ováricos (en caso de mujer), seminograma (en caso de hombre) y cultivos con detección de chlamydia y mycoplasma.
 - c) Para que exista viabilidad en la aplicación de las técnicas de reproducción medicamente asistidas de alta complejidad, se recomienda que los pacientes cuenten con un máximo un índice de masa corporal menor a 30 IMC Peso (kg/m²), a fin de que el tratamiento tenga mayores probabilidades de éxito, por lo que las parejas que rebasen dicho índice, previo deberán recibir el manejo médico nutricional correspondiente.
 - d) Contar con Carta del Consentimiento Informado para *Estudio de la Infertilidad en la Pareja* (*anexo 2*), documento que será archivado en el expediente clínico de cada paciente.
2. El Servicio de Reproducción Humana se axiliará de las siguientes áreas: de Infertilidad, de Pérdida Recurrente de la Gestación, a de Andrología, de Reproducción Asistida, así como un Laboratorio de Reproducción Asistida y de Intervención Psicológica.
3. Los médicos adscritos al Servicio de Reproducción Humana realizarán historia clínica completa, revisarán los estudios realizados previamente en su unidad de adscripción y solicitará la interconsulta de orientación genética y de evaluación psicológica para la pareja durante su permanencia dentro del servicio.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



4. El médico adscrito al Servicio de Reproducción Humana indicará los estudios complementarios necesarios para el diagnóstico y determinará el o los tratamientos de reproducción asistida requeridos, hasta agotar la propuesta terapéutica.
5. El Servicio de Reproducción Humana será el responsable de otorgar los tratamientos de reproducción medicamente asistida indicados para lograr el embarazo y en caso necesario solicitará el apoyo psicológico para las parejas que así lo requieran.
6. Se entenderá como tratamiento de Reproducción Medicamente Asistida de Baja Complejidad a la Inseminación Artificial Intrauterina (homóloga), cuyo número de procedimientos no exceda de 3; y como Alta Complejidad a la Fertilización In-Vitro (FIV-TE), Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) y Transferencia de Embriones Descongelados (FET), cuyo número de procedimientos no exceda de 2.
7. Para llevar a cabo la inseminación artificial intrauterina homologa, los pacientes serán informados sobre el tratamiento que van a recibir, una vez expuesto el tratamiento, firmarán el *Consentimiento Informado*, para dar inicio al procedimiento. (*anexo 3*)
8. En caso de que los estudios de evaluación se encuentren alterados, él, ella o ambos, recibirán la interconsulta correspondiente del servicio que se requiera hasta contar con su alta médica y se someterá a una nueva evaluación para su reaceptación.
9. El médico adscrito llevará a cabo el tratamiento de Reproducción Asistida que consiste en Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida de Baja o Alta Complejidad, en el caso de la FIV-TE consta de las siguientes etapas:
 - a. Estimulación ovárica o seguimiento de ciclo natural.
 - b. Captura ovocitaria.
 - c. Capacitación espermática
 - d. Fertilización de gametos.
 - e. Desarrollo embrionario.
 - f. Transferencia Embrionaria y / o Criopreservación de embriones.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Descripción y diagrama de flujo		
Actividad	Responsable	
	Responsable del Servicio de Reproducción Humana	Médico Adscrito al Servicio de Reproducción Humana
<p align="center">Inicia el Procedimiento</p> <p>1. Revisar el formato SM1-17 (<i>anexo 1</i>), remitido por la Unidad Médica de Adscripción.</p> <p align="center">¿Cumple con los criterios de ingreso al servicio?</p> <p>1.1. No. Elaborar formato de Contrarreferencia a la unidad que refiere. Termina el procedimiento.</p> <p>1.2. Sí. Recibir a la pareja en la consulta de primera vez y designa al médico adscrito que llevará a cabo el diagnóstico y tratamiento.</p> <p>2. Realizar la historia clínica y revisar estudios enviados de su clínica de adscripción.</p> <p>3. Solicitar los estudios complementarios necesarios para el diagnóstico de conformidad con lo establecido en la política 5</p> <p>4. Revisar los estudios de laboratorio y gabinete solicitados y evaluar si es candidata a un tratamiento de Reproducción Medicamente Asistida.</p> <p align="center">¿Es candidata al tratamiento de Reproducción Medicamente Asistida?</p> <p>4.1. No. Elaborar formato de contrarreferencia.</p> <p align="center">Termina procedimiento</p>	<pre> graph TD Start([]) --> 1[1] 1 --> D1{ } D1 -- No --> 1.1[1.1] 1.1 --> End1([]) D1 -- Sí --> 1.2[1.2] 1.2 --> 2[2] </pre>	<pre> graph TD 2[2] --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> D2{ } D2 -- No --> 4.1[4.1] 4.1 --> End2([]) D2 -- Si --> A[A] </pre>



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Descripción y diagrama de flujo	
Actividad	Responsable
<p>4.2. Sí. Definir el tipo de tratamiento de reproducción medicamente asistida que se requiere conforme a la política 11 e inscribe al paciente en la lista de espera.</p> <p>5. Inicia tratamiento en la fecha programada</p> <p>6. Evaluar el procedimiento de Reproducción Asistida de baja complejidad realizado para determinar el resultado del mismo.</p> <p style="text-align: center;">¿La pareja obtuvo resultado positivo de embarazo?</p> <p>6.1. Sí: Realizar Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia Termina el procedimiento.</p> <p>6.2. No: Reprogramar otro tratamiento de reproducción medicamente asistido de baja complejidad.</p> <p>7. Realizar procedimiento de inseminación artificial intrauterina de acuerdo a las políticas 8 y 9 y evalúa resultados.</p> <p style="text-align: center;">¿Se logró embarazo con esta técnica?</p> <p>7.1. Sí: Continuar su seguimiento hasta la semana 8 de embarazo y realiza contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de referencia. Termina el Procedimiento</p> <p>7.2. No: Solicitar su confirmación en el registro en la lista de candidatos en espera de recibir el tratamiento de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad.</p>	<p style="text-align: center;">Médico Adscrito al Servicio de Reproducción Humana</p> <pre>graph TD; A{{A}} --> 4.2[4.2]; 4.2 --> 5[5]; 5 --> 6[6]; 6 --> D1{¿La pareja obtuvo resultado positivo de embarazo?}; D1 -- Si --> 6.1[6.1]; 6.1 --> E1([]); D1 -- No --> 6.2[6.2]; 6.2 --> 7[7]; 7 --> D2{¿Se logró embarazo con esta técnica?}; D2 -- Si --> 7.1[7.1]; 7.1 --> E2([]); D2 -- No --> 7.2[7.2]; 7.2 --> B{{B}}</pre>



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Descripción y diagrama de flujo		
Actividad	Responsable	
	Responsable del Servicio de Reproducción Humana	Médico Adscrito al Servicio de Reproducción Humana
<p>8. Confirmar registro en la lista de parejas en espera y proporciona la fecha probable de inicio de tratamiento.</p> <p>9. Informar fecha de inicio de tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad, e instruye para su inicio.</p> <p>10. Citar al paciente candidata para el inicio de tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad.</p> <p>11. Realizar la Técnica de Reproducción Asistida de Alta complejidad de acuerdo con la política 8 y evaluar resultados</p> <p>¿Se logró embarazo con esta técnica?</p> <p>11.1. Sí: Refierir a la paciente en la semana 8 de embarazo al Servicio de Medicina Materno-Fetal para continuar seguimiento</p> <p>11.2. No: Informar al paciente que el tratamiento ha finalizado y se realiza Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia</p> <p>Termina el Procedimiento.</p>		



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Registros

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de retención	Protección	Disposición
Lista de espera	Carpeta Electrónica	Fecha de inscripción	Permanente	Mediante contraseña	Permanente

Referencias	<ul style="list-style-type: none">• Ley del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo del 2007 y sus reformas.• Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2019.• Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2016.• Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de junio de 2015.• Manual de Organización General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2 Dirección Médica, funciones 3, 7 y 8. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de diciembre de 2010 y sus actualizaciones.
--------------------	--



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



<p>Glosario</p>	<p>Andrología: La práctica médica que se ocupa de la salud del sistema reproductivo masculino.</p> <p>Captura Ovocitaria: Procedimiento mediante el cuál son extraídos los ovulos del cuerpo, se realiza por punción ovárica utilizando una aguja fina guiada por ultrasonido.</p> <p>Contrarreferencia Administrativa: La respuesta que el prestador de servicios de salud receptor dela referencia, da al prestador que remitió.</p> <p>Criopreservación: El proceso de congelación lenta o vitrificación para conservar material biológico (por ejemplo, gametos, cigotos, embriones en fase de escisión, blastocistos o tejido gonadal) a temperatura extremadamente baja.</p> <p>Embrión: La etapa inicial del desarrollo de un ser vivo, mientras se encuentra en el cigoto o en el útero de la madre.</p> <p>Espermatozoide: El gameto masculino.</p> <p>Estimulación ovárica: El tratamiento farmacológico con la intención de inducir el desarrollo de folículos ováricos. Puede usarse con dos propósitos: 1) para relaciones sexuales programadas o inseminación; 2) en TRA, para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.</p> <p>Fertilización: La unión del óvulo con el espermatozoide, confirmada por la presencia de dos pronúcleos</p> <p>FIV-TE: La Fecundación in vitro con transferencia embrionaria, mediante la cual una vez que los folículos llegan al tamaño adecuado, se realiza la captura ovular, los ovocitos son incubados con espermatozoides previamente capacitados, si hay fertilización (detectando los pronúcleos masculinos y femeninos), se dejan de 2, 3 o 5 días en cultivo, y se transfieren al útero a través del cuello del mismo.</p> <p>ICSI: El procedimiento en el cual un solo espermatozoide se inyecta en el citoplasma del ovocito (Inyección intracitoplasmática de espermatozoides).</p> <p>Infertilidad: La enfermedad caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección o debido a un deterioro de la capacidad de una persona para reproducirse como individuo o con una pareja. La Infertilidad es una enfermedad que genera discapacidad como un impedimento de la función.</p> <p>Lista de Espera: El número de parejas con problemas de Infertilidad que han completado una serie de pruebas diagnósticas con resultados favorables para el pronóstico de la fertilidad, quienes serán atendidas de acuerdo al orden de cómo fueron concluyendo su protocolo de diagnóstico.</p> <p>Ovocito: La célula germinal femenina, producida a nivel ovárico.</p> <p>Protocolo de Investigación: Los estudios preliminares de laboratorio y de gabinete realizados a la pareja derechohabiente con problemas de</p>
------------------------	---



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



	<p>Infertilidad.</p> <p>Reproducción Médicamente Asistida (RMA): La reproducción a través de diversas intervenciones, procedimientos, cirugías y tecnologías para tratar diferentes formas de deterioro de la fertilidad e Infertilidad. Estos incluyen la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica, la activación de la ovulación, todos los procedimientos de TRA, el trasplante uterino y la inseminación uterina, intracervical e intravaginal con semen de esposo/pareja donante.</p> <p>Técnica de Reproducción Asistida de Alta Complejidad: Las técnicas que tienen como objeto la unión entre el óvulo y el espermatozoide por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro, entre otras.</p> <p>Técnica de Reproducción Asistida de Baja Complejidad: Las técnicas que tienen como objetivo la unión del óvulo con el espermatozoide dentro del aparato de reproducción femenino, por ejemplo la estimulación ovárica y la inseminación intrauterina.</p> <p>Transferencia Embrionaria: Último paso de la FIV-TE, que consiste en la colocación guiada por ecografía de los embriones en el interior del útero.</p>
--	---

Relación de Anexos	<p>Anexo 1. Formato SM-1-17. Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes</p> <p>Anexo 2. Consentimiento Informado para “Estudio de la Infertilidad en la Pareja”</p> <p>Anexo 3. Consentimiento Informado para Inseminación Intrauterina Homóloga con semen de la pareja</p> <p>Anexo 4. Aviso de Privacidad para Pacientes.</p>
---------------------------	--

Resumen de cambios

Este instrumento es de nueva creación con base en lo previsto por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de marzo de 2007 y sus reformas, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de febrero de 2019, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de octubre de 2016 y el Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



ANEXOS



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora.	El Día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de referencia de un paciente.
3	Unidad Médica Emisora	El Nombre de la Unidad Médica que refiere al paciente
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la referencia	La descripción del motivo de la referencia (falta de recurso humano, equipo o instrumental médico, inexistencia del servicio y/o especialidad requerido, entre otros)
6	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que requiere ser referido.
7	Sexo	Con una cruz si el paciente es del sexo (mas) masculino o (fem) femenino según corresponda.
8	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
9	Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
10	Teléfono	El Número telefónico donde se pueda localizar al paciente o a sus familiares más cercanos



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
11	Unidad Médica Receptora	El Nombre de la unidad médica que confirmó cita para atender al paciente referido
12	Clave	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que recibe un paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
13	El paciente se refiere a:	Con una cruz si el paciente es referido a los servicios de “Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento”, “Rehabilitación Física” o “Consulta Externa Especializada”, según corresponda.
14	Número de Traslados en el año	El número de traslados ocurridos por el mismo paciente, durante el año calendario.
15	Servicio	El nombre del servicio que requiere el paciente referido.
16	Tipo de Traslado	Marque con una cruz, si el tipo de traslado es de “Primera Vez” o “Subsecuente”, según corresponda.
17	Cita	El día, mes, año y horario (en horas y minutos) de la cita confirmada para el paciente referido
PRESENTACIÓN DEL CASO		
18	Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica	La descripción de los antecedentes del heredo – familiares no patológicos y patológicos, la evolución de la patología, tratamiento previo en caso de existir, diagnóstico y las causas que justifican la referencia del paciente.
19	Resultados de Laboratorio y Gabinete	La descripción de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
20	Licencia Médica otorgada	El periodo de tiempo en días, que cubre una Licencia Médica para un paciente referido, anotar el día, mes y año de inicio y día, mes y año de término.
21	Referencia por	Anotar únicamente en caso de que el paciente referido presente un “probable riesgo de trabajo” o un “riesgo de trabajo”.
22	Médico Tratante	El nombre completo, clave y firma del Médico Tratante que propone la Referencia del paciente.
23	Vo. Bo. Jefe Inmediato	El nombre completo, clave y firma del Jefe Inmediato del Médico Tratante, que otorga el “Visto Bueno” a la Solicitud de Referencia del paciente.
24	Sello de la Unidad Médica Emisora	El sello de la Unidad Médica Emisora, en el espacio asignado ex profeso.
25	Clave del Traslado	La clave según corresponda al tipo de traslado autorizado: (Es responsabilidad exclusiva del director de la Unidad Médica Emisora o quien tenga delegada la responsabilidad) A Por autobús B Por ambulancia C Por automóvil D Por vía aérea 0 El paciente NO requiere acompañante 1 El paciente SI requiere ir acompañado
26	Nombre, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora, autorizando la solicitud de referencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
27	Paciente y/o Familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o del familiar responsable del paciente, aceptando la entrega de este documento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información Médico–Administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Referencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico tratante de la Unidad Médica Emisora que propone la Referencia.
Revisión:	Jefe inmediato del Médico tratante que propone la Referencia.
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser referido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Receptora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de Contrarreferencia de un paciente.
3	Unidad Médica	El nombre de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la Contrarreferencia	Descripción del motivo de la Contrarreferencia (paciente dado de alta, paciente con posibilidad de continuar su tratamiento en su Unidad Médica de Adscripción, entre otros).
6	Total de Interconsultas	Número total de interconsultas a las que fue referido el paciente en los diferentes servicios.
7	Total de consultas otorgadas	Número total de consultas que recibió el paciente en la unidad receptora.
8	Diagnóstico de Referencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia.
9	Diagnóstico de Contrarreferencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia
10	Congruencia entre el Dx de Referencia y el Dx de Contrarreferencia.	Marque con una cruz (x) el espacio que corresponda a su respuesta si esta es afirmativa o negativa.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
11	Unidad Médica de Adscripción del paciente	Nombre de la Unidad Médica de Adscripción del paciente, donde se debe presentar el paciente para continuar su tratamiento.
12	Clave	Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica de Adscripción del paciente (para su uso en el Área de Estadística)
INFORME DEL MEDICO ESPECIALISTA		
13	Resultado de la valoración	Describir los estudios que se le practicaron al paciente, sus resultados, la evolución que haya presentado y tratamiento recibido.
14	Indicaciones a seguir	Indique que medicamentos y posología son los indicados y su tratamiento, la dieta recomendada, otras indicaciones y/o comentarios.
15	Médico Especialista Tratante.	El nombre completo, clave y firma del Médico Especialista Tratante, que propone la Contrarreferencia.
16	Nombre y firma del Director de la Unidad Médica Receptora	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Receptora, autorizando la solicitud de Contrarreferencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
17	Paciente y/o familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o familiar al que se entrega este formato debidamente autorizado



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información Médico Administrativa necesario para efectuar de manera eficiente la Contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico Especialista Tratante de la Unidad Médica Receptora que propone la Contrarreferencia.
Revisión:	Jefe inmediato del Médico Especialista tratante que propone la Contrarreferencia.
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser contrarreferido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.



**CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



Anexo 2 Formato: Consentimiento Informado para "Estudio de la Infertilidad en la Pareja"



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
ESTADO DE LEÓN



2020
LEONA VICARIO

**CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
"ESTUDIO DE LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA"**

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan, deberán tener el conocimiento suficiente acerca del programa al que ustedes van a ingresar para el estudio de infertilidad en pareja.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

Paciente _____ (5) _____ Edad _____ (6) _____
No Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

La Infertilidad es una enfermedad caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección o debido a un deterioro de la capacidad de una persona para reproducirse como individuo o con su pareja.

Debemos conocer sus antecedentes médicos, sexuales y reproductivos, los hallazgos físicos y se realizaran varias pruebas de diagnóstico, para obtener información que nos va a ayudar a encontrar la causa probable por la que no pueden embarazarse y las posibilidades para poder lograrlo.

Se evaluará cada uno de los factores de infertilidad, realizándose los estudios, análisis, procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y tratamientos médicos necesarios para estar en condiciones de buscar un embarazo, la probabilidad de obtener un embarazo mediante el Programa de estudio de la "Infertilidad en la pareja" y el tratamiento, depende de los antecedentes clínicos y las condiciones físicas actuales de nosotros. Es muy importante que estén disponibles el tiempo que sea necesario para poder realizar los procedimientos que se requieren para su estudio y tratamiento.

Las principales condiciones bajo las cuales el programa de estudio de la "Infertilidad en la pareja" puede ser cancelado son:

- Algún padecimiento que suponga un riesgo para la salud física o psíquica de la mujer o la posible descendencia, o por el que se contraindique el embarazo.
- Si se diagnóstica algún padecimiento que no permita ofrecer posibilidades razonables de éxito o en el caso de que en las pruebas hormonales en la mujer, los valores de la hormona foliculo estimulante (FSH) se encuentren en 20 Unidades Internacionales o más, ya que en estas condiciones no sería posible ofrecer ningún tratamiento médico con las técnicas de reproducción asistida con las que cuenta el Servicio de Reproducción Humana

Y en caso de ser así seremos enviados con la contrarreferencia administrativa correspondiente a nuestra Unidad de Referencia.

BENEFICIOS: Lograr un embarazo y un bebe en casa

RIESGOS: Cada uno de los procedimientos que se les realicen para su estudio o tratamiento y que impliquen un riesgo para su salud, serán motivo de una carta de consentimiento informado en particular, por lo que usted estará informada antes de llevar a cabo cualquiera de estos procedimientos.

Toda la información obtenida acerca de la pareja durante su estudio y tratamiento es confidencial. No será revelada su identidad ni datos específicos, tanto médicos como psicológicos, sin su previo consentimiento, a menos que exista un requerimiento legal. En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la ley: licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad. Se cuenta con las medidas de seguridad, técnicas, administrativas y físicas necesarias para proteger sus datos personales y evitar daño, pérdida, alteración, acceso o tratamiento no autorizado.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGUROS Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
SECRETARÍA DE SALUD

ALTERNATIVAS:

La opción a cualquiera de los Tratamientos de Reproducción Medicamente asistida para ser padres es la **ADOPCION**.

AUTORIZACION DE LA PAREJA:

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación al estudio de la pareja con infertilidad.

Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito del mismo.

Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios, la posibilidad de no ser candidata a tratamientos de reproducción asistida, así como las alternativas al tratamiento propuesto, y que podemos presentar nuestro retiro del programa en cualquier momento y por cualquier razón que sea considerada por nosotros

De conformidad
 He recibido copia de este formulario.

(9) _____ Nombre de la Paciente	_____ Firma	_____ Teléfono y correo electrónico
(10) _____ Nombre del Paciente	_____ Firma	_____ Teléfono y correo electrónico.
(11) _____ Testigo	_____ Firma	_____ Teléfono
(12) _____ Testigo	_____ Firma.	_____ Teléfono

Ciudad de México, a ____ de ____ (13) ____ de 20____.

Médico Especialista que informa: _____ (14)

Antes del inicio del tratamiento y previo a que los pacientes firmen este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios, posibilidades de fracaso así como las alternativas al tratamiento propuesto, en el caso del procedimiento Inseminación Intrauterina Homóloga.

Me he reunido con la pareja para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Anexo 2 Formato: Consentimiento Informado para “Estudio de la Infertilidad en la Pareja”.		Clave del formato CIEIP
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Al ingreso (En la consulta de primera vez).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Área de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 3. Consentimiento informado para Inseminación Intrauterina Homóloga (con semen de la pareja).



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



2020
LEONORA VICARIO

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSEMINACIÓN INTRAUTERINA HOMÓLOGA (CON SEMEN DE LA PAREJA)

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan, deberán tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
 No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____
 Paciente _____ (5) _____ Edad _____ (6) _____
 No. Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

La Inseminación Intrauterina Homóloga (IIU) es un procedimiento utilizado en los programas de Reproducción Asistida como primera alternativa en el manejo de las parejas con infertilidad, que tienen cuando menos una trompa uterina permeable y que no hayan logrado un embarazo tras la aplicación de tratamientos convencionales tendientes a la corrección de los factores causales de esterilidad, se refiere a HOMÓLOGA, ya que se utiliza el semen de la pareja.

La inseminación intrauterina se realiza en aquellas parejas que no se han podido embarazar debido a que:

- La mujer tiene algún problema a nivel del cuello del útero como: alteración en el moco cervical, presencia de anticuerpos antisperma, alteraciones en cuello uterino por secuelas de tratamientos con láser o criocirugía, etc.
- El hombre muestra alteraciones en el semen como son disminución o aumento del número de espermatozoides, disminución en el volumen del eyaculado o en la motilidad, alteraciones funcionales de la eyaculación y otros.
- La pareja presenta una esterilidad inexplicable (aquella en que todos los estudios demuestran normalidad pero no se logra la fecundación).

Las etapas de la Inseminación artificial son:

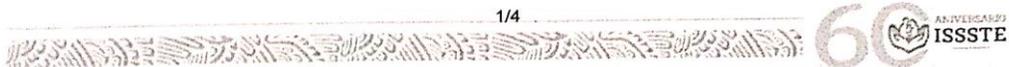
1. Estimulación ovárica .
2. Capacitación espermática.
3. Colocación del semen capacitado al útero.

1.-Estimulación Ovárica Controlada:

Durante un ciclo ovulatorio espontáneo, de todos los folículos (estructura del ovario en cuyo interior están los ovocitos) seleccionados en cada mes (aproximadamente 10), sólo uno alcanza la madurez (folículo dominante). El resto de los folículos se reabsorben y nunca más serán usados por el ovario. Así, sólo un ovocito tiene la oportunidad de ser fecundado en cada ciclo. En ocasiones extraordinarias, se seleccionan más de un folículo, con la consiguiente producción de más de un ovocito. Estos son los casos en que pueden producirse gemelos no idénticos en forma espontánea.

El objetivo de la estimulación ovárica controlada es disponer de un mayor número de ovocitos, en promedio 3. **¿Por qué se requiere más de un ovocito?** Dependiendo de la edad de la mujer, algunos ovocitos producidos espontáneamente tienen alteraciones cromosómicas, que no impiden su fecundación pero impiden la implantación y el normal desarrollo del embrión.

Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez. C.P. 03229 Tel. 52005003, ext. 14296 y 14297





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

SUBDIRECCIÓN MÉDICA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



2020
LEONORA VICARIO
SECRETARÍA DE SALUD

La frecuencia de alteraciones cromosómicas aumenta con la edad de la mujer llegando a aproximadamente un 70% de los ovocitos producidos en mujeres de 40 o más años. Considerando que no todos los ovocitos podrán ser fecundados, no todos los fecundados llegarán a ser embriones y no todos los embriones llegarán a implantarse, el hecho de contar con mayor número de ovocitos durante la ovulación aumenta la probabilidad de embarazo; esto sin embargo, también aumenta la posibilidad de un embarazo múltiple.

Métodos de estimulación hormonal: La estimulación hormonal consiste en inducir hormonalmente a los ovarios de la mujer. Las drogas más usadas para la estimulación de la ovulación, son una combinación de las dos hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario. Estas son: la hormona Folículo Estimulante (FSH) y la hormona Luteinizante (LH), llamadas genéricamente hMG. También se cuenta con FSH pura lograda mediante tecnología de DNA recombinante. Dependiendo del caso.

A veces los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso. Sin embargo si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico.

La estimulación ovárica controlada dura en promedio entre 10 Y 12 días. Durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento con ultrasonido transvaginal. Esto consta de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales o el número que sea necesarios, cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18-22 mm, se inyecta una hormona llamada Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular. Alrededor de 36 horas post-HCG se programa la inseminación.

2.- Capacitación espermática:

En la inseminación artificial homóloga, la muestra de semen se obtiene por masturbación el mismo día en que se va a realizar la inseminación, se recomienda a la pareja una abstinencia sexual en los 3 a 5 días previos, con el objeto de maximizar la calidad de la muestra seminal en número y calidad de los espermatozoides, la técnica de capacitación espermática se selecciona según la calidad de la muestra de semen, tiene una duración hasta de 2 horas y debe iniciarse a los 30 minutos después de obtenida la muestra, la capacitación espermática emplea una serie de técnicas de lavado con soluciones especiales o con gradientes de diferentes densidades que eliminan del eyaculado restos celulares, bacterias, leucocitos, espermatozoides muertos y lentos, secreciones seminales; al mismo tiempo se selecciona y concentra la población de espermatozoides más fértiles en un volumen aproximado de 0.5 – 1.0 ml que se introduce al útero aumentando con ello las posibilidades de fecundación, la técnica utilizada en el laboratorio de Andrología de la Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana es la filtración en gradientes de concentración.

3.- Transferencia del semen capacitado al útero:

Cuando la muestra está lista para la inseminación artificial se deposita en un catéter especial conectado a una jeringa; la paciente se coloca en posición ginecológica, se aplica un espejo vaginal estéril para localizar el cérvix (igual que en una exploración vaginal de rutina) y por su orificio se introduce el catéter hacia el interior del útero y se deposita el semen capacitado (inseminación intrauterina) como se muestra en la Fig. 1 abajo. Si el caso lo amerita, se puede depositar también semen capacitado en el interior del cérvix (inseminación intracervical). El catéter se retira lentamente y se deja a la paciente en reposo 30 minutos, concluyendo así el procedimiento. Se indica reposo absoluto por un lapso de 24 hrs., y en las siguientes 48 hrs. coito vaginal. Se recomienda administrar algún medicamento progestágeno para ayudar a la implantación del pre-embrión.

BENEFICIOS :

Eficiencia del procedimiento IUI:

Con la inseminación intrauterina se obtiene la mejor tasa de embarazo, entre el 20-25% de probabilidades de embarazo por intento. Se recomiendan de 3 ciclos consecutivo como máximo, entendiendo por consecutivos que



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

SUBDIRECCIÓN MEDICA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURO
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONORA VICARIO

deberán de realizarse al mes siguiente de haber terminado la inseminación, sin tener embarazo, de inseminación artificial para agotar las probabilidades de éxito. Una vez lograda la fecundación, el desarrollo del embarazo es normal; *el riesgo de presentar un aborto, parto prematuro o un bebé con una malformación congénita es el mismo que en un embarazo obtenido por coito vaginal.*

RIESGOS:

Complicaciones más frecuentes de los procedimientos de IUI:

Hiperestimulación ovárica:

Es una respuesta exagerada del ovario a la estimulación de la ovulación, en que el número de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado. Se caracteriza por un aumento del tamaño de los ovarios y hay distensión abdominal por retención de líquido. Ocurre en 1 a 5% de los ciclos estimulados. Esta probabilidad esta aumentada en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico. Cuando la hiperestimulación es severa se pueden producir alteraciones de la coagulación, daño renal, hemoconcentración, colección líquida abdominal y en tórax. Esto es una condición transitoria, que a veces requiere hospitalización para una mejor vigilancia.

Embarazo tubario:

Es la implantación del embrión en la trompa, Este diagnóstico se puede hacer alrededor de 21 días después de la inseminación cuando por ecografía se puede ver el saco gestacional. Esta complicación ocurre en la población general en alrededor del 1 - 2% de los casos y en los ciclos de reproducción asistida esta incidencia aumenta a 4% en gran parte debido a que las personas que deben recurrir a estos procedimientos tienen patología tubárica y uterina que facilita la ocurrencia de esta complicación. Si el diagnóstico es de certeza, éste debe ser resuelto de inmediato, ya sea a través de cirugía por laparoscopia o en ciertos casos mediante la administración de una droga quimioterapéutica llamada metotrexate que inhibe la multiplicación celular del embrión, con lo que disminuye el riesgo de ruptura tubárica.

Torsión Ovárica:

El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la distensión abdominal, puede facilitar su torsión estrangulando el sistema vascular lo que origina intensos dolores cólicos, Si el cuadro no se resuelve espontáneamente, se produce necrosis (muerte celular) destrucción y hemorragia ovárica. Es una emergencia médica que requiere de solución inmediata, El tratamiento de esta situación es quirúrgico, por laparoscopia y/o laparotomía ya sea destorciendo el ovario, que rápidamente recupera su vitalidad o extirpando el ovario cuando el compromiso circulatorio es tan extenso que no permite la sobrevida del mismo. Esta patología se presenta en menos de un 1% de los casos.

Otras complicaciones:

Algunas complicaciones locales derivadas del procedimiento puede ser: dolor cólico, sangrado escaso que cede espontáneamente horas después de la inseminación, náuseas y vómitos, infección pélvica cuando hay antecedentes de hidrosálpinx o cuando hay infección cérvico-vaginal activa, aunque de muy baja frecuencia.

Defectos de Nacimiento:

El porcentaje de malformaciones de los recién nacidos producto de técnicas de reproducción asistida – **inseminación**- no es mayor que el de la de la población general. En la información publicada a nivel mundial y latinoamericana, las tasas de malformaciones no superan la encontrada en la población general en edad reproductiva (2 a 2.4% de los nacidos vivos).

Embarazo múltiple:

La tasa (proporción) de multigestación es una consecuencia directa del número de ovocitos estimulados y de la edad de la mujer. La tasa global de multigestación es 29%. Esto significa que de cien embarazos, 29 se inician con dos o más sacos gestacionales. Un 10% de estos reducirá espontáneamente a un saco, evento que ocurre habitualmente antes de la semana 12 de gestación. Dependiendo de las condiciones físicas de la mujer, el devenir del embarazo gemelar para la madre y para los bebés, no debiera reportar grandes diferencias respecto a gestaciones únicas.

Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez. C.P. 03229 Tel. 52005003, ext. 14296 y 14297



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
ANIVERSARIO

Sin embargo, la gestación triple y cuádruple se asocia a mayor tasa de abortos, muertes fetales en útero, partos prematuros y mayor morbilidad neonatal. La prematuridad y las complicaciones neonatales determinan en muchos casos, severas secuelas para los nacidos de gestaciones triples y más.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PROPUESTO:

La alternativa posterior a tres intentos fallidos de inseminación, sería la Fertilización In Vitro con Transferencia de Embriones. Otra alternativa es la ADOPCION.

AUTORIZACION DE LA PAREJA :

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación al tratamiento.
 Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este tratamiento.

Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios, las posibilidades de fracaso, así como las alternativas al tratamiento propuesto, y que podemos presentar nuestro retiro del programa en cualquier momento y por cualquier razón que sea considerada por nosotros.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este ciclo de tratamiento.

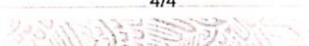
De conformidad
 He recibido copia de este formulario.

_____ (9) Nombre de la Paciente	_____ Firma	_____ Teléfono y correo electrónico
_____ (10) Nombre del Paciente	_____ Firma	_____ Teléfono y correo electrónico.
_____ (11) Testigo	_____ Firma	_____ Teléfono
_____ (12) Testigo	_____ Firma.	_____ Teléfono

Ciudad de México, a ____ de _____ (13) _____ de 20 ____.

Médico Especialista que informa: _____ (14)
 Antes del inicio del tratamiento y previo a que los pacientes firmen este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios, posibilidades de fracaso así como las alternativas al tratamiento propuesto, en el caso del procedimiento Inseminación Intrauterina Homóloga.
 Me he reunido con la pareja para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____





CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 3: Consentimiento informado para Inseminación Intrauterina Homóloga (con semen de la pareja).		Clave del formato CIIH
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente
9	Nombre de la Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta de la pareja en la que se propone el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 4. Aviso de Privacidad para Pacientes

	CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"	Hoja:	1 de 1	
	COORDINACION DE PLANEACIÓN Y EVALUACION HOSPITALARIA	Código hospitalario interno:	FO-CPL-CAH-APV-03	
	CALIDAD HOSPITALARIA	Versión:	3	
	AVISO DE PRIVACIDAD PARA PACIENTES	Fecha de aplicación:	20/11/2020	

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE para efectos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad que resulte y que en lo sucesivo se denominara indistintamente como "El Responsable", con domicilio en Avenida Félix Cuevas 540, Col del Valle Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, de conformidad con lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Datos le informa que tratara los datos personales que recabe de Usted con las siguientes finalidades:

1. Brindarle la atención médica que requiera para lo cual diversos servicios de "El Responsable" "podrían tener acceso a los mismos (laboratorio clínico, radiología e imagen, banco de sangre, etcétera).
2. Remitir sus datos a sus médicos tratantes e interconsultantes.
3. Integrar su expediente clínico.
5. Garantizar un tratamiento correcto.
6. Determinar si requiere ser tratado como paciente vulnerable y de alto riesgo.
7. Para el cumplimiento de los derechos y obligaciones adquiridos.
8. Para encuestas y/o entrevistas de satisfacción de servicios.

Por lo tanto y para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales : nombre completo , domicilio, número telefónico de casa o de trabajo u oficina , así como de teléfono móvil, correo electrónico, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre, domicilio y número telefónico de casa o de trabajo u oficina, así como teléfono móvil , correo electrónico , estado civil, edad , sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre domicilio y teléfono de algún familiar que designe como familiar responsable y con quien podamos comunicarnos en caso de urgencia. A fin de poder brindar la atención médico –hospitalaria y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los siguientes datos personales sensibles: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud.

En relación con los datos personales que se mencionan en el párrafo anterior, "El Responsable" se compromete a que el tratamiento será el absolutamente indispensable para las finalidades mencionadas y a tratarlos bajo las medidas de seguridad adecuadas para proteger la confidencialidad de los mismos y que en caso de prever otra finalidad se le solicitará su autorización efectuando la modificación al Aviso de Privacidad respectivo.

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO):

El titular de los datos podrá ejercer sus derechos ARCO personalmente ante la oficina de la Coordinación de Supervisión y Control de la Gestión Hospitalaria, ubicada en Avenida Félix Cuevas 540 Séptimo Piso, Col del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, en la Ciudad de México. Le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos dentro y fuera del hospital en forma congruente con la finalidad del tratamiento de los datos y la naturaleza jurídica de la relación entre Usted y el "Responsable.

"El Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad.

Manifiesto estar de acuerdo con el trato que se dará a mis datos personales.

_____ 1 _____
**Nombre y firma del paciente
o representante legal**

Día _____ /Mes _____ /Año _____
2 Fecha



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 4: Aviso de Privacidad para Pacientes.		Clave del formato AP
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Nombre y firma del paciente o representante legal	El apellido paterno, materno, nombre(s) y firma del paciente o representante legal que es informado (a) en relación al tratamiento que se dará a sus datos personales.
2	Fecha	El día, mes y año, en que se firma el aviso de privacidad por el paciente.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 01 copia.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la declaración de conformidad del paciente al respecto del tratamiento a sus datos personales.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	El paciente
Periodicidad:	En la consulta de primera vez del paciente que requiere atención.
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**34. – PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE
ASISTIDAS DE ALTA COMPLEJIDAD**



**PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE
ASISTIDAS DE ALTA COMPLEJIDAD**

OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento para la implementación de técnicas de reproducción medicamente asistidas de alta complejidad a fin de resolver el problema de infertilidad en parejas que requieran de estas tecnologías, aplicadas en conjunto con otros procedimientos coadyuvantes como Assisted Hatching, IMSI, PICSI, fragmentación de DNA y otros que pudieran favorecer sus resultados reproductivos.



**PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE
ASISTIDAS DE ALTA COMPLEJIDAD**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana y los médicos adscritos serán los responsables de realizar todos los procedimientos que se describen en el presente ordenamiento.
2. El servicio de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Regionales o Generales será el facultado para realizar la referencia del paciente al servicio de Reproducción Humana, mediante la solicitud de servicios de *Referencia y Contrarreferencia de Pacientes SM-1-17. (anexo 1)*
3. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana determinará según el caso, la viabilidad y el tipo de tratamiento de reproducción asistida que se llevará a cabo de acuerdo a las condiciones y resultados médicos de la evaluación en la pareja.
4. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana será la responsable de la adecuada aplicación de las técnicas de reproducción medicamente asistidas de alta complejidad, que son la *Fertilización In-Vitro (FIV-TE)*, *Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)* y *Transferencia de Embriones Descongelados (FET)*.
5. Las técnicas de reproducción medicamente asistidas de alta complejidad; de acuerdo a los criterios médicos, podrán realizarse en las pacientes cuya edad no exceda los 42 años o, en caso de mujeres mayores, cuando se hayan realizado pruebas de reserva ovárica y éstas se encuentren dentro de los parámetros médicos establecidos.
6. Para que exista viabilidad en la aplicación de las técnicas de reproducción medicamente asistidas de alta complejidad, se recomienda que los pacientes cuenten con un máximo un índice de masa corporal menor a 30 IMC Peso (kg/m²), a fin de que el tratamiento tenga mayores probabilidades de éxito, por lo que las parejas que rebasen dicho índice, previo deberán recibir el manejo médico nutricional correspondiente.
7. El médico responsable de reproducción asistida se encargará de la operatividad *Médico-Clínica de las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida*, mientras que el responsable del laboratorio de reproducción asistida se encargará del manejo de gametos y embriones.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



8. El paciente iniciará el tratamiento conforme al orden establecido en la lista de espera de acuerdo a la fecha de inscripción en el programa de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana.
9. Los Ciclos de Fertilización In-Vitro (FIV-TE), Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) y Transferencia de Embriones Descongelados (FET), estará a cargo de los médicos adscritos al Servicio de Reproducción Humana, de acuerdo con la disponibilidad de los insumos correspondientes.
10. El médico tratante deberá realizar el proceso de consentimiento informado y solicitar la firma correspondiente mediante los formatos Consentimiento Informado para Fertilización In-Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV-TE) (*anexo 2*) Consentimiento Informado para Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) (*anexo 3*) y Consentimiento informado para la Descongelación de Embriones Criopreservados (*anexo 4*).
11. De acuerdo con los resultados de los estudios de evaluación de los pacientes, se llevará a cabo la selección de la Técnica de Reproducción Medicamente Asistida a realizar, el procedimiento de Fertilización In-Vitro consta de los siguientes pasos:
 - a. Estimulación ovárica o seguimiento de ciclo natural.
 - b. Captura ovocitaria: obtención y clasificación de ovocitos.
 - c. Capacitación espermática.
 - d. Fertilización de gametos.
 - e. Desarrollo embrionario.
 - f. Transferencia Embrionaria y / o Criopreservación de embriones.

Se considerará como un resultado satisfactorio de los procedimientos, si se presenta una adecuada fertilización, desarrollo de embriones y se lleva a cabo la transferencia embrionaria y/o criopreservación de embriones.

12. El médico tratante será responsable de evaluar los casos en los que no se haya logrado el embarazo luego de la aplicación de Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad para determinar si es candidata a un segundo tratamiento. En las pacientes que cuenten con células germinales o embriones remanentes criopreservados, se determinará qué manejo previo se deberá realizar para la preparación endometrial y descongelación de embriones.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



- 13.** El responsable del laboratorio de reproducción asistida en coordinación con el médico tratante, serán los encargados del proceso de consentimiento informado para la congelación de embriones y/o gametos, utilizando los formatos de Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones (*anexo 5*), Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides (*anexo 6*) y Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos (*anexo 7*).
- 14.** El Servicio de Reproducción Humana cuenta con la capacidad instalada e infraestructura para proporcionar los tratamientos mediante Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad, en un máximo de dos ocasiones por paciente.
- 15.** Hasta el momento, no se encuentran aprobadas las técnicas de donación de ovocitos, donación de espermatozoides o maternidad subrogada.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Descripción y diagrama de flujo			
Actividad	Responsable		
	Médico tratante del Hospital General o Regional	Jefe de Servicio de Reproducción Humana	Médico tratante del Servicio de Reproducción Humana
<p>Inicia el Procedimiento</p> <p>1. Referencia al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre a los pacientes que se consideren candidatos a un tratamiento de reproducción asistida.</p> <p>2. Realizar estudio clínico de los pacientes; evaluar los resultados y determinar si son candidatos al tratamiento de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad, conforme a la <i>política 4</i>.</p> <p>3. Realizar estudios de laboratorio y/o gabinete en, revisar y definir el tipo de técnica adecuada para el tratamiento.</p> <p>4. Iniciar con el tratamiento de Reproducción Asistida (FIV-TE, ICSI, FET), según corresponda, conforme a la <i>política 9</i>.</p> <p style="text-align: center;">¿Se obtuvo una respuesta adecuada al Ciclo de estimulación ovárica?</p> <p>4.1 No: Cancela el ciclo y se envía para revaloración del caso. Regresa a la actividad 2.</p> <p>4.2 Sí: Continúa su seguimiento para realizar captura ovular y transferencia embrionaria.</p>	<pre> graph TD Start([Start]) --> B1([1]) B1 --> B2[2] B2 --> B3[3] B3 --> B4[4] B4 --> D{ } D -- No --> B1 D -- Sí --> B4_1[4.1] B4_1 --> B1 D -- Sí --> B4_2[4.2] B4_2 --> End{{A}} </pre>		



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



III. Descripción y diagrama de flujo		
Actividad	Responsable	
	Médico adscrito al Servicio de Reproducción Humana	Responsable del laboratorio de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana
<p>5. Realiza los procedimientos que conllevan el manejo de gametos y embriones dentro del Laboratorio de Reproducción Asistida establecido en la política 9</p> <p>¿El resultado de los procedimientos aplicados fue satisfactorio?</p> <p>5.1 No: Cancela el ciclo y se envía para revaloración del caso. Regresa a la actividad 2.</p> <p>5.2 Sí: Informa la calidad de los embriones obtenidos y participa en la transferencia embrionaria.</p> <p>6. Da seguimiento médico a la paciente posterior a la transferencia embrionaria y solicita la realización de estudios de laboratorio que incluyen prueba de embarazo.</p> <p>¿Se logró embarazo?</p> <p>6.1 Si: Continúa seguimiento hasta la semana 8 de gestación y se realiza la Contrarreferencia administrativa (SM-1-17) Anexo 1 a su Unidad Hospitalaria de Referencia. Termina Procedimiento.</p> <p>6.2. No: ¿La pareja cuenta con gametos o embriones criopreservados?</p> <p>6.2.1. No: Revaloración del caso y revisión por parte del grupo de médicos del Servicio de Reproducción Humana de acuerdo con la política 11. Regresa a la actividad 2.</p> <p>6.2.2. Sí: Revaloración y programación de Transferencia de embriones descongelados (FET)</p>	<pre> graph TD A[A] --> 5[5] 5 -- No --> 5.1[5.1] 5 -- Sí --> 5.2[5.2] 5.1 --> 2((2)) 5.2 --> 6[6] 6 -- Sí --> 6.1[6.1] 6 -- No --> D2{ } 6.1 --> O1([]) D2 -- Sí --> 6.2.2[6.2.2] D2 -- No --> 6.2.1[6.2.1] 6.2.2 --> B[B] 6.2.1 --> 3((3)) </pre>	



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Actividad	Responsable	
	Médico adscrito al Servicio de Reproducción Humana	Grupo de médicos adscritos al Servicio de Reproducción Humana
<p>7</p> <p>. Analiza el caso, determina si es necesario manejo previo a FET conforme a la política 11 y lo envía con médico adscrito.</p> <p>8. Realiza terapéutica médica o quirúrgica determinada y en forma conjunta lleva a cabo el proceso de consentimiento informado para la Transferencia de Embriones Descongelados (FET) (anexo 4).</p> <p>9. Realiza procedimiento de FET, mediante preparación endometrial y transferencia de embriones y/o gametos descongelados, de acuerdo con la política 11</p> <p>10. Da seguimiento a la pareja e indica los estudios para determinar el resultado del tratamiento,</p> <p>¿La prueba de embarazo fue positiva?</p> <p>10.1. Sí: Se continúa su seguimiento hasta la semana 8 de gestación y posteriormente se realiza Contrarreferencia Administrativa, con el formato Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes SM-1-17 (Anexo 1) a su Unidad Hospitalaria de Referencia. Termina procedimiento.</p> <p>10.2. No: Se informa a la pareja que el tratamiento ha finalizado, de acuerdo con la política 13.</p> <p style="text-align: center;">Termina el Procedimiento</p>		



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Registros

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de retención	Protección	Disposición
Lista de Espera	Carpeta electrónica	Fecha de inscripción	Permanente	Mediante contraseña Información ubicada en la Oficina del Jefe de Servicio de Reproducción Humana	Permanente

Referencias	<ul style="list-style-type: none">• Ley del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo del 2007 y sus reformas.• Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, El 1 de febrero de 2019 en su Artículo 10 Fracción IV, VIII y XI• Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2016.• Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el D.O.F. el 4 de junio de 2015.• Manual de Organización General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2 Dirección Médica, funciones 3, 7 y 8. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2010 y sus actualizaciones.
--------------------	--

Glosario	<p>Assisted Hatching: El procedimiento in vitro (en el laboratorio) en el cual la zona pelúcida (pared que cubre al Embrión) es de cualquier manera adelgazada o perforada por medios bioquímicos, mecánicos o laser.</p> <p>Contrarreferencia Administrativa: La respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.</p> <p>Criopreservación: El proceso de congelación lenta o vitrificación para conservar material biológico (por ejemplo, gametos, cigotos, embriones en fase de escisión, blastocistos o tejido gonadal) a temperatura extremadamente baja.</p> <p>Embrión: El organismo biológico resultante del desarrollo del cigoto, hasta ocho semanas completas después de la fertilización, equivalente a 10 semanas de edad gestacional.</p> <p>Espermatozoide: El gameto masculino.</p>
-----------------	--



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Estimulación ovárica: El tratamiento farmacológico con la intención de inducir el desarrollo de folículos ováricos. Puede usarse con dos propósitos: 1) para relaciones sexuales programadas o inseminación; 2) en TRA, para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.

Fertilización: La secuencia de procesos biológicos iniciados por la entrada de un Espermatozoide en un ovocito maduro seguido de la formación de los pronúcleos.

FIV-TE: (Fecundación In Vitro con Transferencia Embrionaria), una vez que los folículos lleguen al tamaño adecuado, se realiza captura ovular, los ovocitos, son incubados con Espermatozoides previamente capacitados, si hay fertilización (detectando los pronúcleos masculinos y femeninos), se dejan 2, 3 o 5 días en cultivo, y se transfieren al útero, a través del cuello del mismo.

Infertilidad: La enfermedad caracterizada por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección o debido a un deterioro de la capacidad de una persona para reproducirse como individuo o con su pareja. Las intervenciones de fertilidad pueden iniciarse en menos de 1 año según los antecedentes médicos, sexuales y reproductivos, la edad, los hallazgos físicos y las pruebas de diagnóstico. La infertilidad es una enfermedad que genera discapacidad como un impedimento de la función.

Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides- (ICSI) La técnica de reproducción asistida que permite inseminar un óvulo mediante la microinyección en su interior de un solo Espermatozoide. Una vez fecundado, el óvulo se convierte en un preembrión y se transfiere dentro del útero para que continúe su desarrollo

Lista de Espera: Número de parejas con problemas de Infertilidad que han completado una serie de pruebas diagnósticas con resultados favorables para el pronóstico de la fertilidad, quienes serán atendidas de acuerdo al orden de cómo fueron concluyendo su protocolo de diagnóstico.

Ovocito: El gameto femenino (huevo).

Reproducción Medicamente Asistida (RMA): La reproducción a través de diversas intervenciones, procedimientos, cirugías y tecnologías para tratar diferentes formas de deterioro de la fertilidad e infertilidad. Estos incluyen la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica, la activación de la ovulación, todos los procedimientos de TRA, el trasplante uterino y la inseminación intrauterina, intracervical e intravaginal con semen de esposo / pareja o donante.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



	<p>Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida: Las técnicas mediante las cuales se trata de aproximar en forma artificial a los gametos femenino (óvulos) y masculino (Espermatozoides) con el objeto de favorecer el embarazo.</p> <p>Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad: Las técnicas que tienen como objetivo la unión entre el óvulo y el Espermatozoide por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro, entre otras.</p>
Relación de anexos	<p>Anexo 1. Formato SM-1-17. Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.</p> <p>Anexo 2. Consentimiento informado para Fertilización In-Vitro y Transferencia embrionaria (FIV-TE).</p> <p>Anexo 3. Consentimiento informado para Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI).</p> <p>Anexo 4. Consentimiento informado para la Descongelación de Embriones Criopreservados.</p> <p>Anexo 5. Consentimiento informado para la Criopreservación de Embriones.</p> <p>Anexo 6. Consentimiento informado para la Criopreservación de Espermatozoides.</p> <p>Anexo 7. Consentimiento informado para la Criopreservación de Ovocitos.</p> <p>Anexo 8. Aviso de Privacidad para Pacientes.</p>

Resumen de Cambios

Este instrumento es de nueva creación con base en lo previsto por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de marzo de 2007 y sus reformas, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de febrero de 2019, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de octubre de 2016 y el Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



ANEXOS



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.	Clave del formato SM-1-17
--	----------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora.	El Día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de referencia de un paciente.
3	Unidad Médica Emisora	El Nombre de la Unidad Médica que refiere al paciente
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la referencia	La descripción del motivo de la referencia (falta de recurso humano, equipo o instrumental médico, inexistencia del servicio y/o especialidad requerido, entre otros)
6	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que requiere ser referido.
7	Sexo	Con una cruz si el paciente es del sexo (mas) masculino o (fem) femenino según corresponda.
8	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
9	Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
10	Teléfono	El Número telefónico donde se pueda localizar al paciente o a sus familiares más cercanos
11	Unidad Médica Receptora	El Nombre de la unidad médica que confirmó cita para atender al paciente referido
12	Clave	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que recibe un paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.	Clave del formato SM-1-17
---	----------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
13	El paciente se refiere a:	Con una cruz si el paciente es referido a los servicios de “Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento”, “Rehabilitación Física” o “Consulta Externa Especializada”, según corresponda.
14	Número de Traslados en el año	El número de traslados ocurridos por el mismo paciente, durante el año calendario.
15	Servicio	El nombre del servicio que requiere el paciente referido.
16	Tipo de Traslado	Marque con una cruz, si el tipo de traslado es de “Primera Vez” o “Subsecuente”, según corresponda.
17	Cita	El día, mes, año y horario (en horas y minutos) de la cita confirmada para el paciente referido
PRESENTACIÓN DEL CASO		
18	Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica	La descripción de los antecedentes del heredo – familiares no patológicos y patológicos, la evolución de la patología, tratamiento previo en caso de existir, diagnóstico y las causas que justifican la referencia del paciente.
19	Resultados de Laboratorio y Gabinete	La descripción de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente.
20	Licencia Médica otorgada	El periodo de tiempo en días, que cubre una Licencia Médica para un paciente referido, anotar el día, mes y año de inicio y día, mes y año de término.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.

Clave del formato SM-1-17

No.	Nombre	Debe anotarse
21	Referencia por	Anotar únicamente en caso de que el paciente referido presente un “probable riesgo de trabajo” o un “riesgo de trabajo”.
22	Médico Tratante	El nombre completo, clave y firma del Médico Tratante que propone la Referencia del paciente.
23	Vo. Bo. Jefe Inmediato	El nombre completo, clave y firma del Jefe Inmediato del Médico Tratante, que otorga el “Visto Bueno” a la Solicitud de Referencia del paciente.
24	Sello de la Unidad Médica Emisora	El sello de la Unidad Médica Emisora, en el espacio asignado ex profeso.
25	Clave del Traslado	La clave según corresponda al tipo de traslado autorizado: (Es responsabilidad exclusiva del director de la Unidad Médica Emisora o quien tenga delegada la responsabilidad) A Por autobús B Por ambulancia C Por automóvil D Por vía aérea 0 El paciente NO requiere acompañante 1 El paciente SI requiere ir acompañado
26	Nombre, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora, autorizando la solicitud de referencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
27	Paciente y/o Familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o del familiar responsable del paciente, aceptando la entrega de este documento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información Médico–Administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Referencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico tratante de la Unidad Médica Emisora que propone la Referencia.
Revisión:	Jefe inmediato del Médico tratante que propone la Referencia.
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser referido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.

Clave del formato SM-1-17

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Receptora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de Contrarreferencia de un paciente.
3	Unidad Médica	El nombre de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la Contrarreferencia	Descripción del motivo de la Contrarreferencia (paciente dado de alta, paciente con posibilidad de continuar su tratamiento en su Unidad Médica de Adscripción, entre otros).
6	Total de Interconsultas	Número total de interconsultas a las que fue referido el paciente en los diferentes servicios.
7	Total de consultas otorgadas	Número total de consultas que recibió el paciente en la unidad receptora.
8	Diagnóstico de Referencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia.
9	Diagnóstico de Contrarreferencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia
10	Congruencia entre el Dx de Referencia y el Dx de Contrarreferencia.	Marque con una cruz (x) el espacio que corresponda a su respuesta si esta es afirmativa o negativa.
11	Unidad Médica de Adscripción del paciente	Nombre de la Unidad Médica de Adscripción del paciente, donde se debe presentar el paciente para continuar su tratamiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.	Clave del formato SM-1-17
--	----------------------------------

12	Clave	Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica de Adscripción del paciente (para su uso en el Área de Estadística)
INFORME DEL MEDICO ESPECIALISTA		
13	Resultado de la valoración	Describir los estudios que se le practicaron al paciente, sus resultados, la evolución que haya presentado y tratamiento recibido.
14	Indicaciones a seguir	Indique que medicamentos y posología son los indicados y su tratamiento, la dieta recomendada , otras indicaciones y/o comentarios.
15	Médico Especialista Tratante.	El nombre completo, clave y firma del Médico Especialista Tratante, que propone la Contrarreferencia.
16	Nombre y firma Director de la Unidad Médica Receptora	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Receptora, autorizando la solicitud de Contrarreferencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
17	Paciente y/o familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o familiar al que se entrega este formato debidamente autorizado



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información Médico Administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico Especialista Tratante de la Unidad Médica Receptora que propone la Contrarreferencia.
Revisión:	Jefe inmediato del Médico Especialista tratante que propone la Contrarreferencia .
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser contrarreferido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 2. Consentimiento informado para Fertilización In-Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV-TE)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FERTILIZACIÓN IN-VITRO
Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (FIV-TE)

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente tratamiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad ____ (2) ____

No. _____ Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4)

Paciente _____ (5) _____ Edad ____ (6) ____

No. _____ Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8)

La Fertilización in Vitro y Transferencia embrionaria (FIV/TE) es un método de Reproducción Asistida dirigido a pacientes infértiles, su finalidad es que los espermatozoides fecunden óvulos fuera del cuerpo de la mujer, cuando están imposibilitados para hacerlo en su sitio natural, la trompa de Falopio, este procedimiento se realiza en la Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana, manteniendo óvulos y espermatozoides en una cápsula con medio de cultivo (líquido que simula el líquido de las trompas de Falopio) y bajo condiciones ambientales controladas de temperatura, humedad, concentración de oxígeno, bióxido de carbono, etc.

Si ocurre la fecundación y se desarrollan embriones, estos son transferidos de preferencia al útero y en algunos casos a la trompa de Falopio con el objeto que continúen su multiplicación y desarrollo, hasta adquirir la capacidad de implantarse en el endometrio que es la capa interna del útero de la mujer.

Las etapas de la Fertilización In-Vitro y Transferencia embrionaria son:

- 1. Estimulación ovárica controlada**
- 2. Aspiración folicular**
- 3. Fecundación**
- 4. Transferencia embrionaria**



I.-ESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA.

Durante un ciclo ovulatorio espontáneo, de todos los folículos (estructura del ovario en cuyo interior están los ovocitos) seleccionados en cada mes (aproximadamente 10), sólo uno alcanza la madurez (folículo dominante), el resto de los folículos se reabsorben y nunca más serán usados por el ovario, así, sólo un ovocito tiene la oportunidad de ser fecundado en cada ciclo, en ocasiones extraordinarias, se seleccionan más de un folículo, con la consiguiente producción de más de un ovocito, estos son los casos en que pueden producirse gemelos no idénticos en forma espontánea.

El objetivo de la estimulación ovárica controlada es reclutar un mayor número de ovocitos en ambos ovarios y evitar la reabsorción de la población de folículos que acompaña al dominante, esto permite disponer de un mayor número de ovocitos los que una vez aspirados del ovario, puedan ser inseminados para facilitar su fecundación.

LA MÍNIMA ESTIMULACIÓN OVÁRICA, es un protocolo gentil, que se define como la administración de FSHr a dosis bajas, y/o con una duración corta en co-tratamiento con un antagonista de GnRH, o cuando los compuestos orales (Anti-estrógenos o Inhibidores de aromatasas), se utilizan solos o combinados con gonadotropinas, aplicación de HCG y soporte de la fase lútea. La mínima estimulación ovárica para fertilización in vitro tiene la intención de limitar el número de ovocitos obtenidos en número de 2 a 7 aproximadamente.

En las pacientes consideradas normorrespondedoras, en las que aparentemente existe buen pronóstico reproductivo, ya que cuentan con adecuada cantidad y calidad ovocitaria, esta estimulación ha demostrado ser la más adecuada, al disminuir la posibilidad de complicaciones como embarazo múltiple y síndrome de hiperestimulación ovárica, y ofreciendo un número adecuado de embriones disponibles a transferir aumentando por lo tanto la tasa de embarazo.

Este esquema al parecer es de mayor relevancia al aplicarlo en paciente normorrespondedora al considerar la mayor tasa de embarazo con respecto a un protocolo convencional, además de que las bajas dosis disminuyen los efectos adversos sobre el endometrio.

Las dosis empleadas de medicamento y días de estimulación son menores, por lo tanto, los costos bajan. Se reduce en forma importante las complicaciones y riesgos más frecuentes asociados a la estimulación ovárica, descritos posteriormente.

Métodos de estimulación hormonal: La estimulación hormonal consta de dos etapas. La primera consiste en bloquear las descargas de LH de la hipófisis de la mujer, esto se logra con inyecciones subcutáneas diarias de agonistas y/o antagonistas de factores hipotalámicos (GnRH), también puede usarse en inyecciones de depósito, una vez bloqueada la hipófisis de la mujer, se inicia la segunda etapa que consiste en estimular hormonalmente los ovarios de la mujer, los medicamentos más usadas para la estimulación de la ovulación, son una combinación de las dos hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario, estas son: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), llamadas genéricamente menotropinas (hMG), también se cuenta con FSH pura lograda mediante tecnología de DNA recombinante siendo esta última la utilizada en el Servicio de Reproducción Humana.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



A veces **los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario** leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso, sin embargo, si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico.

La estimulación ovárica controlada dura en promedio entre 10 y 12 días, durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento con ultrasonido transvaginal, esto consta de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales o el número que sea necesarios, además se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir el nivel de estradiol, (hormona producida por el folículo) el que aumenta a medida que los folículos crecen, además de la hormona luteinizante y/o progesterona para evaluar la calidad del ciclo que se está estimulando.

Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18 - 22 mm, se inyecta una hormona llamada Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular alrededor de 34 a 36 horas posterior a su aplicación, se programa la aspiración folicular.

2.- ASPIRACIÓN FOLICULAR:

La aspiración folicular es un procedimiento que tiene por objeto extraer los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y guiada al interior de los folículos mediante visualización por ultrasonido, este es un procedimiento que requiere hospitalización y sedación aplicando un medicamento por la vena.

La paciente debe hospitalizarse (un día previo al procedimiento), inmediatamente después de obtenidos, los ovocitos son clasificados morfológicamente y guardados en la incubadora en cápsulas que contienen medio de cultivo y que han sido previamente rotuladas con el nombre de la paciente. La aspiración folicular demora aproximadamente 20 a 40 minutos, después de lo cual la paciente reposa en una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de anestesia general y posteriormente pasa a su habitación en el área de hospitalización.

La muestra del marido se obtiene por masturbación en la Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana o puede traer la muestra de semen directamente de su casa, si la muestra de semen es traída de la casa, ésta debe ser entregada en la Unidad de Reproducción Asistida idealmente dentro de una hora de haber sido obtenida y mantenida a temperaturas no inferiores a 20° C, el semen es procesado en la Unidad de Reproducción Asistida con el objeto de lograr extraer del semen y concentrar en medios de cultivo (igual al de los ovocitos), una subpoblación de espermatozoides móviles que en dicho medio, adquirirán la capacidad de fecundar.

Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta, fiebre, dolor agudo, o sangrado excesivo, debe informarse al médico de inmediato.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Desde el día de la aspiración folicular la mujer recibe apoyo hormonal diario con progesterona y prednisona, además el día de la transferencia se agrega 17 β -Estradiol; la vía de administración de estos medicamentos y la más común puede ser intramuscular o vaginal u oral, también existe progesterona micronizada que se usa por vía oral y vaginal. El suplemento hormonal se mantiene diariamente hasta la detección de embarazo. Si la mujer está embarazada, el suplemento con progesterona y 17 β -Estradiol se continúa por otras diez o doce semanas. Si bien no está absolutamente demostrado, existen evidencias que sugieren que la implantación embrionaria y el mantenimiento del embarazo se ven favorecidos por el uso de progesterona y estradiol complementarios.

3.- FECUNDACIÓN:

La fecundación es un proceso que se inicia con el contacto de los espermatozoides con la cubierta que rodea al ovocito (zona pelúcida) y termina con la disolución de los pronúcleos en un proceso llamado singamia.

En la Fertilización In-Vitro para que ocurra la fecundación, se incuban en un mismo medio de cultivo cada ovocito con aproximadamente 40.000 a 100.000 espermatozoides previamente capacitados en la Unidad de Reproducción Asistida, al momento en que un espermatozoide logra penetrar la zona pelúcida, el ovocito reacciona activando esta capa celular para bloquear la entrada de más espermatozoides.

La evidencia de que hubo fecundación está dada por la visualización al microscopio de los pronúcleos (masculino y femenino), 16 a 20 horas luego de la co-incubación de ambos gametos.

Uno de los riesgos de la Fertilización In-Vitro es la falta de fecundación de los óvulos. Si ninguno de los óvulos es fertilizado, o los embriones detienen su desarrollo, el médico no realizará la transferencia embrionaria y el programa se cancela.

Si los gametos son normales, la tasa de fecundación es de aproximadamente un 70%. Esta tasa varía de acuerdo a las características morfológicas de los gametos, a la edad de la mujer y la causa de infertilidad. También influye en las tasas de fecundación, variables ambientales tales como calidad e indemnidad de los medios de cultivo, pureza del aire y del ambiente físico en el interior de las incubadoras, etc.

Si los espermatozoides no tienen la capacidad de fecundar, la tecnología actual permite introducir un espermatozoide al interior del ovocito. Esta tecnología llamada "inyección intracitoplasmática de espermatozoide al óvulo" (ICSI) permite fecundar un ovocito con un espermatozoide obtenidos del semen, o extraído quirúrgicamente del epidídimo (conducto que se encuentra a la salida del testículo y que transporta espermatozoides hacia el exterior) o del testículo propiamente.

En la Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana del CMN "20 de Noviembre" del I.S.S.T.E., la totalidad de ovocitos capturados son fertilizados, vigilando la evolución de los embriones hasta la transferencia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



4.- TRANSFERENCIA EMBRIONARIA:

La transferencia de embriones al útero es un procedimiento que se realiza en quirófano, sin necesidad de analgesia o anestesia, aunque en algunos casos se puede requerir sedación. Este procedimiento dura alrededor de 15-30 minutos y consiste en depositar los embriones en el interior de la cavidad uterina.

Para ello se utiliza un delgado tubo de plástico inerte y muy suave llamado catéter. Este se introduce a través del cuello uterino y una vez en el interior los embriones son depositados en la cavidad uterina.

El número de embriones a transferir será decisión del equipo médico a cargo, siempre buscando un equilibrio entre probabilidad de embarazo por un lado y por otra parte minimizar los riesgos de embarazo múltiple, la calidad y número de embriones a transferir será informado a los pacientes previo a la realización del procedimiento, si existieran embriones sobrantes estos serán criopreservados.

El proceso de implantación del embrión se inicia al quinto día de la fecundación, así, si los embriones son transferidos al segundo o tercer día, estos deben continuar su desarrollo en el medio interno uterino antes de tomar contacto con el endometrio e iniciar la implantación. En algunos casos la transferencia puede realizarse a las trompas, de ser así se hará por laparoscopia y/o minilaparotomía entonces se requiere ayuno ya que la paciente recibirá anestesia general. Después de la transferencia la paciente permanecerá en reposo por cuatro horas, en general se recomienda al menos reposo absoluto por los siguientes siete días y posteriormente relativo. Esto sin embargo no parece ser una medida fundamental.

Algunas mujeres presentan después de la transferencia un ligero sangrado transvaginal sanguinolento, esto es normal y no debe preocupar.

A los 7 días posterior a la transferencia embrionaria será necesario tomar muestra de sangre para valorar las hormonas “estradiol y progesterona” y en su caso realizar los ajustes a los medicamentos que esta tomando, catorce días después de la transferencia puede medirse en la sangre de la mujer; una hormona (β HCG), que permite documentar la presencia de embarazo, esta hormona duplica su valor cada 1.5 a 2 días, de esta manera, mediciones seriadas pueden aportar información útil relativa a calidad de la gestación antes de ser visible por ultrasonido transvaginal, el ultrasonido transvaginal permite visualizar un saco gestacional dentro del útero 21 días después de la transferencia embrionaria.

Motivos de cancelación de la Transferencia embrionaria

- Durante la Captura ovular no se obtengan ovocitos
- Falta de fertilización entre el ovocito y el espermatozoide.

En caso de presentarse cualquiera de estas situaciones, su caso será motivo de revisión conjunta, definiéndose su pronóstico reproductivo para establecer si es candidata a un nuevo intento y último, de no ser así se realizará Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Eficiencia del procedimiento de FIV/TE

El mayor beneficio buscado, contando con su participación activa en el procedimiento es el logro de un embarazo que evolucione favorablemente y lograr que usted tenga un bebe en casa.

La eficiencia puede medirse en la proporción (tasa) de mujeres que logra un embarazo luego de haber aspirado sus folículos o luego de haber transferido embriones al útero, sin embargo, considerando que la tasa de abortos espontáneos es de aproximadamente 15% la medida más real de evaluar eficiencia es midiendo la tasa de partos o la tasa de nacidos vivos por cada 100 ciclos de aspiración folicular y/o transferencia de embriones.

La eficiencia de los procedimientos de reproducción asistida está en gran parte determinada por la capacidad de los profesionales y equipamiento del centro, sin embargo, existen condiciones que afectan las probabilidades de embarazo independientemente de la calidad del centro, estas son: el número y calidad de los embriones que se transfieren al útero y la edad de la mujer, además se debe referir también que puede intervenir para bien o para mal la calidad de vida de la mujer, desde todos puntos de vista.

En la tabla 1 y 2 se presentan las tasas de nacidos vivos por ciclo de aspiración folicular y por transferencia embrionaria según el número de embriones transferidos y la edad de la mujer respectivamente.

TABLA 1: TASA DE EMBARAZO CLÍNICO DE ACUERDO A LA EDAD DE LA MUJER EN PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACION IN VITRO.

Edad de la mujer	Tasa de embarazo clínico
< 35 años	27%
35 - 39 años	19%
> 40 años	12%

Fuente: Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana del C.M.N. “20 de Noviembre” del I.S.S.S.T.E. 2007

TABLA 2: TASA DE EMBARAZO CLÍNICO DE ACUERDO AL NUMERO DE EMBRIONES TRANSFERIDOS EN PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACION IN VITRO.

Fuente: Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana del C.M.N. “20 de Noviembre” del I.S.S.S.T.E. 2007



RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO FIV/TE

Complicaciones más frecuentes de los procedimientos de Reproducción Asistida:

Hiperestimulación ovárica:

Es una respuesta exagerada del ovario a la estimulación de la ovulación, en que el número y volumen de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado, y se caracteriza por un aumento del tamaño de los ovarios, manifestando distensión abdominal por retención de líquido.

Ocurre en 1 a 5% de los ciclos estimulados, esta probabilidad esta aumentada en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico, cuando es severa se pueden producir alteraciones de la coagulación, alteración de la función renal, hemoconcentración, colección líquida abdominal y en tórax, esto es una condición transitoria que a veces requiere hospitalización para una mejor vigilancia.

Ocasionalmente se requiere drenar el líquido acumulado en la cavidad abdominal para aliviar la distensión, el conocimiento actual y el acceso a mediciones rápidas de la hormona femenina (estradiol) así como la ultrasonografía transvaginal, permite en la mayoría de los casos predecir este cuadro con suficiente anticipación. Cuando esto es así, se recomienda cancelar el ciclo de estimulación no dando la inyección de gonadotropina coriónica o usando albúmina endovenosa durante la aspiración folicular.

Torsión Ovárica:

El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la distensión abdominal, puede facilitar su torsión estrangulando el sistema vascular lo que origina intensos dolores cólicos, Si el cuadro no se resuelve espontáneamente, se produce necrosis (muerte celular) destrucción y hemorragia ovárica. Es una emergencia médica que requiere de solución inmediata, El tratamiento de esta situación es quirúrgico, por laparoscopia y/o laparotomía ya sea destorciendo el ovario, que rápidamente recupera su vitalidad o extirpando el ovario cuando el compromiso circulatorio es tan extenso que no permite la conservación del mismo. Esta patología se presenta en menos de un 1% de los casos.

Otras complicaciones:

Algunas complicaciones locales derivadas de la punción transvaginal durante la aspiración folicular, aunque de muy baja frecuencia, son hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pélvica (absceso tubo ovárico) sangrado ovárico y finalmente lesiones de las estructuras vecinas, como el intestino.

No. de embriones transferidos	Tasa de embarazo clínico
1	12%
2	22%
3	27%

Torsión Ovárica:

El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la distensión abdominal, puede facilitar su torsión estrangulando el sistema vascular lo que origina intensos dolores cólicos, Si el cuadro no se resuelve espontáneamente, se produce necrosis (muerte celular) destrucción y hemorragia ovárica. Es una emergencia médica que requiere de solución inmediata, El tratamiento



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



de esta situación es quirúrgico, por laparoscopia y/o laparotomía ya sea destorciendo el ovario, que rápidamente recupera su vitalidad o extirpando el ovario cuando el compromiso circulatorio es tan extenso que no permite la conservación del mismo. Esta patología se presenta en menos de un 1% de los casos.

Otras complicaciones:

Algunas complicaciones locales derivadas de la punción transvaginal durante la aspiración folicular, aunque de muy baja frecuencia, son hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pélvica (absceso tubo ovárico) sangrado ovárico y finalmente lesiones de las estructuras vecinas, como el intestino.

Embarazo múltiple:

TABLA 3: TASA DE MULTIGESTACIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE EMBRIONES TRANSFERIDOS EN PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACIÓN IN VITRO.

No. embriones transferidos	Tasa de multigestación
1	0.0%
2	12%
3	26%
4	27%

Fuente: Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana del C.M.N. “20 de Noviembre” del I.S.S.T.E. 2007

DE PRESENTARSE CUALQUIER COMPLICACION MEDICA O QUIRURGICA, SE DARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

CRITERIOS DE CONGELACIÓN:

En caso de ser opcional y necesaria la congelación embrionaria, solo se congelarán los embriones con la siguiente calidad embrionaria: 1+, 2+ y 3+ .

Los embriones con calidad embrionaria:

4+ y 5+ se dejarán desarrollar a un estadio más avanzada llamado blastocisto, en caso de llegar a este estadio de desarrollo embrionario se congelarán y en caso de no llegar a este estadio de desarrollo embrionario no se congelarán.

Si en su caso se decidiera llevar a cabo este procedimiento, se entregará un consentimiento informado específico para congelación de embriones.

DESTINO DE LOS EMBRIONES:

De acuerdo a la tasa de clivaje (división embrionaria) y a la clasificación morfológica del embrión, el médico y el embriólogo decidirán cuál es el mejor momento para realizar la transferencia de sus embriones, únicamente se transfieren 2 como máximo, si contamos con más embriones y cumplen criterios para congelación o continúan su desarrollo a blastocisto (embrión de 5 días) se congelarán , el resto de los embriones se arrearán naturalmente.

Definición de embriones sobrantes

- Cuando la pareja ya no desea hacer uso de sus embriones con fines



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 2: Consentimiento informado para Fertilización In-Vitro y Transferencia Embrionaria (FIV-TE).		Clave del formato FIV-TE.
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la pareja	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y extensión o red del Médico Especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico Especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 3. Consentimiento informado para Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI).

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente tratamiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad ____ (2) _____

No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

Paciente _____ (5) _____ Edad ____ (6) _____

No. Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

La Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) es una forma de fertilización in vitro dirigido a pacientes infértiles en que debido a múltiples factores, los espermatozoides no tienen la capacidad de penetrar al interior del ovocito. Cuando esto ocurre, es necesario facilitar la fecundación, inyectando un espermatozoide al interior del ovocito. Esto se realiza usando equipos de magnificación (microscopio invertido), equipado con sistemas hidráulicos que permiten introducir el espermatozoide suavemente, usando una finísima aguja de vidrio. Este procedimiento se realiza en el laboratorio, bajo condiciones ambientales controladas de temperatura, humedad, concentración de oxígeno, anhídrido carbónico etc.

Si ocurre la fecundación y se desarrollan embriones, estos son transferidos al útero o a la trompa de Falopio con el objeto que continúen su multiplicación y desarrollo, hasta adquirir la capacidad de implantarse en el endometrio que es la capa interna del útero de la mujer.

Las etapas del ICSI son:

- 1. Estimulación ovárica controlada**
- 2. Aspiración folicular**
- 3. Obtención de espermatozoides**
- 4. Fecundación**
- 5. Transferencia embrionaria**

Métodos de estimulación hormonal: La estimulación hormonal consta de dos etapas. La primera consiste en bloquear las descargas de LH de la hipófisis de la mujer., esto se logra con inyecciones subcutáneas diarias de agonistas y/o antagonistas de factores hipotalámicos (GnRH), también puede usarse en inyecciones de depósito, una vez bloqueada la hipófisis de la mujer, se inicia la segunda etapa que consiste en estimular hormonalmente los ovarios de la mujer, los medicamentos más usadas para la estimulación de la ovulación, son una combinación de las dos hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario, estas son: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), llamadas genéricamente menotropinas (hMG), también se cuenta con FSH pura lograda mediante tecnología de DNA recombinante siendo esta última la utilizada en el Servicio de Reproducción Humana.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



A veces **los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario** leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso, sin embargo, si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico.

La estimulación ovárica controlada dura en promedio entre 10 y 12 días, durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento con ultrasonido transvaginal, esto consta de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales o el número que sea necesarios, además se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir el nivel de estradiol, (hormona producida por el folículo) el que aumenta a medida que los folículos crecen, además de la hormona luteinizante y/o progesterona para evaluar la calidad del ciclo que se está estimulando.

Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18 - 22 mm, se inyecta una hormona llamada Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular alrededor de 34 a 36 horas posterior a su aplicación, se programa la aspiración folicular.

2.- Aspiración Folicular:

La aspiración folicular es un procedimiento que tiene por objeto extraer los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y guiada al interior de los folículos mediante visualización por ultrasonido, este es un procedimiento que requiere hospitalización y sedación aplicando un medicamento por la vena.

La paciente debe hospitalizarse (un día previo al procedimiento), inmediatamente después de obtenidos, los ovocitos son clasificados morfológicamente y guardados en la incubadora en cápsulas que contienen medio de cultivo y que han sido previamente rotuladas con el nombre de la paciente. La aspiración folicular demora aproximadamente 20 a 40 minutos, después de lo cual la paciente reposa en una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de anestesia general y posteriormente pasa a su habitación en el área de hospitalización.

La muestra del marido se obtiene por masturbación en la Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana o puede traer la muestra de semen directamente de su casa, si la muestra de semen es traída de la casa, ésta debe ser entregada en la Unidad de Reproducción Asistida idealmente dentro de una hora de haber sido obtenida y mantenida a temperaturas no inferiores a 20° C, el semen es procesado en la Unidad de

Reproducción Asistida con el objeto de lograr extraer del semen y concentrar en medios de cultivo (igual al de los ovocitos), una subpoblación de espermatozoides móviles que en dicho medio, adquirirán la capacidad de fecundar.

Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta, fiebre, dolor agudo, o sangrado



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



excesivo, debe informarse al médico de inmediato.

Desde el día de la aspiración folicular la mujer recibe apoyo hormonal diario con progesterona y prednisona, además el día de la transferencia se agrega 17 β -Estradiol; la vía de administración de estos medicamentos y la más común puede ser intramuscular o vaginal u oral, también existe progesterona micronizada que se usa por vía oral y vaginal. El suplemento hormonal se mantiene diariamente hasta la detección de embarazo. Si la mujer está embarazada, el suplemento con progesterona y 17 β -estradiol se continúa por otras diez o doce semanas. Si bien no está absolutamente demostrado, existen evidencias que sugieren que la implantación embrionaria y el mantenimiento del embarazo se ven favorecidos por el uso de progesterona y estradiol complementarios.

3.- Obtención de espermatozoides:

Cuando existen espermatozoides en el semen, éste es obtenido por masturbación al igual que en la fertilización in Vitro, en casos de azoospermia (ausencia de espermatozoides en el semen), los gametos pueden obtenerse a través de punción directa del epidídimo o mediante biopsia testicular. La decisión de recuperar espermatozoides del epidídimo o del testículo propiamente tal, depende de la causa de la azoospermia.

En factores testiculares en que se afecta la espermatogénesis, la alternativa más probable es la obtención directa del tejido testicular.

En casos de obstrucción epididimaria o de agenesia del conducto deferente (ausencia congénita), la alternativa más usada es la punción epididimaria.

En casos de azoospermia de origen testicular, los escasos espermatozoides recuperados pueden demorar un tiempo en adquirir movilidad y con frecuencia deben ser extraídos hasta un día antes de la aspiración folicular. Los espermatozoides son mantenidos en medios de cultivo antes de ser inyectados en los ovocitos.

4.- Fecundación:

Para realizar la inyección intracitoplasmática se requiere de un equipo de micromanipulación y con la ayuda de una delgada aguja de vidrio, se inyecta un espermatozoide en el ovocito. Los ovocitos óptimos para inyección son los que se encuentran en el estado de maduración adecuado. Como consecuencia del procedimiento es posible que alrededor del 10% de los ovocitos resulten dañados.

La evidencia de que hubo fecundación está dada por la visualización al microscopio de los pronúcleos (masculino y femenino), 16 a 20 horas después de la microinyección.

La tasa de fecundación varía de acuerdo a las características morfológicas de los gametos y a la edad de la mujer. También influye en las tasas de fecundación, ciertas variables ambientales como calidad e indemnidad de los medios de cultivo, pureza del aire y del ambiente físico en el interior de las incubadoras, etc. (Tabla 1).



TABLA I: TASA DE FECUNDACIÓN Y DE EMBARAZO CLÍNICO EN ICSI SEGUN EL ORIGEN DEL ESPERMATOZOIDE:

Origen del espermatozoide	Tasa de fecundación	Tasa de embarazo clínico
Eyaculado	63.0%	37.0%
Epididimario	51.0%	43.0%
Testicular	53.0%	40.0%

Fuente: A. Van Steirteghem (2000).

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO CSI

Eficiencia del procedimiento de ICSI

El mayor beneficio buscado, contando con su participación activa en el procedimiento es el logro de un embarazo que evolucione favorablemente y lograr que usted tenga un bebe en casa.

La eficiencia puede medirse en la proporción (tasa) de mujeres que logra un embarazo luego de haber aspirado sus folículos o luego de haber transferido embriones al útero, sin embargo, considerando que la tasa de abortos espontáneos es de aproximadamente 15% la medida más real de evaluar eficiencia es midiendo la tasa de partos o la tasa de nacidos vivos por cada 100 ciclos de aspiración folicular y/o transferencia de embriones.

La eficiencia de los procedimientos de reproducción asistida está en gran parte determinada por la capacidad de los profesionales y equipamiento del centro, sin embargo, existen condiciones que afectan las probabilidades de embarazo independientemente de la calidad del centro, estas son: el número y calidad de los embriones que se transfieren al útero y la edad de la mujer, además se debe referir también que puede intervenir para bien o para mal la calidad de vida de la mujer, desde todos puntos de vista.

TABLA 2: TASA DE EMBARAZO CLÍNICO DE ACUERDO A LA EDAD DE LA MUJER EN PROCEDIMIENTOS DE ICSI.

Edad de la mujer	Tasa de embarazo clínico
< 35 años	33.8%
35-39 años	27.3%
40 años	14.7%



RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO ICSI

Complicaciones más frecuentes de los procedimientos de Reproducción Asistida:

Hiperestimulación ovárica:

Es una respuesta exagerada del ovario a la estimulación de la ovulación, en que el número y volumen de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado, y se caracteriza por un aumento del tamaño de los ovarios, manifestando distensión abdominal por retención de líquido.

Ocurre en 1 a 5% de los ciclos estimulados, esta probabilidad esta aumentada en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico, cuando es severa se pueden producir alteraciones de la coagulación, alteración de la función renal, hemoconcentración, colección líquida abdominal y en tórax, esto es una condición transitoria que a veces requiere hospitalización para una mejor vigilancia.

Ocasionalmente se requiere drenar el líquido acumulado en la cavidad abdominal para aliviar la distensión, el conocimiento actual y el acceso a mediciones rápidas de la hormona femenina (estradiol) así como la ultrasonografía transvaginal, permite en la mayoría de los casos predecir este cuadro con suficiente anticipación. Cuando esto es así, se recomienda cancelar el ciclo de estimulación no dando la inyección de gonadotropina coriónica o usando albúmina endovenosa durante la aspiración folicular.

Torsión Ovárica:

El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la distensión abdominal, puede facilitar su torsión estrangulando el sistema vascular lo que origina intensos dolores cólicos, Si el cuadro no se resuelve espontáneamente, se produce necrosis (muerte celular) destrucción y hemorragia ovárica. Es una emergencia médica que requiere de solución inmediata, El tratamiento de esta situación es quirúrgico, por laparoscopia y/o laparotomía ya sea destorciendo el ovario, que rápidamente recupera su vitalidad o extirpando el ovario cuando el compromiso circulatorio es tan extenso que no permite la conservación del mismo. Esta patología se presenta en menos de un 1% de los casos.

Embarazo múltiple:

La tasa (proporción) de multigestación es una consecuencia directa del número de embriones transferidos y de la edad de la mujer, la tasa global de multigestación es del 29%, esto significa que de cien embarazos, 29 se inician con dos o más sacos gestacionales, un 10% de estos reducirá espontáneamente a un saco, evento que ocurre habitualmente antes de la semana 12 de gestación, dependiendo de las condiciones físicas de la mujer, el devenir del embarazo gemelar para la madre y para los bebés, no debiera reportar grandes diferencias respecto a gestaciones únicas, sin embargo, la gestación triple y cuádruple se asocia a mayor tasa de abortos, muertes fetales en útero, partos prematuros y mayor morbimortalidad neonatal, la prematurez y las complicaciones neonatales determinan en muchos casos, severas secuelas para los nacidos de gestaciones triples y más.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



En la tabla 3 se muestra la tasa de multigestación de acuerdo al número de embriones transferidos en mujeres menores de 35 años.

TABLA 3: TASA DE MULTIGESTACIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE EMBRIONES TRANSFERIDOS EN PROCEDIMIENTOS DE ICSI

No. embriones transferidos	Tasa de multigestación
1	0.0%
2	12%
3	26%
4	27%

Fuente: Unidad de Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana del C.M.N. “20 de Noviembre” del I.S.S.T.E. 2007

Otras complicaciones:

Algunas complicaciones locales derivadas de la punción transvaginal durante la aspiración folicular, aunque de muy baja frecuencia, son hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pélvica (absceso tubo ovárico) sangrado ovárico y finalmente lesiones de las estructuras vecinas, como el intestino.

Defectos de Nacimiento:

El riesgo de malformaciones de los recién nacidos producto de esta técnica (ICSI) aumenta un 4.2%. Se ha encontrado un aumento en el riesgo de anomalías cromosómicas después de ICSI, sin embargo, a este respecto desconocemos el impacto debido a que estas anomalías suelen provocar aborto espontáneo

DE PRESENTARSE CUALQUIER COMPLICACION MEDICA O QUIRURGICA, SE DARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

CRITERIOS DE CONGELACIÓN:

En caso de ser opcional y necesaria la congelación embrionaria, solo se congelarán los embriones con la siguiente calidad embrionaria: 1+, 2+ y 3+.

Los embriones con calidad embrionaria:

4+ y 5+ se dejarán desarrollar a un estadio más avanzada llamado blastocisto, en caso de llegar a este estadio de desarrollo embrionario se congelarán y en caso de no llegar a este estadio de desarrollo embrionario no se congelarán.

Si en su caso se decidiera llevar a cabo este procedimiento, se entregará un consentimiento informado específico para congelación de embriones.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESTINO DE LOS EMBRIONES:

De acuerdo a la tasa de clivaje (división embrionaria) y a la clasificación morfológica del embrión, el médico y el embriólogo decidirán cuál es el mejor momento para realizar la transferencia de sus embriones, únicamente se transfieren 2 como máximo, si contamos con más embriones y cumplen criterios para congelación o continúan su desarrollo a blastocisto (embrión de 5 días) se congelarán, el resto de los embriones se arrearán naturalmente.

Definición de embriones sobrantes

- Cuando la paciente ya no desea hacer uso de sus embriones con fines reproductivos.
- Aquellos casos en que habiendo transcurridos 5 años de la congelación y no siendo posible contactar a los pacientes después de agotar todos los medios razonables su comunicación y pasado este tiempo, se utilizarán las Técnicas de Reproducción Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a las normas Éticas y Legales vigentes en ese momento.

Destino de los embriones sobrantes:

En caso de ser viables se crio-preservarán y se podrán utilizar en Técnicas de Reproducción Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a las normas Éticas y legales vigentes en ese momento.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PROPUESTO:

Si este procedimiento en su caso no muestra utilidad, o usted considera que el porcentaje de éxito ofrecido es bajo, puede optar por la DONACION DE OVULOS SI FUERA EL CASO (procedimiento con el cual no contamos). Otra opción al presenta factor masculino alterado es LA UTILIZACION DE SEMEN DE DONADOR (no contamos con este procedimiento) y la ADOPCION.

AUTORIZACION DE LOS PACIENTES

Acepto que sólo se me realizará **UN PROCEDIMIENTO DE ICSI**, en el caso de no lograrse el embarazo se realizará Contrarreferencia Administrativa a la Unidad Hospitalaria de Referencia.

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación al tratamiento.

Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este tratamiento.

Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios, las posibilidades de fracaso, así como las alternativas al tratamiento propuesto, y que podemos presentar nuestro retiro del



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



programa en cualquier momento y por cualquier razón que sea considerada por nosotros.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este ciclo de tratamiento.

De conformidad

He recibido copia de este formulario.

_____(9)_____
Nombre de la Paciente Firma Teléfono y correo electrónico

_____(10)_____
Nombre del Paciente Firma Teléfono y correo electrónico.

_____(11)_____
Testigo Firma Teléfono

_____(12)_____
Testigo Firma. Teléfono

Ciudad de México, a ____ de _____(13)_____ de 20____.

Antes del inicio del procedimiento y previo a que el paciente firme este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso del procedimiento Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides.

Me he reunido con los pacientes para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Médico Especialista que informa: _____(14)_____

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 3: Consentimiento Informado para Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI)		Clave del formato ICSI
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la pareja	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
14	Médico Especialista que	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del Médico Especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



	informa	
--	---------	--

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico Especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 4. Consentimiento informado para la Descongelación de Embriones Criopreservados.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
DESCONGELACIÓN DE EMBRIONES CRIOPRESERVADOS**

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____(1)_____Ed
ad_(2)_____
No. Expediente _____(3)_____ Diagnóstico _____(4)

Paciente _____(5)_____Ed
ad_(6)_____
No. Expediente _____(7)_____ Diagnóstico _____(8)

Es el proceso o técnica mediante el cual se descongelan los embriones criopreservados de una pareja que ha sido sometida a fertilización in vitro, para poder llevar a cabo la transferencia de dichos embriones a la paciente.

De acuerdo a las características, número y estadio de sus embriones, se decidirá en conjunto con ustedes el número de embriones a descongelar para ser transferidos posterior a un ciclo de tratamiento en el que se prepara el endometrio de la paciente.

Si hubiera embriones restantes, continuarán en criopreservación con los lineamientos señalados en la Carta de Consentimiento Informado para Criopreservación de Embriones.

BENEFICIOS:

Tener la oportunidad de buscar el embarazo a través de un ciclo de preparación endometrial, evitando los riesgos que implica un ciclo de estimulación ovárica.

RIESGOS:

Actualmente al descongelar embriones, las tasas de sobrevivencia fluctúan entre un 70 y 95%. Esto último tiene que ver; más que nada, con el potencial biológico de los embriones, previo a la congelación. Es altamente probable que aquellos embriones que no sobreviven al ser descongelados, son los mismos que jamás hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación.

AUTORIZACION DE LOS PACIENTES

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la descongelación de mis embriones.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 4: Consentimiento informado para la Descongelación de Embriones Criopreservados	Clave del formato CIDEC
---	--------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la pareja	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



		a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno y nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del Médico Especialista que está informando.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico Especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 5. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES**

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad __ (2) _____
No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

Paciente _____ (5) _____ Edad __ (6) _____
No. Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160° C usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Actualmente al descongelar embriones, las tasas de sobrevivencia fluctúan entre un 70 y 95%. Esto último tiene que ver; más que nada, con el potencial biológico de los embriones, previo a la congelación. Es altamente probable que aquellos embriones que no sobreviven al ser descongelados, son los mismos que jamás hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación.

**CONSIDERACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES EN RELACION A SUS
EMBRIONES CRIOPRESERVADOS:**

1.-De resultar embarazada en el actual procedimiento de FIV/ICSI, la transferencia de embriones que fueron criopreservados, se hará en un plazo máximo de 2 años, desde la fecha del parto. Los pacientes deben comprometerse a cumplir el plazo señalado o manifestar por escrito si hay impedimento para cumplirlo o si desean postergar ese plazo.

2.-Si usted y su pareja no se presentan y no se localizan en un plazo de 5 años, desde la criopreservación, o si no acude a la renovación del consentimiento informado en dos ocasiones consecutivas sin poder localizarse, los embriones quedarán a disposición del Servicio de Reproducción Humana del CMN “20 de Noviembre”, se continuará la criopreservación de los mismos, su utilización será únicamente para Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a la Ética y normatividad vigentes en este momento, manteniendo la confidencialidad, anonimato, y gratuidad.

3.-Si usted y su pareja deciden no hacer uso de los embriones en un plazo de 5 años, habiéndolo manifestado por escrito tendrá la opción de donar los embriones a una pareja con problemas de infertilidad o para estudios de investigación de acuerdo a la Ética y Legislación vigente en ese momento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



4.-Usted puede solicitar que sus embriones sean llevados bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de los mismos, previo aviso por escrito a este Servicio.

5.-En el caso de que ambos miembros de la pareja fallecieran, se seguirán los lineamientos del punto 1.

6.-En el caso del fallecimiento de alguno de los miembros de la pareja, se tendrá la opción de donarlos siguiendo los lineamientos del punto 2. Debido a que la filiación de los hijos nacidos por Técnicas de Reproducción Asistida no se encuentra normada, no se realizará ningún procedimiento con fines reproductivos post-mortem.

7.- En caso de divorcio, se podrán entregar los embriones a uno de ustedes, teniendo que firmar ambos el acuerdo, tendrán la opción de donar los embriones a una pareja con problemas de infertilidad o para estudios de investigación de acuerdo a la Ética y normatividad vigentes en ese momento. En caso de no llegarse a un acuerdo, se continuará la criopreservación de los embriones, no se realizará ninguna Técnica de Reproducción Asistida en este caso.

BENEFICIOS

Una de las maneras de aumentar las posibilidades de embarazo en un ciclo y vencer la aparente ineficiencia reproductiva de nuestra especie, consiste en estimular la ovulación con objeto de recuperar del ovario de la mujer un mayor número de ovocitos. Así, se pueden inseminar y fecundar más de un ovocito, y transferir al útero más de un embrión. Con ello, existe una probabilidad mayor de embarazo. En general debieran transferirse dos embriones para equilibrar la eficiencia terapéutica con el riesgo de multigestación.

La criopreservación, de embriones, ofrece una solución de emergencia para aquellos casos en que el número obtenido excede el razonable de ser transferido disminuyendo así el riesgo de multigestación severa.

La criopreservación es también una buena alternativa en casos en que la evolución natural de la enfermedad de los cónyuges hace suponer que él o ella quedarán sin gametos o no tendrán posibilidad de realizar otro ciclo de tratamiento.

RIESGOS:

La tasa de embarazo clínico al transferir embriones criopreservados es ligeramente inferior que con embriones frescos y esto se debe al menos en parte, a que ha sido práctica clínica regular el transferir primero los embriones morfológicamente mejores y congelar los morfológicamente más deficientes.

AUTORIZACION DE LOS PACIENTES

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de mis embriones.

Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 5: Consentimiento informado para la Criopreservación de Embriones		Clave del formato CICE
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la pareja	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del Médico Especialista que está informando.
----	---------------------------------	--

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico Especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 6. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
CRIOPRESERVACIÓN DE ESPERMATOZOIDEOS**

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160° C, usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Consideraciones Especiales:

-La (s) muestras (s) solo se entregarán al paciente, en caso de fallecimiento y por no contar con una legislación al respecto, la (s) muestra(s) se desecharán.

-El paciente puede solicitar que su muestra seminal sea llevada bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de la misma, previo aviso por escrito a este Servicio.

BENEFICIOS:

Las (s) muestra(s) guardada(s), podrán ser susceptibles a Técnicas de Reproducción Asistida, esto le permitirá en un futuro tener una alta posibilidad de ser padre desde el punto de vista genético o biológico.

RIESGOS:

Las muestras de espermatozoides guardadas por este procedimiento pueden perder hasta un 40 % de su viabilidad original, esto no se debe al procedimiento por sí mismo, sino a la calidad de la muestra seminal de cada paciente.

Los espermatozoides guardados por este método pueden sobrevivir más de 200 años, sin embargo, se recomienda que sean utilizados antes de los 55 años que se considera como el fin de la etapa reproductiva masculina, en los pacientes oncológicos. En el caso de pacientes con infertilidad los espermatozoides se almacenarán un máximo de 5 años, posterior a esta fecha y debido a que no existe regulación al respecto, la(s) muestra(s) se desecharán.

AUTORIZACION DEL PACIENTE:

He leído este consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de mi muestra seminal.

He comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 6: Consentimiento informado para la Criopreservación de espermatozoides		Clave del formato CICESP
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que es informado
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente.
6	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
8	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
9	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico Especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	El paciente
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 7. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS**

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criopreservación de ovocitos maduros (OC) es un método para preservar el potencial reproductivo de la mujer en edad reproductiva.

La criopreservación se refiere a la congelación de células y tejidos a temperaturas bajo cero con el fin de detener todas las actividades biológicas y preservarlas para utilizarlas en un futuro.

Como los óvulos son muy sensibles a los cambios de temperatura y no toleran muy bien los procesos de congelación y descongelación se han utilizado distintas **técnicas para mejorar resultados** entre ellas:

- 1) Congelar óvulos inmaduros y luego efectuar la maduración de los mismos in vitro.
- 2) La Técnicas de congelación utilizada en el la Unidad de reproducción Asistida del Servicio de reproducción Humana de este Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” es la **vitrificación** que tiende a disminuir al mínimo la formación de hielo intracelular.

Técnica de vitrificación:

Estudios recientes sugieren que la criopreservación de ovocitos por técnica de vitrificación mejora significativamente la supervivencia y las tasas de embarazo. La mayoría de los protocolos de vitrificación utilizan un “sistema abierto”, en el que los ovocitos se exponen directamente a nitrógeno líquido para maximizar ultra-rápido enfriamiento y minimizar la formación de cristales de hielo. Esta forma de congelación ultrarrápida debe ir seguida de descongelación ultrarrápida para evitar la recrystalización de hielo.

Para la vitrificación se requiere que usted sea sometida a:

- 5. Estimulación ovárica controlada.**
- 6. Aspiración folicular.**

1.- El objetivo de la estimulación ovárica controlada es reclutar y disponer de un mayor número de ovocitos en ambos ovarios los que una vez aspirados del ovario, puedan ser inseminados para facilitar su fecundación.

Métodos de estimulación hormonal: Los medicamentos más usadas para la



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



estimulación de la ovulación, son una combinación de las dos hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario, estas son: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), llamadas genéricamente menotropinas (hMG), también se cuenta con FSH y LH recombinantes, lograda mediante tecnología de DNA recombinante siendo esta última la utilizada en el Servicio de Reproducción Humana.

La estimulación ovárica controlada dura en promedio entre 10 y 12 días, durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento con ultrasonido transvaginal, esto consta de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales o el número que sea necesarios, además se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir los niveles hormonales necesarios para un adecuado control de su ciclo.

Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18 - 22 mm, se inyecta una hormona llamada Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular alrededor de 34 a 36 horas posterior a su aplicación, se programa la aspiración folicular.

2.- Aspiración Folicular:

La aspiración folicular es un procedimiento que tiene por objeto extraer los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y guiada al interior de los folículos mediante visualización por ultrasonido, este es un procedimiento que requiere hospitalización y sedación aplicando un medicamento por la vena. Se necesita que se hospitalice (un día previo al procedimiento), inmediatamente después de obtenidos, los ovocitos son clasificados morfológicamente y guardados en la incubadora en cápsulas que contienen medio de cultivo y que han sido previamente rotuladas con su nombre. La aspiración folicular demora aproximadamente 20 a 40 minutos, después de lo cual pasará a una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de anestesia general y posteriormente pasa a su habitación en el área de hospitalización.

BENEFICIOS:

- 1) **Preservar la fertilidad** (vitrificando ovocitos) en Las pacientes que se van a someter a tratamientos para cáncer cuando la radiación o los medicamentos puedan afectar a los ovarios. Esta indicación cada vez es mayor pues han mejorado los resultados en el tratamiento de cáncer y en la actualidad muchas jóvenes superan la enfermedad muy bien, pero sus ovarios quedan afectados.
- 2) **Si se tiene exceso en el número de óvulos capturados** en los programas de fertilización in vitro, lo que permitirá no congelar embriones y disminuir los problemas éticos y legales asociados.
- 3) En caso de que la pareja (masculino) de la paciente el día de su procedimiento de Fertilización In Vitro, no pueda dar la muestra, o no se obtengan por biopsia testicular, se vitrifican los ovocitos para posteriormente ser fertilizados y no perder el ciclo de estimulación ovárica, o en su caso poder trasladarse a un centro de reproducción donde puedan inseminarse con semen de donador.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



- 4) En el caso de pacientes que requieran **PGS**, se podrán vitrificar para tener un mayor número de ovocitos y mayor posibilidad de número de blastocistos para poder biopsiar.

RIESGOS:

La tasa de supervivencia posterior a la descongelación rápida (vitrificación) es de aprox. 98%, por lo tanto, el riesgo es muy bajo de pérdida de células (ovocitos).

A veces los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso, sin embargo, si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico.

Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta, fiebre, dolor agudo, o sangrado excesivo, debe informar a su médico. Usted sin embargo se encontrará siempre en hospitalización bajo vigilancia médica continua.

Motivos de cancelación de la Congelación de ovocitos

- Falta de respuesta de los ovarios y/o ausencia de desarrollo folicular.
- Durante la Captura ovular no se obtengan ovocitos.

En caso de cualquiera de estas situaciones será motivo de Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia.

Lineamientos finales:

1. Si la paciente no se presenta o no se localiza en un plazo de 5 años, desde la criopreservación, o si la paciente no acude a la renovación del consentimiento en dos ocasiones consecutivas, los ovocitos quedarán a disposición de la Unidad de Reproducción Asistida del CMN “20 de Noviembre”, se podrá prolongar la criopreservación de los ovocitos hasta el momento en que se considere por los médicos responsables, su utilización será únicamente en Técnicas de Reproducción Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a las normas Éticas y legales vigentes en ese momento, manteniendo la confidencialidad, anonimato, gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.
2. Si la paciente decide no hacer uso de los ovocitos en un plazo de 5 años, habiéndolo manifestado por escrito tendrá la opción de donar los ovocitos a una pareja con problemas de infertilidad o con fines de investigación, de acuerdo a la legislación vigente en ese momento.
3. El personal médico y técnico del Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., no está autorizado para la transportación de los ovocitos fuera de sus instalaciones y cuando el paciente lo solicite las muestras serán transportadas bajo su cuenta y riesgo. Previo aviso por



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



escrito de dicho procedimiento.

4. En el caso de fallecimiento de la paciente, se seguirán los lineamientos del punto 1.
5. No se realizará ningún procedimiento con fines reproductivos post-mortem.
6. En caso de que la paciente se encuentre casada, y en caso de fallecimiento o divorcio, no se podrán entregar los ovocitos al esposo a menos que la paciente lo deje estipulado por escrito en documento que este avalado por Notario Público.

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación al tratamiento e informarme que se congelaran __ (5) _____ ovocitos.

Conocemos y aceptamos que podría presentar mi retiro del programa en cualquier momento y por cualquier razón.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este ciclo de tratamiento.
 De conformidad

He recibido copia de este formulario.

_____ (6) _____	_____	_____
Nombre de la Paciente	Firma	Teléfono y correo electrónico

_____ (7) _____	_____	_____
Testigo (Espos)	Firma	Teléfono

_____ (8) _____	_____	_____
Testigo	Firma.	Teléfono

Ciudad de México, a ____ de _____ (9) _____ de 20_____.

Antes del inicio del procedimiento y previo a que el paciente firme este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de la criopreservación de ovocitos.

Me he reunido con los pacientes para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Médico Especialista que informa: _____ (10) _____
 Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 7: Consentimiento informado para la Criopreservación de Ovocitos		Clave del formato CICO
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico de la paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Congelación ovocitos	Número de ovocitos que se vitrificaran.
6	Nombre de la Paciente	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma., teléfono y correo electrónico de la paciente.
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
8	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
9	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
10	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre firma, teléfono y número de red o extensión del Médico Especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico Especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La paciente.
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta de la paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 8. Aviso de Privacidad para Pacientes

	CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"	Hoja:	1 de 1	
	COORDINACION DE PLANEACIÓN Y EVALUACION HOSPITALARIA	Código hospitalario interno:	FO-CPL-CAH-APV-03	
	CALIDAD HOSPITALARIA	Versión:	3	
	AVISO DE PRIVACIDAD PARA PACIENTES	Fecha de aplicación:	20/11/2020	

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE para efectos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad que resulte y que en lo sucesivo se denominara indistintamente como "El Responsable", con domicilio en Avenida Félix Cuevas 540, Col del Valle Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, de conformidad con lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Datos le informa que tratara los datos personales que recabe de Usted con las siguientes finalidades:

1. Brindarle la atención médica que requiera para lo cual diversos servicios de "El Responsable" "podrían tener acceso a los mismos (laboratorio clínico, radiología e imagen, banco de sangre, etcétera).
2. Remitir sus datos a sus médicos tratantes e interconsultantes.
3. Integrar su expediente clínico.
5. Garantizar un tratamiento correcto.
6. Determinar si requiere ser tratado como paciente vulnerable y de alto riesgo.
7. Para el cumplimiento de los derechos y obligaciones adquiridos.
8. Para encuestas y/o entrevistas de satisfacción de servicios.

Por lo tanto y para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales : nombre completo , domicilio, número telefónico de casa o de trabajo u oficina , así como de teléfono móvil, correo electrónico, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre, domicilio y número telefónico de casa o de trabajo u oficina, así como teléfono móvil , correo electrónico , estado civil, edad , sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre domicilio y teléfono de algún familiar que designe como familiar responsable y con quien podamos comunicarnos en caso de urgencia. A fin de poder brindar la atención médico –hospitalaria y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los siguientes datos personales sensibles: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud.

En relación con los datos personales que se mencionan en el párrafo anterior, "El Responsable" se compromete a que el tratamiento será el absolutamente indispensable para las finalidades mencionadas y a tratarlos bajo las medidas de seguridad adecuadas para proteger la confidencialidad de los mismos y que en caso de prever otra finalidad se le solicitará su autorización efectuando la modificación al Aviso de Privacidad respectivo.

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO):

El titular de los datos podrá ejercer sus derechos ARCO personalmente ante la oficina de la Coordinación de Supervisión y Control de la Gestión Hospitalaria, ubicada en Avenida Félix Cuevas 540 Séptimo Piso, Col del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, en la Ciudad de México. Le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos dentro y fuera del hospital en forma congruente con la finalidad del tratamiento de los datos y la naturaleza jurídica de la relación entre Usted y el "Responsable.

"El Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad.

Manifiesto estar de acuerdo con el trato que se dará a mis datos personales.

1

 Nombre y firma del paciente
 o representante legal

Día _____ /Mes _____ /Año _____
 2 Fecha



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 8: Aviso de Privacidad para Pacientes.		Clave del formato AP
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Nombre y firma del paciente o representante legal	El apellido paterno, materno, nombre(s) y firma del paciente o representante legal que es informado (a) en relación al tratamiento que se dará a sus datos personales.
2	Fecha	El día, mes y año, en que se firma el aviso de privacidad por el paciente.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 01 copia.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la declaración de conformidad del paciente al respecto del tratamiento a sus datos personales.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	El paciente
Periodicidad:	En la consulta de primera vez del paciente que requiere atención.
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**35. – PROCEDIMIENTO PARA LA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS**



**PROCEDIMIENTO PARA LA PRESERVACIÓN DE LA
FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento para la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos con posibilidad de criopreservar células germinales (*espermatozoides u ovocitos*) o embriones, para que tengan la posibilidad de lograr un embarazo en el futuro, mediante las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida establecidas.



**PROCEDIMIENTO PARA LA PRESERVACIÓN DE LA
FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- 1.** La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana será la responsable de:
 - 1.1** Evaluar las condiciones médicas y psicológicas del paciente oncológico propuesto como posible candidato al procedimiento de preservación de la fertilidad por parte de su Unidad Médica de adscripción, mediante el formato SM-1-17 Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (*anexo 1*) o a través de interconsulta de otro servicio del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
 - 1.2** Coordinar la aplicación de las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida de Alta Complejidad, que son la Fertilización In-Vitro (FIV-TE), Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) y Transferencia de Embriones Descongelados (FET).
 - 1.3** Podrán realizarse en las pacientes cuya no exceda los 42 años o, en caso de mujeres mayores, cuando se hayan realizado pruebas de reserva ovárica y éstas se encuentren dentro de los parámetros médicos establecidos.
- 2.** El médico adscrito al Servicio de Reproducción Humana será responsable de:
 - 2.1** Evaluar al paciente mediante interconsulta o con referencia de su Unidad Médica de adscripción, para contar con los elementos necesarios y determinar el tipo de estimulación y Técnica de Reproducción Medicamente Asistida viable, de acuerdo a la situación del paciente, pudiendo ofrecerse criopreservación de células germinales (*espermatozoides u ovocitos*) o tejidos y de embriones en el caso de parejas. Estos últimos procedimientos se llevan a cabo en el Laboratorio de Reproducción Asistida.
 - 2.2** Vigilar que el área de reproducción asistida y el laboratorio de reproducción asistida, obtengan el consentimiento informado, *Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones (anexo 2)*, *Consentimiento Informado para la Criopreservación de*



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Espermatozoides (anexo 3) y Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos (anexo 4) Consentimiento Informado para la Criopreservación de Tejido Testicular (anexo 5).

Se brindará apoyo psicológica durante su permanencia dentro del servicio, asimismo, después de concluido el procedimiento el paciente continuará el tratamiento de su patología oncológica en el servicio o unidad de referencia correspondiente. Se brindarán los tratamientos indicados de alta tecnología con ética, moral y en un marco legal.

3. El Servicio de Reproducción Humana definirá la técnica óptima para preservar la fertilidad de acuerdo a la edad del paciente, si ha tenido o no actividad sexual y si tiene o no pareja.
4. El Servicio de Reproducción Humana realizará como parte del tratamiento de preservación, la vitrificación ovocitaria o embrionaria de acuerdo al diagnóstico y pronóstico de la paciente, tomando en cuenta que no deberá exceder un máximo de 3 ciclos estimulados.
5. La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana deberá informar al paciente y/o a la pareja que podrán optar por el retiro de sus células germinales y/o embriones, siempre y cuando se cumpla con el protocolo de traslado a otra Clínica Especializada en Reproducción, utilizando el formato de *Solicitud de terminación de Custodia de los embriones* al área de reproducción asistida del Servicio de Reproducción Humana (*anexo 6-A*), o el formato de *Solicitud de terminación de Custodia de ovocitos* al Área Reproducción Asistida del Servicio de Reproducción Humana (*anexo 6-B*) o continuar con la transferencia de los embriones criopreservados en el Laboratorio de Reproducción Asistida del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
6. Los pacientes y/o parejas que finalizan su tratamiento oncológico y que cuentan con células germinales o embriones criopreservados podrán solicitar a su Unidad Médica de adscripción o al Servicio Interconsultante, su referencia administrativa o envío al Servicio de Reproducción Humana para continuar con el procedimiento de Reproducción Medicamente Asistida propuesta.
7. El médico adscrito realizará el procedimiento de reproducción asistida – transferencia de embriones descongelados en los pacientes referidos posterior a finalizar su tratamiento oncológico previa evaluación clínica, con la finalidad de buscar un embarazo. el diagnóstico de embarazo se



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



realizará a través de la detección de fracción beta de hCG (*hormona Gonadotropina Coriónica Humana*) en la paciente.

- 8.** El médico adscrito realizará un segundo o tercer procedimiento de transferencia de embriones descongelados (de acuerdo al número y calidad de los embriones) en los pacientes que no logran el embarazo en un primer intento y aún cuentan con embriones criopreservados. En caso de no contar con embriones congelados se elaborará la contrarreferencia administrativa a su Unidad Médica de adscripción independientemente si se logró o no el embarazo.
- 9.** La Jefatura de Servicio de Reproducción Humana deberá informar a los pacientes que deberán asistir en forma anual, a firmar el formato de renovación para continuar el proceso de criopreservación.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Descripción y diagrama de flujo		
Actividad	Responsable	
	Médico del Servicio de Reproducción Humana	Responsable del Laboratorio de Reproducción Asistida
<p style="text-align: center;">Inicia el Procedimiento</p> <p>1. Recibir al paciente referido de la Unidad Médica de Adscripción o del servicio de interconsulta del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.</p> <p>2. Revisar y evaluar la información clínica de los pacientes candidatos a preservación de la fertilidad de acuerdo con la política 2.1</p> <p style="text-align: center;">¿El paciente es del sexo femenino?</p> <p>2.1. Sí: Realizar ciclo de estimulación con obtención de ovocitos y criopreservación de conformidad con la política de operación número 4 y elabora contrarraferencia a su Unidad Médica o servicio interconsultante. Termina Procedimiento.</p> <p>2.2. No. Solicitar valoración espermática, mediante muestra seminal, informa al paciente y verifica firma de documento <i>Consentimiento Informado para la criopreservación de espermatozoides</i> (anexo 3).</p> <p>3. Evaluar la muestra que será criopreservada.</p> <p style="text-align: center;">¿La muestra es adecuada para su criopreservación?</p> <p>3.1. Sí. Realizar preparación y criopreservación de muestra de semen. Continúa en la actividad 8.</p> <p>3.2 No. Informar que la calidad de la muestra de semen no cuenta con las condiciones adecuadas y envía a médico adscrito para valorar la posibilidad de congelación del tejido testicular.</p>	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> D1{¿El paciente es del sexo femenino?} D1 -- Sí --> 2.1[2.1] 2.1 --> End1([Termina Procedimiento]) D1 -- No --> 2.2[2.2] 2.2 --> 3[3] 3 --> D2{¿La muestra es adecuada para su criopreservación?} D2 -- Sí --> 3.1[3.1] 3.1 --> 1((1)) D2 -- No --> 3.2[3.2] 3.2 --> A{{A}} </pre>	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3.1</p> <p style="text-align: center;">3.2</p> <p style="text-align: center;">A</p>



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Actividad	Responsable	
	Responsable del Laboratorio de Reproducción Asistida	Médico del Servicio de Reproducción Humana
<p>4. Recibir informe para la posibilidad de congelación del tejido testicular.</p> <p>5. Realizar proceso de Consentimiento Informado, verificando que se firme el Consentimiento informado para autorización de criopreservación de tejido testicular (anexo 5).</p> <p>6. Realizar cirugía y envía la muestra al Laboratorio.</p> <p>7. Evaluar la muestra de tejido testicular.</p> <p>¿La muestra es adecuada para su criopreservación?</p> <p>7.1 No. Informar que la muestra no es adecuada y realiza la contrarreferencia del paciente a su Unidad Médica de Adscripción o se envía al servicio interconsultante. Termina procedimiento</p> <p>7.2 Si. Realizar la criopreservación de tejido testicular. (Utilización de células germinales y/o embriones criopreservados.)</p> <p>8. Revisar al paciente que cuenta con células germinales o embriones criopreservados para su evaluación de acuerdo con la política de operación 6.</p> <p>9. Realizar el procedimiento de Reproducción Medicamente Asistida e informa al paciente y/o pareja el resultado.</p> <p>10. Llevar a cabo seguimiento y control hasta la realización de la fracción beta de hCG (prueba de embarazo).</p>		



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Actividad	Responsable Médico del Servicio de Reproducción Humana
<p>¿La paciente cuenta con fracción beta de hCG positiva?</p> <p>10.1. Si: Dar seguimiento hasta la semana 8 de gestación y posteriormente se realiza la Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia. Termina procedimiento.</p> <p>10.2. No: Revisar si la paciente aún tiene embriones criopreservados.</p> <p>11. Evaluar la factibilidad de realizar nuevo procedimiento de preparación endometrial si la paciente cuenta con embriones criopreservados.</p> <p>¿Cuenta la paciente con embriones criopreservados?</p> <p>11.1 Sí: Iniciar un nuevo procedimiento de preparación endometrial para transferencia de embriones descongelados. Regresa a la actividad 8</p> <p>11.2 No: Realizar contrarreferencia a su Unidad Hospitalaria de Referencia o se envía al servicio de interconsulta del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.</p> <p>Termina el Procedimiento.</p>	<pre>graph TD; B[B] --> D1{¿La paciente cuenta con fracción beta de hCG positiva?}; D1 -- Sí --> 10.1[10.1]; 10.1 --> E1([]); D1 -- No --> 10.2[10.2]; 10.2 --> 11[11]; 11 --> D2{¿Cuenta la paciente con embriones criopreservados?}; D2 -- Sí --> 11.1[11.1]; 11.1 --> 2((2)); D2 -- No --> 11.2[11.2]; 11.2 --> E2([]);</pre>



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Registro

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de retención	Protección	Disposición
Lista de pacientes para la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos	Carpeta Electrónica	Fecha de inscripción	Permanente	Mediante contraseña	Permanente

Referencias	<ul style="list-style-type: none">• Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicada en el Diario Oficial de la federación el 31 de marzo del 2007 y sus reformas.• Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación. 1 de febrero de 2019.• Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre del 2016.• Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio del 2015.
--------------------	---

Glosario	<p>Criopreservación: El proceso de congelación lenta o vitrificación para conservar material biológico (por ejemplo, gametos, cigotos, embriones en fase de escisión, blastocistos o tejido gonadal) a temperatura extremadamente baja.</p> <p>Contrarreferencia Administrativa: La respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.</p> <p>Estimulación ovárica: El tratamiento farmacológico con la intención de inducir el desarrollo de folículos ováricos. Puede usarse con dos propósitos: 1) para relaciones sexuales programadas o inseminación; 2) en TRA, para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.</p> <p>Embrión: El organismo biológico resultante del desarrollo del cigoto, hasta ocho semanas completas después de la fertilización, equivalente a 10 semanas de edad gestacional.</p> <p>Espermatozoide: El gameto masculino.</p> <p>Fracción beta de hCG: La hormona glicoproteína que se produce en el trofoblasto, se utiliza para diagnóstico de embarazo.</p> <p>Ovocito: El gameto femenino (huevo).</p> <p>Reproducción Medicamente Asistida: La reproducción a través de diversas intervenciones, procedimientos, cirugías y tecnologías para tratar diferentes formas de deterioro de la fertilidad e infertilidad. Estos incluyen la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica, la activación de la ovulación, todos los procedimientos de TRA, el trasplante uterino y la inseminación intrauterina, intracervical e intravaginal con semen de esposo / pareja o donante</p>
-----------------	---



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Relación de anexos	Anexo 1. Formato SM-1-17. Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. Anexo 2. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones. Anexo 3. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides. Anexo 4. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos. Anexo 5. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Tejido Testicular. Anexo 6A. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de embriones Anexo 6B. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de ovocitos. Anexo 7. Aviso de Privacidad para Pacientes.
---------------------------	---

Resumen de Cambios

Este instrumento es de nueva creación con base en lo previsto por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de marzo de 2007 y sus reformas, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de febrero de 2019, el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de octubre de 2016 y el Reglamento Orgánico del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



ANEXOS



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora.	El Día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de referencia de un paciente.
3	Unidad Médica Emisora	El Nombre de la Unidad Médica que refiere al paciente
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la referencia	La descripción del motivo de la referencia (falta de recurso humano, equipo o instrumental médico, inexistencia del servicio y/o especialidad requerido, entre otros)
6	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que requiere ser referido.
7	Sexo	Con una cruz si el paciente es del sexo (mas) masculino o (fem) femenino según corresponda.
8	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
9	Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
10	Teléfono	El Número telefónico donde se pueda localizar al paciente o a sus familiares más cercanos



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
11	Unidad Médica Receptora	El Nombre de la unidad médica que confirmó cita para atender al paciente referido
12	Clave	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que recibe un paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
13	El paciente se refiere a:	Con una cruz si el paciente es referido a los servicios de “Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento”, “Rehabilitación Física” o “Consulta Externa Especializada”, según corresponda.
14	Número de Traslados en el año	El número de traslados ocurridos por el mismo paciente, durante el año calendario.
15	Servicio	El nombre del servicio que requiere el paciente referido.
16	Tipo de Traslado	Marque con una cruz, si el tipo de traslado es de “Primera Vez” o “Subsecuente”, según corresponda.
17	Cita	El día, mes, año y horario (en horas y minutos) de la cita confirmada para el paciente referido
PRESENTACIÓN DEL CASO		
18	Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica	La descripción de los antecedentes del heredo – familiares no patológicos y patológicos, la evolución de la patología, tratamiento previo en caso de existir, diagnóstico y las causas que justifican la referencia del paciente.
19	Resultados de Laboratorio y Gabinete	La descripción de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Referencia. Anverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
20	Licencia Médica otorgada	El periodo de tiempo en días, que cubre una Licencia Médica para un paciente referido, anotar el día, mes y año de inicio y día, mes y año de término.
21	Referencia por	Anotar únicamente en caso de que el paciente referido presente un “probable riesgo de trabajo” o un “riesgo de trabajo”.
22	Médico Tratante	El nombre completo, clave y firma del Médico Tratante que propone la Referencia del paciente.
23	Vo. Bo. Jefe Inmediato	El nombre completo, clave y firma del Jefe Inmediato del Médico Tratante, que otorga el “Visto Bueno” a la Solicitud de Referencia del paciente.
24	Sello de la Unidad Médica Emisora	El sello de la Unidad Médica Emisora, en el espacio asignado ex profeso.
25	Clave del Traslado	La clave según corresponda al tipo de traslado autorizado: (Es responsabilidad exclusiva del director de la Unidad Médica Emisora o quien tenga delegada la responsabilidad) A Por autobús B Por ambulancia C Por automóvil D Por vía aérea 0 El paciente NO requiere acompañante 1 El paciente SI requiere ir acompañado
26	Nombre, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora, autorizando la solicitud de referencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
27	Paciente y/o Familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o del familiar responsable del paciente, aceptando la entrega de este documento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información Médico–Administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Referencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico tratante de la Unidad Médica Emisora que propone la Referencia.
Revisión:	Jefe inmediato del Médico tratante que propone la Referencia.
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser referido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Folio No.	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Receptora que genera la solicitud.
2	Fecha y hora	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de Contrarreferencia de un paciente.
3	Unidad Médica	El nombre de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
4	Clave	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística).
5	Motivos de la Contrarreferencia	Descripción del motivo de la Contrarreferencia (paciente dado de alta, paciente con posibilidad de continuar su tratamiento en su Unidad Médica de Adscripción, entre otros).
6	Total de Interconsultas	Número total de interconsultas a las que fue referido el paciente en los diferentes servicios.
7	Total de consultas otorgadas	Número total de consultas que recibió el paciente en la unidad receptora.
8	Diagnóstico de Referencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia.
9	Diagnóstico de Contrarreferencia	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia
10	Congruencia entre el Dx de Referencia y el Dx de Contrarreferencia.	Marque con una cruz (x) el espacio que corresponda a su respuesta si esta es afirmativa o negativa.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 1: “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes”. Solicitud de Contrarreferencia. Reverso del formato.		Clave del formato SM-1-17
No.	Nombre	Debe anotarse
11	Unidad Médica de Adscripción del paciente	Nombre de la Unidad Médica de Adscripción del paciente, donde se debe presentar el paciente para continuar su tratamiento.
12	Clave	Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica de Adscripción del paciente (para su uso en el Área de Estadística)
INFORME DEL MEDICO ESPECIALISTA		
13	Resultado de la valoración	Describir los estudios que se le practicaron al paciente, sus resultados, la evolución que haya presentado y tratamiento recibido.
14	Indicaciones a seguir	Indique que medicamentos y posología son los indicados y su tratamiento, la dieta recomendada , otras indicaciones y/o comentarios.
15	Médico Especialista Tratante.	El nombre completo, clave y firma del Médico Especialista Tratante, que propone la Contrarreferencia.
16	Nombre y firma del Director de la Unidad Médica Receptora	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Receptora, autorizando la solicitud de Contrarreferencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
17	Paciente y/o familiar	Nombre completo y firma del paciente y/o familiar al que se entrega este formato debidamente autorizado



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información Médico Administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico Especialista Tratante de la Unidad Médica Receptora que propone la Contrarreferencia.
Revisión:	Jefe inmediato del Médico Especialista tratante que propone la Contrarreferencia .
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser contrarreferido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en el sistema informático, evaluar su operación, archivar copia.



**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



Anexo 2. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Embriones.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONORA VICARIO
BENEMÉRITA MADRE DE LA PATRIA

**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES**

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No. _____
Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____
Paciente _____ (5) _____ Edad _____ (6) _____
No. _____
Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160° C usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Actualmente al descongelar embriones, las tasas de sobrevivencia fluctúan entre un 70 y 95%. Esto último tiene que ver; más que nada, con el potencial biológico de los embriones, previo a la congelación. Es altamente probable que aquellos embriones que no sobreviven al ser descongelados, son los mismos que jamás hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación.

CONSIDERACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES EN RELACION A SUS EMBRIONES CRIOPRESERVADOS:

- 1.-De resultar embarazada en el actual procedimiento de FIV/ICSI, la transferencia de embriones que fueron criopreservados, se hará en un plazo máximo de 2 años, desde la fecha del parto. La pareja debe comprometerse a cumplir el plazo señalado o manifestar por escrito si hay impedimento para cumplirlo o si desean postergar ese plazo.
- 2.-Si usted y su pareja no se presentan y no se localizan en un plazo de 5 años, desde la criopreservación, ó si no acude a la renovación del consentimiento informado en dos ocasiones consecutivas sin poder localizarse, los embriones quedarán a disposición del Servicio de Reproducción Humana del CMN “20 de Noviembre”, se continuará la criopreservación de los mismos, su utilización será únicamente para Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a la Ética y normatividad vigentes en este momento, manteniendo la confidencialidad, anonimato, y gratuidad.
- 3.-Si usted y su pareja deciden no hacer uso de los embriones en un plazo de 5 años, habiéndolo manifestado por escrito tendrá la opción de donar los embriones a una pareja con problemas de infertilidad o para estudios de investigación de acuerdo a la Ética y Legislación vigente en ese momento.
- 4.-Usted puede solicitar que sus embriones sean llevados bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de los mismos, previo aviso por escrito a este Servicio.

Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez. C.P. 03229 Tel. 52005003, ext. 14296 y 14243





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

SUBDIRECCIÓN MÉDICA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
PRESIDENTA DEL INSTITUTO

5.-En el caso de que ambos miembros de la pareja fallecieran, se seguirán los lineamientos del punto 1.

6.-En el caso del fallecimiento de alguno de los miembros de la pareja, se tendrá la opción de donarlos siguiendo los lineamientos del punto 2. Debido a que la filiación de los hijos nacidos por Técnicas de Reproducción Asistida no se encuentra normada, no se realizará ningún procedimiento con fines reproductivos post-mortem.

7.- En caso de divorcio, se podrán entregar los embriones a uno de ustedes, teniendo que firmar ambos el acuerdo, tendrán la opción de donar los embriones a una pareja con problemas de infertilidad o para estudios de investigación de acuerdo a la Ética y normatividad vigentes en ese momento. En caso de no llegarse a un acuerdo, se continuará la criopreservación de los embriones, no se realizará ninguna Técnica de Reproducción Asistida en este caso.

BENEFICIOS

Una de las maneras de aumentar las posibilidades de embarazo en un ciclo y vencer la aparente ineficiencia reproductiva de nuestra especie, consiste en estimular la ovulación con objeto de recuperar del ovario de la mujer un mayor número de ovocitos. Así, se pueden inseminar y fecundar más de un ovocito, y transferir al útero más de un embrión. Con ello, existe una probabilidad mayor de embarazo. En general deberían transferirse dos embriones para equilibrar la eficiencia terapéutica con el riesgo de multigestación.

La criopreservación, de embriones, ofrece una solución de emergencia para aquellos casos en que el número obtenido excede el razonable de ser transferido disminuyendo así el riesgo de multigestación severa.

La criopreservación es también una buena alternativa en casos en que la evolución natural de la enfermedad de los cónyuges hace suponer que él o ella quedarán sin gametos o no tendrán posibilidad de realizar otro ciclo de tratamiento.

RIESGOS:

La tasa de embarazo clínico al transferir embriones criopreservados es ligeramente inferior que con embriones frescos y esto se debe al menos en parte, a que ha sido práctica clínica regular el transferir primero los embriones morfológicamente mejores y congelar los morfológicamente más deficientes.

AUTORIZACION DE LA PAREJA

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de mis embriones.

Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este procedimiento

Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios y estamos conscientes de las consideraciones especiales que podrían presentarse, con las cuales estamos de acuerdo.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este procedimiento y tiene vigencia de un año a partir de la firma del mismo.

De conformidad

He recibido copia de este formulario.

Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez. C.P. 03229 Tel. 52005003, ext. 14296 y 14243





CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 2: Consentimiento informado para la Criopreservación de Embriones		Clave del formato CICE
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la Pareja	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



Anexo 3. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Espermatozoides.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONORA VICARIO
HEREDERA DE LA SALUD DE LA PATRIA

**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
CRIOPRESERVACIÓN DE ESPERMATOZOIDES**

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No. _____
Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160° C, usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

Consideraciones Especiales:

-La (s) muestras (s) solo se entregarán al paciente, en caso de fallecimiento y por no contar con una legislación al respecto, la (s) muestra(s) se desecharan.

-El paciente puede solicitar que su muestra seminal sea llevada bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de la misma, previo aviso por escrito a este Servicio.

BENEFICIOS:

Las (s) muestra(s) guardada(s), podrán ser susceptibles a Técnicas de Reproducción Asistida, esto le permitirá en un futuro tener una alta posibilidad de ser padre desde el punto de vista genético o biológico.

RIESGOS:

Las muestras de espermatozoides guardadas por este procedimiento pueden perder hasta un 40 % de su viabilidad original, esto no se debe al procedimiento por si mismo, sino a la calidad de la muestra seminal de cada paciente.

Los espermatozoides guardados por este método pueden sobrevivir más de 200 años, sin embargo se recomienda que sean utilizados antes de los 55 años que se considera como el fin de la etapa reproductiva masculina, en los pacientes oncológicos. En el caso de pacientes con infertilidad los espermatozoides se almacenarán un máximo de 5 años, posterior a esta fecha y debido a que no existe regulación al respecto, la(s) muestra(s) se desecharan.

AUTORIZACION DEL PACIENTE:

He leído este consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de mi muestra seminal.

He comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este procedimiento



**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
ESPIRITUA MADRE DE LA PATRIA

Conozco y acepto los riesgos y beneficios y estoy consciente de las consideraciones especiales que podrían presentarse, con las cuales estoy de acuerdo.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este procedimiento y tiene vigencia de un año a partir de la firma del mismo.

De conformidad
He recibido copia de este formulario.

(5) _____ Nombre del paciente	_____ Firma	_____ Teléfono y correo electrónico
-------------------------------------	----------------	--

(6) _____ Testigo	_____ Firma	_____ Teléfono
-------------------------	----------------	-------------------

(7) _____ Testigo	_____ Firma.	_____ Teléfono
-------------------------	-----------------	-------------------

Ciudad de México., a ____ de ____ (8) ____ de 20 ____.

Médico Especialista que informa: _____ (9)
Antes del inicio del procedimiento y previo a que el paciente firme este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de la criopreservación espermática.
Me he reunido con el paciente y/o la pareja para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 3: Consentimiento informado para la Criopreservación de Espermatozoides.		Clave del formato CICESP
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que es informado
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
5	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente.
6	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente.
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
8	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
9	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	El paciente.
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 4. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Ovocitos.



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
1900-1980

**Consentimiento informado para la
 Criopreservación de ovocitos**

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
 No. _____
 Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criopreservación de ovocitos maduros (OC) es un método para preservar el potencial reproductivo de la mujer en edad reproductiva.

La criopreservación se refiere a la congelación de células y tejidos a temperaturas bajo cero con el fin de detener todas las actividades biológicas y preservarlas para utilizarlas en un futuro.

Como los óvulos son muy sensibles a los cambios de temperatura y no toleran muy bien los procesos de congelación y descongelación se han utilizado distintas técnicas para mejorar resultados entre ellas:

- 1) Congelar óvulos inmaduros y luego efectuar la maduración de los mismos in vitro.
- 2) La Técnica de congelación utilizada en el la Unidad de reproducción Asistida del Servicio de reproducción Humana de este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" es la **vitrificación** que tiende a disminuir al mínimo la formación de hielo intracelular.

Técnica de vitrificación:

Estudios recientes sugieren que la criopreservación de ovocitos por técnica de vitrificación mejora significativamente la supervivencia y las tasas de embarazo. La mayoría de los protocolos de vitrificación utilizan un "sistema abierto", en el que los ovocitos se exponen directamente a nitrógeno líquido para maximizar ultra-rápido enfriamiento y minimizar la formación de cristales de hielo. Esta forma de congelación ultrarrápida debe ir seguida de descongelación ultrarrápida para evitar la recristalización de hielo.

Para la vitrificación se requiere que usted sea sometida a:

1. Estimulación ovárica controlada.
2. Aspiración folicular.

1.- El objetivo de la estimulación ovárica controlada es reclutar y disponer de un mayor número de ovocitos en ambos ovarios los que una vez aspirados del ovario, puedan ser inseminados para facilitar su fecundación.

Métodos de estimulación hormonal: Los medicamentos más usadas para la estimulación de la ovulación, son una combinación de las dos hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario, estas son: la hormona foliculo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), llamadas genéricamente menotropinas (hMG), también se cuenta con FSH y LH recombinantes, lograda mediante tecnología de DNA recombinante siendo esta última la utilizada en el Servicio de Reproducción Humana.

La estimulación ovárica controlada dura en promedio entre 10 y 12 días, durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento con ultrasonido transvaginal, esto consta de 3 a 4 ultrasonidos transvaginales o el número que sea necesarios, además se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir el niveles hormonales necesarios para un adecuado control de su ciclo.

Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18 - 22 mm, se inyecta una hormona llamada Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular alrededor de 34 a 36 horas posterior a su aplicación, se programa la aspiración folicular.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

SUBDIRECCIÓN MÉDICA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



2020
LEONORA VICARIO
SECRETARÍA DE SALUD

2.- Aspiración Folicular:

La aspiración folicular es un procedimiento que tiene por objeto extraer los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y guiada al interior de los folículos mediante visualización por ultrasonido, este es un procedimiento que requiere hospitalización y sedación aplicando un medicamento por la vena. Se necesita que se hospitalice (un día previo al procedimiento), inmediatamente después de obtenidos, los ovocitos son clasificados morfológicamente y guardados en la incubadora en cápsulas que contienen medio de cultivo y que han sido previamente rotuladas con su nombre. La aspiración folicular demora aproximadamente 20 a 40 minutos, después de lo cual pasará a una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de anestesia general y posteriormente pasa a su habitación en el área de hospitalización.

BENEFICIOS:

- 1) **Preservar la fertilidad** (vitrificando ovocitos) en Las pacientes que se van a someter a **tratamientos para cáncer** cuando la radiación o los medicamentos puedan afectar a los ovarios. Esta indicación cada vez es mayor pues han mejorado los resultados en el tratamiento de cáncer y en la actualidad muchas jóvenes superan la enfermedad muy bien pero sus ovarios quedan afectados.
- 2) **Si se tiene exceso en el número de óvulos capturados** en los programas de fertilización in vitro, lo que permitirá no congelar embriones y disminuir los problemas éticos y legales asociados.
- 3) En caso de que la pareja (masculino) de la paciente el día de su procedimiento de Fertilización In Vitro, no pueda dar la muestra, o no se obtengan por biopsia testicular, se vitrifican los ovocitos para posteriormente ser fertilizados y no perder el ciclo de estimulación ovárica, o en su caso poder trasladarse a un centro de reproducción donde puedan inseminarse con semen de donador.
- 4) En el caso de pacientes que requieran **DIAGNOSTICO GENETICO** se podrán vitrificar para tener un mayor número de ovocitos y mayor posibilidad de número de blastocistos para poder biopsiar.

RIESGOS:

La tasa de supervivencia posterior a la descongelación rápida (vitrificación) es de aprox. 98%, por lo tanto el riesgo es muy bajo de pérdida de células (ovocitos).

A veces los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso, sin embargo si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar al médico.

Después de la aspiración folicular se puede presentar un pequeño dolor abdominal que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo si se presenta, fiebre, dolor agudo, o sangrado excesivo, debe informar a su médico. Usted sin embargo se encontrará siempre en hospitalización bajo vigilancia médica continua.

Motivos de cancelación de la Congelación de ovocitos

- Falta de respuesta de los ovarios y/o ausencia de desarrollo folicular.
- Durante la Captura ovular no se obtengan ovocitos.

En caso de cualquiera de estas situaciones será motivo de Contrarreferencia Administrativa a su Unidad Hospitalaria de Referencia.

Lineamientos finales:

1. Si la paciente no se presenta o no se localiza en un plazo de 5 años, desde la criopreservación, o si la paciente no acude a la renovación del consentimiento en dos ocasiones consecutivas, los ovocitos quedarán a disposición de la Unidad de Reproducción Asistida del CMN "20 de Noviembre", se podrá prolongar la criopreservación de los ovocitos hasta el momento en que se considere por los médicos responsables, su

Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez. C.P. 03229 Tel. 52005003, ext. 14296 y 14297



**CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGUROS
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
PRIMERA DAMA DE MÉXICO

utilización será únicamente en Técnicas de Reproducción Asistida o disciplinas relacionadas de acuerdo a las normas Éticas y legales vigentes en ese momento, manteniendo la confidencialidad, anonimato, gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.

2. Si la paciente decide no hacer uso de los ovocitos en un plazo de 5 años, habiéndolo manifestado por escrito tendrá la opción de donar los ovocitos a una pareja con problemas de infertilidad o con fines de investigación, de acuerdo a la legislación vigente en ese momento.
3. El personal médico y técnico del Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., no esta autorizado para la transportación de los ovocitos fuera de sus instalaciones y cuando el paciente lo solicite las muestras serán transportadas bajo su cuenta y riesgo. Previo aviso por escrito de dicho procedimiento.
4. En el caso de fallecimiento de la paciente, se seguirán los lineamientos del punto 1.
5. No se realizará ningún procedimiento con fines reproductivos post-mortem.
6. En caso de que la paciente se encuentre casada, y en caso de fallecimiento o divorcio, no se podrán entregar los ovocitos al esposo a menos que la paciente lo deje estipulado por escrito en documento que este avalado por Notario Público.

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación al tratamiento e informarme que se congelaran ___(5)___ ovocitos.

Conocemos y aceptamos que podría presentar mi retiro del programa en cualquier momento y por cualquier razón.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para este ciclo de tratamiento.

De conformidad
He recibido copia de este formulario.

_____ (6) Nombre de la paciente	_____ Firma	_____ Teléfono y correo electrónico
_____ (7) Testigo (Pareja)	_____ Firma	_____ Teléfono
_____ (8) Testigo	_____ Firma.	_____ Teléfono

Ciudad de México., a ____ de _____ (9) _____ de 20 ____.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

SUBDIRECCIÓN MÉDICA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
REINVENTA MADRE DE LA PATRIA

Médico Especialista que informa: _____ (10)
Antes del inicio del procedimiento y previo a que el paciente firme este documento, he dado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso de la criopreservación de ovocitos.
Me he reunido con la paciente y/o la pareja para discutir la información, les he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____





CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 4: Consentimiento informado para la Criopreservación de ovocitos		Clave del formato CICO
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico de la paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Congelación ovocitos	Número de ovocitos que se vitrificaran.
6	Nombre de la Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente.
7	Testigo (pareja)	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la paciente.
8	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
9	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
10	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La paciente.
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta de la paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 5. Consentimiento Informado para la Criopreservación de Tejido Testicular.



GOBIERNO DE MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
CENTRO MÉDICO NACIONAL

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO TESTICULAR

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al médico especialista sobre cualquier duda que tenga, deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente procedimiento.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No. _____
Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

La criobiología (estudio de los procesos de congelación de células y tejidos) ha permitido la preservación de células por tiempos prolongados manteniendo éstas sus propiedades biológicas una vez descongeladas. La tecnología ha desarrollado eficientes protocolos de congelación/descongelación que permiten preservar células y tejidos a temperaturas de hasta -160°C , usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y funcionalidad.

BENEFICIOS:

Las (s) muestra(s) guardada(s), podrán ser susceptibles a Técnicas de Reproducción Asistida, esto le permitirá en un futuro tener una alta posibilidad de ser padre desde el punto de vista genético o biológico.

RIESGOS:

La(s) muestra(s) de tejido testicular guardada(s) pueden perder hasta un 40 % de su viabilidad original, está perdida no se debe al procedimiento por sí mismo, sino a la calidad del tejido testicular de cada paciente.

La muestra de tejido testicular guardada por este método puede sobrevivir más de 200 años, sin embargo, se recomienda que sea utilizada antes de los 55 años que se considera como el fin de la etapa reproductiva masculina, en los pacientes oncológicos. En el caso de pacientes con infertilidad la muestra de tejido testicular se almacenará un máximo de 5 años, posterior a esta fecha y debido a que no existe regulación al respecto, la(s) muestra(s) se desecharán.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

-La (s) muestras (s) de tejido testicular solo se entregarán al paciente, en caso de fallecimiento y por no contar con una legislación al respecto, la (s) muestra(s) se desecharán.

-El paciente puede solicitar que su muestra de tejido testicular sea llevada bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho centro será el responsable del traslado de la misma, previo aviso por escrito a este Servicio de Reproducción Humana.

AUTORIZACION DEL PACIENTE:

He leído este consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación de tejido testicular.

He comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de este procedimiento





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 5: Consentimiento informado para la Criopreservación de Tejido Testicular	Clave del formato-CICTT
---	--------------------------------

No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente.	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que es informado
2	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
5	Nombre del Paciente	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente.
6	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente.
7	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó al paciente.
8	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.
9	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	El paciente.
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



Anexo 6 A. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de embriones.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
SUVEREÑA MADRE DE LA PATRIA

**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
TERMINACION DE CUSTODIA DE EMBRIONES**

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan.

Paciente _____ (1) _____ Edad ____ (2) _____

No. Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____

Paciente _____ (5) _____ Edad ____ (6) _____

No. Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

-Usted(s) pueden solicitar que sus embriones sean llevados bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho Centro de Reproducción será el responsable del traslado de los embriones, previo aviso por escrito a este Servicio. El laboratorio de Reproducción Asistida del CMN “20 de Noviembre, entregará un reporte de sus embriones, con mención de número, calidad y día de desarrollo.

Se requiere de los siguientes documentos, que deberán anexarse al presente consentimiento.

- 1) Carta del Instituto o Centro de Reproducción Asistida en el que informa que dichos embriones quedarán resguardados en su Laboratorio de Fertilización In vitro
- 2) Carta de ambos miembros de la pareja, solicitando la terminación de la custodia comentando los motivos de esta solicitud.
- 3) Identificaciones oficiales de ambos.

RIESGOS: Para los embriones únicamente los inherentes a cualquier situación que pueda ocurrir durante el traslado, continuarán su conservación en el Instituto o Centro que la pareja haya elegido.

BENEFICIOS: Poder realizar el procedimiento en su lugar de residencia y en el tiempo que ellos consideren adecuado.

AUTORIZACION DE LA PAREJA:

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación condiciones y traslado de mis embriones.

Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de esta decisión.

Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios y estamos conscientes de las consideraciones especiales que podrían presentarse, con las cuales estamos de acuerdo.

Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. Delegación Benito Juárez. C.P. 03229 Tel. 52005003, ext. 14296 y 14243





**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
BENEFICENTIA MADRE DE LA ESTEREA

De conformidad
He recibido copia de este formulario y de los documentos antes mencionados.

_____(9)_____
Nombre de la Paciente Firma Teléfono y correo electrónico

_____(10)_____
Nombre de la pareja. Firma Teléfono y correo electrónico.

_____(11)_____
Testigo Firma Teléfono

_____(12)_____
Testigo Firma. Teléfono

Ciudad de México, a ____ de _____ (13) _____ de 20 ____.

Previo a que el paciente firme éste documento, hemos dado la información sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, y consideraciones en situaciones especiales, en el caso del traslado de sus ovocitos. Nos hemos reunido con la pareja para comentar la información, les hemos dado la oportunidad de preguntar y hemos respondido todas sus dudas.

Médico Especialista que informa _____ (14) _____

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____

Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida: _____ (15) _____

Firma: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____





CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 6A: Consentimiento Informado para la terminación de custodia de embriones.		Clave del formato CITCE
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico de la paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la pareja	El apellido paterno, materno, nombre(s), firma, teléfono y correo electrónico del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.
15	Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida que está informando.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista y Biólogo del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**



Anexo 6 B. Consentimiento Informado para la terminación de custodia de ovocitos.



Gobierno de México



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



2020
LEONA VICARIO
ANIVERSARIO MARCO DE LA FEMEA

**CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TERMINACIÓN DE CUSTODIA DE OVOCITOS

Por favor tomen todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunten al médico especialista sobre cualquier duda que tengan.

Paciente _____ (1) _____ Edad _____ (2) _____
No. _____
Expediente _____ (3) _____ Diagnóstico _____ (4) _____
Paciente _____ (5) _____ Edad _____ (6) _____
No. _____
Expediente _____ (7) _____ Diagnóstico _____ (8) _____

-Usted(s) pueden solicitar que sus embriones sean llevados bajo su cuenta y riesgo a otro Centro de Reproducción Asistida, dicho Centro de Reproducción será el responsable del traslado de los embriones, previo aviso por escrito a este Servicio. El laboratorio de Reproducción Asistida del CMN “20 de Noviembre, entregará un reporte de sus embriones, con mención de fecha en que fueron criopreservados, número, calidad y día de desarrollo.

Se requiere de los siguientes documentos, que deberán anexarse al presente consentimiento.

- 1) Carta del Instituto o Centro de Reproducción Asistida en el que informa que dichos embriones quedarán resguardados en su Laboratorio de Fertilización In vitro
- 2) Carta de ambos miembros de la pareja, solicitando la terminación de la custodia comentando los motivos de esta solicitud.
- 3) Identificaciones oficiales de ambos.

RIESGOS: Para los ovocitos únicamente los inherentes a cualquier situación que pueda ocurrir durante el traslado, continuarán su conservación en el Instituto o Centro que la pareja haya elegido.

BENEFICIOS: Poder realizar el procedimiento en su lugar de residencia y en el tiempo que ellos consideren adecuado.

AUTORIZACION DE LA PAREJA:

Hemos leído este consentimiento informado y hemos tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas en relación a la criopreservación, condiciones y traslado de mis embriones.

Hemos comprendido claramente la información recibida en relación a la naturaleza y propósito de esta decisión.

Sabemos y aceptamos los riesgos y beneficios y estamos conscientes de las consideraciones especiales que podrían presentarse, con las cuales estamos de acuerdo.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 6B: Consentimiento Informado para la terminación de custodia de ovocitos.		Clave del formato CITCO
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) de la paciente que es informada
2	Edad	El número de años cumplidos de la paciente.
3	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico de la paciente.
4	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente la paciente.
5	Paciente	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente (pareja).
6	Edad	El número de años cumplidos del paciente.
7	No. Expediente	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
8	Diagnóstico	La patología que presenta actualmente el paciente.
9	Nombre de la Paciente.	El apellido paterno, materno, nombre(s) firma, teléfono y correo electrónico de la paciente que es informada.
10	Nombre de la Pareja	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y correo electrónico (s) del paciente (pareja).
11	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
12	Testigo	Nombre completo, firma y teléfono de la persona que presencia y da testimonio de qué se informó a la pareja.
13	Ciudad de México	El día, mes y año en que se firma el consentimiento informado por la pareja.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



14	Médico Especialista que informa	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del médico especialista que está informando.
15	Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida	El apellido paterno, materno, nombre, firma, teléfono y número de red o extensión del Biólogo encargado del Laboratorio de Reproducción Asistida que está informando.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 02 copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la manifestación acreditativa del paciente en relación a la completa comprensión de la información proporcionada y a su participación en el procedimiento médico-quirúrgico.
Responsable del llenado:	El Médico especialista y Biólogo del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	La pareja (pacientes)
Periodicidad:	Por procedimiento (En la consulta del paciente que requiere el procedimiento).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Anexo 7. Aviso de Privacidad para Pacientes

 ISSSTE <small>INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL</small>	CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"	Hoja:	1 de 1	
	COORDINACION DE PLANEACION Y EVALUACION HOSPITALARIA	Código hospitalario interno:	FO-CPL-CAH-APV-03	
	CALIDAD HOSPITALARIA	Versión:	3	
	AVISO DE PRIVACIDAD PARA PACIENTES	Fecha de aplicación:	20/11/2020	

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE para efectos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad que resulte y que en lo sucesivo se denominara indistintamente como "El Responsable", con domicilio en Avenida Félix Cuevas 540, Col del Valle Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, de conformidad con lo establecido en el Artículo 26, de la Ley de Datos le informa que tratara los datos personales que recabe de Usted con las siguientes finalidades:

1. Brindarle la atención médica que requiera para lo cual diversos servicios de "El Responsable" "podrían tener acceso a los mismos (laboratorio clínico, radiología e imagen, banco de sangre, etcétera).
2. Remitir sus datos a sus médicos tratantes e interconsultantes.
3. Integrar su expediente clínico.
5. Garantizar un tratamiento correcto.
6. Determinar si requiere ser tratado como paciente vulnerable y de alto riesgo.
7. Para el cumplimiento de los derechos y obligaciones adquiridos.
8. Para encuestas y/o entrevistas de satisfacción de servicios.

Por lo tanto y para alcanzar las finalidades antes expuestas, se tratarán los siguientes datos personales : nombre completo , domicilio, número telefónico de casa o de trabajo u oficina , así como de teléfono móvil, correo electrónico, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre, domicilio y número telefónico de casa o de trabajo u oficina, así como teléfono móvil , correo electrónico , estado civil, edad , sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, nombre domicilio y teléfono de algún familiar que designe como familiar responsable y con quien podamos comunicarnos en caso de urgencia. A fin de poder brindar la atención médico –hospitalaria y conforme a la legislación en salud aplicable, le serán solicitados los siguientes datos personales sensibles: religión, estado de salud actual, padecimientos pasados y presentes, antecedentes heredofamiliares, síntomas, antecedentes patológicos relevantes, antecedentes de salud.

En relación con los datos personales que se mencionan en el párrafo anterior, "El Responsable" se compromete a que el tratamiento será el absolutamente indispensable para las finalidades mencionadas y a tratarlos bajo las medidas de seguridad adecuadas para proteger la confidencialidad de los mismos y que en caso de prever otra finalidad se le solicitará su autorización efectuando la modificación al Aviso de Privacidad respectivo.

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO):

El titular de los datos podrá ejercer sus derechos ARCO personalmente ante la oficina de la Coordinación de Supervisión y Control de la Gestión Hospitalaria, ubicada en Avenida Félix Cuevas 540 Séptimo Piso, Col del Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP. 03229, en la Ciudad de México. Le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos dentro y fuera del hospital en forma congruente con la finalidad del tratamiento de los datos y la naturaleza jurídica de la relación entre Usted y el "Responsable.

"El Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad.

Manifiesto estar de acuerdo con el trato que se dará a mis datos personales.

 1
 Nombre y firma del paciente
 o representante legal

 Día /Mes /Año
 2 Fecha



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Instructivo de llenado del Formato Anexo 7: Aviso de Privacidad para Pacientes.		Clave del formato AP
No.	Nombre	Debe anotarse
1	Nombre y firma del paciente o representante legal	El apellido paterno, materno, nombre(s) y firma del paciente o representante legal que es informado (a) en relación al tratamiento que se dará a sus datos personales.
2	Fecha	El día, mes y año, en que se firma el aviso de privacidad por el paciente.

Requisitos de llenado del formato.	
Ejemplares:	Se llena en original y 01 copia.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Contar con la declaración de conformidad del paciente al respecto del tratamiento a sus datos personales.
Responsable del llenado:	El Médico especialista del Servicio de Reproducción Humana que informa.
Revisión:	Jefe del Servicio de Reproducción Humana.
Autoriza:	El paciente
Periodicidad:	En la consulta de primera vez del paciente que requiere atención.
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Expediente, y/o Laboratorio de Reproducción Asistida.
Actividad a realizar en área receptora:	Dar trámite, capturar en la base de datos interna, evaluar su operación, archivar copia.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



36. – PROCEDIMIENTO DE CARDIOTOCOGRAFÍA



PROCEDIMIENTO DE CARDIOTOCOGRAFÍA

OBJETIVO

Utilizar un recurso biomédico como auxiliar diagnóstico en la evaluación de la condición de fetos con riesgo, para prevenir daño irreversible o muerte.



PROCEDIMIENTO DE CARDIOTOCOGRAFÍA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Solamente se le otorgará el servicio a los pacientes que presenten su documento de referencia debidamente autorizado.
2. El personal de Enfermería será el responsable de preparar a la paciente para el estudio de Cardiografía, así como de auxiliar al médico durante el desarrollo del procedimiento.
3. El Médico Especialista deberá formular un informe del resultado del estudio Cardiográfico el cual servirá además para la elaboración de trabajos y protocolos.
4. De acuerdo a los resultados del estudio el Médico Ginecólogo especialista deberá establecer un diagnóstico, los estudios y tratamiento que debe seguir la paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CARDIOTOCOGRAFÍA.

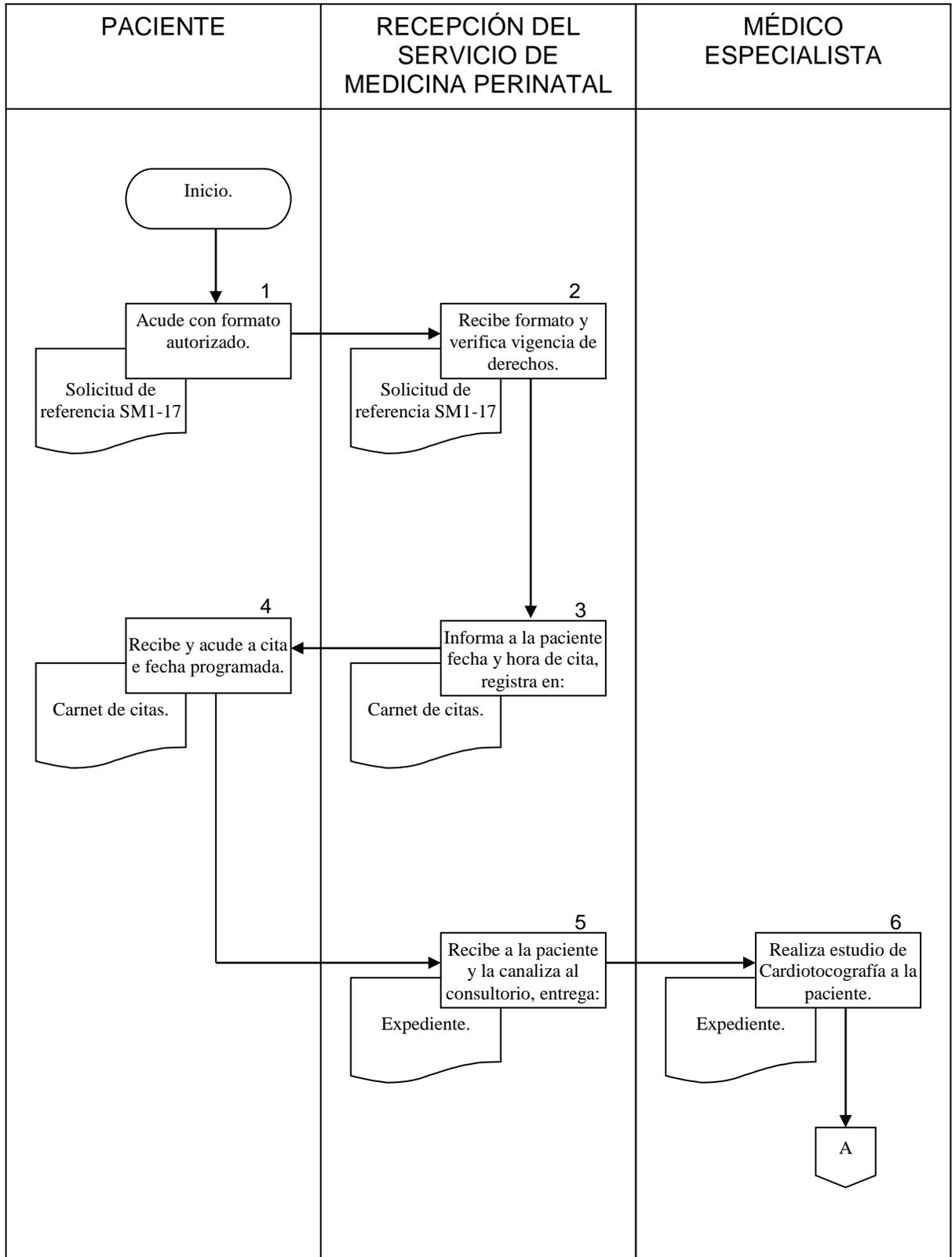
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	PACIENTE	Acude con su Solicitud de Referencia SM1-17, debidamente llenada y autorizada.
2	RECEPCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA PERINATAL	Recibe solicitud y verifica información y vigencia de derechos.
3		Informa al paciente la fecha, hora y sitio de consulta, registra datos en carnet y entrega a la paciente.
4	PACIENTE	Acude a cita en la fecha establecida, presentando su carnet.
5	RECEPCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA PERINATAL	Recibe a la paciente y la canaliza al consultorio programado, entregando expediente.
6	MÉDICO ESPECIALISTA	Realiza estudio de Cardiografía al paciente.
7		Analiza resultados, los anota en el expediente y determina. ¿Referencia del paciente?
7.1		Sí. Contrarrefiere a la paciente a su Unidad de Adscripción, indicando tratamiento a seguir.
7.2		No. Indica internamiento de la paciente formulando la orden y los estudios complementarios y especiales a seguir.
8	RECEPCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA PERINATAL	Orienta a la paciente y/o sus familiares para que realicen los trámites necesarios en cualquiera de los casos mencionados. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CARDIOTOCOGRAFÍA.

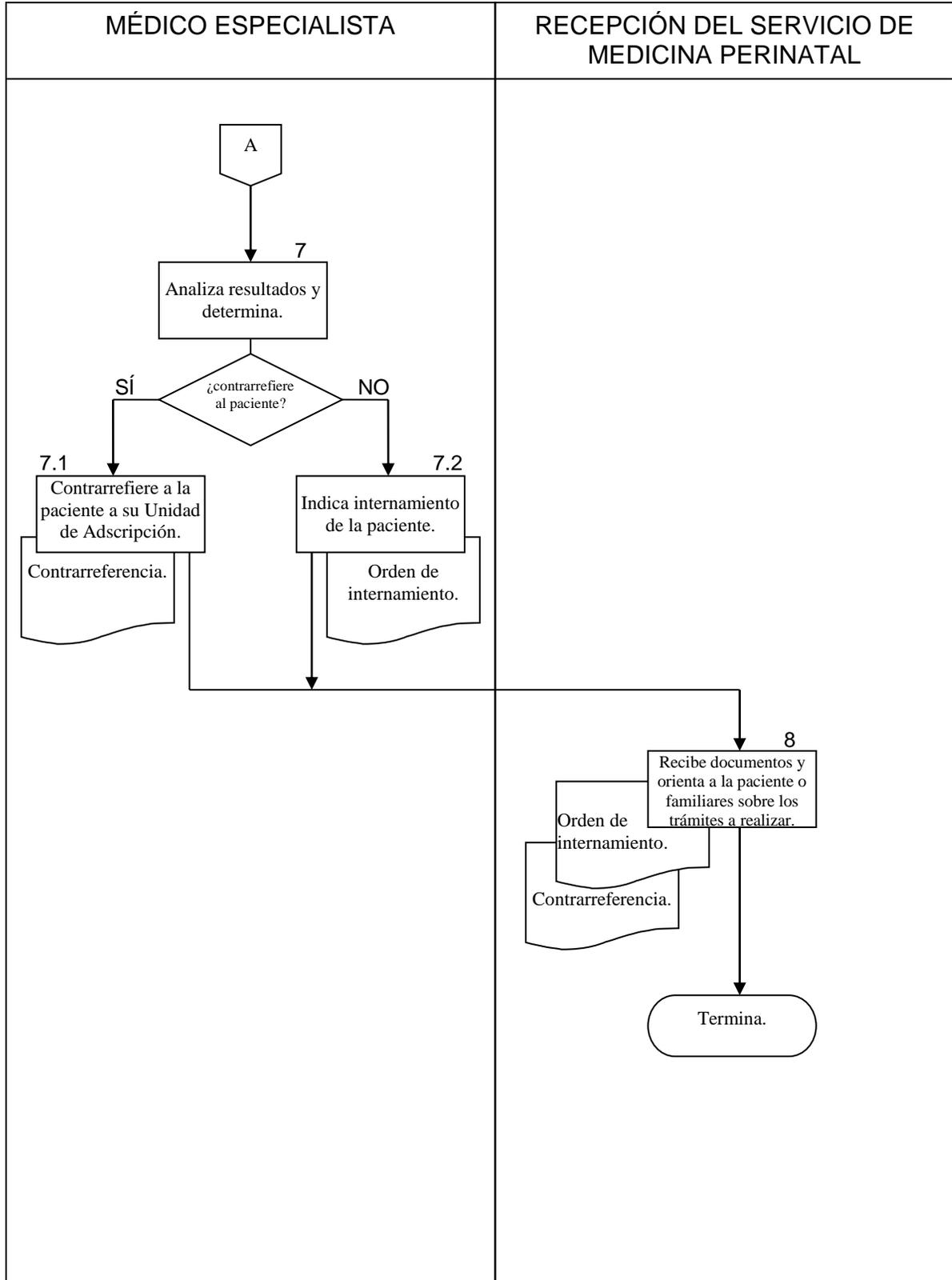




CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CARDIOTOCOGRAFÍA.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**37. – PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE
ORIGEN GENÉTICO**



**PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE
ORIGEN GENÉTICO**

OBJETIVO

Detectar malformaciones genéticas en los pacientes neonatos y definir un diagnóstico adecuado para su tratamiento y rehabilitación.



PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico Especialista de Genética para efecto de solicitar los exámenes necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente neonato, deberá llenar claramente las pruebas y estudios necesarios en los formatos establecidos.
2. El Área de Enfermería con apoyo del Médico Residente deberá realizar extracciones de las muestras solicitadas de acuerdo a las técnicas definidas y presentando oportunamente al laboratorio para su análisis.
3. El laboratorio deberá proporcionar por escrito, en los formatos preestablecidos, los resultados de los análisis solicitados por el Médico Especialista en Genética.
4. El Médico Especialista de acuerdo al resultado de los análisis deberá establecer un diagnóstico, así como establecer el tratamiento adecuado para la rehabilitación del paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO RESIDENTE DE NEONATOLOGÍA	Conforme a rutinas programadas realiza visita diaria a pacientes.
2		Obtiene expediente clínico y genera historia clínica para apertura del expediente.
3	MÉDICO ADSCRITO DE NEONATOLOGÍA	Solicita antecedentes del paciente, secuelas familiares anteriores, etc. Reporta al Médico Adscrito de la especialidad.
4		Recibe reporte y observaciones del Médico Residente, comenta caso. Verifica datos completos del paciente, árbol familiar, consulta expediente. Determina: ¿Detecta malformaciones congénitas?
4.1		No. Registra notas médicas completas en sistema, observaciones con base en perfil de patologías.
4.1.1		Emite diagnóstico descartado sobre padecimientos hereditarios o malformaciones génito urinarias.
4.2		Sí. Registra notas en sistema de cómputo, observaciones, prescripción de medicamentos, terapia de manejo e indicaciones específicas según procedimiento a seguir.
4.2.1		Acuerda ruta de manejo, ordena estudios de apoyo.
5	MÉDICO RESIDENTE DE NEONATOLOGÍA	Comenta caso, procedimiento y viabilidad del tratamiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
6		Expone, otorga asesoría a los padres del paciente, instruye para manejo adecuado y estímulo del paciente.
7		Registra notas médicas, recetas, observaciones, órdenes, etc. En el sistema de cómputo.
8		Cierra notas pendientes y/o genera registros de interconsulta o transferencia.
9	MÉDICO ADSCRITO DE NEONATOLOGÍA	Consulta sistema de cómputo, verifica evolución del paciente y estado clínico de las últimas 24 horas. Determina tratamiento conforme a perfil de patología de especialidad. Establece indicaciones. Determina:
9.1		¿Requiere interconsulta? No. Consulta sistema, modifica o ratifica ruta del manejo, completa notas médicas, programa atención y/o terapias.
9.2		Sí. Elabora solicitud y acuerda interconsultas, comenta estado del paciente, tratamientos implementados y observaciones a evolución y resultados obtenidos.
10	ESPECIALISTA INTERCONSULTANTE	Consulta sistema, elabora notas médicas, recetas, previa valoración médica.
11		Comenta contingencias con colegas, sugiere vías alternas de terapia. Da indicaciones y pronóstico, a Médico solicitante.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO.

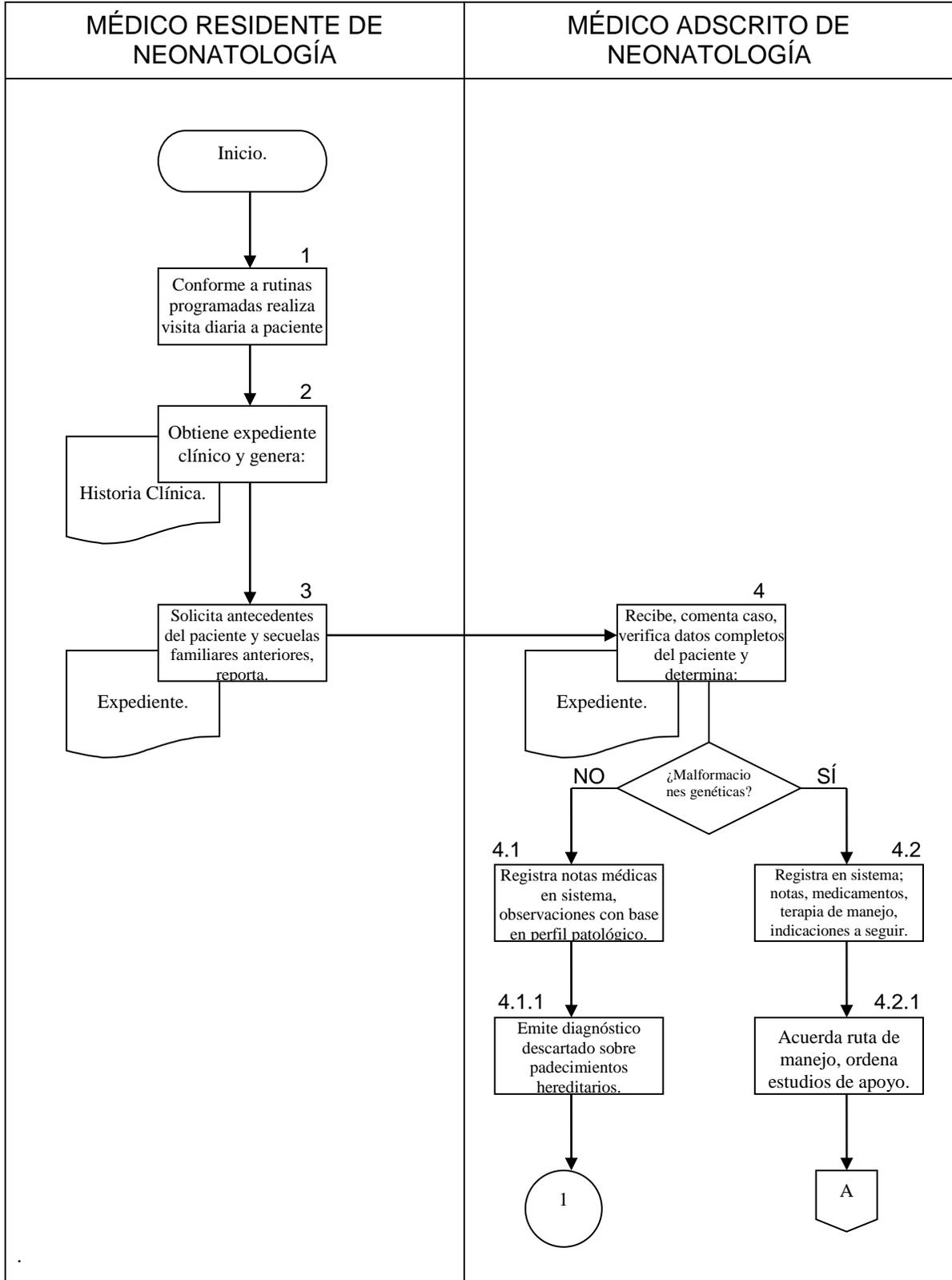
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
12	MÉDICO RESIDENTE DE NEONATOLOGÍA	Toma acuerdo de ruta y modificaciones al diagnóstico, plantea dudas y define pronóstico de tratamiento.
13	MÉDICO ADSCRITO DE NEONATOLOGÍA	Acuerda ruta, periodicidad y/o cambios a seguimiento del curso, completa registro de datos en sistema de cómputo.
14	MÉDICO RESIDENTE DE NEONATOLOGÍA	Consulta sistema, asiste al servicio, elabora notas de evolución conforme a estado clínico. Realiza visitas de guardia.
15		Obtiene información de enfermería, reporta y/o elabora notas de guardia. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO.

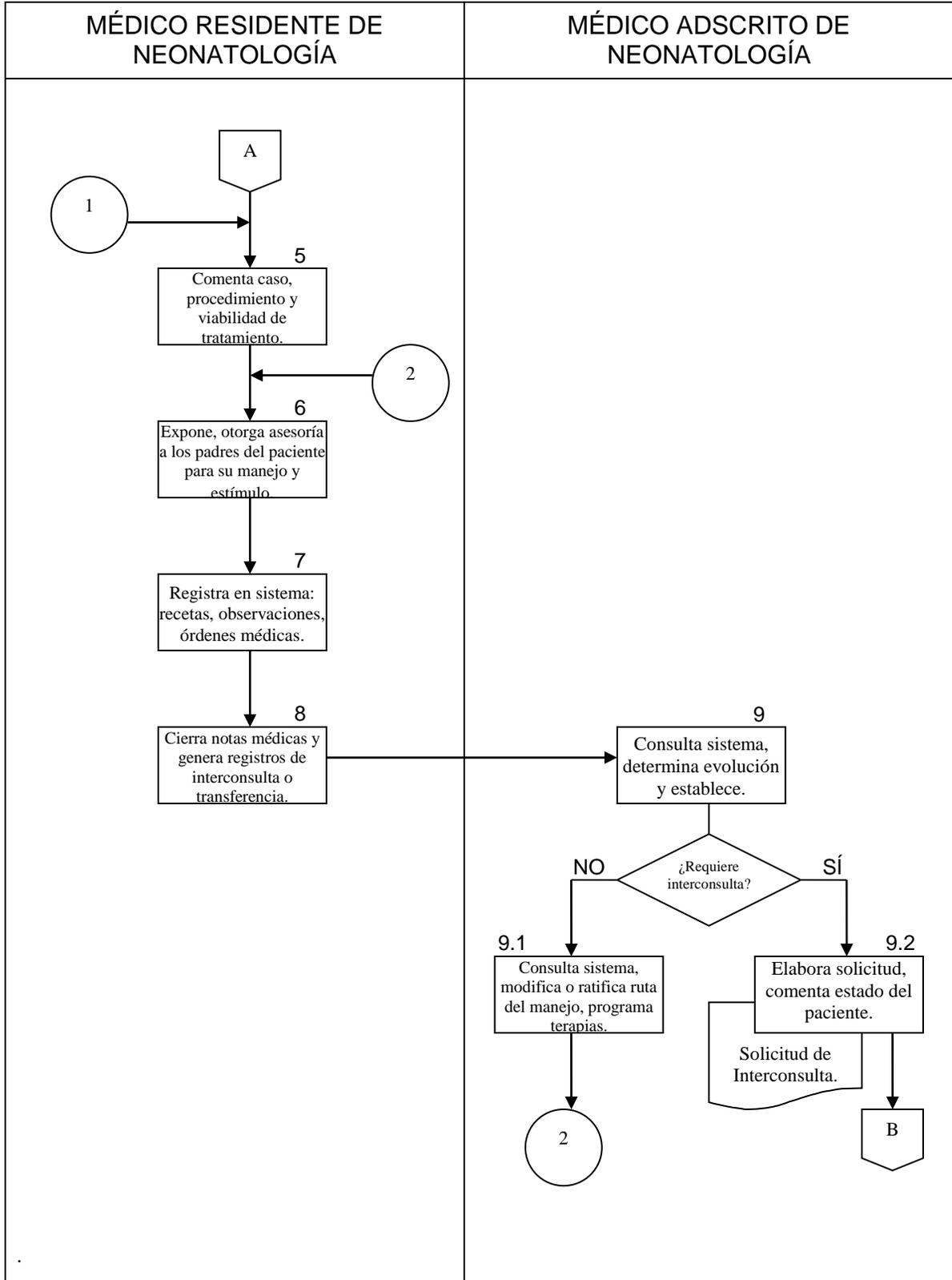




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO.

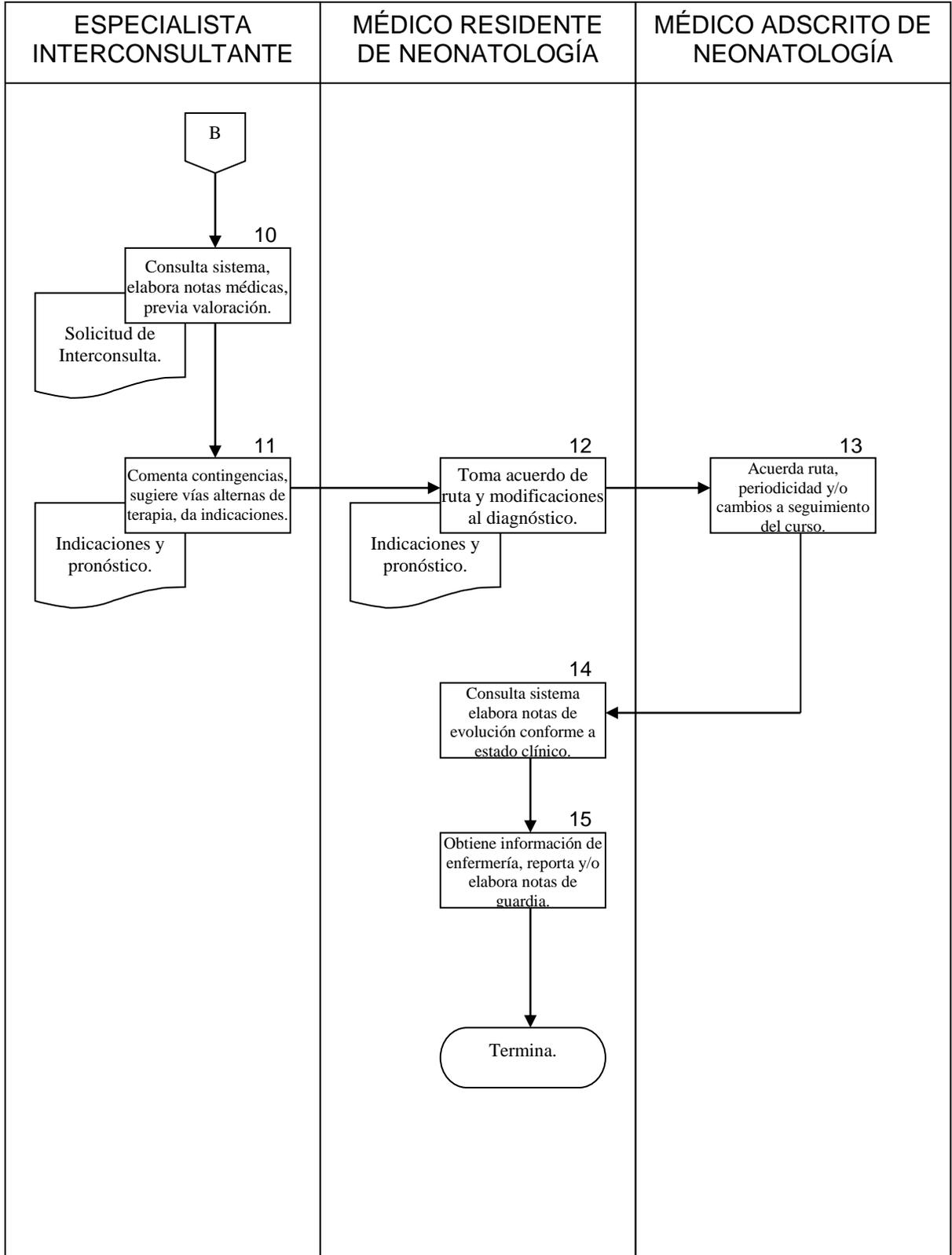




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DETECCIÓN DE MALFORMACIONES DE ORIGEN GENÉTICO.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



38. – PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO)



PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO)

OBJETIVO

Proporcionar información a pareja con probabilidades de alteraciones cromosómicas, enfermedades ligadas al sexo o errores de metabolismo en su descendencia.



PROCEDIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO)

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La paciente deberá acudir con su pareja, con sus documentos de referencia a la Recepción del Servicio para que la programen para atención prenatal.
2. El Médico Especialista al valorar a la paciente deberá comunicarle sobre posibilidades diagnósticas, características de los procedimientos, riesgos y contraindicaciones, debiendo obtener consentimiento de la pareja para el tratamiento.
3. Se deberá realizar estudio ultrasonográfico para corroborar edad gestacional y descartar contraindicaciones para toma de muestras *in útero*.
4. Al término del estudio, se deberá informar a la pareja y al comité correspondiente.
5. El Médico Especialista deberá establecer la contrarreferencia o seguimiento del embarazo hasta su término.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO).

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	PACIENTE (FEMENINO)	Acude a la Recepción de Medicina Perinatal, con documentos de referencia, en compañía de su pareja.
2	RECEPCIÓN DE MEDICINA PERINATAL	Recibe documentos y verifica información, entrega a Médico responsable para autorización de apertura del expediente.
3		Indica al paciente acudir al archivo clínico para apertura de expediente.
4		Acompaña a la paciente y su pareja a cubículo de entrevista y entrega expediente al médico.
5	MÉDICO ESPECIALISTA	Recibe expediente y realiza entrevista e interrogatorio a la paciente.
6		Define estudios a efectuar y les informa sobre posibilidades diagnósticas, características de los procedimientos, riesgos y contraindicaciones.
7		Registra en el expediente la información, e integra Hoja de Consentimiento de la pareja.
8		Elabora solicitudes de estudio de laboratorio y programa cita a otras secciones para integrar protocolos médicos.
9	PACIENTE	Acude a laboratorio para que le practiquen los estudios correspondientes.
10	LABORATORIO	Realiza pruebas de laboratorio solicitadas y entrega resultados al Médico solicitante.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO).

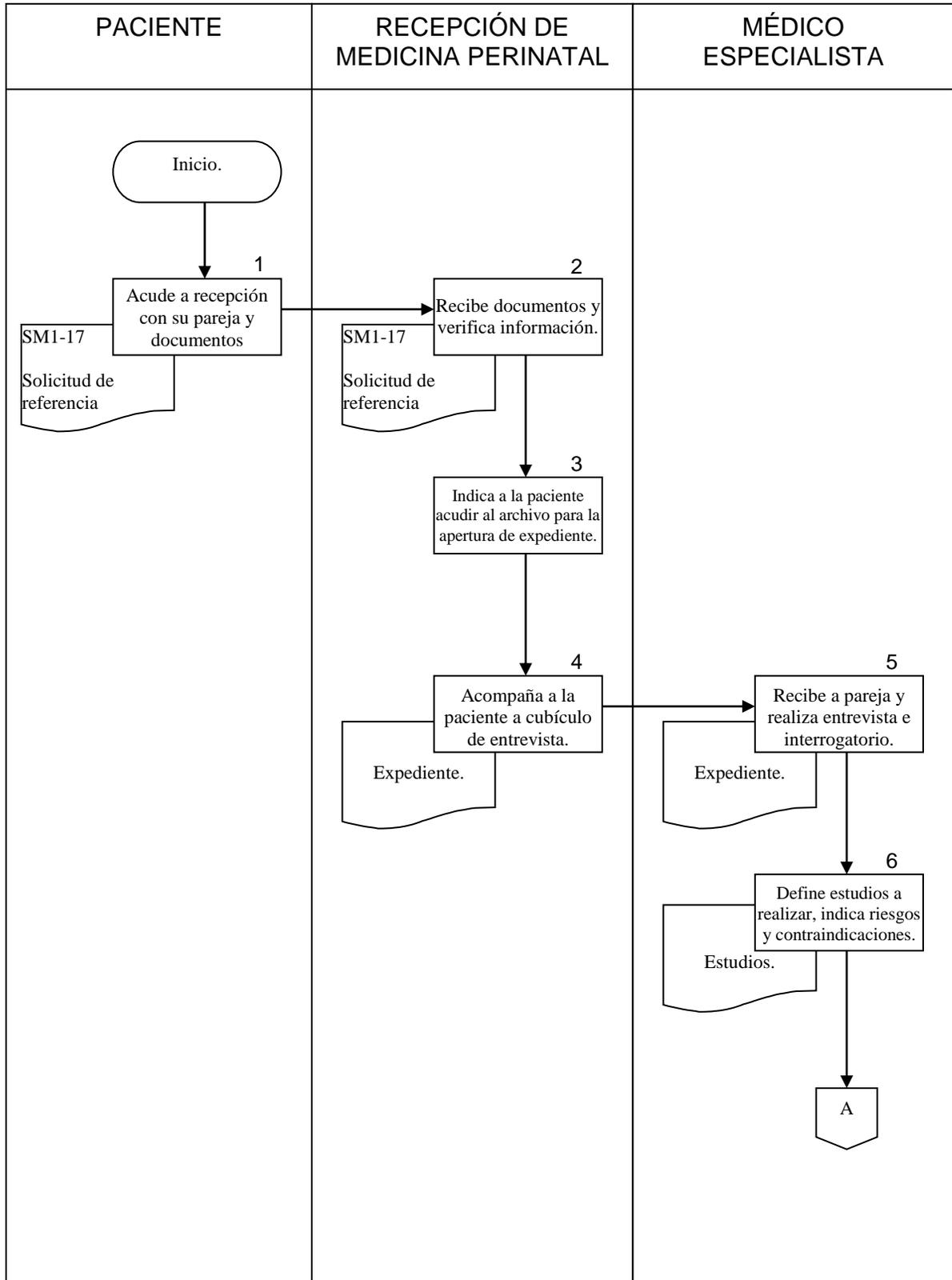
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
11	MÉDICO ESPECIALISTA	Recibe resultados de exámenes de laboratorio solicitados, analiza resultados, registra información en expediente y determina hospitalización. ¿Es procedente?
11.1		No. Indica alta / contrarreferencia o cita subsecuente y formula licencia médica.
11.2		Sí. Indica internamiento, formula formatos correspondientes, envía expediente y Hoja de Hospitalización a la recepción.
12	RECEPCIÓN DE MEDICINA PERINATAL	Recibe del Médico: a) Expediente del paciente - Solicitud de Estudios. - Solicitud de Consultas. - Alta o Contrarreferencia. O en su caso. b) Hoja de Internamiento de la paciente. En ambas situaciones orienta a la paciente y/o sus familiares para que realicen los trámites necesarios. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO).

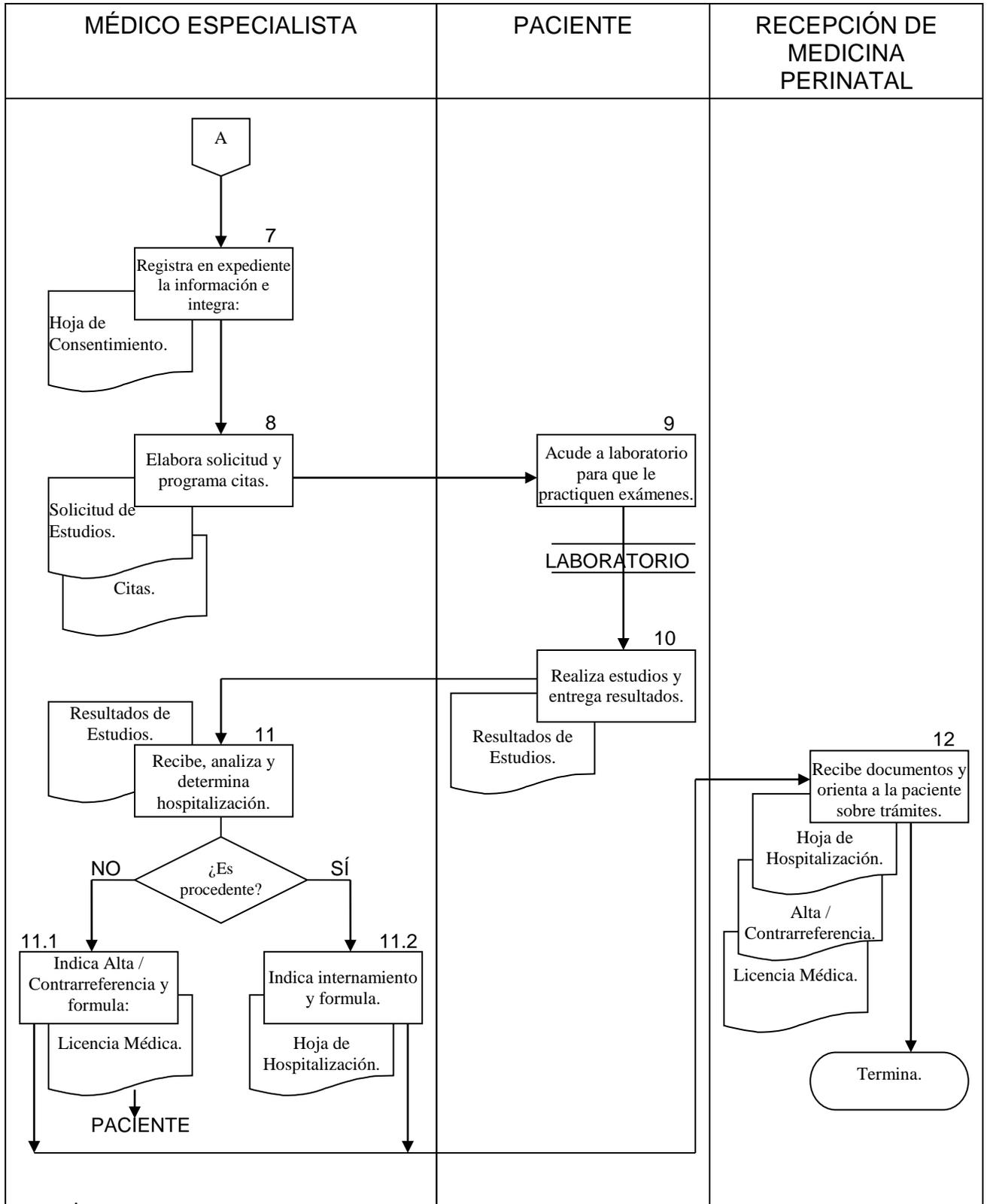




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DIAGNÓSTICO PRENATAL (CITOGENÉTICO).





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



39. – PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA



PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA

OBJETIVO

Vigilar el trabajo de parto monitorizado, evidenciar la condición fetal y decidir su manejo habitual, instrumentado o quirúrgico, con personal entrenado para resolver complicaciones en cirugía programada o en urgencias.



PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Se deberá recibir a la paciente con su expediente clínico completo.
2. El Servicio de Enfermería deberá verificar la completa y correcta preparación de la paciente: bata quirúrgica, pelo cubierto, sin maquillaje ni adornos, uñas cortas sin barniz, miembros inferiores con vendaje o medias elásticas, vena permeable, región quirúrgica afeitada.
3. También deberá preparar el equipo e instrumental y equipo quirúrgico y apoyar durante el proceso de parto manipulando muestras de laboratorio y preparación y cuidado de productos hematológicos.
4. Al término de la intervención quirúrgica el médico deberá formular el informe correspondiente, comunicando el resultado a los familiares de la paciente.
5. Deberá vigilar la evolución de la paciente hasta su alta.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA.

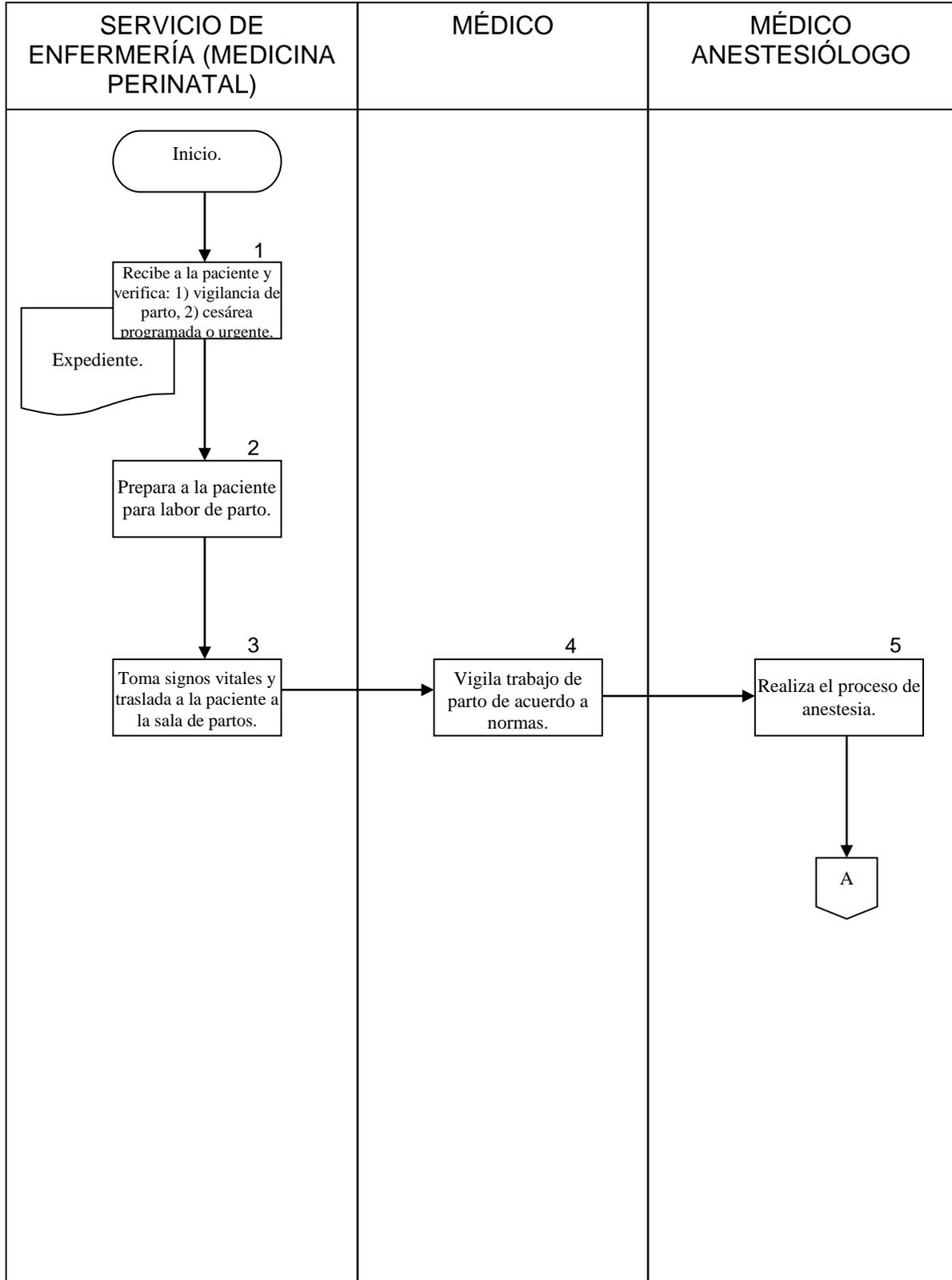
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	SERVICIO DE MEDICINA PERINATAL (ENFERMERÍA)	Recibe a la paciente con expediente para realizar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">- Vigilancia monitorizada de parto ó- Cesárea programada o urgente.
2		Prepara a la paciente para labor de parto.
3		Toma y registra signos vitales y traslada a paciente a sala de partos.
4		MÉDICO Vigila trabajo de parto de acuerdo a normas del servicio, utiliza cardiotocógrafo y lleva registro de evolución de la paciente.
5		MÉDICO ANESTESIÓLOGO Realiza valoración preanestésica e inicia el procedimiento de elección cuando el equipo quirúrgico está listo.
6		MÉDICO CIRUJANO Desarrolla técnica de parto adecuada a las circunstancias, solicita al Pediatra su intervención.
7		MÉDICO PEDIATRA Revisa al recién nacido y realiza procedimientos de reanimación en su caso.
8		Traslada al recién nacido al cunero correspondiente o incubadora.
9		MÉDICO CIRUJANO Verifica estado de salud de la paciente y de acuerdo a su evolución la envía a terapia intensiva o a la sala de recuperación.
10		Elabora informe describiendo el proceso quirúrgico y formula indicaciones para su tratamiento, prescribiendo medicamentos necesarios. <u>Termina procedimiento.</u>



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA.

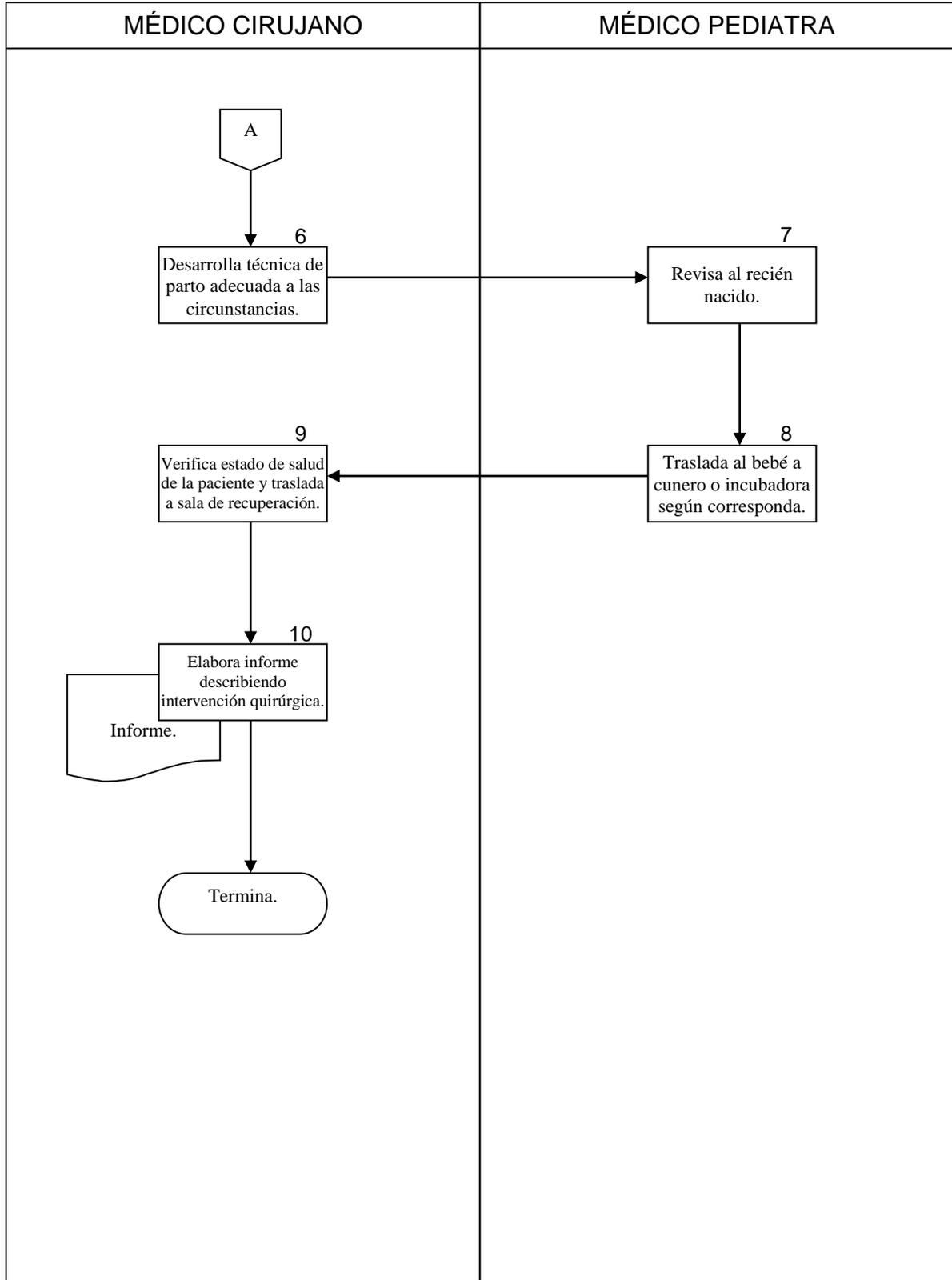




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**40. – PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN ELECTROCARDIOGRÁFICO
URGENTE**



PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN ELECTROCARDIOGRÁFICO URGENTE

OBJETIVO

Solicitar con carácter de urgente exámen electrocardiográfico que por el estado de salud del paciente sea necesario, para su atención y tratamiento.



PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN ELECTROCARDIOGRÁFICO URGENTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico Adscrito y/o Residente solicitará este tipo de exámenes, como apoyo para el diagnóstico del paciente, con el visto bueno del Jefe del Servicio.
2. El Área de Electrocardiografía, deberá dar prioridad a este tipo de solicitudes, previéndolas en su programa diario de exámenes preestablecidos.
3. La Enfermera del área deberá prestar el apoyo necesario al técnico electrocardiógrafo para la aplicación del examen correspondiente.
4. El Médico Adscrito y/o Residente sobre la base del análisis e interpretación del examen, deberá establecer el tratamiento terapéutico necesario para la estabilización del paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EXÁMEN ELECTROCARDIOGRÁFICO URGENTE.

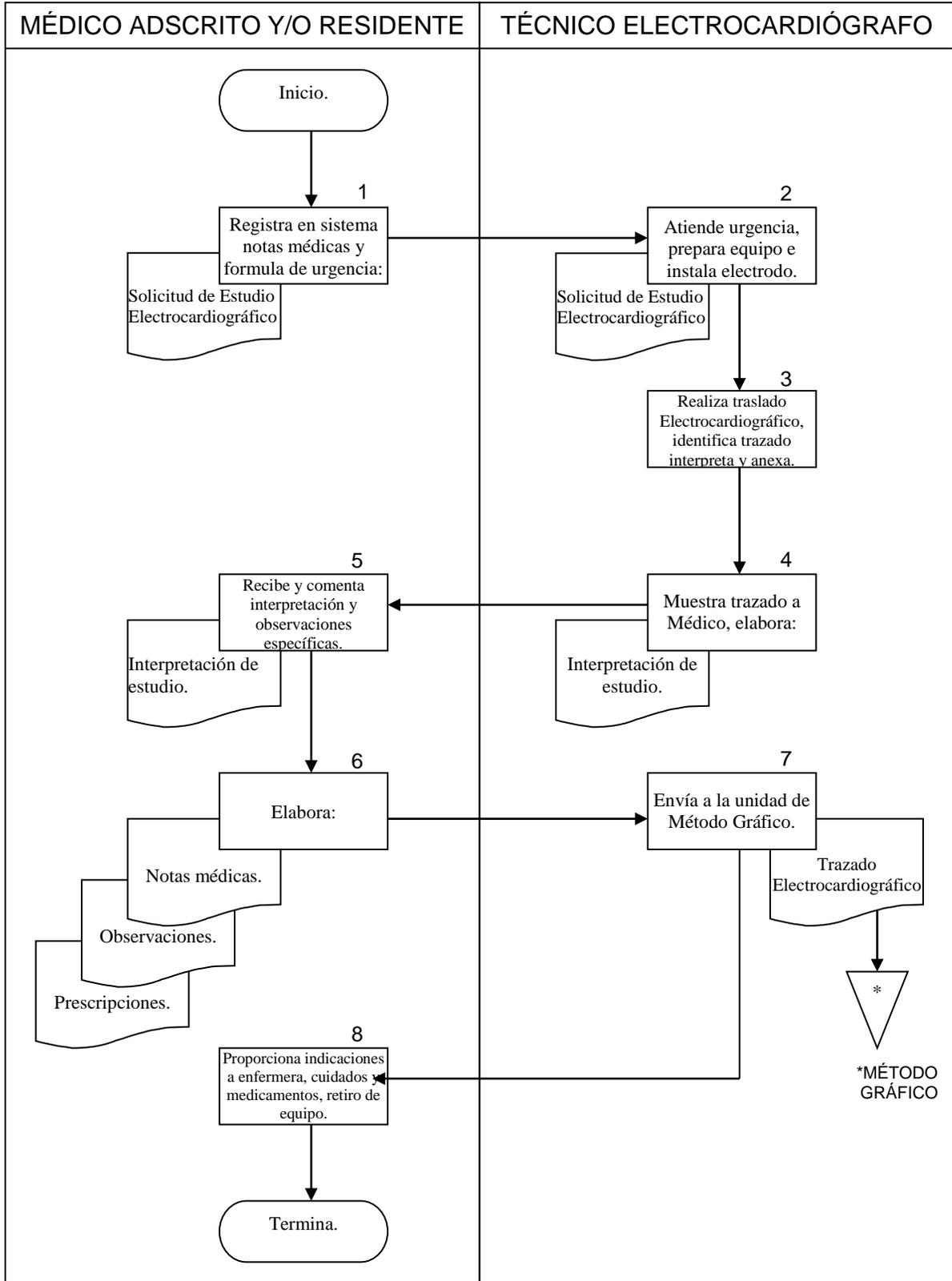
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO ADSCRITO Y/O RESIDENTE	Registra en sistema las notas médicas, datos de Solicitud de Estudio Electrocardiográfico urgente, comunica indicaciones a servicio conforme al caso específico.
2	ELECTROCARDIOGRAFÍA TÉCNICO ELECTROCARDIÓGRAFO	Atiende urgencia y prepara equipo ECG, instala en piso, revisa condiciones del paciente, coloca electrodos.
3		Realiza traslado electrocardiográfico y demás equipo, identifica trazado, derivaciones correspondientes y aplica interpretación.
4		Muestra el trazado al Médico solicitante, elabora interpretación y anexa a carpeta del paciente.
5	MÉDICO ADSCRITO Y/O RESIDENTE	Recoge trazados del electrocardiógrafo, comenta interpretación del estudio y observaciones específicas.
6		Elabora notas médicas, observaciones, prescripción según cambios en estrategia de manejo del paciente, entrega al técnico.
7	TÉCNICO ELECTROCARDIÓGRAFO	Envía trazado a la unidad de método gráfico para su archivo.
8	MÉDICO ADSCRITO Y/O RESIDENTE	Proporciona indicaciones a enfermera según impresión diagnóstica, especifica cuidados especiales, dosificación de medicamentos, retiro de equipo. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EXÁMEN ELECTROCARDIOGRÁFICO URGENTE.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



41. – PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA



PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA

OBJETIVO

Efectuar el examen radiológico de rutina, con el propósito de verificar la evolución del paciente.



PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico Especialista para tramitar este servicio deberá llenar el formato de “Solicitud de Exámen Radiológico” y obtener el visto bueno del Jefe del Servicio.
2. El Área de Enfermería del servicio deberá preparar técnicamente al paciente para la práctica del Exámen Radiológico.
3. El Servicio de “RX” de acuerdo a su programación o urgencia del caso, deberá proporcionar con la mayor eficiencia este estudio, asimismo deberá proporcionar la placa obtenida.
4. El Médico Especialista deberá, con el apoyo del Médico Residente, analizar e interpretar la placa radiológica y establecer, modificar o terminar el tratamiento rehabilitatorio del paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO ESPECIALISTA	Formula la “Solicitud de Exámen Radiológico” para pacientes.
2		Remite solicitud a la unidad de RX.
3	RECEPCIONISTA “RX”	Verifica el cumplimiento de los requisitos de la solicitud y los completa con los datos del paciente.
4		Indica hora y fecha, de acuerdo con la programación para la aplicación del Exámen Radiológico.
5	TÉCNICO RADIÓLOGO	Orienta al paciente en lo referente al exámen y registra la preparación en la historia clínica.
6		Verifica en la prescripción detalles técnicos tales como exámenes que necesitan ayuno o preparación dietética.
7		Prepara al paciente y anota en la historia clínica, el exámen de “RX” solicitado.
8		Acompaña al paciente a “RX” en el día y hora determinados.
9		Entrega la solicitud al técnico de “RX”.
10	TÉCNICO “RX”	Verifica la identificación del paciente y anota en el registro.
11		Recibe la solicitud e identifica el “Chasis”.
12		Prepara al paciente y procede al exámen.
13		Revela la placa del estudio.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA.

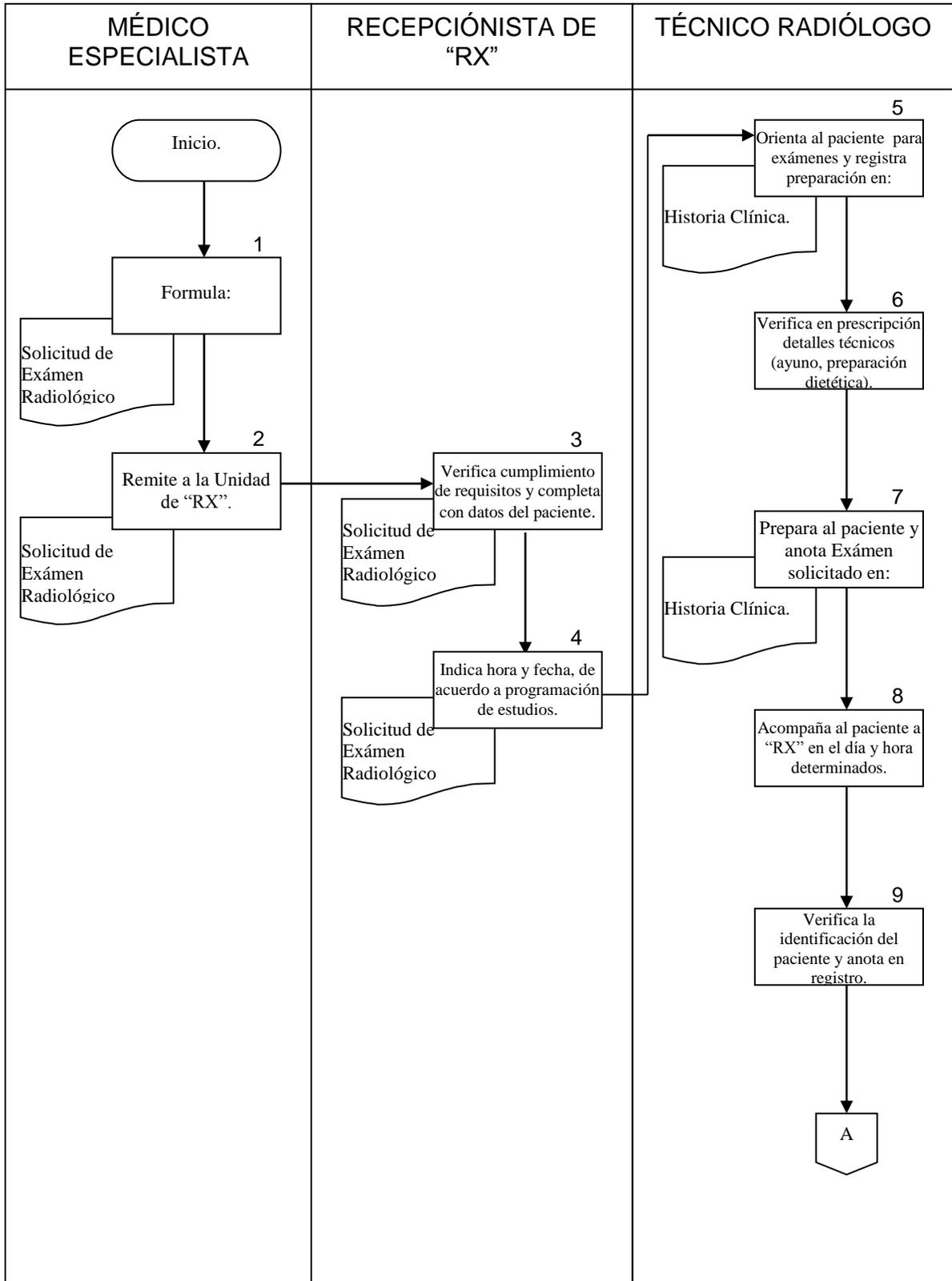
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
14		Anota el exámen realizado, en la solicitud.
15		Comunica a la Unidad de Internación, que ha terminado el exámen y los resultados del mismo.
16	MÉDICO ESPECIALISTA	Recibe al paciente en la Unidad de Internación después del exámen. Interpreta los hallazgos radiológicos y redacta el informe de resultados del exámen de “RX”. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA.

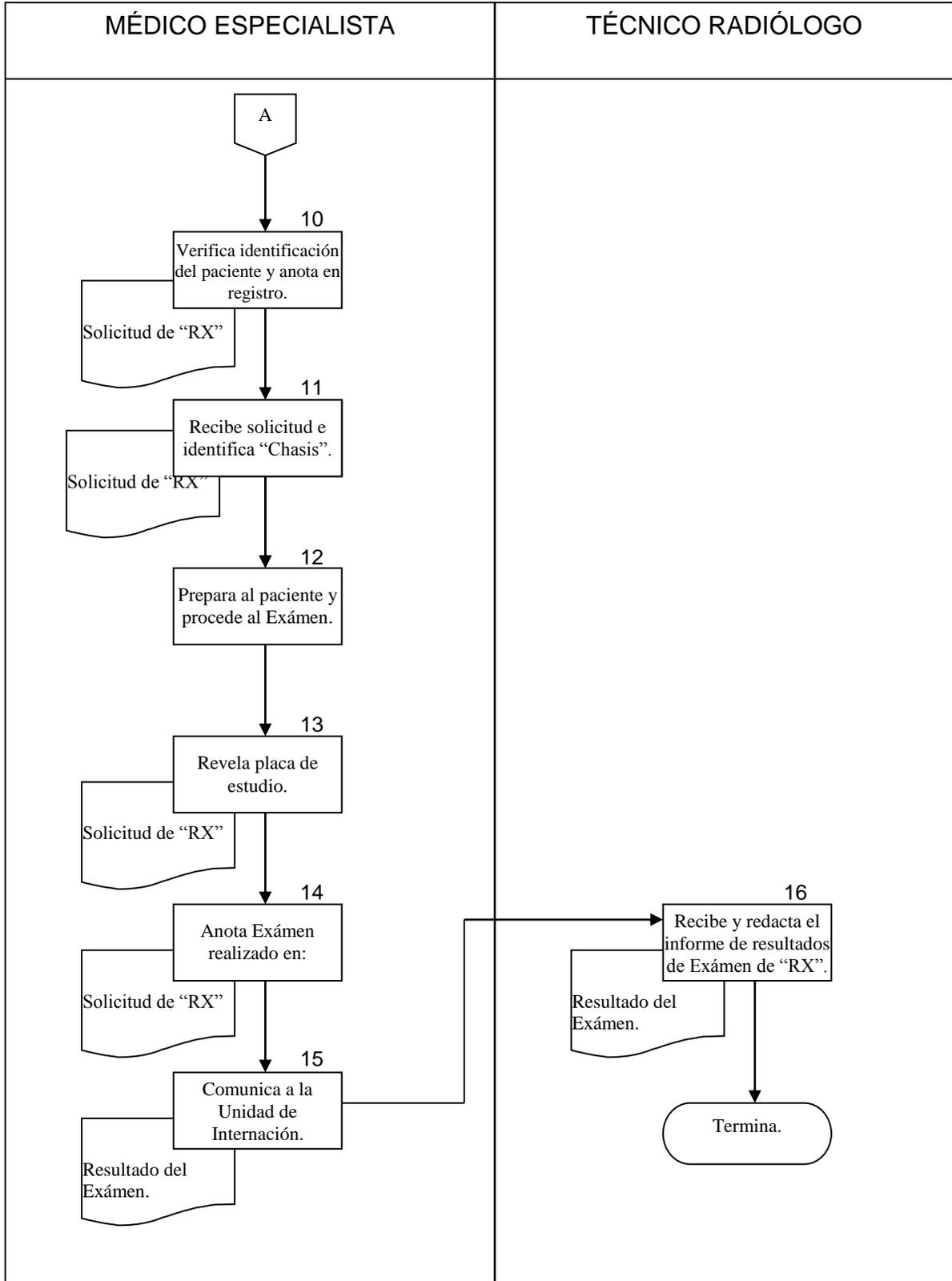




CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: EXÁMEN RADIOLÓGICO / RUTINA.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



42. – PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA



PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

OBJETIVO

Solicitar sangre o sus derivados, para los pacientes que así lo requieran; cumpliendo con los lineamientos establecidos para el efecto por el Banco de Sangre del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".



PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico Especialista será responsable de prescribir sangre o sus derivados de acuerdo al estado de salud del paciente, estableciendo la urgencia de la situación.
2. El Banco de Sangre será el responsable de proporcionar con oportunidad la sangre solicitada o su derivado ajustándose estrictamente a las normas de seguridad, compatibilidad e higiene establecidas por la Secretaría de Salud.
3. El Banco de Sangre, a través del de la Recepción del Servicio solicitará a los familiares la donación de la sangre que sea necesaria, hasta la recuperación del paciente.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO ESPECIALISTA	Prescribe sangre o derivado.
2		Expide y firma la “Solicitud de Transfusión” SM 6 – 47 en un ejemplar, especificando la cantidad a transfundir, ya sea de sangre o derivado, así como la urgencia de la aplicación.
3	BANCO DE SANGRE PERSONAL BANCO	Atiende la urgencia del pedido.
4		Dispone recoger sangre para su triplicación y encausa la muestra y el pedido a la Unidad de Hemoterapia.
5		Encamina el pedido de transfusión y la muestra a la Unidad de Hemoterapia.
6	UNIDAD DE HEMOTERAPIA	Recibe el pedido y la muestra de sangre y la emite para los análisis necesarios.
7		Recibe la muestra, procede a determinar el grupo sanguíneo y las reacciones necesarias y anota los resultados.
8		Retira el material para transfusión y lo entrega al médico.
9	MÉDICO ESPECIALISTA	Recibe la sangre o derivado, solicitado para el paciente.
10		Registra el material que va saliendo e identifica al paciente que lo recibirá.
11	ÁREA DE ENFERMERÍA ENFERMERA	Administra la sangre observando al paciente. Hace anotaciones en la historia clínica.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRASNFIUSIÓN SANGUÍNEA.

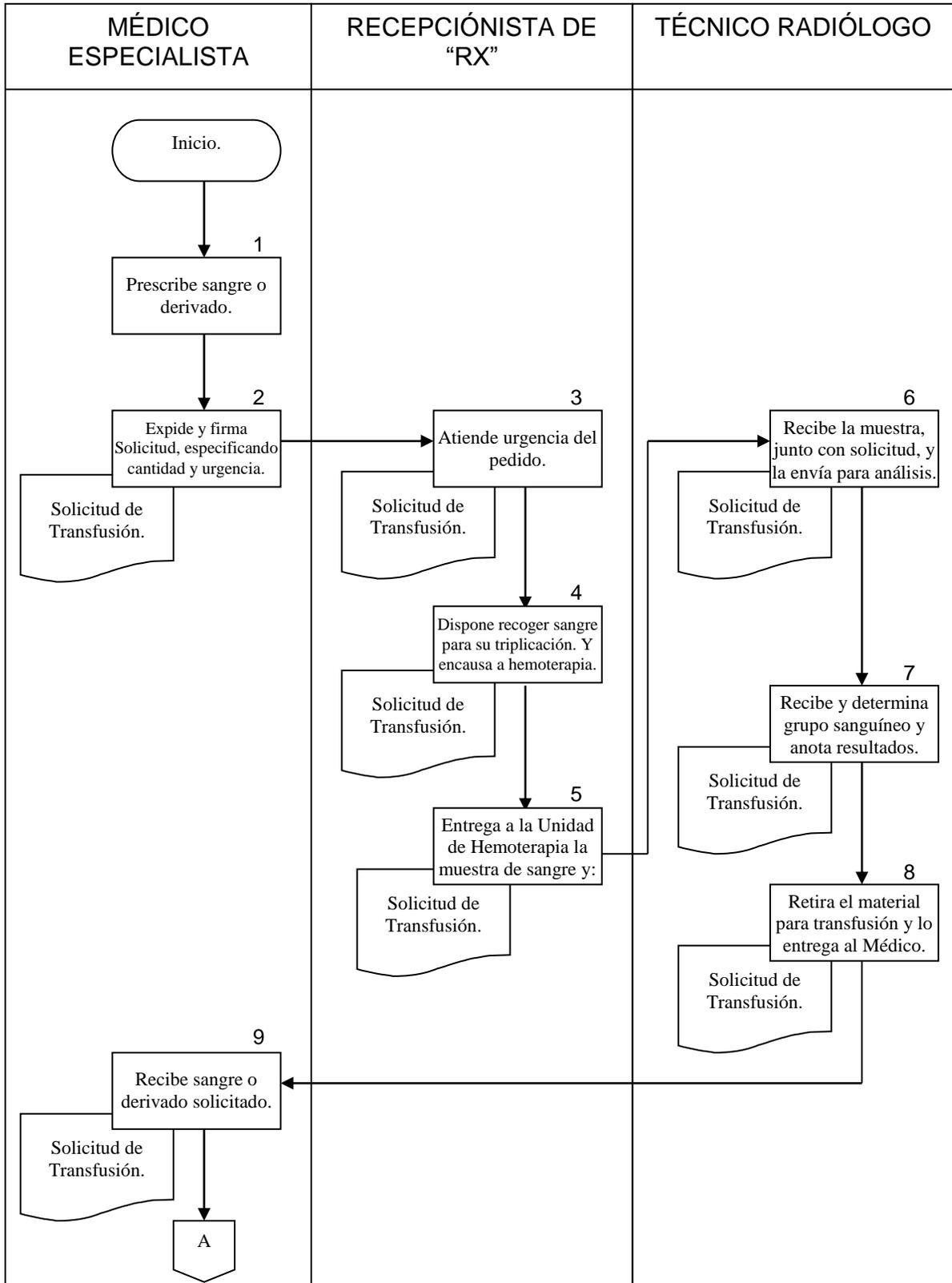
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
12	PERSONAL BANCO DE SANGRE	Recibe el duplicado del pedido de transfusión y visita a la Unidad de Internación para solicitar donadores al paciente o familiar.
13		Atiende a los donadores y los encamina a la extracción de sangre.
14		Remite aviso de donación para control de la Unidad de Internación. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

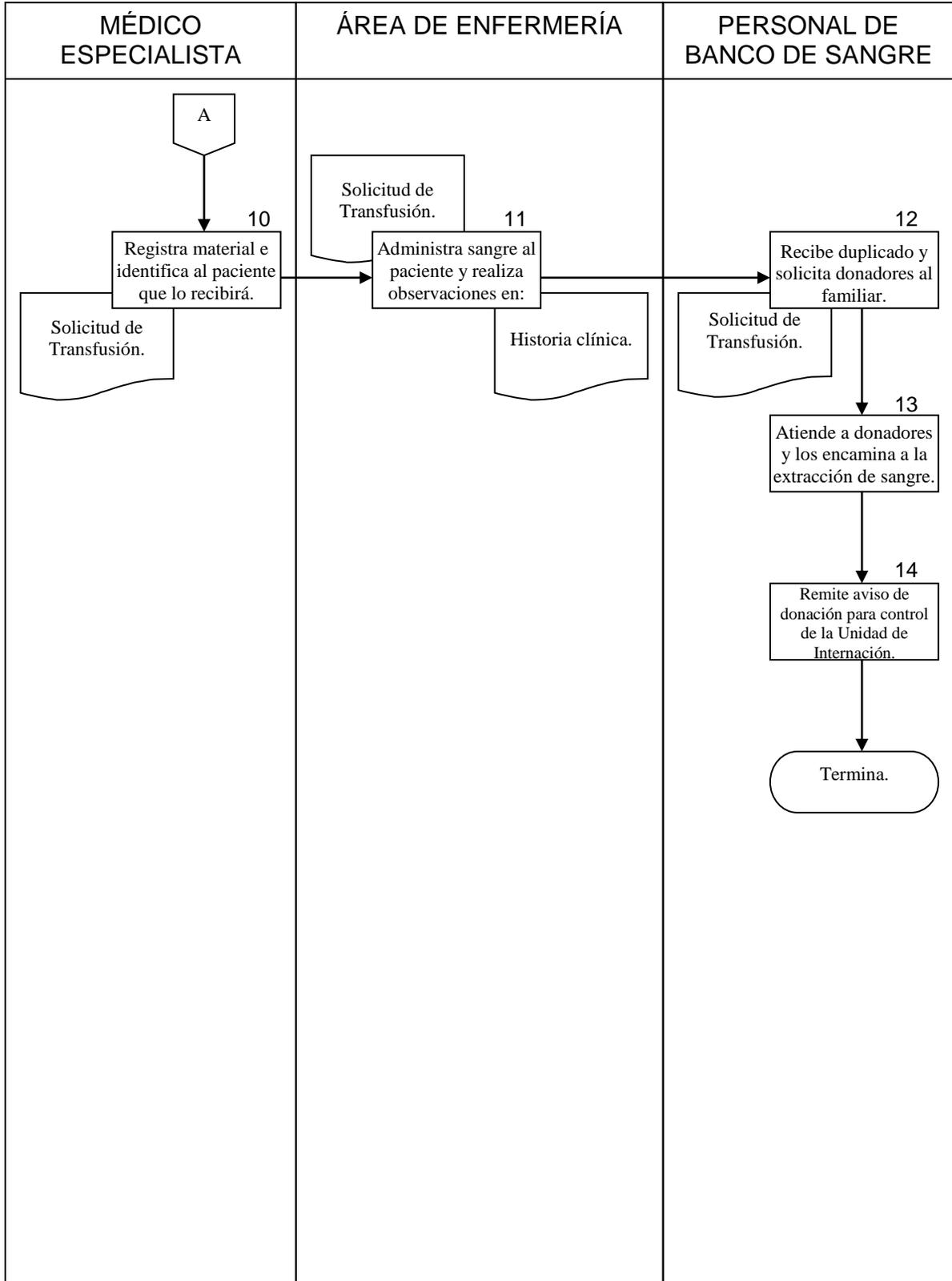




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRASFUSIÓN SANGUÍNEA.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**43. – PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**



**PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

OBJETIVO

Proporcionar atención eficiente y de calidad a los pacientes Neonatales, hasta lograr su recuperación.



**PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Área de Enfermería del servicio aplicará las ordenes médicas de cuidados, suministro de medicamentos y/o manejo del paciente durante su tratamiento.
2. El Médico Especialista de Neonatología establecerá sobre la base de la evolución del Neonato el diagnóstico y el procedimiento diagnóstico a desarrollar.
3. El Área de Enfermería aplicará cuidados generales del Neonato y proporcionará apoyo y adiestramiento para el manejo domiciliario del paciente.
4. El Médico Residente deberá realizar actividades de apoyo académico – asistenciales, como parte de su capacitación o especialidad.
5. El Médico Especialista de Neonatología será el responsable de autorizar el alta o contrarreferencia del Neonato estableciendo indicaciones médicas y recetas de medicamentos a suministrar.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	ÁREA DE ENFERMERÍA ENFERMERA JEFE	Identifica plenamente al Neonato con documentación, recibe, coloca en incubadora de observación o aislamiento según sea el caso.
2		Revisa ligaduras de cordón umbilical y condiciones de salud al ingreso, registra diagnóstico, datos de la madre, padre, etc.
3		Realiza la realización de cuidados o manejo del paciente, avisa del ingreso al Médico de guardia del servicio, presenta expediente del caso.
4	MÉDICO RESIDENTE DE NEONATOLOGÍA	Recibe aviso, revisa antecedentes perinatales, realiza exploración física completa, diagnóstico presuntivo o diferencial conforme a la evolución del caso.
5		Realiza consulta en sistema de cómputo, analiza demás antecedentes en historia clínica perinatal, diagnósticos, evolución, etc.
6		Elabora notas médicas del ingreso, otras observaciones resultado de la exploración, registra ordenes de estudios auxiliares del diagnóstico o subrogación de estudios especiales.
7		Explora a cada paciente, obtiene impresión diagnóstica según observaciones.
8		Consulta sistema, registra datos, elabora notas médicas, prescripción de medicamentos e índices, dado el caso Solicitud de Interconsultas. etc.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
9	MÉDICO ESPECIALISTA DE NEONATOLOGÍA	Determina diagnóstico preventivo y procedimiento terapéutico.
10		Consulta sistema de cómputo, revisa notas de ingreso, antecedentes, diagnósticos, evolución, etc. Determina: ¿Es viable el manejo?
10.1		No. Corrige notas de ingreso, indicaciones conforme a procedimientos opcionales, cambia tratamiento de impresión diagnóstica si lo requiere, prescripciones de medicamentos y manejo del paciente. Especifica indicaciones al personal paramédico.
10.2		Sí. Avala procedimiento diagnóstico y terapéutico, comenta observaciones con personal residente y de apoyo paramédico. Acuerda seguimiento del caso.
10.2.1		Informa a familiares, proporciona datos sobre parte médico aplicado en paciente, sobre el programa de estimulación, del alta o contrarreferencia, según corresponda al caso.
11	MÉDICO RESIDENTE DE NEONATOLOGÍA	Elabora resumen de alta, contrarreferencia, indicaciones médicas, recetas y/o datos de transferencia. Completa datos estadísticos de morbilidad y mortalidad, verifica datos completos de valoración psicomotriz e historia clínica perinatal.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

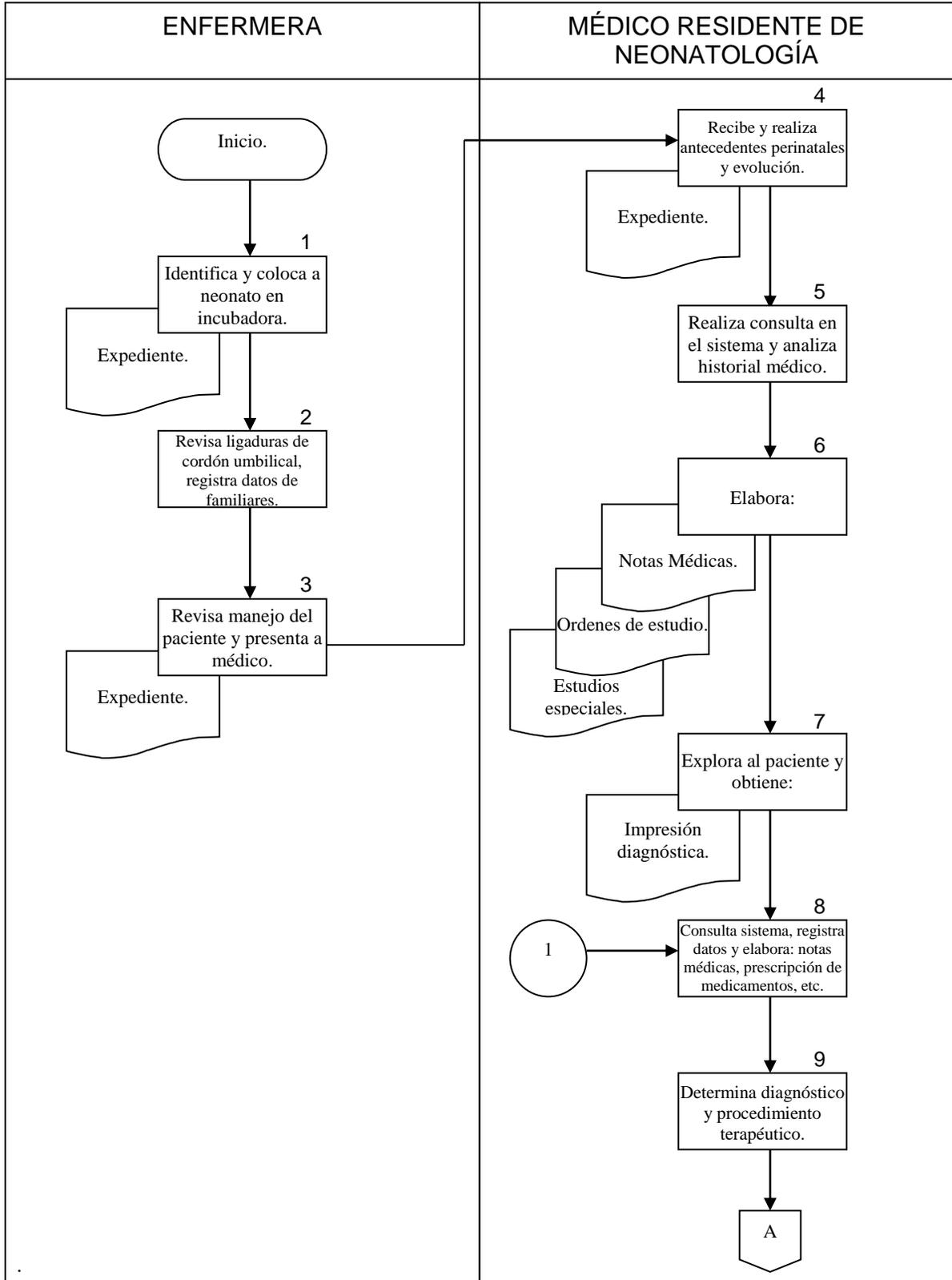
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
12		Obtiene impresión de resumen clínico de contrarreferencia, hojas de egreso o transferencia. Distribuye a expediente, servicios y Unidad de referencia y entrega a enfermería.
13	ENFERMERA ESPECIALISTA Ó ENFERMERA GENERAL	Identifica a familiares, corrobora indicaciones médicas sobre cuidados y manejo del paciente. Recaba firma del familiar en la Hoja de Egreso, anexa copia o reconocimiento de firma de familiar por el Médico de guardia. Integra documento al expediente.
14		Entrega el neonato al familiar. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

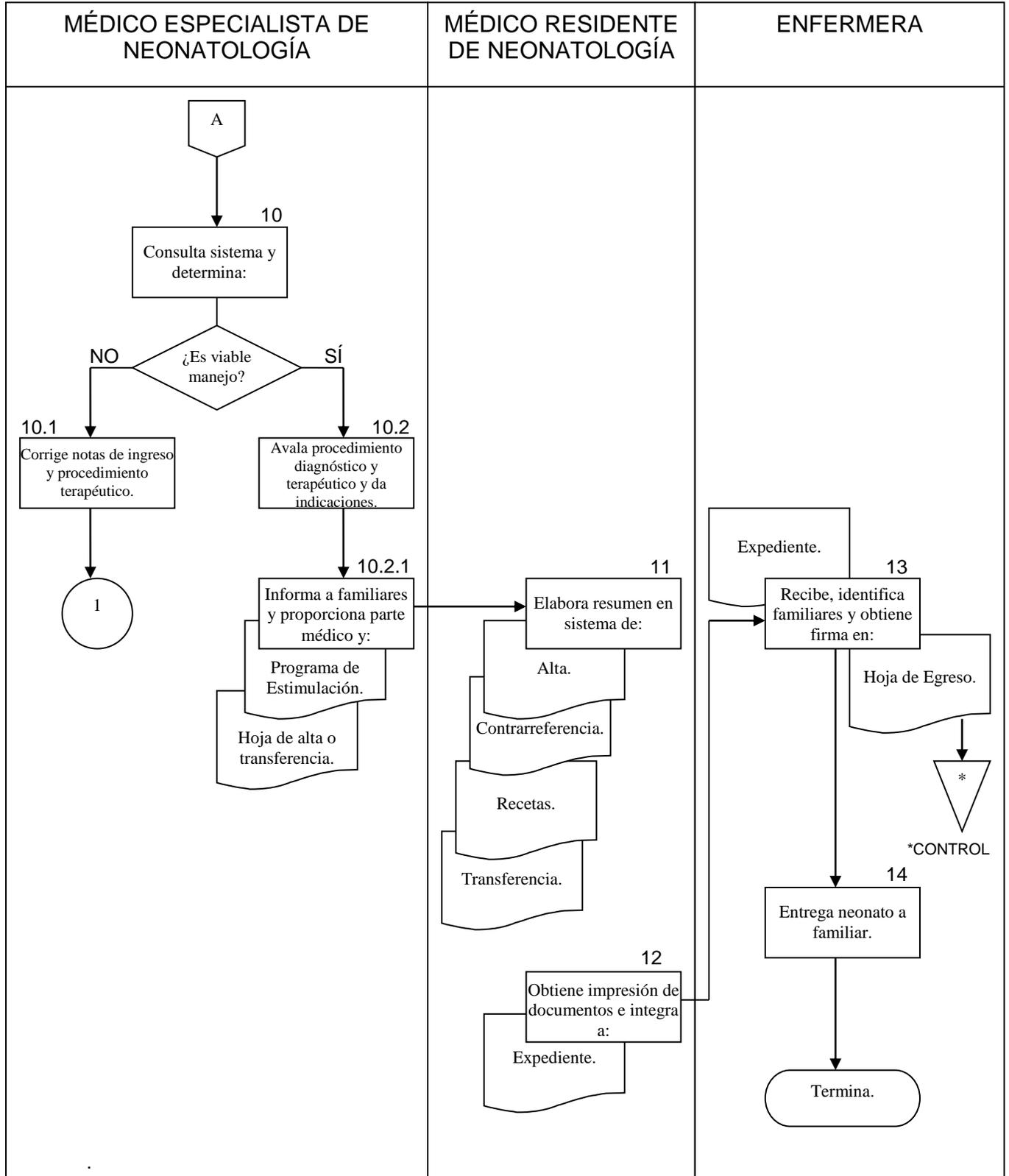




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**44. – PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A
U.C.I.N.**



PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.

OBJETIVO

Identificar a los pacientes referidos o de interconsulta que por su estado de salud deban ser ingresados a este servicio para su atención, tratamiento y rehabilitación.



PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Jefe de U.C.I.N. de acuerdo al diagnóstico del paciente deberá autorizar su ingreso al servicio.
2. El Área de Enfermería de U.C.I.N. será la responsable de ubicar al paciente Neonato en la incubadora así como de proporcionarle los medicamentos prescritos.
3. Debiendo además proporcionar los cuidados necesarios y especiales definidos por el Jefe del Servicio y/o Médico Especialista, asimismo proporcionar la información necesaria sobre la evolución o estado de salud del paciente.
4. El Jefe del U.C.I.N. para apoyo a la rehabilitación del paciente establecerá el plan de estudios y análisis de laboratorio y gabinete necesarios.
5. Se proporcionará información diariamente a los familiares del paciente sobre el estado de salud del paciente Neonato.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	JEFE DEL SERVICIO U.C.I.N.	Recibe aviso del caso, verifica posibilidades de traslado, patología y Unidad Médica de Referencia. Da indicaciones.
2	ÁREA DE ENFERMERÍA ENFERMERA JEFE	Recibe indicaciones, solicita transporte vía telefónica, lo obtiene. Da indicaciones.
3	ENFERMERA ESPECIALIZADA	Recibe indicaciones, prepara equipo y recepción del paciente.
4	ENFERMERA JEFE	Acude a revisión de equipo médico y transporte. Firma visto bueno, comunica revisión concluida al Equipo Médico de traslado.
5	EQUIPO MÉDICO DE ESPECIALIDAD	Recibe aviso, abordan unidad móvil y se trasladan.
6		Evalúa caso. Estabiliza al neonato y obtiene historia clínica. Determina: ¿Estabiliza al Neonato?
6.1		No. Comunica a servicio. Acuerdan estrategia y traslado viable.
6.1.1	JEFE DE SERVICIO U.C.I.N.	Recibe reporte, acuerda estrategia y notifica a servicios viables.
6.2	EQUIPO MÉDICO DE ESPECIALIDAD	Sí. Obtiene sangre de la madre con anticoagulante y sin anticoagulante.
6.2.1		Reporta traslado a servicio e ingreso del paciente.
7	RECEPCIONISTA DEL SERVICIO	Recibe reporte de traslado y registra en base de datos información del caso.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.

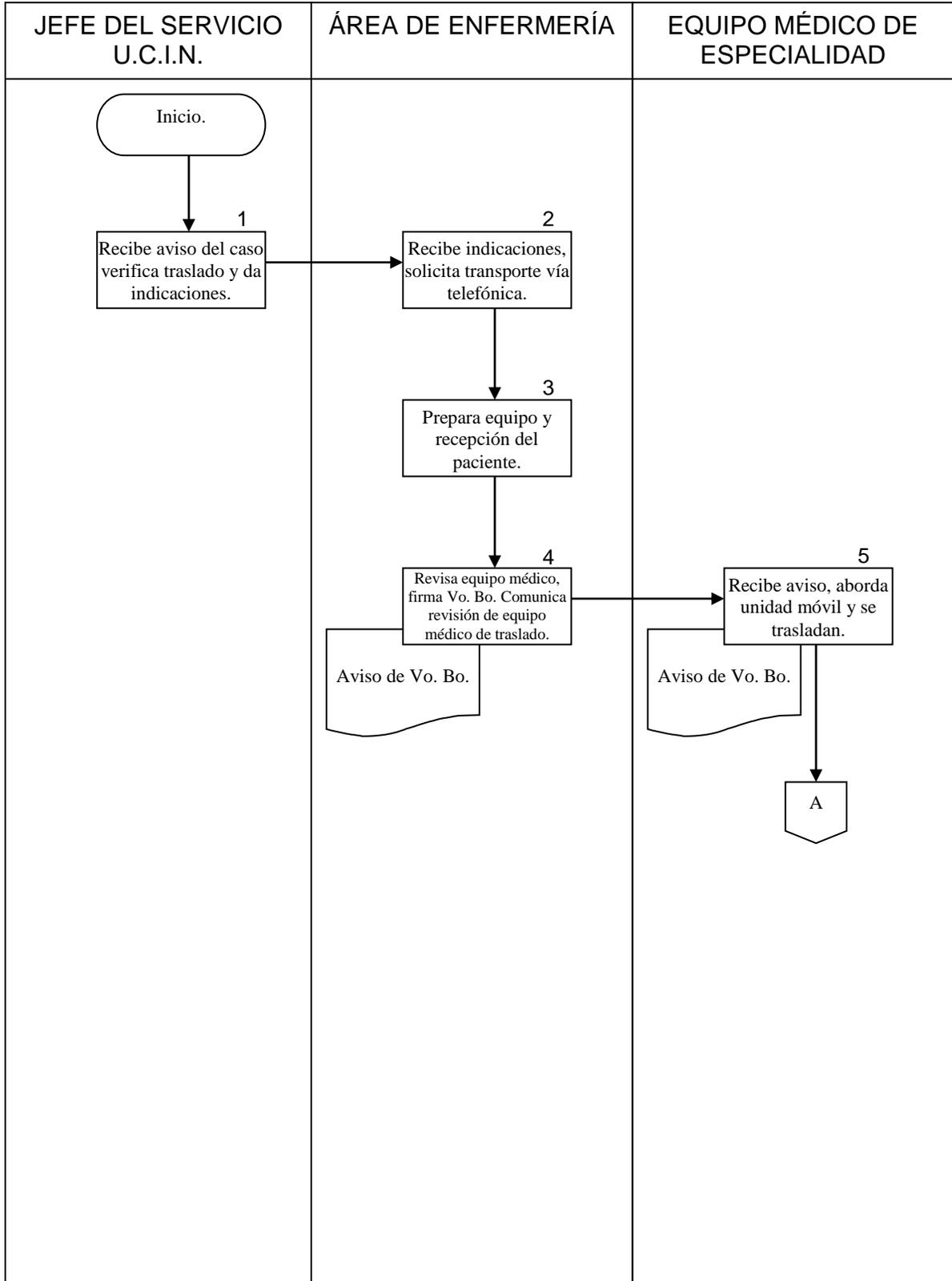
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
8	ENFERMERA ESPECIALIZADA	Recibe al paciente y lo coloca en incubadora térmica.
9		Monitorea al paciente, asiste al médico y reporta ingreso.
10	EQUIPO MÉDICO DE ESPECIALIDAD	Asiste urgente al paciente toma decisiones para estabilizar al paciente. Determina: ¿Estabiliza al paciente?
10.1		No. Continúa plan médico. Dado el caso reporta cambios o deceso.
10.2	EQUIPO MÉDICO DE ESPECIALISTAS	Sí. Efectúa exploración física completa. Solicita estudios de laboratorio y/o gabinete.
11	ENFERMERA ESPECIALIZADA	Recibe indicaciones del médico, las realiza con precisión y horarios establecidos.
12	ENFERMERA JEFE	Verifica prescripciones médicas y vigila se cumplan.
13	EQUIPO MÉDICO DE ESPECIALISTAS	Obtiene Nota de Ingreso y prescripción. Expone comentario a Jefe del servicio. Revisa caso y tratamiento a seguir. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.



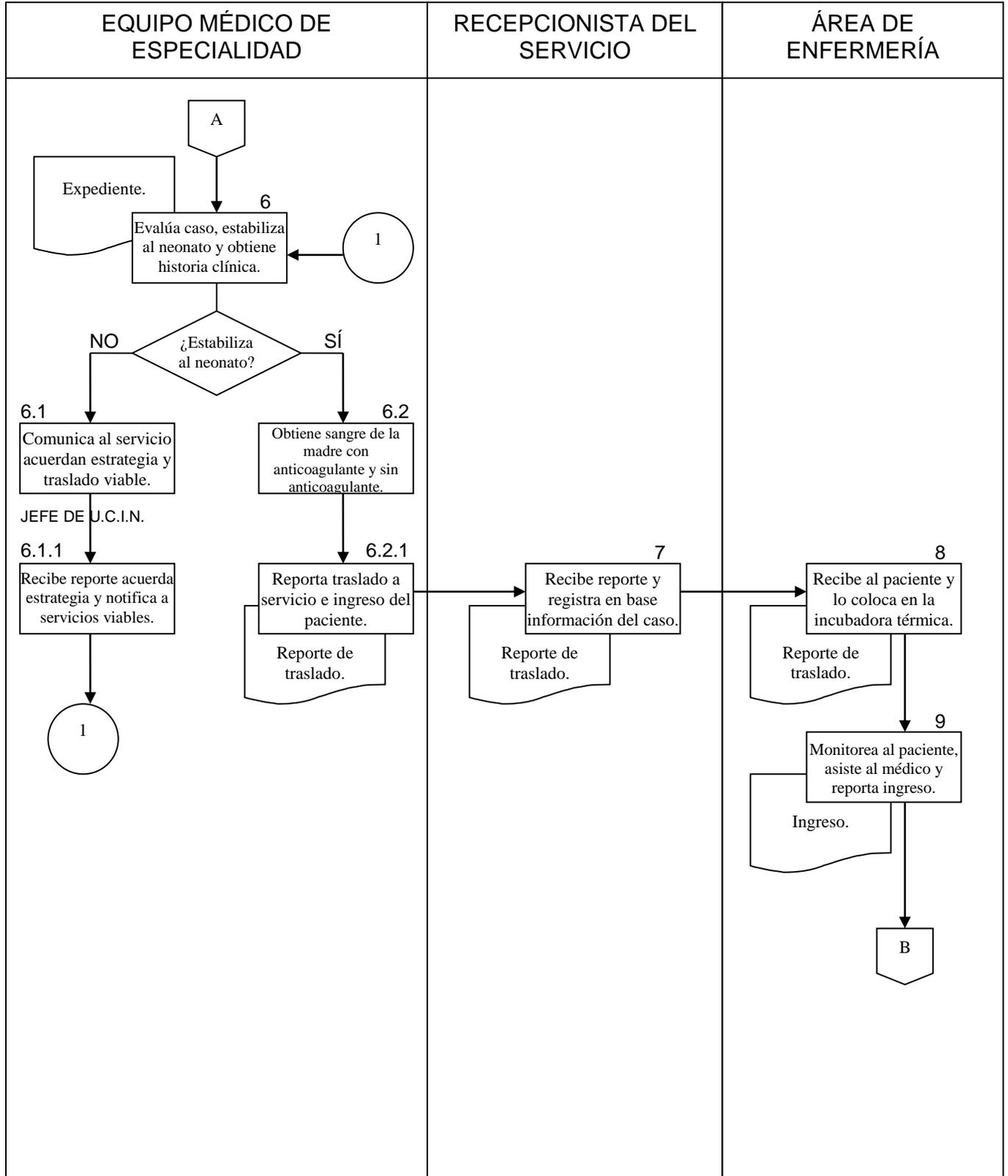


CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.

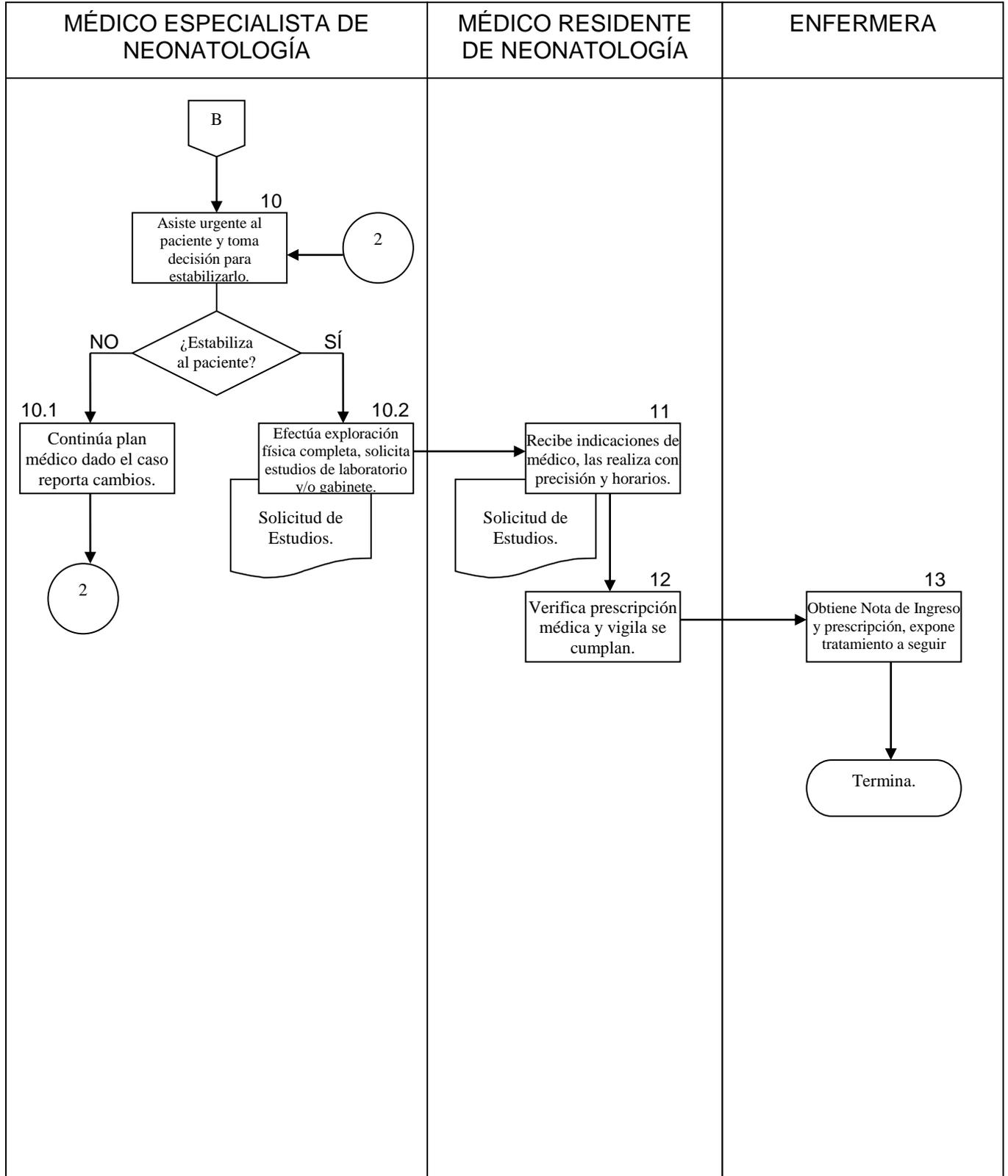




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSPORTE E INGRESO DE PACIENTES A U.C.I.N.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



45. – PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR

OBJETIVO

Conducir al paciente de manera eficiente en su ingreso al servicio de cirugía.



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Solamente se atenderá a los pacientes que muestren autorización de vigencia de derechos.
2. Para ingresar al servicio, los pacientes deberán ser referidos por un Hospital Regional del Instituto, mediante el formato SM1-17.
3. Los pacientes procedentes de otros servicios del propio Centro Médico, se referirán con Solicitud de Interconsulta.
4. El alta del servicio deberá acompañarse invariablemente de la contrarreferencia al nivel correspondiente.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

5. Se deberá fijar fecha y reservar la sala de operaciones para intervención quirúrgica de acuerdo al programa de cirugías.
6. En caso de que el paciente no acuda a la cirugía programada se deberá dar aviso para que se programe a otro y se convocará al paciente programado originalmente, por medio de Trabajo Social, para que acuda al hospital.

ATENCIÓN EN CIRUGÍA

7. A los pacientes cuya inestabilidad de funciones vitales ponga en riesgo su vida o a los que se encuentren en estado terminal, no se les deberá realizar intervención quirúrgica.



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR

8. En el caso de suspensión de cirugía por lo expuesto en el punto anterior se solicitarán las interconsultas necesarias y se reasignará al paciente a otro turno de cirugía cuando haya recuperado sus condiciones iniciales; por ningún motivo o razón se les podrá practicar cirugía mayor a pacientes en estado terminal.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	PACIENTE	Acude al servicio de Admisión y presenta: documentos personales y Orden de Internamiento.
2	ADMISIÓN DEL SERVICIO	Verifica documentación del derechohabiente y Orden de Internamiento.
3		Conduce al paciente al piso de internamiento.
4	ENFERMERA JEFE	Recibe al paciente y verifica su identidad y documentos personales.
5	MÉDICO RESIDENTE	Elabora Nota de Ingreso y órdenes médicas.
6	MÉDICO ESPECIALISTA	Revisa Nota de Ingreso y órdenes médicas.
7		Ejecuta órdenes médicas y de preparación para cirugía.
8	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	Valora al paciente, elabora nota pre - anestésica y emite órdenes médicas (medicación pre – anestésica).
9	MÉDICO RESIDENTE	Verifica cumplimiento de órdenes médicas de anestesia, así como las de preparación del paciente para cirugía.
10	MÉDICO ESPECIALISTA	Realiza intervención quirúrgica.
11	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	Conduce al paciente a la sala de Recuperación.
12	MÉDICO RESIDENTE	Elabora nota Post operatoria y órdenes médicas.
13	MÉDICO ESPECIALISTA	Revisa nota y órdenes post operatorias.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
14	PACIENTE	Permanece en Sala de Recuperación hasta autorización de salida a piso por el Servicio de Anestesiología.
15	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	Revisa al paciente y, en su caso, autoriza traslado del paciente a piso.
16	ENFERMERA	Conduce al paciente a su cama en el piso de asignación.
17		Instala al paciente, verifica identidad y transcribe órdenes médicas.
18	MÉDICO RESIDENTE	Elabora Nota de Reingreso a piso y verifica cumplimiento de órdenes médicas.
19	JEFE DEL SERVICIO	Efectúa visita(s) médica(s), emite órdenes médicas y en su caso de egreso.
20		Elabora Notas de Evolución, en su caso de egreso, y órdenes médicas.
21	MÉDICO ESPECIALISTA	Revisa y autoriza orden de egreso y otorga cita a la Consulta Externa de la especialidad. Termina procedimiento.

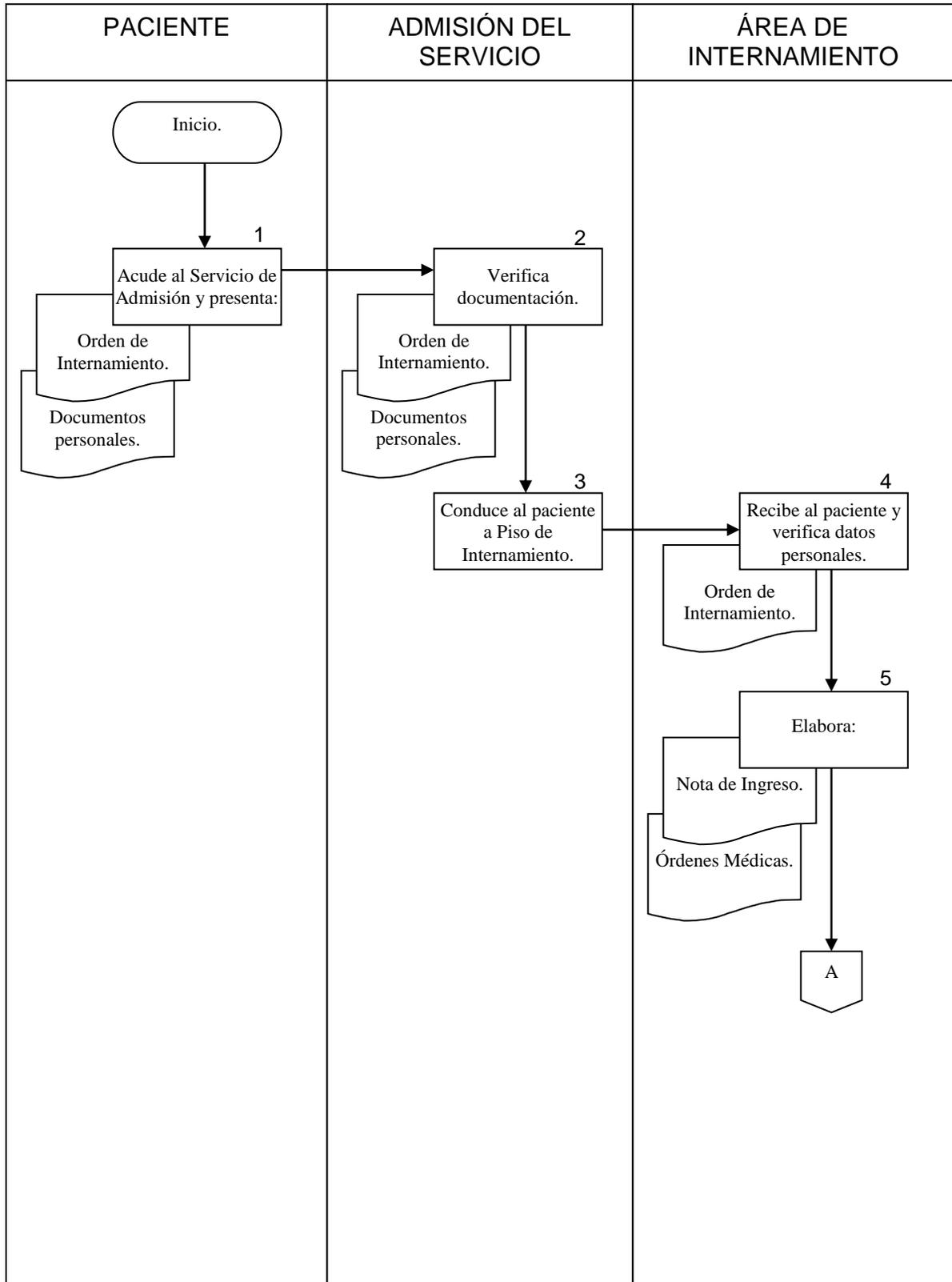


CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR.



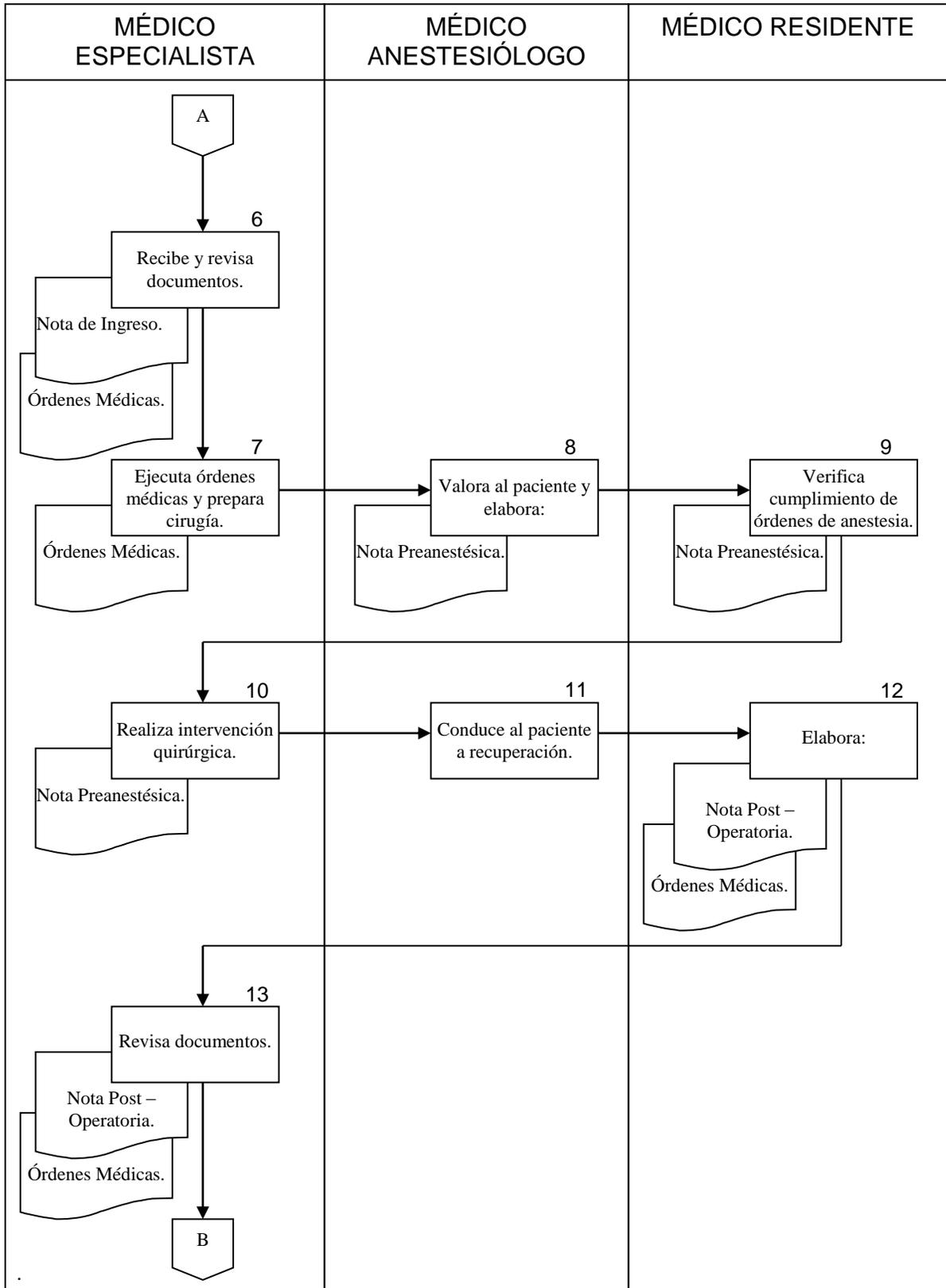


CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR.

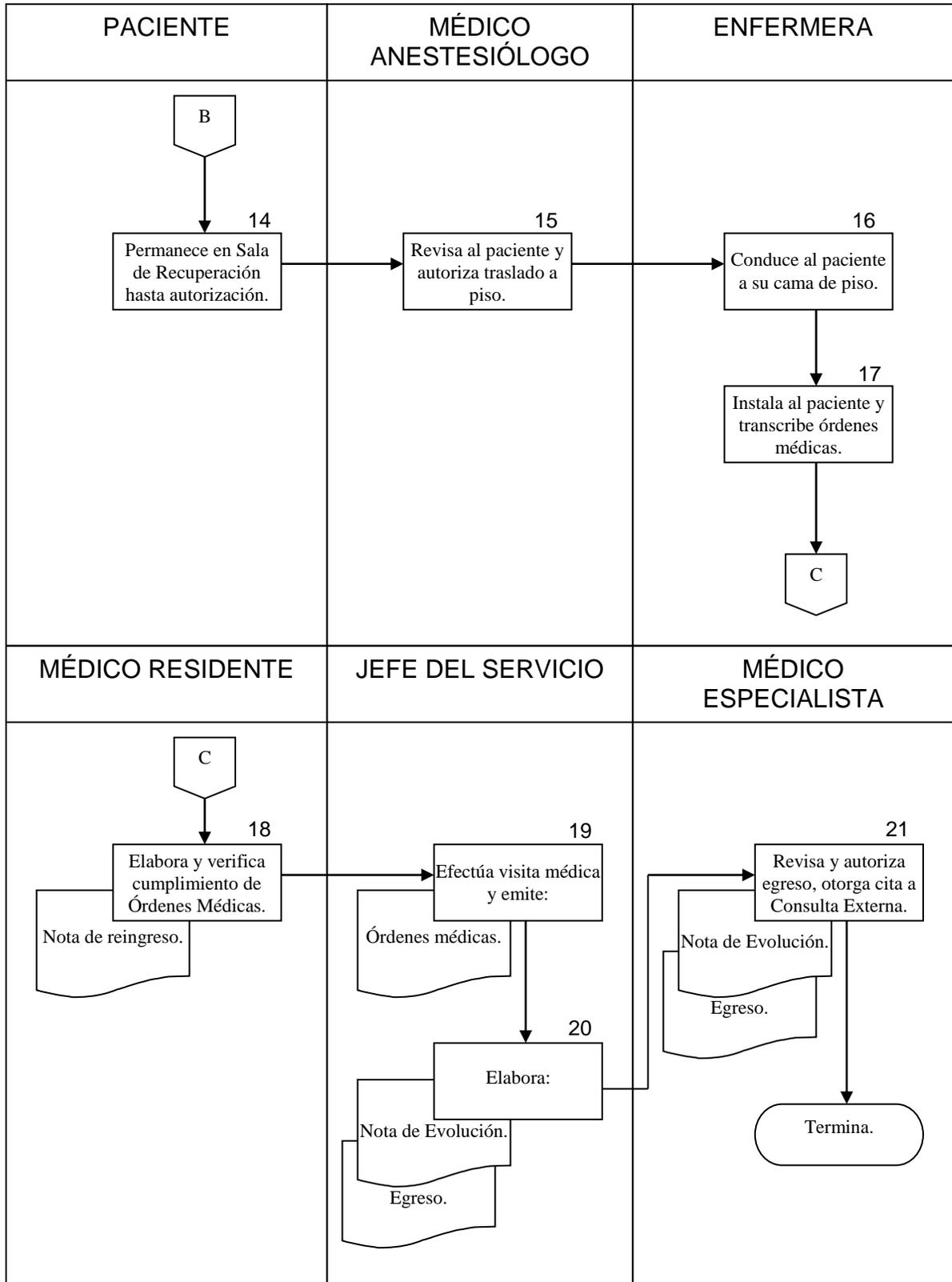




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN CIRUGÍA MENOR Y/O MAYOR.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**46. – PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO,
REGISTRO, ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD.**



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO,
REGISTRO, ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD.**

OBJETIVO

Proporcionar el servicio de análisis, procesamiento, registro y entrega de resultados, con la mayor oportunidad y calidad a las áreas médicas del C.M.N. “20 de Noviembre” que los soliciten para apoyo del diagnóstico de los pacientes.



**PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO,
REGISTRO, ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD.**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Para solicitar análisis de muestras, de rutina, de urgencias o de especialidades, el Médico tratante deberá formular la Solicitud de Exámenes de Laboratorio especificando claramente el tipo de análisis que se requiere realizar, se consideran análisis clínicos con las siguientes características:
2. De rutina; urinálisis, serología, parasitología, bacteriología, micología, bioquímica, hematología y pruebas funcionales.
3. De urgencias; son pruebas relacionadas con c de hematies y hematocrito, estudios de formula blanca en sangre, reacciones febriles, electrolitos, tipo sanguíneo, coagulación, sangrado, protambina, glucemia, urea, amilasa circulante y exudado faringeo o investigación de bacilo diftérico, etc.
4. Pruebas especiales; diversos tipos de hormonas, gases sanguíneos, godo proteico, portirinas, lipases amilasas, colinesterasas, electrolitos, investigación de plomo y otros metales, cromatografía.
5. El laboratorio proporcionará envases adecuados y preparados de manera convencional, para recoger muestras destinadas para análisis. Será el encargado de realizar el proceso de identificación que será usado para envasar y etiquetar los productos de manera conveniente, procurando su correcto control.



**PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO,
REGISTRO, ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD.**

6. Los envases con productos o muestras para exámenes de laboratorio deberán ser rotulados conforme a los instructivos diseñados para tal efecto.
7. Los horarios de entrega de productos para examen y las de entrega de resultados se fijarán por el Jefe del Servicio de Laboratorio.
8. El Jefe de laboratorio deberá difundir por escrito los procedimientos que se seguirán en la recolección de los productos o muestras destinadas a examen en el laboratorio.
9. Cuando se trate de enfermos en estado crítico que presenten problemas para la toma del producto, el personal médico y de enfermería apoyarán al personal de laboratorio en la realización de esas actividades.
10. Será responsabilidad de los médicos y enfermeras ajustarse a las disposiciones y procedimientos indicados en el servicio de laboratorio.
11. Además deberán notificar a los técnicos de laboratorio el caso de pacientes con enfermedades infectocontagiosas y procurar que se tomen todas las precauciones posibles.
12. El Jefe del servicio deberá establecer y supervisar un control de calidad de los reportes e informes de los resultados de análisis practicados.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO, REGISTRO, ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD.

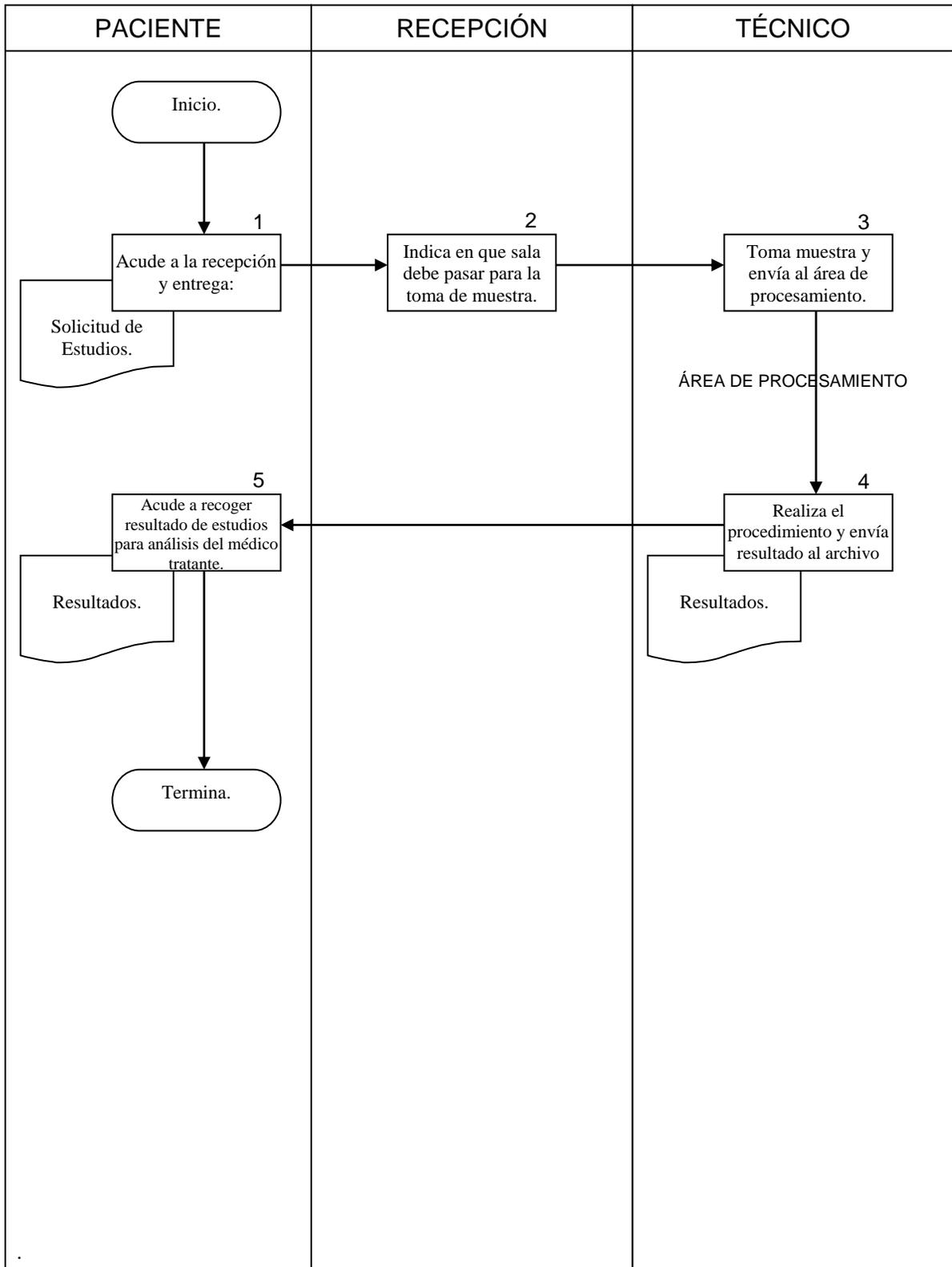
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	PACIENTE	Acude a la recepción del servicio y entrega solicitud que indica la fecha de la cita.
2	RECEPCIÓN	Indica en que sala debe pasar para la toma de la muestra.
3	TÉCNICO	Toma la muestra y envía al área de procesamiento e indica al paciente lugar y fecha para recoger resultados.
4	ÁREA DE PROCESAMIENTO	Realiza el procedimiento para obtener el resultado del exámen o estudio, revisa estándares de calidad y envía al archivo del servicio.
5	PACIENTE	Acude en fecha y hora programada, recoge resultados de estudios para análisis del médico tratante. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO, REGISTRO, ENTREGA DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



47. – PROCEDIMIENTO PARA DONACIÓN DE SANGRE



PROCEDIMIENTO PARA DONACIÓN DE SANGRE

OBJETIVO

Obtener sangre y sus componentes con la mayor seguridad realizando el proceso establecido por las autoridades sanitarias y las normas establecidas por el Instituto.



PROCEDIMIENTO PARA DONACIÓN DE SANGRE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

POR DONACIÓN DE FAMILIARES O ALLEGADOS

1. Los donadores deberán cumplir con los requisitos físicos, de edad y de salud establecidos para donar sangre.
2. En caso de que los familiares o allegados del paciente no cumplan con estos requisitos deberán obtener la sangre solicitada con personas conocidas que cumplan con las condiciones establecidas.

POR DONACIÓN ALTRUISTA

3. Se considera donante altruista a todo aquel que se presente al Banco de Sangre en forma espontánea y se le deben de practicar los análisis correspondientes para decidir si puede donar sangre.

POR DEPÓSITO PREVIO (AUTODONACIÓN)

4. A este tipo de donadores son a los que el médico tratante por su tipo de sangre, difícil de conseguir y que está programado para intervención quirúrgica, les indica el número de unidades que necesita.
5. A estos donadores se les debe aplicar los análisis y estudios correspondientes de acuerdo a la normatividad establecida con el



PROCEDIMIENTO PARA DONACIÓN DE SANGRE

6. El Banco de Sangre deberá llevar un control de cada tipo de los donadores mencionados anteriormente.

7. Requisitos Generales Para Donar Sangre:

Edad 18 – 55 años.

Peso 50 Kg o más.

Examen clínico completo.

Hemoglobina o hematocrito de acuerdo a valores establecidos.

Negatividad a las siguientes pruebas:

V.I.H.

Hepatitis.

VARL o PRR.

Grupo sanguíneo y compatibilidad.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe al donante, determina si es altruista o familiar del paciente y llena el anverso de la tarjeta del donante con los datos personales de este. ¿El donante es altruista?
1.1		No. Verifica en el sistema de cómputo los datos del paciente que envió los donadores y los registra en el expediente clínico.
1.2		Sí. Realiza informe de donante para posteriormente comunicar al Servicio de Trabajo Social.
2	BANCO DE SANGRE MÉDICO DEL ÁREA DE DONACIÓN	Recibe al donante, verifica datos de la tarjeta, realiza toma de muestra de sangre, realiza las siguientes pruebas: Obligatorias preliminares; hematocritos y/o hemoglobina, grupo sanguíneo y R.H.
3		Consulta los resultados de las pruebas realizadas a la muestra del donante, registra los datos obtenidos en la tarjeta del donante, procede según el caso. Determina: ¿Es apto el donante para donar sangre?
3.1		No. Informa al médico y le envía al donante (continúa en la actividad N° 11.1).
3.2		Sí. Entrega tarjeta de grupo sanguíneo al donante y lo canaliza con la enfermera del Área de Donación.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
4	ENFERMERA DEL ÁREA DE DONACIÓN	Recibe al donante y determina peso, talla, presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, temperatura y registra los datos obtenidos en la tarjeta de grupo sanguíneo.
4.1		¿Es apto el donante para la donación? No. Informa al médico y le envía al donante (continúa en actividad 11.1).
4.2		Sí. Entrega tarjeta de grupo sanguíneo al donante y lo canaliza al médico del Área de Donación.
5	MÉDICO DEL ÁREA DE DONACIÓN	Recibe al donante, consulta a través del sistema los datos de la tarjeta de grupo sanguíneo y del cuestionario de autoexclusión. Realiza valoración al donante.
6		Registra a través del sistema de cómputo la historia clínica del donante con los datos obtenidos de la valoración y procede según el caso. Determina: ¿Es apto el donante para donación?
6.1		No. Comunica al donante el motivo del rechazo y le agradece su colaboración.
6.2		Sí. Prepara tarjeta de donación y la entrega al donante y lo canaliza con el laboratorista del Área de Donación.
7	LABORATORISTA DEL ÁREA DE DONACIÓN	Recibe al donante, revisa la tarjeta y rotula la etiqueta de la bolsa de sangrado. Registra ingreso. Entrega la



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
8		<p>La tarjeta al disponente y lo canaliza con el técnico laboratorista del Área de Donación.</p> <p>Recibe al disponente, le practica sangría, le solicita que llene el cupón de autoexclusión y lo deposite en el buzón y envía la bolsa con sangre al Área de Fraccionamiento.</p>
9		<p>Canaliza al disponente al refrectorio, le indica medidas de seguridad que debe observar como consecuencia de la donación.</p>
10	LABORATORISTA DEL ÁREA DE FRACCIONAMIENTO	<p>Recibe la bolsa de sangre y procede a realizar procedimiento de fraccionamiento de componentes sanguíneos de acuerdo a la NOM para Bancos de Sangre y los almacena en refrigeradores o congeladores en la sección de productos pendientes de estudios serológicos.</p>
11	LABORATORISTA DEL ÁREA DE SEROLOGÍA	<p>Recoge muestras de los disponentes y procede a realizar pruebas de serología para evaluar la calidad de la sangre y la negatividad a enfermedades infectocontagiosas y poder determinar si es apta para transfundir.</p> <p>¿Es apta para transfundir?</p>
11.1		<p>No. Registra las causas que lo justifican en la Libreta Oficial de Ingresos y elabora a través del sistema acta administrativa para especificar el destino final de la sangre y sus componentes, dando de baja la unidad en la hoja estipulada para ello.</p>



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.

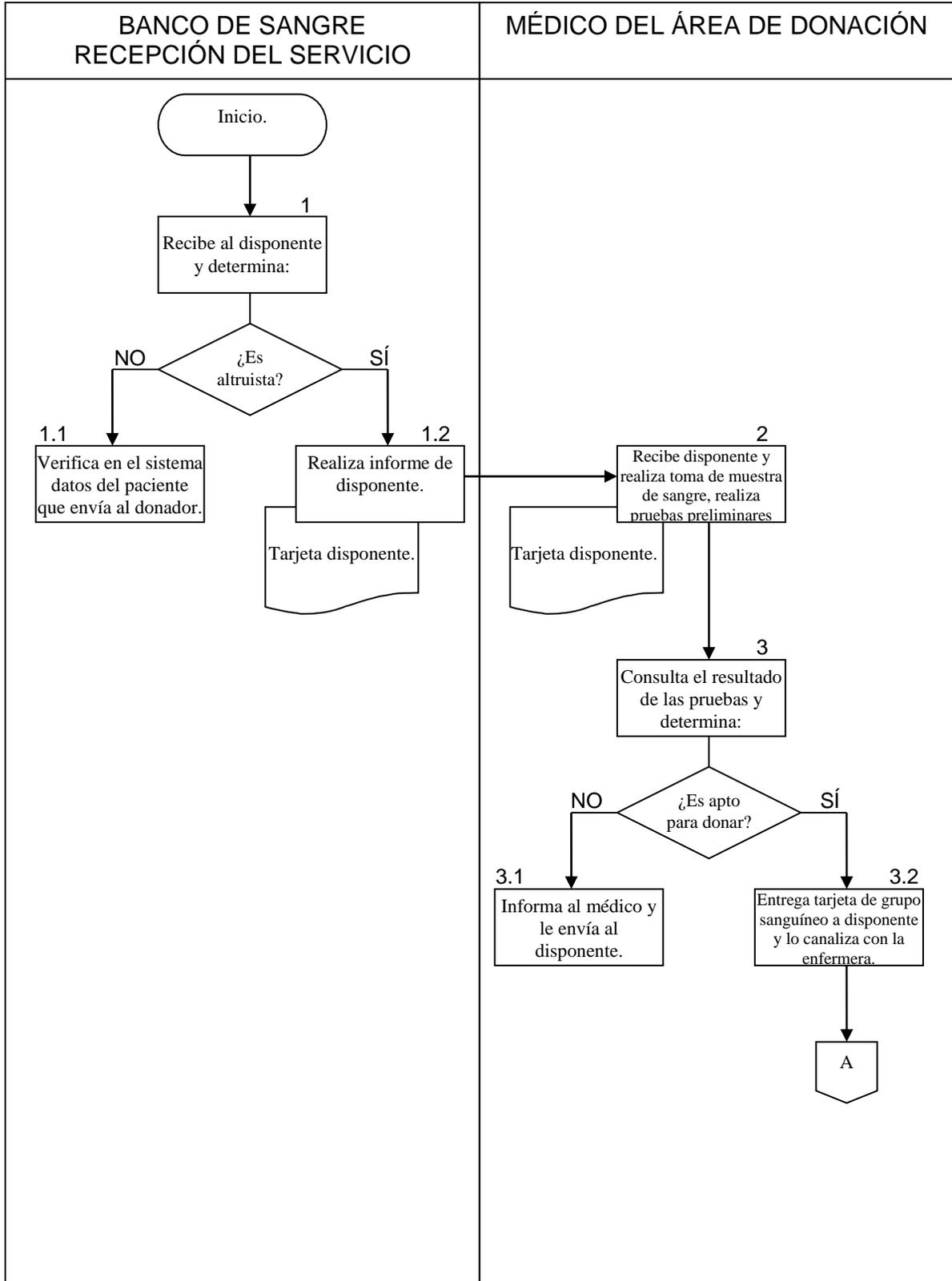
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
11.2		Sí. Registra a través del sistema de cómputo el resultado de la valoración de la sangre y sus componentes en la Libreta del Área de Serología.
12		Identifica y libera la sangre y/o sus componentes anotando el resultado negativo de las pruebas.
13		Almacena en refrigeración en la Sección de Productos Liberados e informa al auxiliar administrativo del Área de Donación.
14		Registra resultados en la historia clínica. Archiva tarjeta para que el Servicio de Medicina Preventiva registre los datos correspondientes, sean estos positivos o negativos.
15		Registra a través del sistema los resultados de los estudios para el control de ingresos y egresos.
16		Archiva la tarjeta del grupo sanguíneo por dos meses, posteriormente la envía al archivo muerto para guardarla por un plazo de 10 años de acuerdo a la normatividad vigente.
		Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.

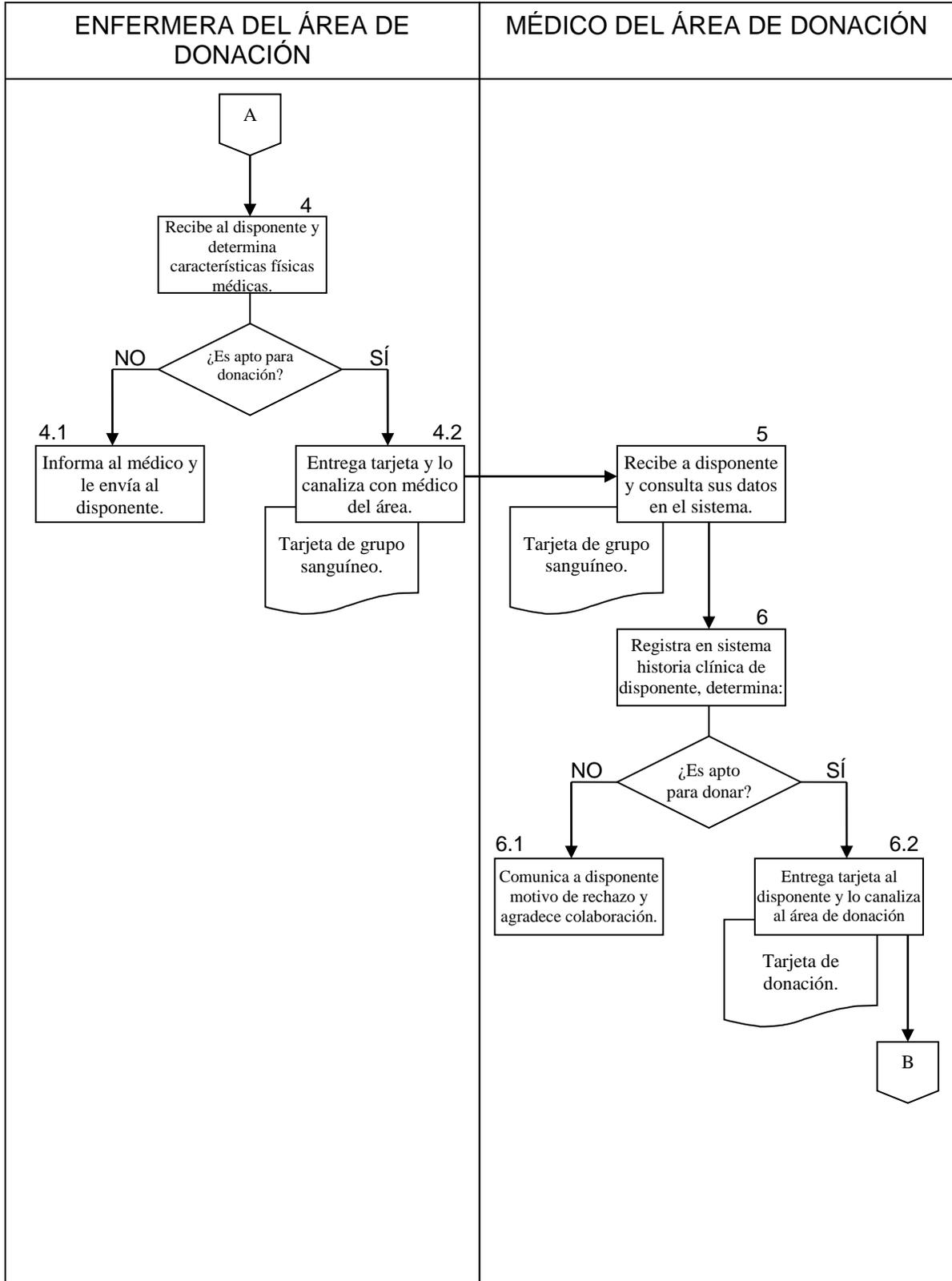




CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.

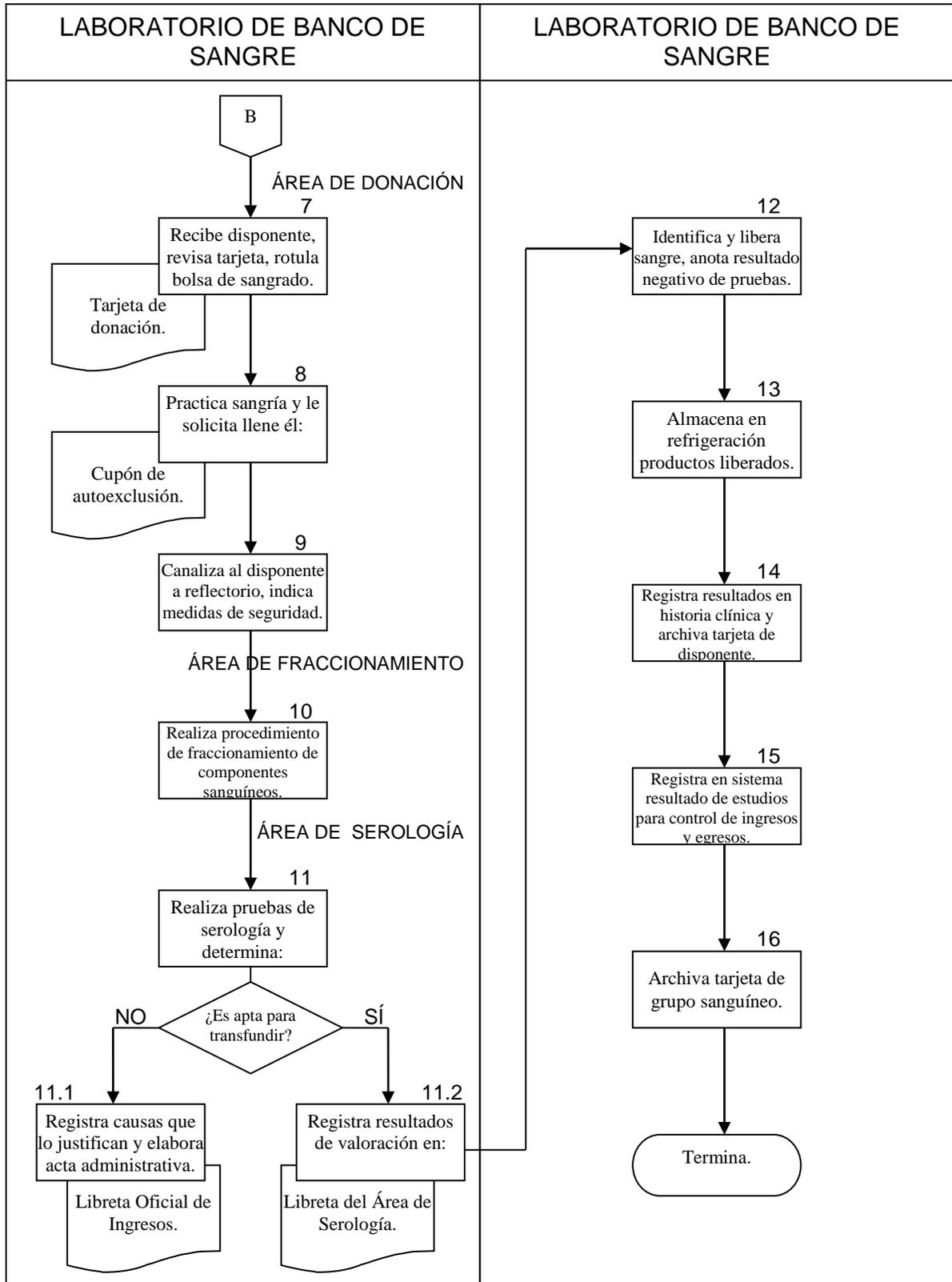




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DONACIÓN DE SANGRE.





CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**48. – PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE SANGRE POR
INTERCAMBIO CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSSTE – SALUD**



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO
CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSTE – SALUD**

OBJETIVO

Que el Banco de Sangre del C.M.N. “20 de Noviembre” cuente con una reserva de sangre para apoyar a los servicios que lo requieran, o en su caso, realizar los trámites necesarios con otras Unidades Médicas del Instituto o del Sector Salud.



**PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO
CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSSTE – SALUD**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Se deberá solicitar la obtención y envío de sangre y/o sus componentes de los Bancos de Sangre de otros bancos del sistema ISSSTE al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” para cubrir las necesidades de sangre de los pacientes debiendo realizar lo siguiente:
 - a) Repetir o complementar los estudios de serología infecciosa.
 - b) En caso de que los estudios de serología infecciosa y/o las condiciones físicas no sean satisfactorios se les dará destino final a los productos (baja) y se solicitarán nuevamente otros productos, comunicándole al área que lo envió el motivo de rechazo.
2. Para cubrir la demanda de los productos sanguíneos poco frecuentes, o en caso de desastre, se deberán solicitar a otros bancos del sistema ISSSTE, realizando las pruebas correspondientes a los productos recibidos y en caso de que cumplan los requisitos establecidos se registrarán y almacenarán en las áreas correspondientes de refrigeración.
3. Se deberá llevar un registro especial de donadores con ceropositividad V.I.H. y hepatitis para control clínico, esta sangre será desechada inmediatamente.
4. Los donadores positivos a V.I.H. serán enviados a pruebas confirmatorias y se le dará aviso al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO CON OTROS
BANCOS DEL SISTEMA ISSTE O SECTOR SALUD.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	BANCO SOLICITANTE LABORATORISTA DE PRUEBAS CRUZADAS	Informa a su jefe inmediato o en su ausencia a los asistentes de la dirección de que no hay disponibles cierto tipo de componentes.
2	JEFE DE SECCIÓN MÉDICA	Solicita al personal administrativo localice el producto faltante en los bancos de sangre del ISSSTE o de otras instituciones.
3		Comunica a los bancos de sangre del ISSSTE o de otras instituciones hasta localizar el producto necesario y elabora solicitud de los componentes.
4		Elabora original y dos copias, firma la solicitud de intercambio y la entrega al mensajero.
5	PERSONAL DE AMBULANCIA Y/O MENSAJERO	Acude al banco de sangre que tiene los componentes solicitados, firmando de recibido el original, le firman de entregado una copia y la segunda copia la entrega a vigilancia.
6	BANCO DONANTE ÁREA DE DONACIÓN	Recibe copia de la solicitud junto con los componentes; registrando todos los datos solicitados en la libreta de ingresos, anota en la etiqueta el componente, el número correspondiente y lo entrega al Área de Pruebas cruzadas, si es intercambio del área metropolitana o al Área de Fraccionamiento si es foráneo y lo entrega al Banco Solicitante.
7	BANCO SOLICITANTE LABORATORISTA	Recibe el componente de intercambio y lo almacena en el refrigerador o congelador según el orden que le corresponde.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSTE O SECTOR SALUD.

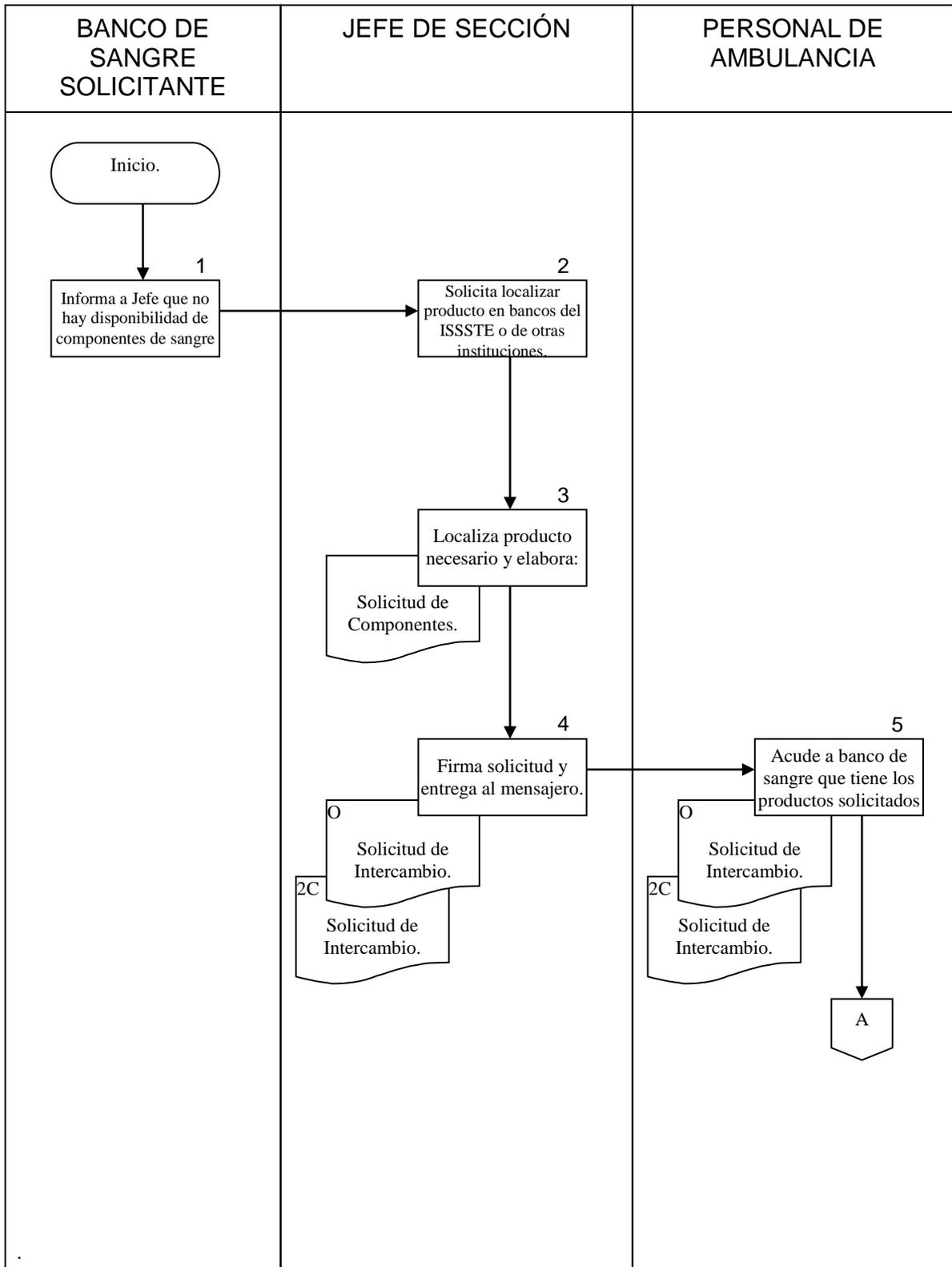
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
8		Verifica que la etiqueta este completamente llenada, si procede de otro estado, toma muestra del componente para realización de prueba de hemólisis (sí la prueba no es satisfactoria, se le da destino final al producto (baja)).
9		Realiza prueba serológica, si el resultado es negativo libera el componente para su uso, si es positivo se le da destino final al producto (baja). Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSTE O SECTOR SALUD.

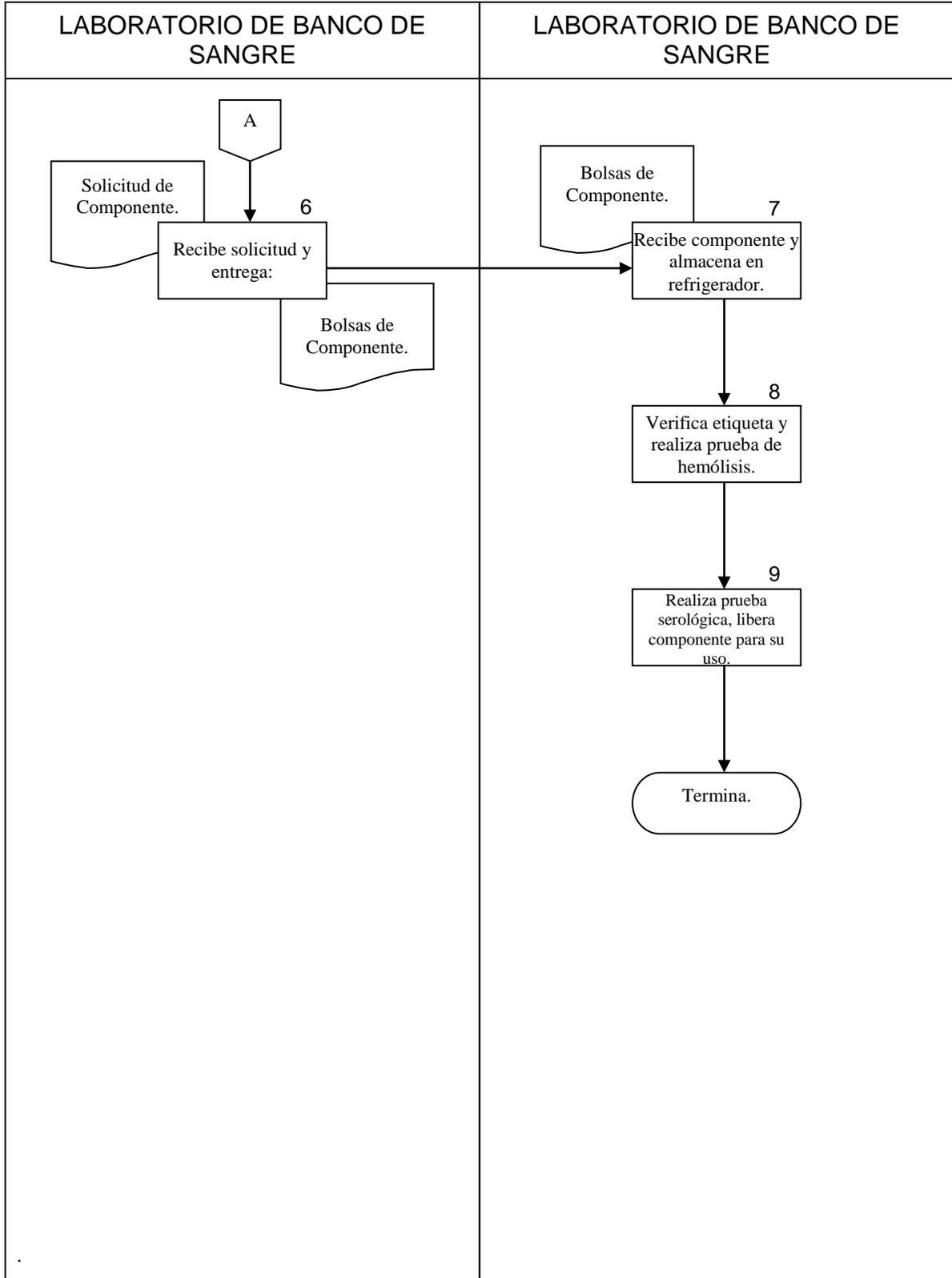




CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE SANGRE POR INTERCAMBIO CON OTROS BANCOS DEL SISTEMA ISSTE O SECTOR SALUD.





CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MEDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



**49. – PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS
BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”**



**PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS
BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”**

OBJETIVO

Que el Banco de Sangre del C.M.N. “20 de Noviembre” cuente con una reserva de sangre para apoyar a los servicios que lo requieran, o en su caso, realizar los trámites necesarios con otras Unidades Médicas de provincia, del Instituto o del Sector Salud.



PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Se deberá solicitar la obtención y envío de sangre y/o sus componentes de los Bancos de Sangre de provincia al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” para cubrir las necesidades de sangre de los pacientes foráneos debiendo realizar lo siguiente:
 - a) Repetir o complementar los estudios de serología infecciosa.
 - b) En caso de que los estudios de serología infecciosa y/o las condiciones físicas no sean satisfactorios se les dará destino final a los productos (baja) y se solicitarán nuevamente otros productos, comunicándole al área que lo envió el motivo de rechazo.
2. Para cubrir la demanda de los productos sanguíneos poco frecuentes, o en caso de desastre, se deberán solicitar a otros bancos del sistema ISSSTE, realizando las pruebas correspondientes a los productos recibidos y en caso de que cumplan los requisitos establecidos se registrarán y almacenarán en las áreas correspondientes de refrigeración.
3. Se deberá llevar un registro especial de donadores con ceropositividad V.I.H. y hepatitis para control clínico, esta sangre será desechada inmediatamente.
4. Los donadores positivos a V.I.H. serán enviados a pruebas confirmatorias y se le dará aviso al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Informa al paciente fecha de cirugía y el número de unidades de sangre y componentes que necesita para su tratamiento entregando Solicitud de Transfusión SM 8-47.
2	PACIENTE	Entrega Solicitud de Transfusión SM 8-47 al banco de sangre correspondiente (provincia) y solicita le informen cuando y cuantos disponibles familiares o allegados necesita.
3	BANCO DE SANGRE DE PROVINCIA	Recibe Solicitud de Transfusión e informa al paciente cuantos disponibles necesita y cuando se deben presentar.
4		Obtiene y estudia la sangre de disponibles y fracciona las unidades obtenidas.
5		Realiza oficio dirigido al C.M.N. “20 de Noviembre” con la relación de los componentes, así como los resultados de los estudios realizados y los envía siguiendo los requisitos establecidos.
6		Comunica al banco de sangre del C.M.N. “20 de Noviembre” la fecha, hora, N° de vuelo o transporte terrestre, N° de guía en que se enviarán los productos sanguíneos.
7	BANCO DE SANGRE DEL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”	Recibe información y genera oficio con los datos necesarios, turnándolo a firma y entrega al mensajero con Solicitud de Transporte, para que recoja los productos solicitados.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



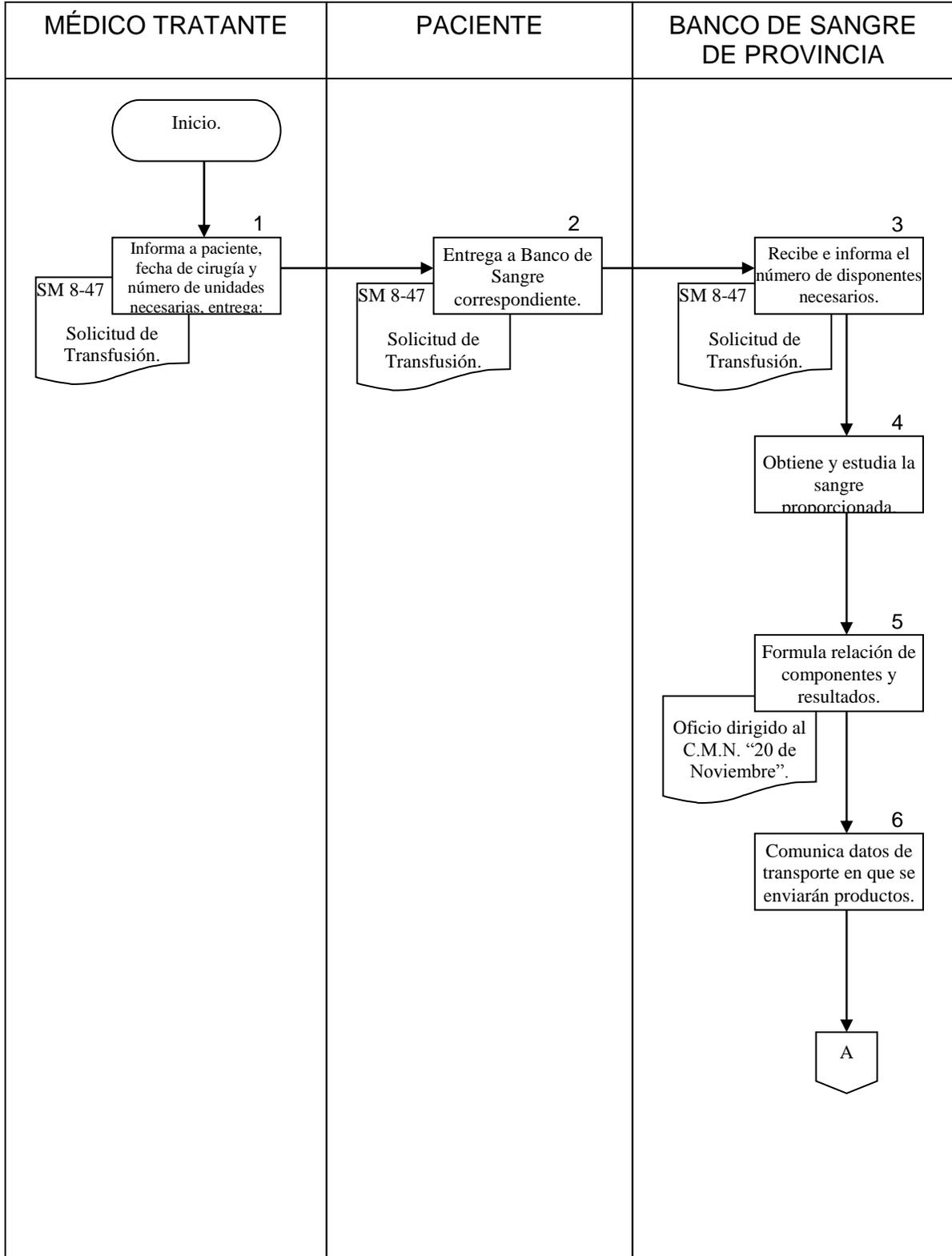
UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
8	MENSAJERO	Recoge con oficio los productos en el lugar correspondiente y los entrega en el Banco de Sangre del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
9	BANCO DE SANGRE DEL C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”	Recibe productos junto con el oficio, los registra en la libreta de ingreso y egreso, entrega productos al área de fraccionamiento de productos no liberados y el oficio se entrega al área administrativa.
10	MÉDICO ÁREA DE DONACIÓN	Revisa oficio para conocer que tipos de estudios se han realizado y valora las condiciones físicas del producto determinado. Termina procedimiento.

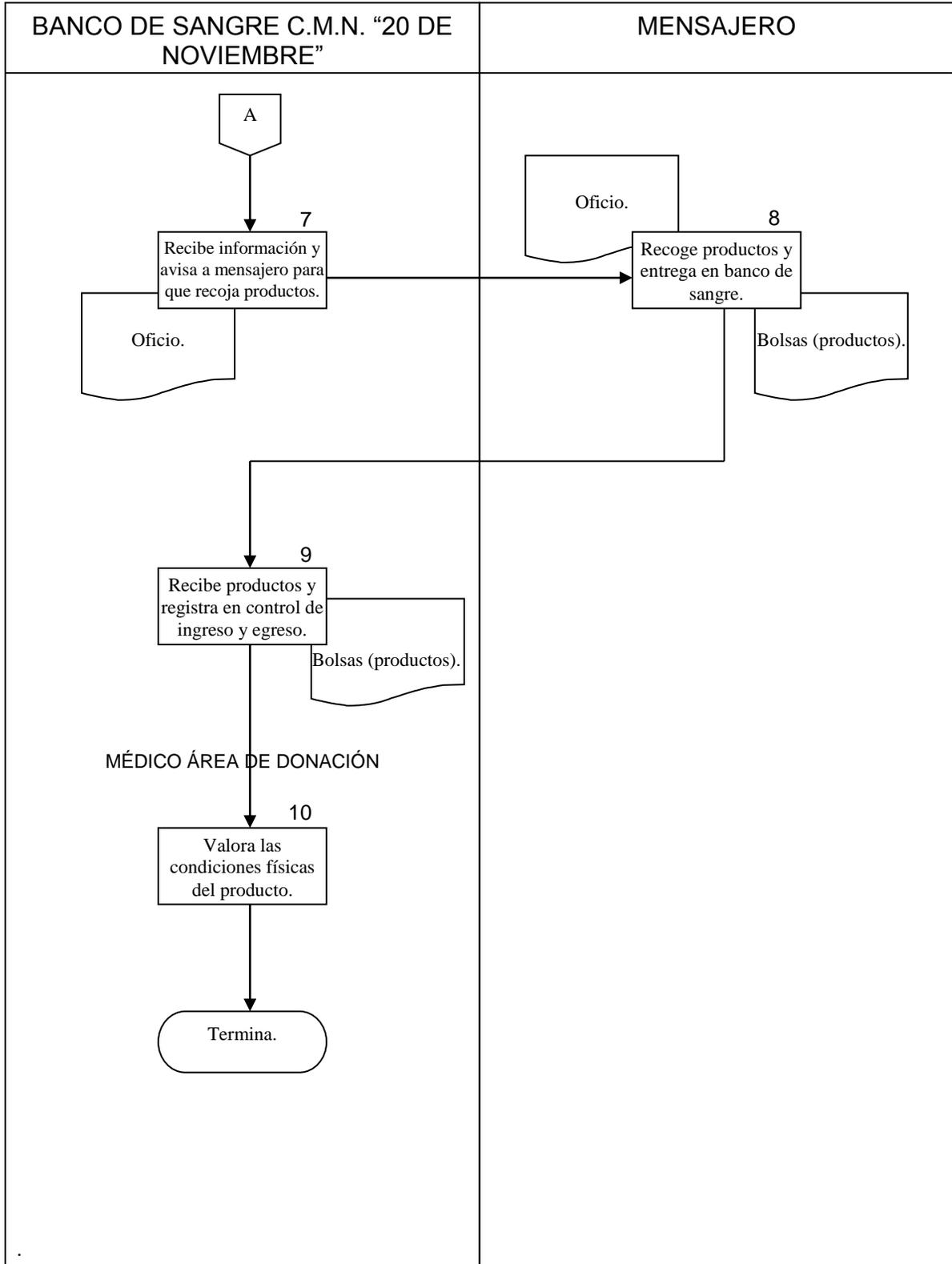


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE".





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN Y ENVÍO DE SANGRE DE LOS BANCOS DE SANGRE DE PROVINCIA AL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE".





50. – PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFERESIS



PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFÉRESIS

OBJETIVO

Que el Banco de Sangre del C.M.N. “20 de Noviembre” obtenga sangre y/o sus componentes por el método de Aféresis para apoyar a los servicios que lo requieran.



PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFERESIS

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Para satisfacer y proteger a los pacientes que demandan grandes volúmenes de un solo componente, el Banco de Sangre realizará las acciones necesarias para obtener componentes por aféresis de disponibles, ajustándose a la normatividad establecida al efecto.
2. Se deberá utilizar racionalmente la sangre obtenida por el método de aféresis, en sus indicaciones precisas, tanto en forma total como de sus componentes.
3. Se deberá llevar un registro especial de donadores con ceropositividad V.I.H. y hepatitis para control clínico, esta sangre será desechada inmediatamente.
4. Los donadores positivos a V.I.H. serán enviados a pruebas confirmatorias y se le dará aviso al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



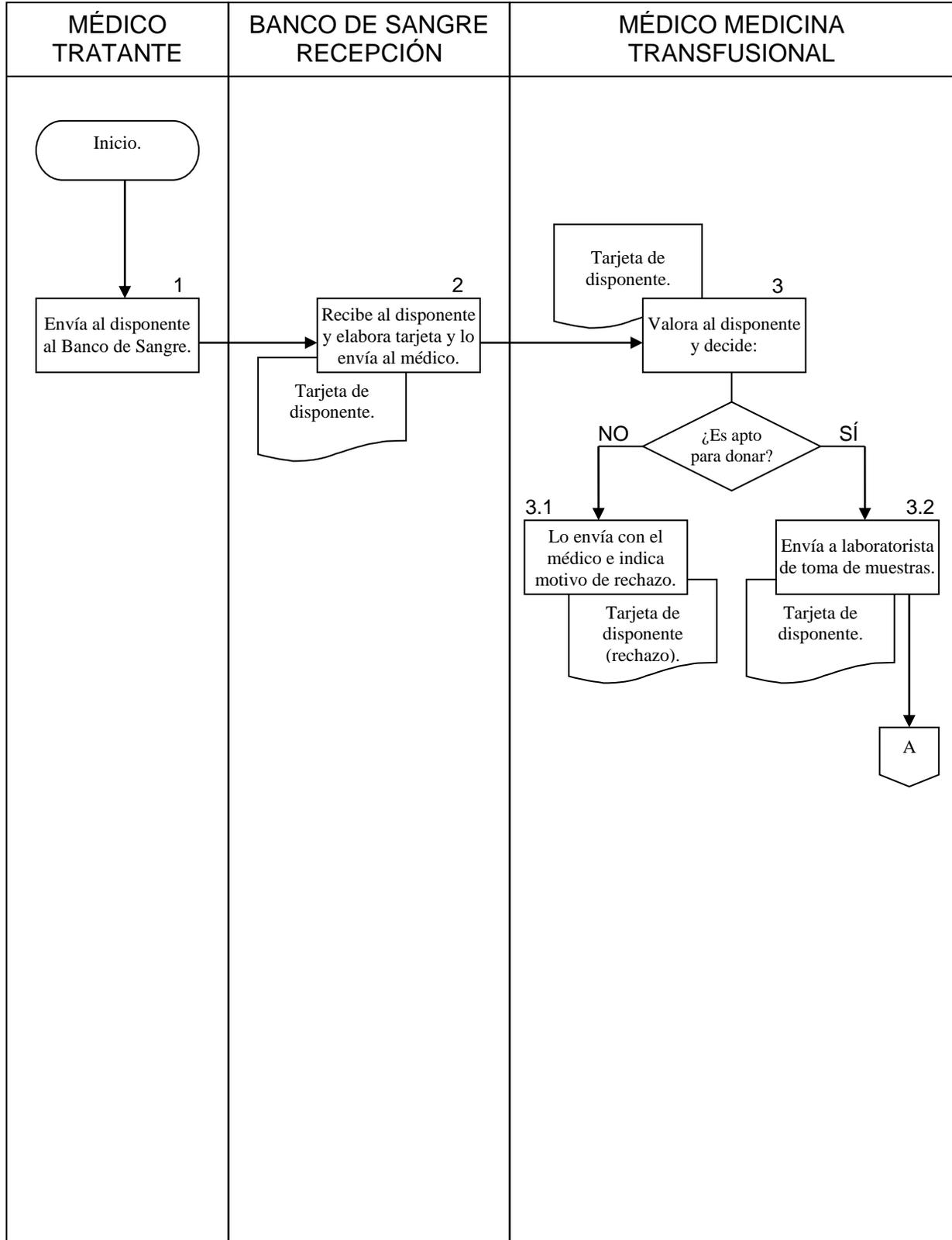
UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFÉRESIS.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Envía al disponente al Banco de Sangre para donación.
2	BANCO DE SANGRE RECEPCIÓN	Recibe al disponente, elabora tarjeta de disponente y lo envía al Médico de Medicina Transfusional.
3	MÉDICO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	Valora al disponente y decide: ¿Es apto para donar?
3.1		No. Indica causa del rechazo.
3.2		Sí. Envía al laboratorista de toma de muestras.
4	LABORATORISTA (TOMA DE MUESTRAS)	Recibe disponente y tarjeta, toma las muestras pre donación y según resultado determina: ¿Es apto para donar?
4.1		No. Lo envía con el médico para que le indique la causa del rechazo.
4.2		Sí. Lo envía al laboratorista del Área de Aféresis.
5	LABORATORISTA (ÁREA DE AFÉRESIS)	Practica procedimiento de aféresis o indica la cita según programa.
6		Posterior al procedimiento, le entrega la tarjeta post – donación, y lo envía a tomar refrigerio. Termina procedimiento.

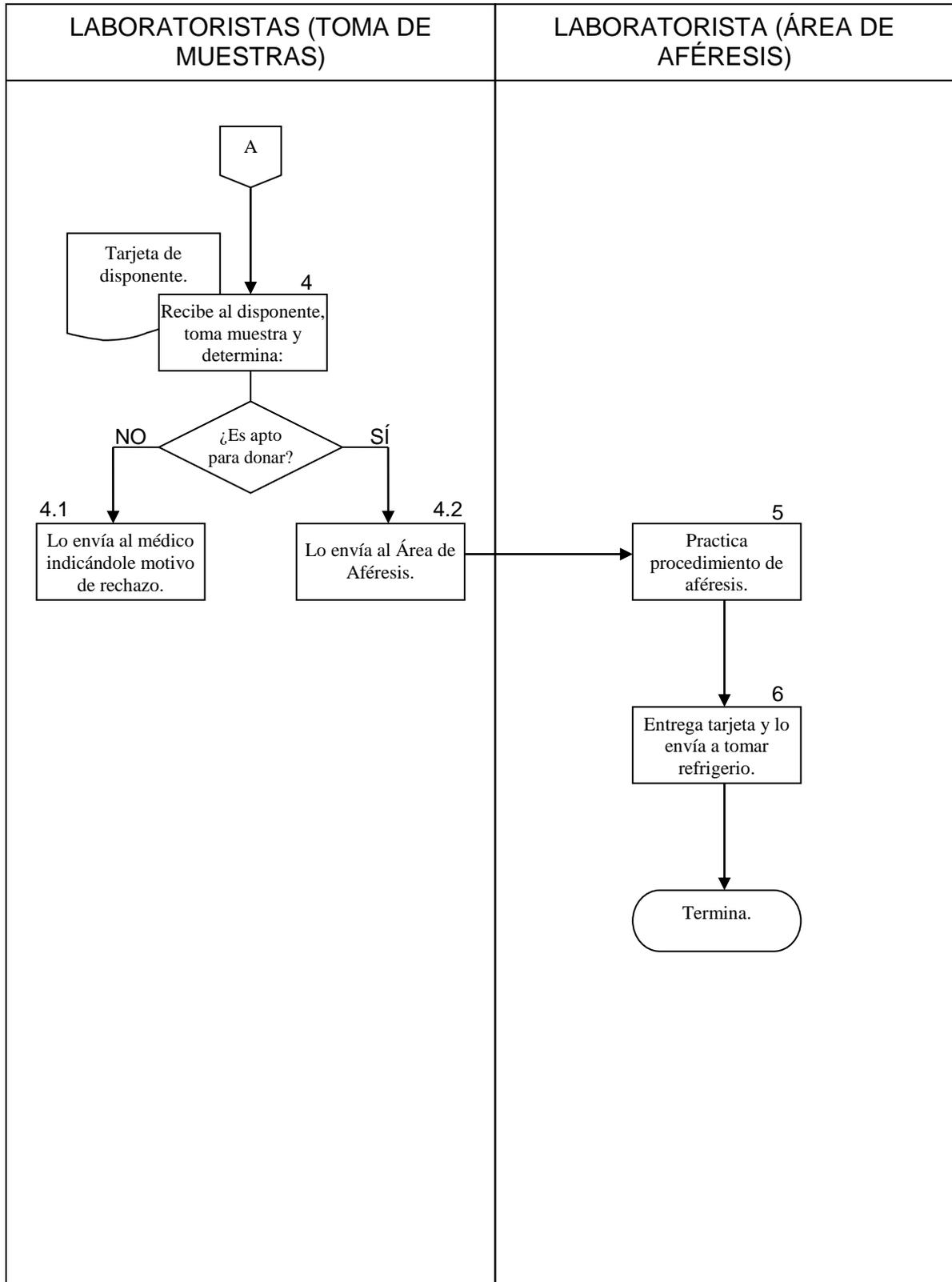


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFÉRESIS.





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: OBTENCIÓN DE COMPONENTES POR AFÉRESIS.





**51. – PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE PARA
PACIENTES INTERNOS**



**PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE PARA
PACIENTES INTERNOS**

OBJETIVO

Identificar a los pacientes, que por su estado de salud y/o el tratamiento médico prescrito, necesiten de una transfusión sanguínea.



**PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE PARA
PACIENTES INTERNOS**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico tratante del servicio especializado será el responsable de prescribir la Transfusión Sanguínea al paciente, de acuerdo a su estado de salud y realizar la solicitud mediante el formato SM8 – 47.
2. El Banco de Sangre será responsable de verificar el tipo de sangre del paciente, obteniendo una muestra del producto y proporcionándolo oportunamente.
3. El Banco de Sangre será responsable de realizar el proceso de verificación y los exámenes necesarios.
4. Por cada internamiento de un paciente se deberá obtener una unidad de sangre, considerándose las excepciones por:
 5. Carencia absoluta de donadores, donadores que no cumplan los requisitos establecidos, pacientes atendidos fuera de su lugar de origen y cobertura total de necesidades y reserva de sangre.
 6. Se deberá contar con reservas tanto en bolsas como en donadores potenciales (registro de donadores), es decir en venas.
7. El Banco de Sangre deberá proporcionar información mensual sobre el número de unidades de sangre utilizadas por servicio y paciente, si fue total o fraccionada, en paquete globular, plasma, plasma rico en plaquetas, concentrado plaquetario, etc. Así como el número de unidades no utilizadas.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Elabora Solicitud de Transfusión SM 8 - 47.
2	BANCO DE SANGRE RECEPCIÓN	Recibe Solicitud de Transfusión SM 8-47 y toma muestra (piloto) al paciente (5 ml sin anticoagulante) identificándola correctamente y las entrega al Banco de Sangre.
3	MÉDICO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	Recibe Solicitud y valora la justificación de la transfusión. ¿Es correcta?
3.1		No. Concilia la indicación con el médico tratante y la envía al Área de Pruebas Cruzadas.
3.2		Sí. Envía la solicitud al Área de Pruebas Cruzadas.
4	TÉCNICO DE TOMA DE MUESTRAS	Recibe solicitud, toma muestra (5 ml de sangre sin anticoagulante) la identifica y las entrega al Área de Pruebas Cruzadas (solicitud y piloto).
5	LABORATORISTA DE PRUEBAS CRUZADAS	Recibe solicitud y muestra identificada, coteja si existen productos. Ordena solicitud y muestra piloto para que se realicen las pruebas cruzadas.
6		Realiza pruebas cruzadas, identifica y registra los productos compatibles en la solicitud y en la libreta de control con el nombre del paciente y la almacena en el refrigerador de pruebas cruzadas.
7		Entrega productos solicitados al mensajero de quirófanos o a la enfermera de Banco de Sangre firmando de recibido en el original de la solicitud para que se realice la aplicación del producto en el área respectiva. <u>Termina procedimiento.</u>



**52. – PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE PARA
PACIENTES EXTERNOS**



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PARA PACIENTES EXTERNOS.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Realiza y entrega Solicitud de Transfusión SM 8 - 47 correctamente llenada al paciente de cirugía programada o para transfusión en el Banco de Sangre.
2	BANCO DE SANGRE RECEPCIÓN	Recibe Solicitud de Transfusión SM 8-47 y verifica si el número de disponibles que solicitó el médico tratante ya habrán donado y pasa a toma de muestra (piloto).
3	MÉDICO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	Recibe Solicitud y valora la justificación de la transfusión. ¿Es correcta?
3.1		No. Concilia la indicación con el médico tratante y envía al paciente a la toma de muestra (piloto).
3.2		Sí. Envía al paciente a la toma de muestra (piloto).
4	TÉCNICO DE TOMA DE MUESTRAS	Recibe solicitud, toma muestra (5 ml de sangre sin anticoagulante) la identifica y las entrega al Área de Pruebas Cruzadas (solicitud y piloto), envía al paciente que se transfundirá en el Banco de Sangre con copia de la solicitud de transfusión a recepción para que se le asigne fecha de transfusión.
5	LABORATORISTA PRUEBAS CRUZADAS	Recibe solicitud y muestra identificada, ordena solicitud y piloto para que se realicen las pruebas cruzadas.
6		Realiza pruebas cruzadas, identifica y registra los productos compatibles en la solicitud y en la libreta de control con el nombre del paciente y la almacena en el refrigerador de pruebas cruzadas.



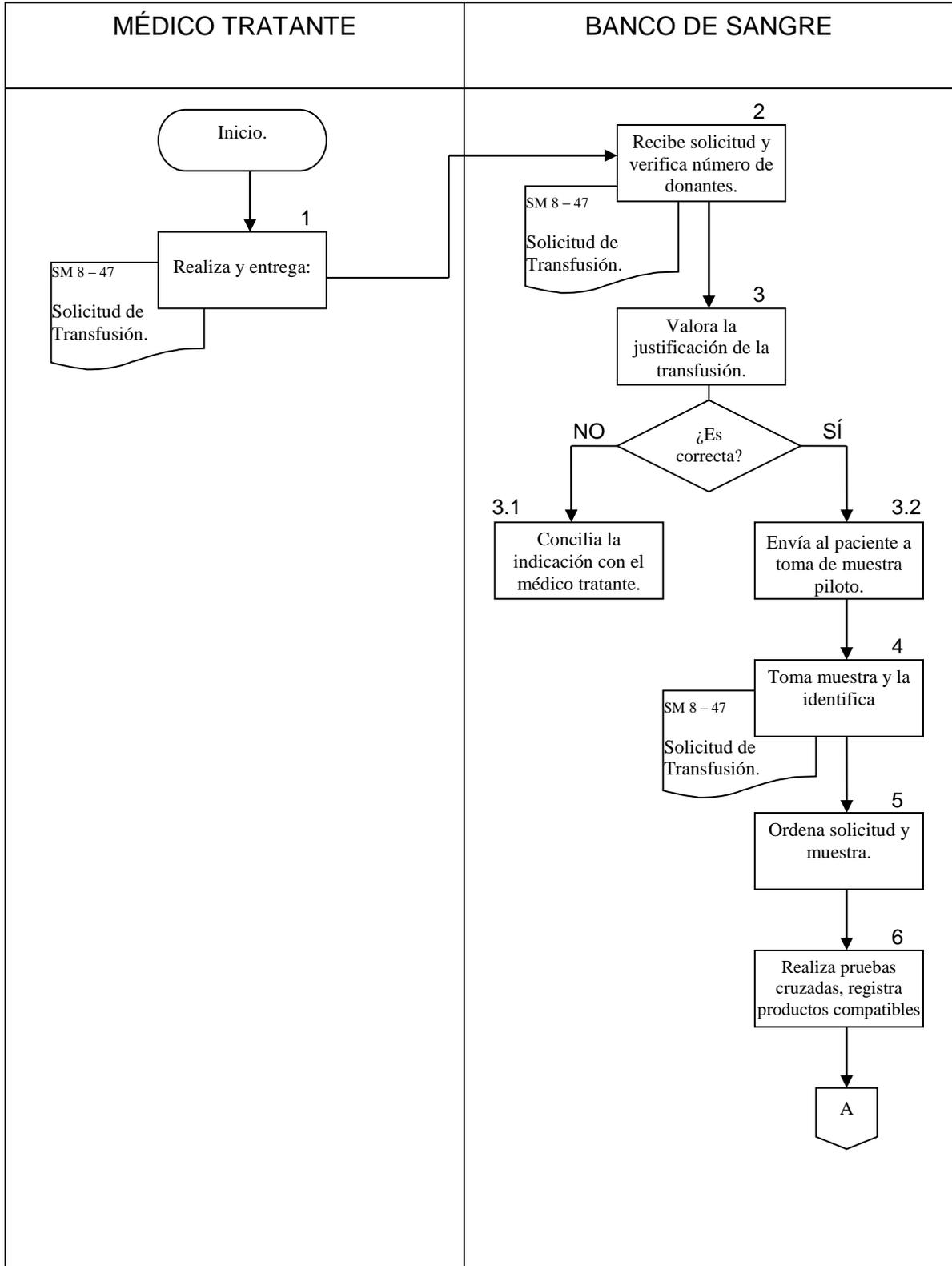
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PARA PACIENTES EXTERNOS.

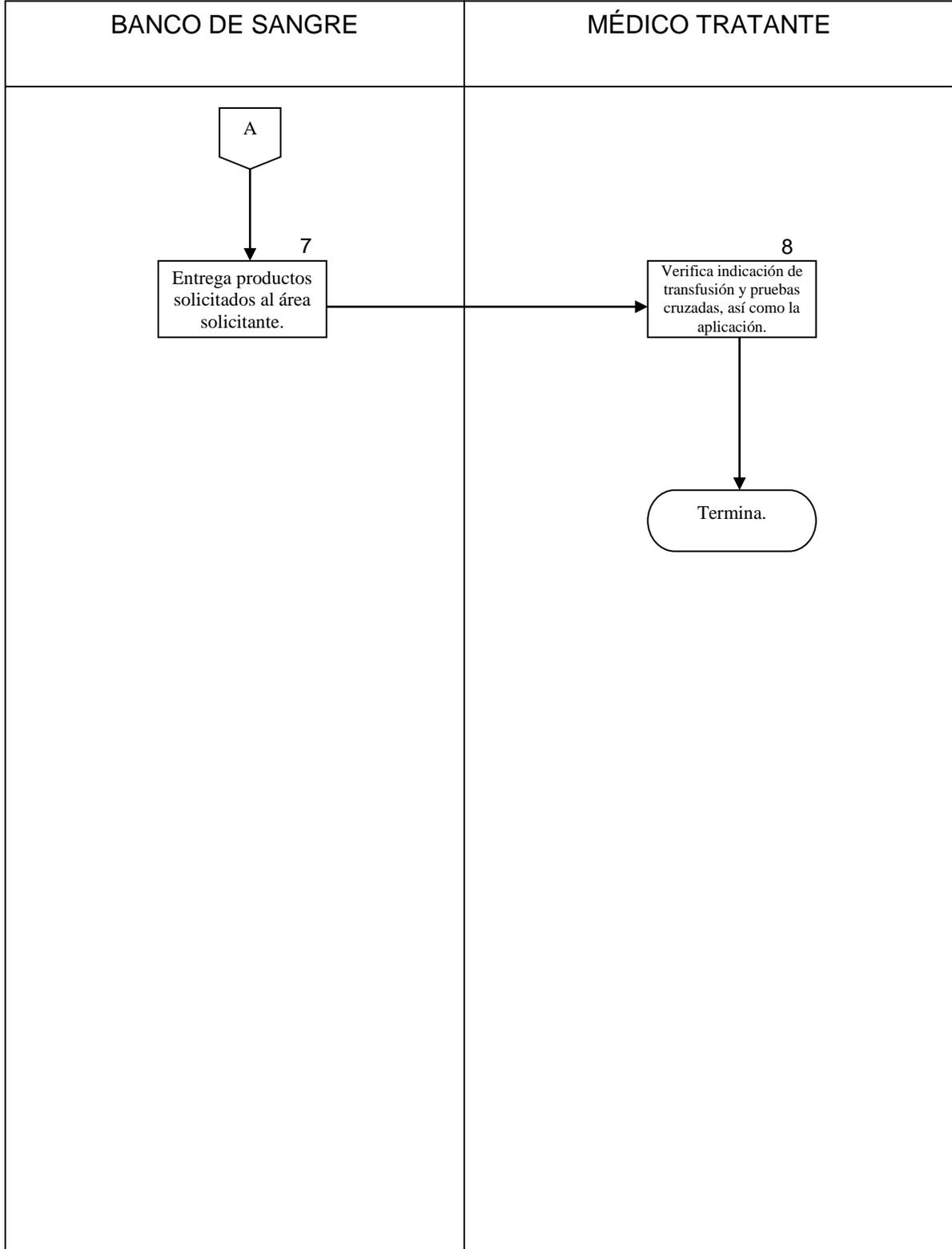
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
7		Entrega productos solicitados a la enfermera de Banco de Sangre firmando de recibido en el original de la solicitud para que se realice la aplicación del producto en el área respectiva.
8	BANCO DE SANGRE MÉDICO	Verifica indicación de la transfusión y realización de las pruebas cruzadas, así como la aplicación del concentrado eritrocitario, sin reacciones transfusionales. Termina procedimiento.

UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PARA PACIENTES EXTERNOS.





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PARA PACIENTES EXTERNOS.





**53. – PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS Y DE
SEROLOGÍA INFECCIOSA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O
EXTERNOS**



**PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS Y DE
SEROLOGÍA INFECCIOSA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O
EXTERNOS**

OBJETIVO

Realizar pruebas de alta especialidad de sangre y/o sus componentes para la solución de problemas específicos.



**PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS Y DE
SEROLOGÍA INFECCIOSA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O
EXTERNOS**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Las pruebas comprobatorias de la detección de anticuerpos, anti – VIH se efectuarán los sueros obtenidos mediante las técnicas de inmunolectro – transferencia y por inmunocompetencia, además de debe efectuar la detección del anticuerpo e iniciar los trabajos de preparación para el cultivo del virus.
2. Para el estudio de anemia hemolítica se deberá disponer de tecnología para la identificación de hemoglobinas anormales y demás enzimas que intervienen en la etiología de este tipo de anemias.
3. Se deberán aplicar en este tipo de estudios los sueros testigos específicos para antígenos del sistema de histocompatibilidad mayor, así como también del equipo para la identificación de cito – toxicidad de linfocitos.
4. Se deberán realizar estudios para identificar las reacciones, antígeno – anticuerpo, la participación exclusiva de inmunoglobulinas G, también de complemento C3, C4 con lo cual se podrá determinar específicamente la etiología de las reacciones hemolíticas, postransfusionales y enfermedades hemolíticas del recién nacido.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

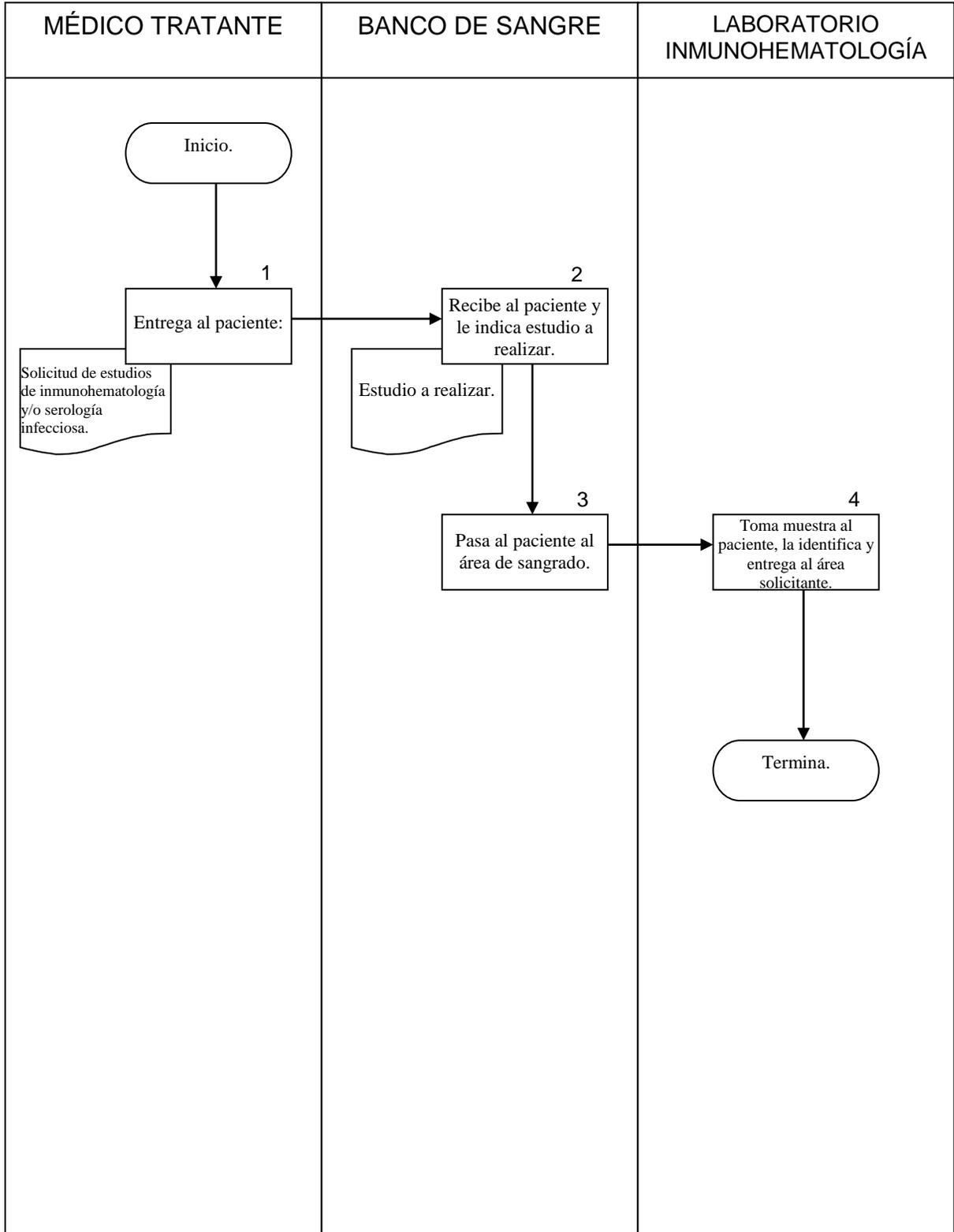


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS Y DE SEROLOGÍA INFECCIOSA.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Entrega al paciente la Solicitud de Estudio (inmunoematología y/o de serología infecciosa) y lo envía al Banco de Sangre (en el caso de los estudios inmunoematológicos, es necesario que incluya el motivo de este estudio).
2	BANCO DE SANGRE RECEPCIÓN	Recibe al paciente y le indica el estudio a realizar.
3		Lo pasa con el laboratorista del área de sangrado.
4	LABORATORIO INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O SEROLOGÍA INFECCIOSA	Toma la muestra al paciente, la identifica y, junto con la solicitud, la entrega al área correspondiente, le indica al paciente cuando y donde recoge el resultado. Termina procedimiento.



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS Y DE SEROLOGÍA INFECCIOSA.





**54. – PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE SANGRÍA PARA PACIENTES
POLIGLOBÚLICOS**



**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE SANGRÍA PARA PACIENTES
POLIGLOBÚLICOS**

OBJETIVO

Obtener características del tipo de sangre de los pacientes para establecer un diagnóstico o como base para definir un tratamiento médico para su rehabilitación.



**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE SANGRÍA PARA PACIENTES
POLIGLOBÚLICOS**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico tratante deberá solicitar al Banco de Sangre que se le practique la sangría correspondiente y el análisis y resultado del mismo, mencionando claramente que se trata de un paciente poliglobúlico.
2. El Banco de sangre deberá tomar una muestra de sangre y aplicar la técnica de hematocrito y proporcionar el resultado al Médico Especialista.
3. El Médico Especialista deberá valorar al paciente desde el punto de vista clínico y de laboratorio si se le puede practicar la sangría.
4. En el caso de que se le practique la sangría a este tipo de pacientes se le deberá hacer la reposición proporcional del líquido sustraído.
5. Se le deberá informar con toda oportunidad al Médico tratante sobre el resultado de estos estudios.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



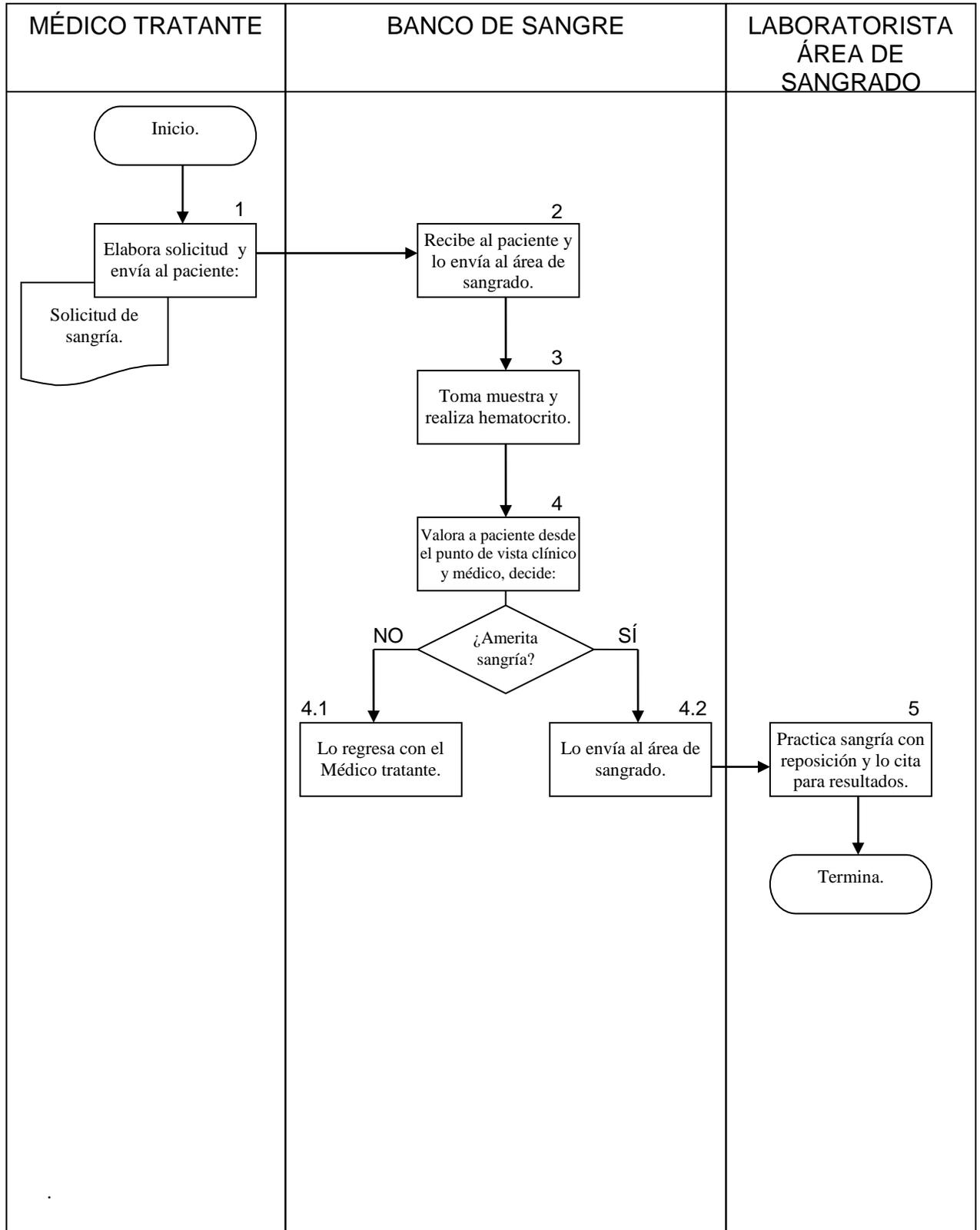
UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SOLICITUD DE SANGRÍA DE PACIENTES POLIGLOBÚLICOS.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Elabora solicitud y entrega solicitud de sangría al paciente y lo envía al Banco de Sangre.
2	BANCO DE SANGRE RECEPCIÓN	Recibe al paciente y lo envía con el laboratorista del área de sangrado.
3		Toma la muestra al paciente y realiza hematocrito lo anota en la solicitud y lo envía al Médico de Medicina Transfusional.
4	MÉDICO ESPECIALISTA TRANSFUSIONAL	Recibe al paciente, lo valora desde el punto de vista clínico y de laboratorio. Decide: ¿Amerita sangría?
4.1		No. Lo cita o lo regresa con su Médico tratante.
4.2		Sí. Lo envía con el Laboratorista del área de sangrado.
5	LABORATORISTA DEL ÁREA DE SANGRADO	Practica sangría con reposición, lo registra en la libreta de poliglobúlicos y lo cita según indicación del Médico de Medicina Transfusional. Termina procedimiento.



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SOLICITUD DE SANGRÍA DE PACIENTES POLIGLOBÚLICOS.





55. – PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA



PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA

OBJETIVO

Proporcionar a los servicios del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" diagnósticos de alta especialidad mediante el estudio de electromiografía para el tratamiento o rehabilitación de los pacientes.



PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Para solicitar este tipo de estudio, los servicios del hospital deberán realizarlo mediante la Solicitud de Interconsulta, debidamente llenada y autorizada por el Médico Jefe del Servicio, en caso de pacientes externos deberán presentar la Hoja de Referencia SM1-17.
2. El Médico del Área de Electromiografía deberá dar las instrucciones precisas para que se prepare al paciente, para el estudio correspondiente.
3. Basándose en una valoración previa del paciente, el Médico del Área de Electromiografía decidirá la factibilidad de aplicar la electromiografía al paciente.
4. El Área de Electromiografía deberá proporcionar al servicio solicitante o paciente externo los resultados del estudio, estableciendo un diagnóstico e indicaciones que considere pertinentes.
5. Además deberá llevar un control de todos los estudios de electromiografía que realice, avalados por el Jefe del Servicio de Medicina Física.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe del Médico Tratante la solicitud de electromiografía, revisa sus requerimientos y adecuada elaboración, turna solicitud y al paciente con el Médico de Sección.
2	MÉDICO DE LA SECCIÓN DE ELECTROMIOGRAFÍA	Recibe solicitud de electromiografía y al paciente, lo interroga con respecto a su padecimiento, revisa requerimientos y realiza valoración inmediata. Determina: ¿Requiere electromiografía?
2.1		No. Indica causa de rechazo al paciente y al médico tratante. Registra decisión en la solicitud de electromiografía, turna documento y paciente a la recepción del servicio.
2.1.1	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe al paciente y la documentación, revisa el rechazo del médico de sección.
2.2	MÉDICO DE LA SECCIÓN DE ELECTROMIOGRAFÍA	Sí. Otorga visto bueno a la solicitud, aprobando el requerimiento de su atención y turna documento, junto con el paciente a la recepción del servicio.
3	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe al paciente y la documentación, revisa la aprobación del Médico de Sección y fecha de cita, otorga cita, la anota en el carnet del paciente y da instrucciones de preparación para la realización del estudio y registra la información de la cita en el SIAH.
4		Con base en citas programadas, con 24 hrs de anticipación, elabora Relación de Pacientes Citados(SM-10) y envía al archivo clínico para la obtención de los expedientes.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

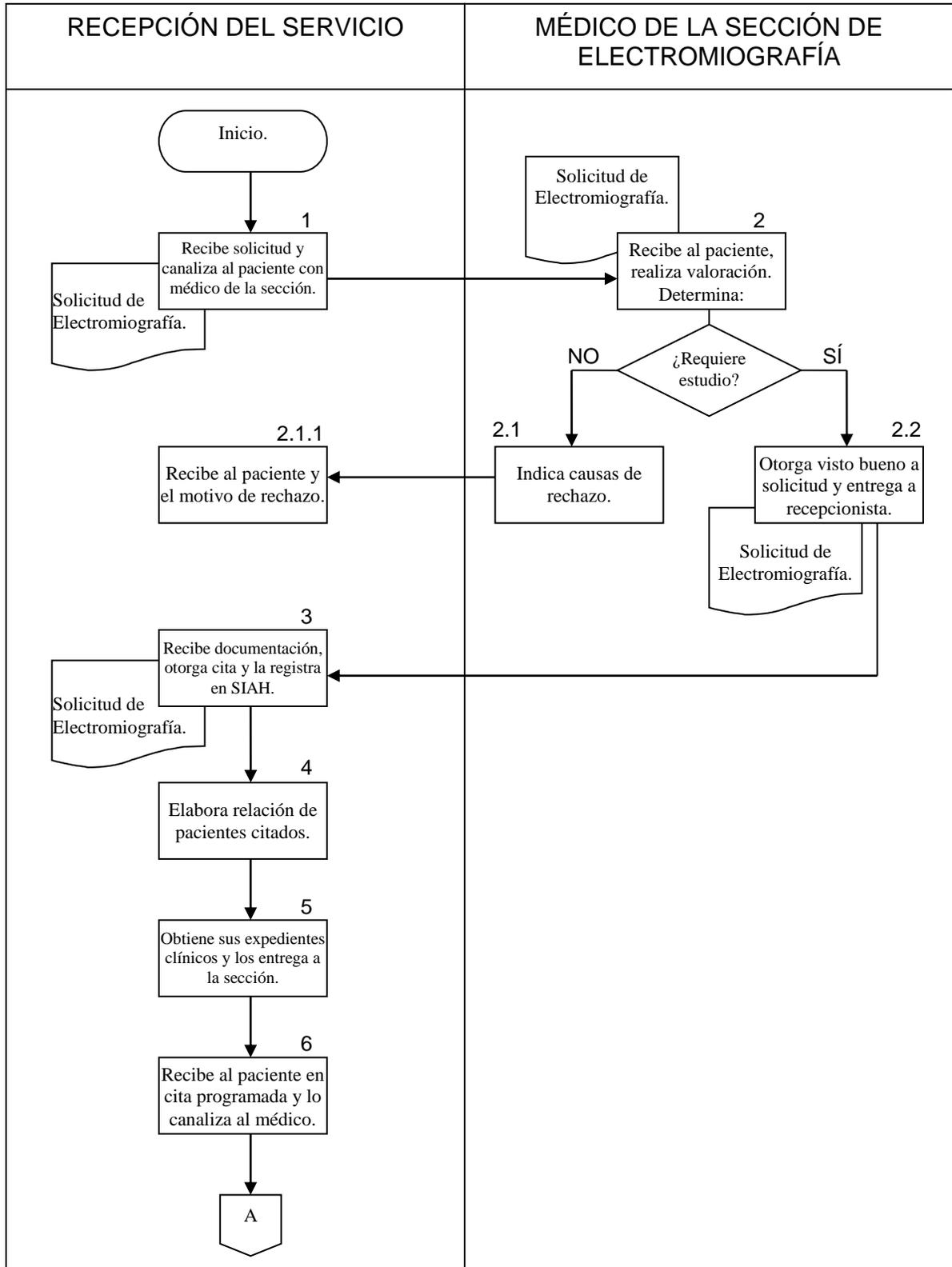


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA.

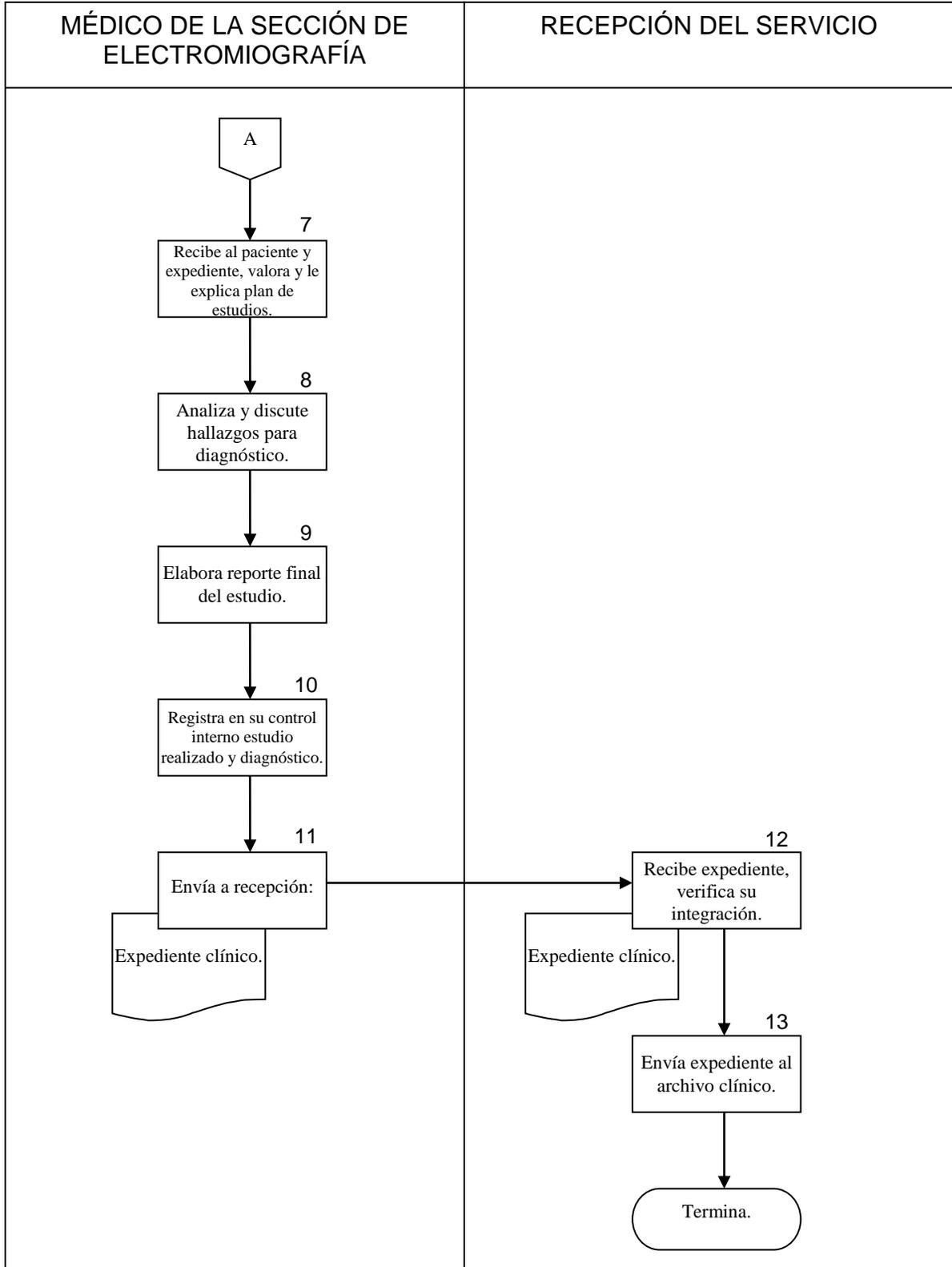
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
5		Obtiene expedientes clínicos, los distribuye en la sección de Electromiografía.
6		Recibe al paciente en la fecha programada y lo canaliza con el médico.
7	MÉDICO DE LA SECCIÓN DE ELECTROMIOGRAFÍA	Recibe al paciente y su expediente, lo interroga con respecto a su padecimiento y le explica en que consiste el estudio. Elabora un plan de las técnicas electrofisiológicas que se van a realizar en ese caso particular.
8		Analiza y discute los hallazgos para obtener conclusión y dar diagnóstico sobre el padecimiento.
9		Elabora reporte final del estudio de electromiografía en formato específico. Con base en el análisis, estudio de los hallazgos y conclusiones obtenidas, prepara el reporte y lo firma, lo archiva temporalmente en el expediente clínico. Registra actividades en el Informe Diario de Labores del Médico (SM – 10).
10		Registra en control interno de la sección: nombre, edad, sexo, tipo de estudio realizado, diagnóstico de electromiografía, número de expediente y servicio de envío.
11		Envía expediente a la recepción con la documentación integrada.
12	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe expediente con la documentación, verifica su integración o en su caso integra la documentación.
13		Envía expediente con Informe Diario de Labores del médico al archivo clínico. <u>Termina procedimiento.</u>

UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA.





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA.





**56. – PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
Y/O AMBULATORIOS A REHABILITACIÓN**



**PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O
AMBULATORIOS A REHABILITACIÓN**

OBJETIVO

Identificar y proporcionar rehabilitación a los pacientes hospitalizados o ambulatorios hasta su recuperación, aplicando las técnicas de rehabilitación más avanzadas.



**PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O
AMBULATORIOS A REHABILITACIÓN**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Todo paciente interno deberá ser canalizado a este servicio mediante la Solicitud de Interconsulta avalado por el Jefe del Servicio solicitante.
2. El Médico de Rehabilitación Física, antes de aplicar el tratamiento necesario, deberá valorar al paciente y determinar la procedencia de la rehabilitación, en caso de que sea improcedente deberá informar las causas al Médico solicitante.
3. La rehabilitación a los pacientes se realizará de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio, y deberá ser siempre supervisada por el Médico Jefe del Servicio.
4. El Médico Jefe del Servicio deberá valorar la evolución del paciente y determinar su egreso, notificándolo al servicio solicitante y prescribiendo el tratamiento y/o medicamentos necesarios para su rehabilitación total.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PACIENTES A REHABILITACIÓN.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe Solicitud de Interconsulta, corrobora datos del paciente y de los servicios. Envía al Médico de sección.
2	MÉDICO DE LA SECCIÓN	Recibe Solicitud de Interconsulta, firma acuse, verifica datos y acude al servicio.
3		Localiza al paciente en el servicio correspondiente, obtiene su expediente clínico y realiza valoración rehabilitatoria inicial. Determina:
3.1		¿Reúne criterios de inclusión? No. Informa causas de exclusión en tratamiento rehabilitatorio al Médico tratante y registra información en expediente, en la solicitud de Interconsulta.
3.1.1		Registra información de consulta y valoración del paciente y mantiene actualizada la base de datos de la Sección de Rehabilitación.
3.2		Sí. Elabora y firma Nota de Ingreso del paciente, prescribe tratamiento. Informa al personal de enfermería para obtener apoyo para el tratamiento.
4		Elabora copia para el expediente y lo envía con información y tratamiento al fisioterapeuta. El expediente clínico lo mantiene en custodia en el Área de Hospitalización.
5		Registra información relacionada con las consultas y valoración del paciente, Nota de Ingreso, tratamiento y las labores diarias del médico.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PACIENTES A REHABILITACIÓN.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
6	FISIOTERAPÉUTA	Recibe al paciente con expediente clínico, aplica técnicas rehabilitatorias prescritas por el médico de la sección. Coordina acciones con enfermería para la aplicación del tratamiento.
7		Registra en reporte semanal de actividades, el tratamiento realizado y el número de sesiones.
8		Recibe al paciente basándose en programa autorizado, aplica técnicas rehabilitatorias de acuerdo con la prescripción médica, elabora notas evaluatorias por lo menos cada semana, archiva.
9		Registra información de evolución del paciente y en reporte de actividades (productividad semanal).
10	MÉDICO DE LA SECCIÓN	Solicita semanalmente expediente clínico para valoración del paciente. Vigila su evolución.
11	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Elabora relación de citas para siguiente día, integra expediente y envía al archivo clínico. Obtiene expedientes, los canaliza con el médico de sección.
12	MÉDICO DE LA SECCIÓN	Recibe semanalmente expediente clínico para valoración del paciente.
13		Revisa evolución del paciente en tratamiento de rehabilitación, en caso de mejoría esperada, elabora nota de alta de programa hospitalario y prescribe tratamiento dentro del programa domiciliario. Orienta a familiar del paciente para aplicar el tratamiento.
14		Registra información en expediente y en el Informe Diario de Labores del Médico



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

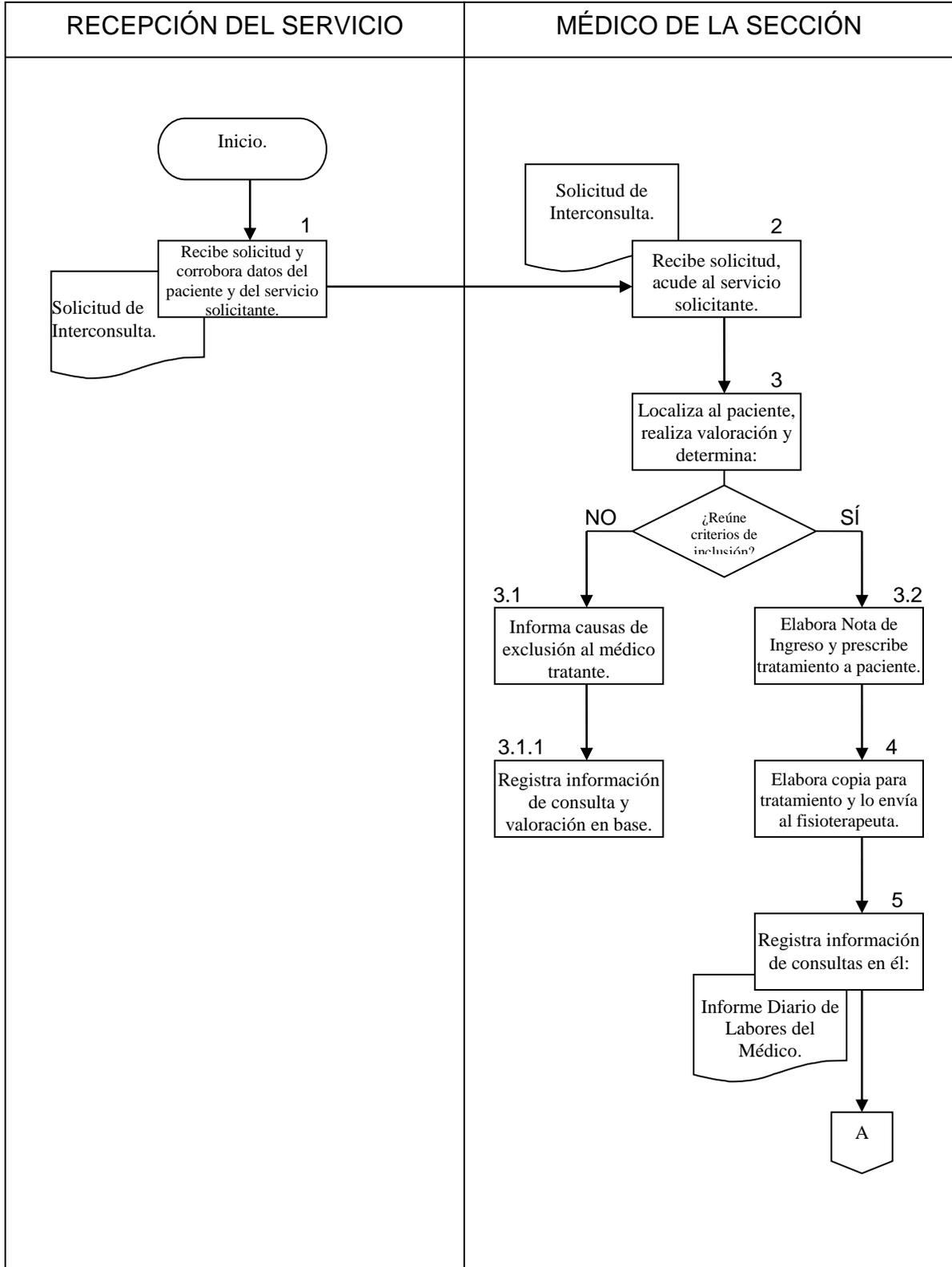


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PACIENTES A REHABILITACIÓN.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
15		Entrega expediente clínico para su archivo. Indica otorgar cita de control.
16	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe expediente, envía al archivo clínico, otorga cita de control subsecuente en carnet y lo entrega al paciente.
17		Registra cita de control subsecuente y elabora relación de citas para el siguiente día.
18		Obtiene expediente clínico del paciente, recibe al paciente en tratamiento, verifica cita y lo turno junto con el expediente al médico de la sección.
19	MÉDICO DE LA SECCIÓN	Obtiene expediente, recibe al paciente, realiza valoración subsecuente e indica cambios en prescripción de tratamiento. Determina: ¿Es alta definitiva?
19.1		No. Indica continuar con tratamiento, prescribe modificaciones al tratamiento.
19.1.1		Registra información en expediente clínico y en el Informe Diario de Labores del Médico.
19.2		Sí. Elabora alta definitiva del paciente, registra información en expediente clínico y en el Informe Diario de Labores del Médico.
20		Envía expediente clínico a la recepcionista para tramite.
21	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Recibe expediente clínico, lo envía al archivo clínico para su custodia y trámite correspondiente. <u>Termina procedimiento.</u>

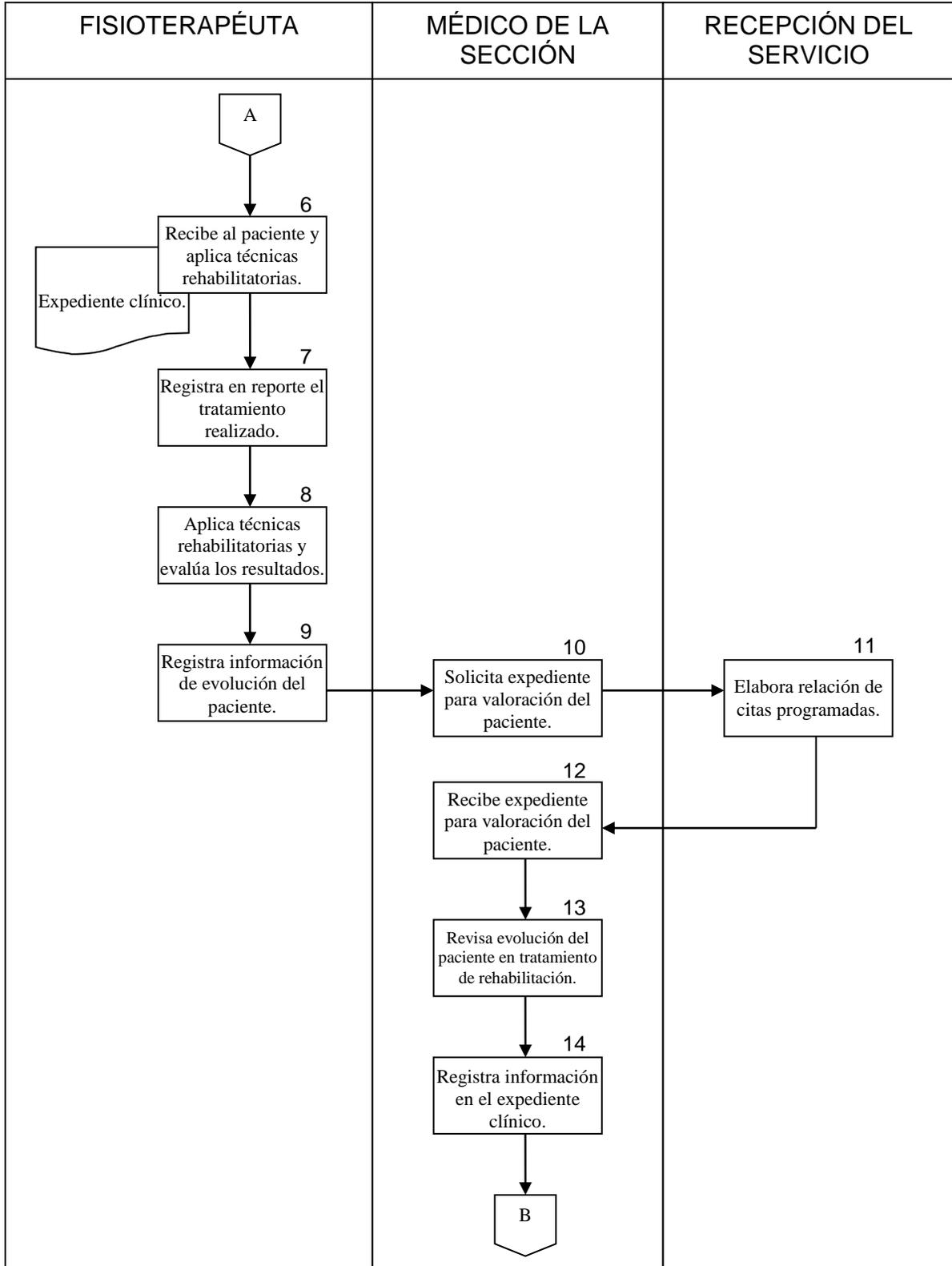


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PACIENTES A REHABILITACIÓN.

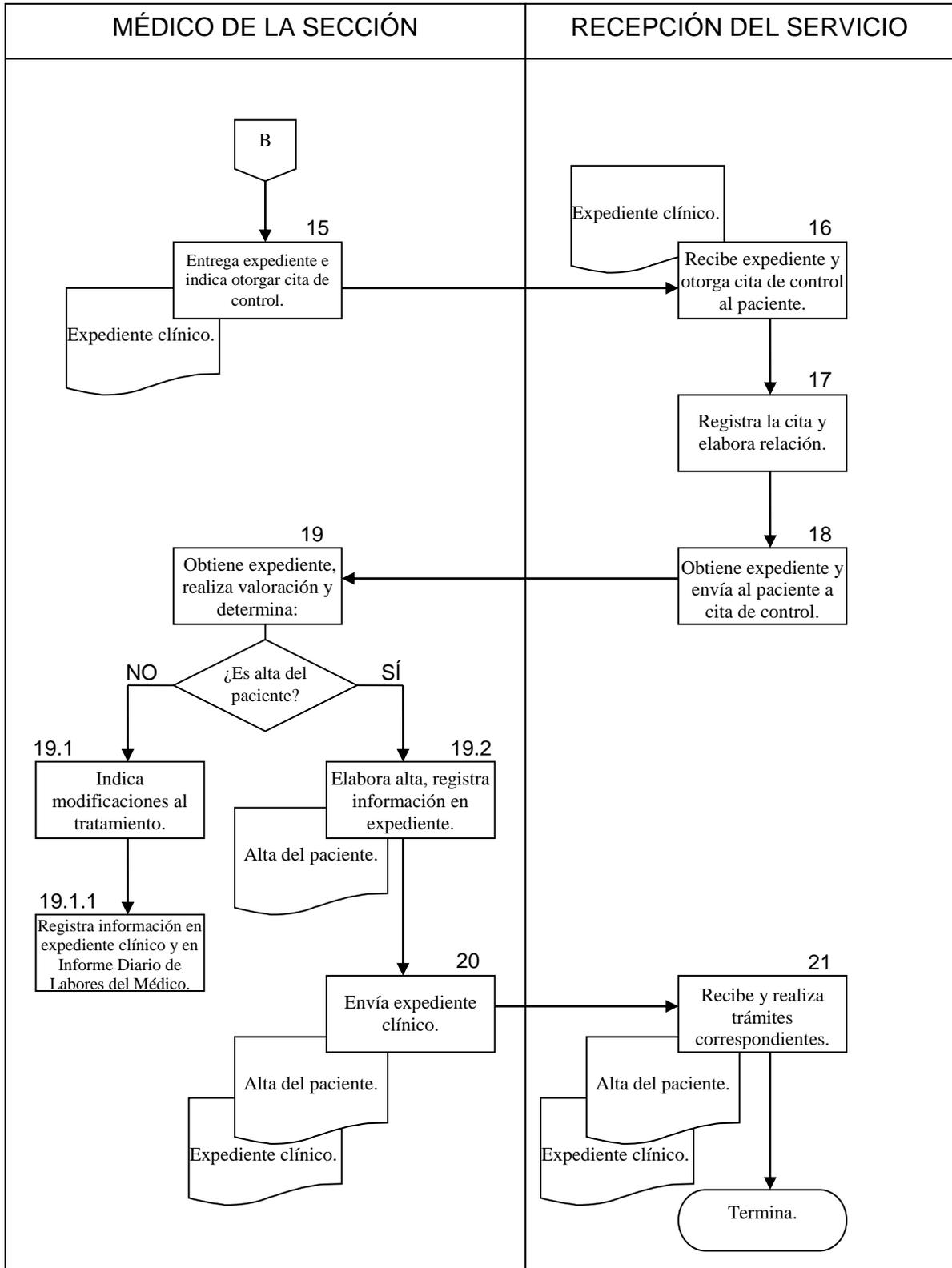




UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PACIENTES A REHABILITACIÓN.



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PACIENTES A REHABILITACIÓN.





**57. – PROCEDIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO
(LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA)**



**PROCEDIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO
(LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA)**

OBJETIVO

Utilizar el tratamiento Médico – Técnico (Logopédico y Musicoterapia) como apoyo para establecer diagnóstico, rehabilitación y curación de pacientes, de acuerdo a su patología.



**PROCEDIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO
(LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA)**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El servicio hospitalario o Médico Especialista deberá elaborar la Solicitud de Interconsulta, en caso de que sea pertinente, o en su caso la Solicitud de Referencia SM1 – 17, para solicitar la aplicación de este tipo de tratamiento.
2. El Médico Especialista del servicio de Foniatría y Audiología, deberá valorar al paciente y determinar la factibilidad de este tratamiento, en caso contrario deberá informar al área solicitante las causas o motivo del rechazo.
3. El Médico Jefe de servicio deberá autorizar la aplicación del tratamiento de Foniatría y Audiología, asimismo deberá supervisar y evaluar periódicamente la atención que se le proporcione al paciente.
4. Al término de tratamiento se deberá emitir un diagnóstico, así como establecer el tratamiento a seguir y medicamentos para su rehabilitación, proporcionando esta información en forma interna al Médico solicitante, o en su caso a la Unidad Médica que refirió al paciente.
5. El Servicio de Foniatría y Audiología deberá reportar mensualmente, las actividades realizadas y pacientes estudiados mediante las técnicas de Foniatría y Audiología, así como los resultados de los mismos.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO (LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA).

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO ESPECIALISTA	Recibe al paciente en cita programada, junto con su expediente, revisa antecedentes de consulta anterior, procede a la consulta, indica al paciente el procedimiento del tratamiento. Determina:
1.1		¿Requiere tratamiento técnico?
1.2		No. Proporciona tratamiento médico, basándose en las necesidades del paciente, junto con el Médico tratante.
2	RECEPCIÓN DEL SERVICIO	Sí. Otorga cita para inicio del tratamiento, registra información en sistema, asimismo registra actividades en Hoja de Evolución y en el Informe Diario de Labores del Médico. Canaliza información y paciente a la recepción del servicio.
3		Recibe al paciente con la siguiente documentación: diagnóstico y tratamiento técnico y Hoja de Evolución. Ordena la documentación, la integra al expediente, lo envía al archivo clínico.
4		Anota cita en el carnet del paciente y se lo entrega.
		Recibe los expedientes clínicos del archivo. Basándose en las citas programadas establecidas en el Informe Diario de Labores del Médico, verifica hora de cita del paciente y lo canaliza con el expediente al técnico de Foniatría.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO (LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA).

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
5	TÉCNICO DE FONIATRÍA	Recibe al paciente en cita programada para el desarrollo del Tratamiento específico programado, revisa antecedentes en Hoja de Evolución del expediente, inicia tratamiento determinado, llevando a cabo el registro y control de su aplicación.
6		Instruye al paciente y familiares sobre el plan y procedimiento del tratamiento, asimismo solicita el apoyo y cooperación en la aplicación del programa de tratamiento.
7		Registra en Hoja de Evolución y en el sistema, la información generada en la aplicación del programa de tratamiento técnico.
8		Imprime los documentos, los integra al expediente clínico basándose en la evolución del paciente, otorga nueva cita e informa al paciente y lo envía a la recepción del servicio.
9		Recibe al paciente en cita programada, valora evolución del paciente, procede con la aplicación del tratamiento de acuerdo a sesiones establecidas.
10	Registra en la Hoja de Evolución las condiciones del paciente, la valoración del tratamiento aplicado. Asimismo registra la información en el Informe Diario de Técnicos. Envía al paciente cada 4 semanas a revisión del Médico Especialista, para su evaluación con relación a sus complicaciones, modificaciones o suspensión.	



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO (LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA).

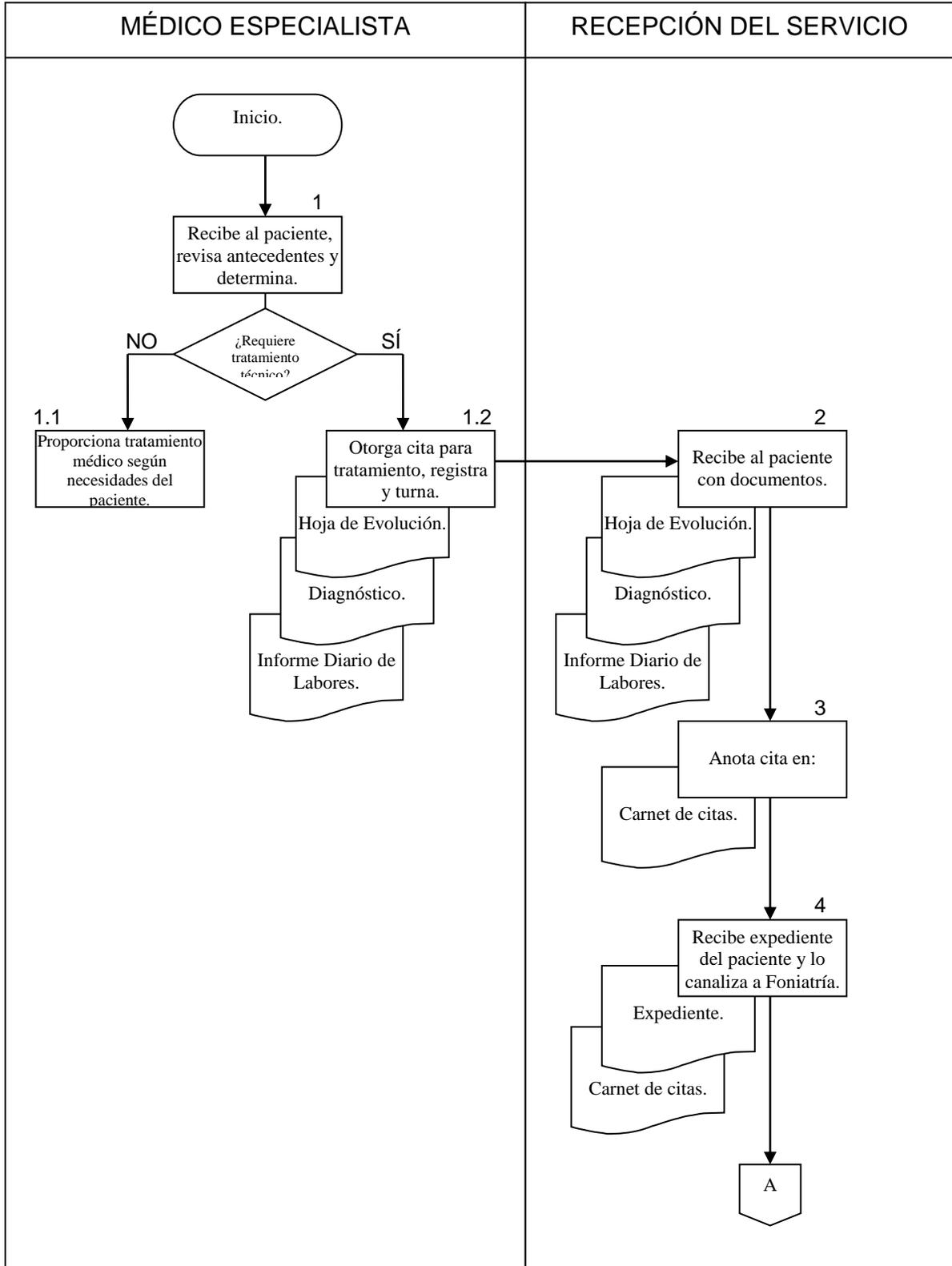
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
11	MÉDICO ESPECIALISTA	<p>Recibe al paciente, revisa antecedentes registrados en el expediente clínico y en el sistema, realiza valoración médica y determina los resultados del tratamiento</p> <p>¿Es alta del paciente en foniatría?</p> <p>11.1 No. Registra a través del sistema, en la Hoja de Evolución, la opinión médica sobre continuar con la aplicación del mismo tratamiento, modificarlo o suspenderlo.</p> <p>11.2 Sí. Analiza la terminación del tratamiento para su alta o canalización a otra Unidad Hospitalaria, otorgando la Hoja de Contrarreferencia correspondiente.</p> <p>Termina procedimiento.</p>



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



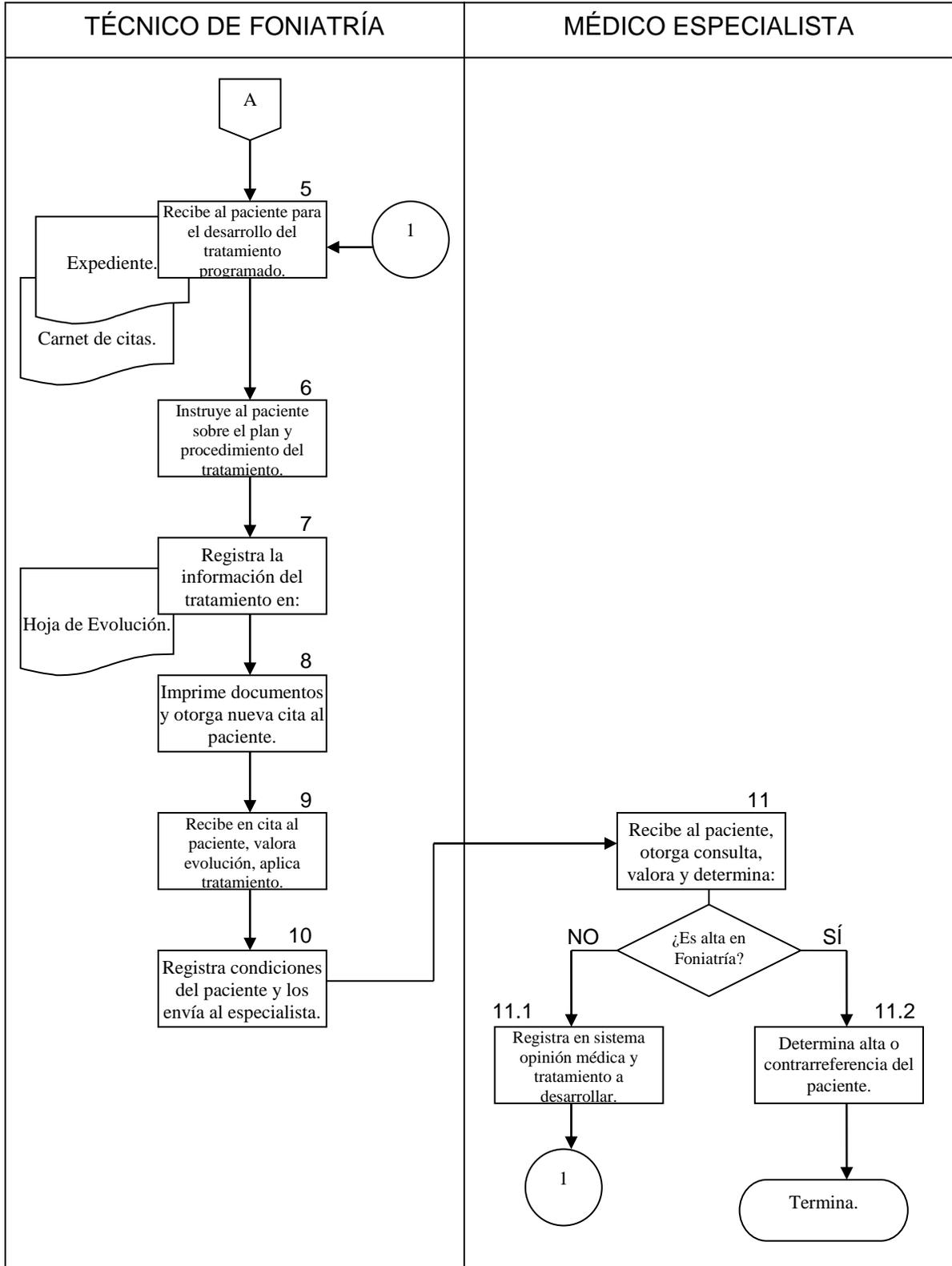
UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO (LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA).





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO MÉDICO – TÉCNICO (LOGOPÉDICO Y MUSICOTERAPIA).





58. – PROCEDIMIENTO PARA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA



PROCEDIMIENTO PARA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

Proporcionar atención médica a los pacientes egresados del C.M.N. “20 de Noviembre”, que por sus características físicas, no puedan asistir a la Unidad Hospitalaria.



PROCEDIMIENTO PARA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico Visitador deberá valorar al paciente en su domicilio y determina la necesidad de atención médica domiciliaria.
2. Deberá formular un reporte de su visita y solicitar al Servicio de Extensión Hospitalaria la atención domiciliaria de Enfermería, definiendo claramente las necesidades de equipo médico y medicamentos que sean necesarios para la atención del paciente.
3. El Servicio de Extensión Hospitalaria deberá formular un programa de trabajo de visitas de enfermería a domicilio, de acuerdo a los recursos con los que cuenta.
4. El Servicio de Extensión Hospitalaria, deberá notificar al personal asignado, por lo menos con 24 horas de anticipación, el programa de visitas domiciliarias que debe realizar.
5. Asimismo deberá proporcionarle el equipo y medicamentos para las curaciones y el medio de transporte para su traslado, a las visitas programadas que debe realizar.
6. El personal asignado a la visita domiciliaria deberá proporcionar la atención necesaria al paciente, tomando en cuenta la gravedad del padecimiento y hacer hincapié a sus familiares sobre las condiciones de higiene, alimentación y cuidados que se le deben otorgar al



PROCEDIMIENTO PARA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA

7. Al término de la visita domiciliaria deberá formular un reporte de la atención que se le proporcionó al paciente, su estado de salud y su evolución, el cual debe de integrarse al expediente clínico.

8. El Médico Visitador es el único facultado para extender la Licencia Médica al trabajador, de acuerdo a la evolución o estado de salud de este tipo de pacientes.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO VISITADOR	Solicita, basándose en la evolución del paciente, curación a domicilio mediante el informe establecido en la Hoja de Evolución al Servicio de Enfermería.
2		Registra la Solicitud de Atención Domiciliaria de Enfermería en el sistema, archiva información.
3	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe expediente clínico con orden de curación en la Hoja de Evolución registrada en el sistema y en el expediente.
4		Registra orden de curación, fecha, nombre del paciente, domicilio, datos de localización y motivos de la atención, y entrega información a la Enfermera General.
5		Envía el expediente clínico a la sección del archivo para su guarda y custodia.
6	ENFERMERA GENERAL	Recibe la información del ingreso de paciente domiciliario para su atención. Obtiene la solicitud para su atención.
7		Programa la visita para curación del paciente con base en áreas o zonas geográficas asignadas al personal de Enfermería. Elabora relación de órdenes de curación y determina el equipo y material requeridos.
8		Elabora Solicitud de Material de Curación, tramita firma de solicitud y envía a la Central de Equipo y Esterilización.
9		Obtiene material de curación y equipo de curación. Entrega el material y el



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA.

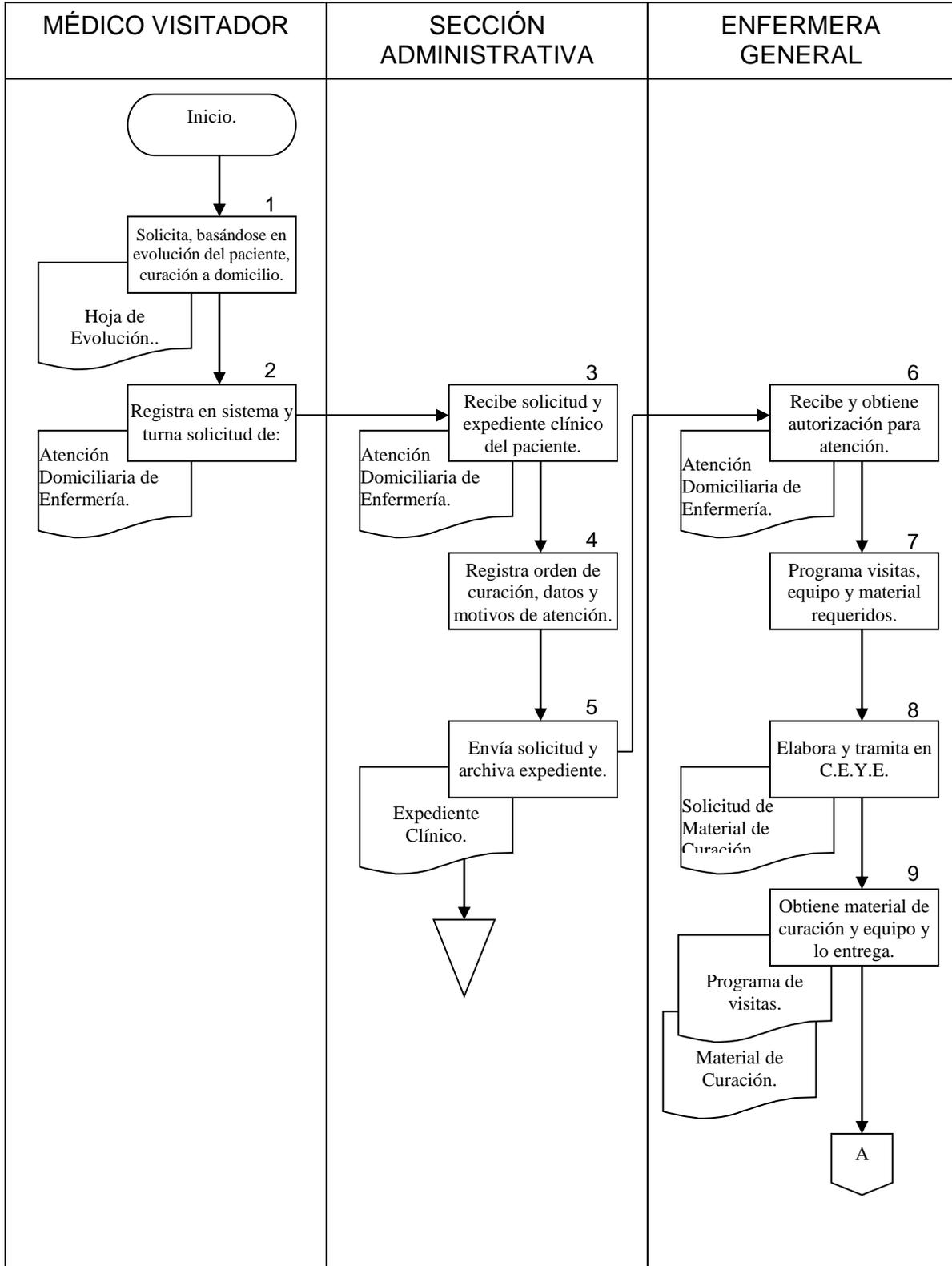
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
10	ENFERMERA VISITADORA	Equipo con el Programa de Visitas a la Enfermera Visitadora para su ejecución. Recibe con un día de anticipación el Programa de Visitas Domiciliarias para curación, material y equipo de curación. Se traslada al domicilio del paciente.
11	ENFERMERA VISITADORA	Revisa condiciones generales del paciente, aseo personal, aseo de la habitación, de la cama, ventilación y cuidados que le prestan y son necesarios. Realiza, de acuerdo a las normas establecidas, la curación al paciente.
12	ENFERMERA VISITADORA	Realiza observaciones al familiar sobre las medidas higiénicas y alimentarias, enseña al familiar para que movilice adecuadamente al paciente, instruye sobre el manejo de sondas y equipo de apoyo.
13	ENFERMERA VISITADORA	Anota condiciones del paciente y actividades realizadas en la Hoja de Evolución. Entrega información a la Sección Administrativa de Extensión Hospitalaria.
14	ENFERMERA VISITADORA	Recibe información, revisa Hoja de Evolución sobre las anotaciones determinadas por enfermería.
15	ENFERMERA VISITADORA	Registra la información en el control del sistema y en la Hoja de Evolución, asimismo registra próxima cita.
16	ENFERMERA VISITADORA	Recibe información de las actividades realizadas en la visita domiciliaria, por la enfermería.
17	ENFERMERA VISITADORA	Integra documentación al expediente clínico, archiva información. <u>Termina procedimiento.</u>



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

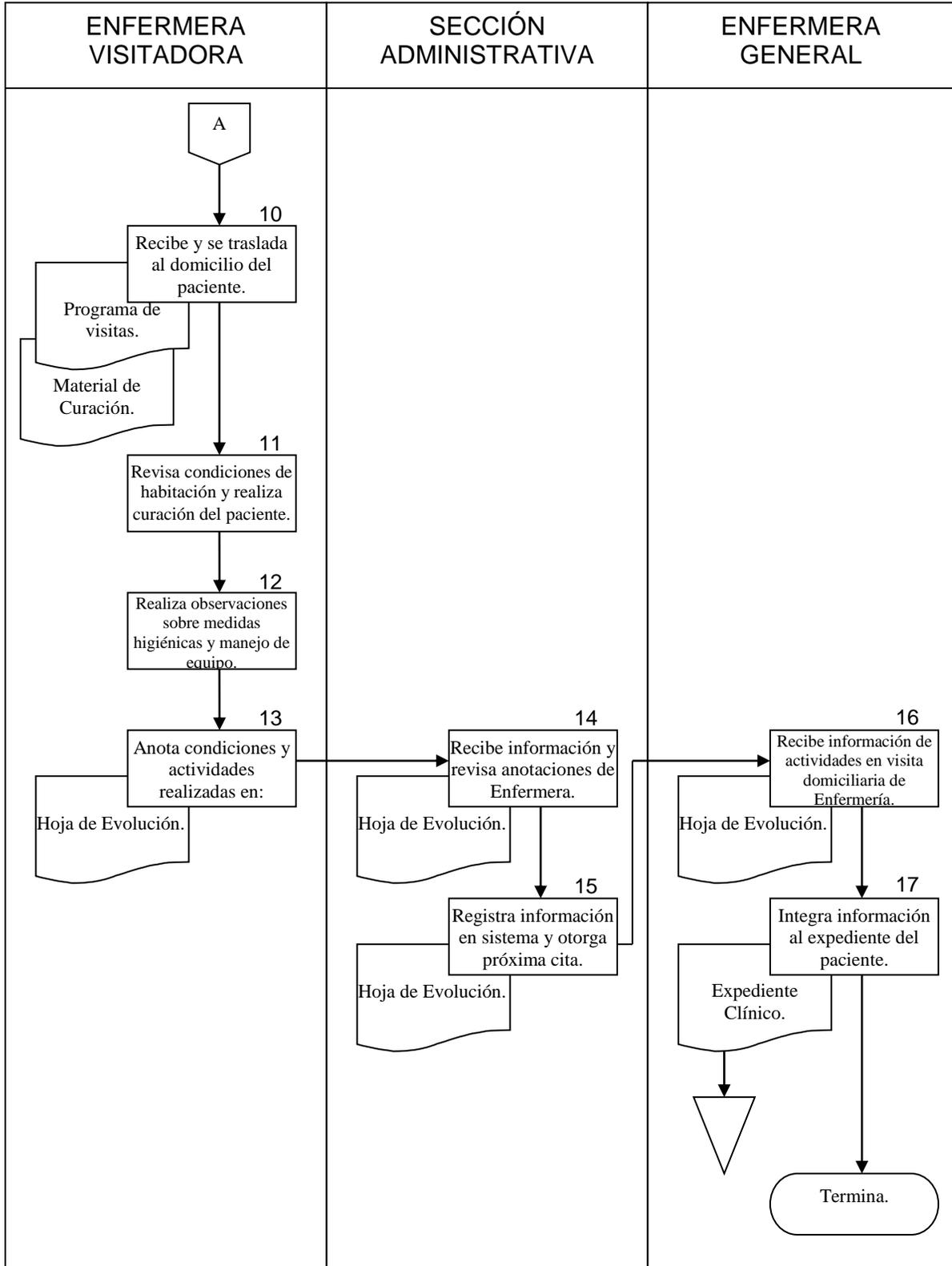


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA.





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA.





59. – PROCEDIMIENTO PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO



PROCEDIMIENTO PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO

OBJETIVO

Proporcionar en forma adecuada y oportuna el oxígeno medicinal, a los derechohabientes que lo requieran por su estado de salud.



PROCEDIMIENTO PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La Unidad Jurídica del Hospital será la responsable de realizar los convenios y contratos para la subrogación de oxígeno medicinal, los cuáles deberán realizarse de acuerdo a la normatividad institucional establecida al efecto.
2. La Dirección del Hospital, el Servicio de Extensión Hospitalaria o la Unidad de Subrogación deberá validar y autorizar las solicitudes de oxígeno a domicilio.
3. La Subdirección Administrativa será la responsable de controlar las solicitudes de oxígeno a domicilio.
4. El Médico Tratante prescribirá oxígeno únicamente en la receta médica, estableciendo el día de inicio y termino, así como el diagnóstico por el cual se genera dicha receta.
5. La persona autorizada para autorizar el servicio deberá de realizar las gestiones ante la empresa contratada subrogada para la dotación del oxígeno solicitado, elaborando la remisión correspondiente debidamente foliada.
6. El proveedor autorizado deberá instruir al paciente y/o sus familiares, sobre el uso del equipo de oxígeno.



PROCEDIMIENTO PARA SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO

7. El Médico tratante deberá informar al paciente que por ningun motivo podrá solicitar oxígeno a otra unidad médica, sin su prescripción autorizada.

8. El paciente y/o sus familiares deberán notificar la suspensión del servicio de oxígeno al Hospital y al proveedor, por internamiento o fallecimiento del derechohabiente.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Determina, con base en el estado de salud del paciente, el requerimiento del uso de oxígeno en el domicilio del paciente, como complemento de su rehabilitación.
2		Elabora Solicitud de Suministro de Oxígeno con datos del paciente, del servicio y médico tratante, anota su clave y firma, envía a la sección administrativa del Servicio de Extensión Hospitalaria.
3	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe Solicitud de Oxígeno para realizar trámites de suministro. Prepara receta – orden de suministro.
4		Verifica que la Solicitud de Oxígeno contenga los datos del paciente, domicilio, datos del médico, clave, el tiempo que se proporciona el servicio y croquis de localización.
5		Registra datos en tarjeta de control, así como el tipo de servicio que se proporciona, archiva control.
6		Lleva a cabo la aplicación del convenio para suministro de oxígeno con la compañía subrogatoria.
7		Realiza trámites de suministro con proveedor, proporciona datos del paciente, domicilio y unidades requeridas. Obtiene número de pedido.
8	PROVEEDOR	Recibe solicitud del servicio, atiende la solicitud de oxígeno, toma conocimiento de datos y domicilio del paciente.
9		Suministra oxígeno en el domicilio del paciente. Recaba acuse de recibo.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO.

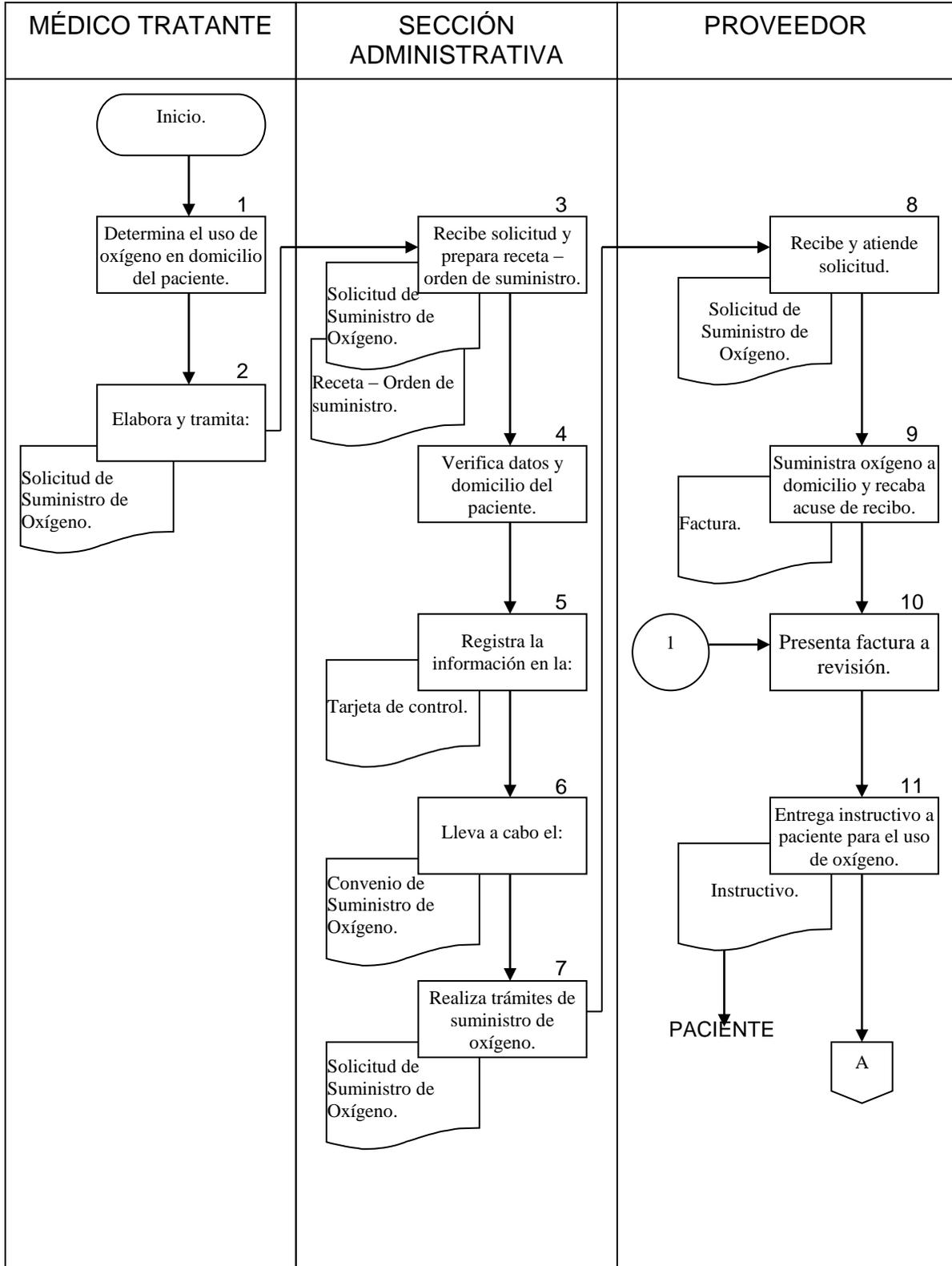
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
10		Presenta a revisión de la sección administrativa la factura por los servicios otorgados, con acuse de recibo del paciente o familiar.
11		Entrega tarjeta con instructivo al paciente o familiar, instruye al derechohabiente o familiar sobre el procedimiento a seguir para obtener el repuesto de oxígeno y la documentación que debe firmar al proveedor.
12	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Registra información del suministro en el expediente clínico del paciente.
13		Recibe del proveedor la factura, verifica la información con la receta – orden en el expediente y que contenga el acuse de servicio recibido del paciente. Determina: ¿Está correcto?
13.1		No. Indica observaciones en factura, devuelve documentación al proveedor para su corrección.
13.2		Sí. Registra entrada en control. El titular del servicio sella y firma copia de la factura.
14		Registra información y emite Pedido al Almacén, firma de autorización.
15		Entrega factura sellada y firmada. Indica al proveedor iniciar trámite de pago y archiva en el expediente copia de la factura y 3er copia del Pedido al Almacén.
16	PROVEEDOR	Recibe factura sellada y firmada de conformidad, tramita para su cobro. <u>Termina procedimiento.</u>



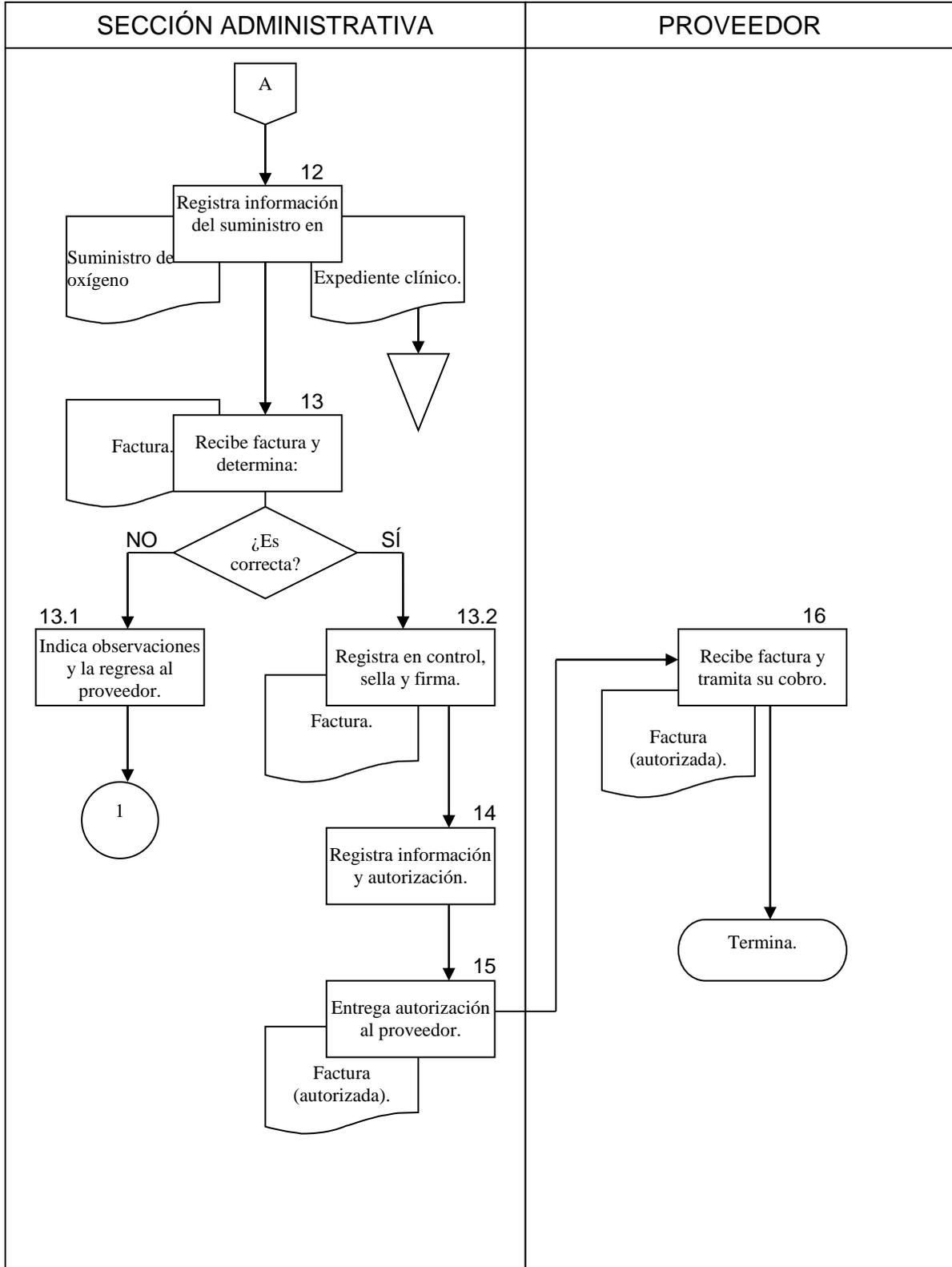
CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO.



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SUMINISTRO DE OXÍGENO A DOMICILIO.





**60. – PROCEDIMIENTO PARA PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE
APOYO A PACIENTES**



**PROCEDIMIENTO PARA PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A
PACIENTES**

OBJETIVO

Proporcionar el equipo médico prescrito, que necesite el derechohabiente para su rehabilitación, en su domicilio.



**PROCEDIMIENTO PARA PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A
PACIENTES**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Se proporcionará el equipo médico a domicilio, únicamente a solicitud expresa del médico tratante, derivado de la valoración de su salud y su evolución.
2. El Servicio de Extensión Hospitalaria deberá validar y autorizar las solicitudes de préstamo de equipo a domicilio.
3. De acuerdo al Inventario de Equipo Médico, deberá programar su asignación y en caso de no tener en existencia deberá realizar las acciones necesarias para tenerlo a la disposición.
4. El Médico Tratante prescribirá el uso de equipo médico estableciendo en la receta médica, el diagnóstico y las necesidades de su utilización.
5. Se deberá extender un pagaré por el costo del equipo médico prestado, el cual deberá ser firmado por el paciente o sus familiares.
6. Se deberá realizar permanentemente a través del Médico visitador o Enfermera el control y seguimiento del uso del equipo.
7. El Médico visitador deberá verificar trimestralmente la vigencia de derechos del derechohabiente y valorar la necesidad, en su momento, del retiro del equipo.
8. El Médico visitador, de acuerdo a la valoración del paciente, estará facultado para extender las licencias médicas necesarias, las cuáles deberán ser tramitadas en el Centro hospitalario.



**PROCEDIMIENTO PARA PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A
PACIENTES**

9. En caso de que ya no sea utilizado el equipo por internamiento o fallecimiento del paciente deberá ser notificado a la Unidad Hospitalaria la cual realizará una revisión del mismo, y regresará el pagaré firmado por el paciente y/o familiar, en caso de desperfecto o falla se les notificará de los gastos a cubrir para su reparación.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO VISITADOR	Obtiene expediente clínico del paciente, valora al paciente. Establece la necesidad de solicitar equipo de apoyo para tratamiento del paciente, especifica tipo de equipo que se requiere, el tiempo probable de uso y las condiciones de préstamo.
2	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe expediente clínico con Hoja de Evolución, verifica necesidad de equipo tipo y período de uso. Elabora relación de bienes en original y copia.
3		Registra información en el sistema por la solicitud, el equipo requerido, tipo y período de uso.
4		Verifica que exista el equipo requerido en el almacén del servicio. Entrega relación de bienes a la sección de apoyo de equipo. Recaba acuse de recibo.
5	SECCIÓN DE APOYO DEL EQUIPO	Recibe relación de bienes, verifica que exista disponibilidad de equipo en el almacén del servicio. Informa a la sección administrativa.
6	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe información de disponibilidad del equipo para asignación del paciente. Determina: ¿Existe equipo disponible?
6.1		No. Informa al Médico visitador y al paciente o familiares, la imposibilidad temporal de otorgar en préstamo el equipo solicitado. Informa de su programación para su atención.



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
6.2		Sí. Elabora Hoja de resguardo Temporal en original y 2 copias, y pagaré por el importe del valor de reposición del equipo que se proporcionará al paciente.
7		Recaba en el resguardo y en el pagaré firma del paciente o familiar responsable del equipo, así como de su uso y custodia. Archiva temporalmente la documentación.
8		Elabora Solicitud de Transporte en original y 2 copias. Indica nombre del paciente, domicilio y croquis de localización.
9		Recaba firma del titular del servicio en Resguardo y en Solicitud de Transporte. Registra información en el expediente clínico.
10		Solicita al Servicio de Transporte la solicitud de entrega de equipo, informa domicilio, nombre del paciente y tiempo ofrecido de entrega. Entrega Solicitud de Transporte debidamente firmada con datos y ubicación del paciente.
11		Registra información en control de pacientes y equipo, y turna Solicitud de Transporte.
12	SERVICIO DE TRANSPORTE	Recibe Solicitud de Transporte para la entrega de equipo al paciente en su domicilio, programa la asignación del vehículo. Informa a la Sección de Apoyo de Equipo cuando acudirá a recoger el equipo. Archiva temporalmente pagaré y Solicitud de Transporte.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES.

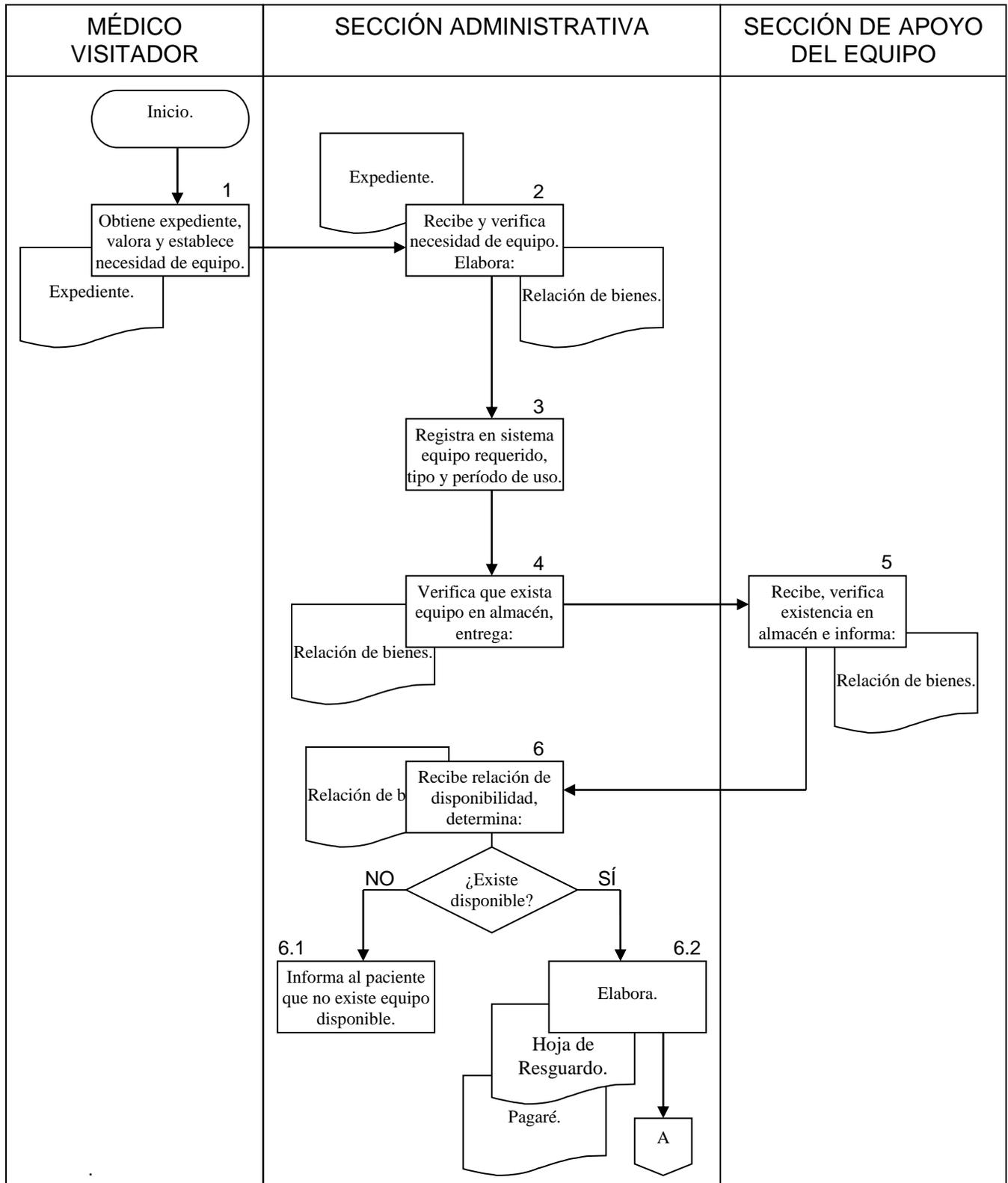
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
13	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe vehículo en fecha programada con el resguardo y pagaré y traslada equipo, con la sección de apoyo.
14		Confronta con la Relación de Bienes, proporciona el equipo requerido, verifica firma de autorización y el período de préstamo. Aborda el vehículo de transporte.
15		Entrega el equipo al paciente, lo instala y acondiciona, recaba firma del paciente o familiar responsable en el resguardo y pagaré. Entrega documentación registrada en la Sección Administrativa.
16		Recibe resguardo y pagaré debidamente firmados, integra la documentación al expediente clínico y registra información en sistema.
17		Elabora, al concluir el período de uso, o en su caso con base en el informe del médico visitador, el alta del paciente o su defunción. Solicita transporte para recoger equipo.
18		Tramita firma del titular del servicio y la entrega al Servicio de Transporte para su atención e informa a la Sección de Apoyo de Equipo.
19		Recibe solicitud para retiro del equipo. Programa la asignación del vehículo.
20		Recibe vehículo en fecha programada, se traslada al domicilio del paciente, recoge el equipo, obtiene el resguardo y entrega pagaré al paciente o familiar.
21		PROVEEDOR



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

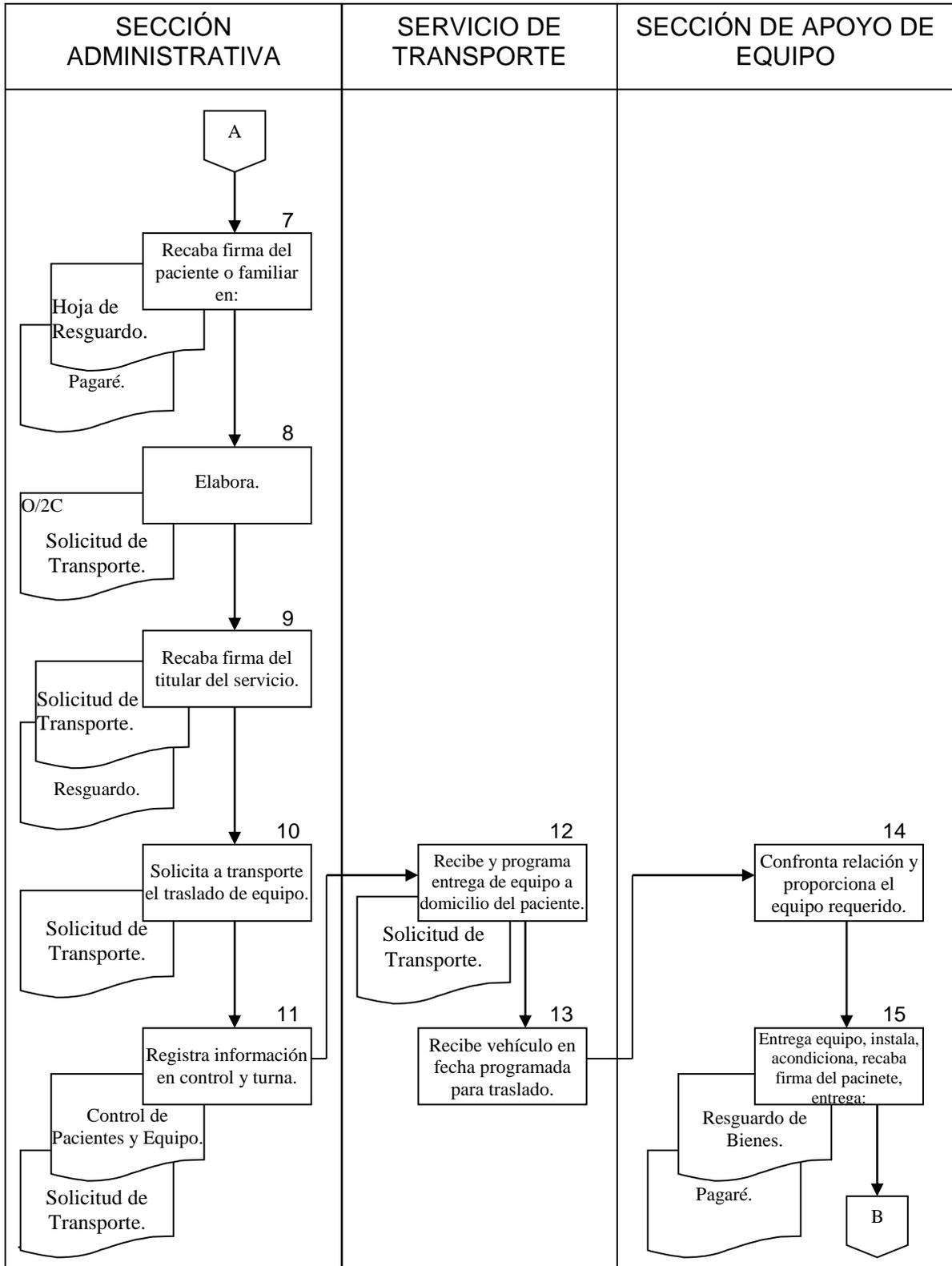


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES.

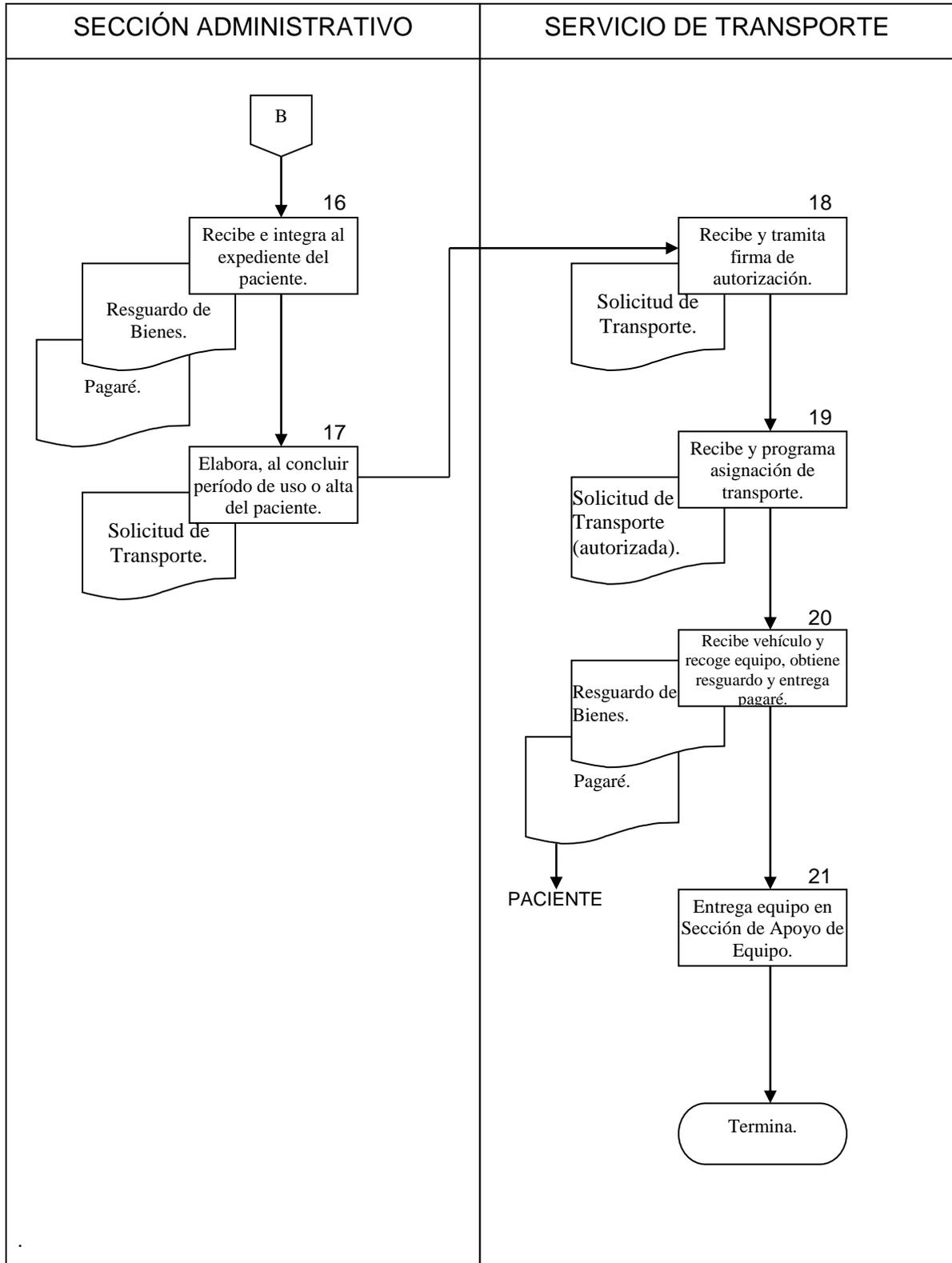




UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES.



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: : PRÉSTAMO TEMPORAL DE EQUIPO DE APOYO A PACIENTES.





61. – PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO



**PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA
EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO**

OBJETIVO

Proporcionar el servicio de toma de muestras a domicilio para efectuar exámenes de laboratorio para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que no puedan acudir al C.M.N. “20 de Noviembre”.



PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. El Médico visitador, de acuerdo a la valoración médica realizada al paciente, formulará la solicitud y requerimiento de análisis clínicos.
2. Deberá entregar dicha solicitud a la Sección Administrativa de Extensión Hospitalaria para que realice el trámite interno correspondiente.
3. La Sección Administrativa deberá formular una Solicitud de Análisis Clínico, especificando claramente el tipo de estudio a realizar al paciente por el laboratorio; solicitando además a la Sección de Transporte su apoyo para el traslado al domicilio indicado.
4. El Laboratorio de Análisis Clínico, de acuerdo a la solicitud, programará el equipo e instrumental médico para la toma del estudio o muestra solicitada.
5. Asimismo realizará el análisis solicitado y proporcionará los resultados al Médico visitador.
6. El Médico visitador, basándose en los resultados de los análisis clínicos, establecerá el diagnóstico y tratamiento para la rehabilitación del paciente o en su caso la necesidad de trasladar al paciente a hospitalización.
7. El Médico visitador, de acuerdo a la valoración del paciente (trabajador), estará facultado para extender las licencias médicas necesarias, las cuáles deberán ser tramitadas en el C.M.N. "20 de Noviembre".



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Página 603

UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO VISITADOR	Determina valoración médica y registra en Hoja de Evolución, requerimiento de análisis clínico.
2		Elabora Solicitud de Análisis, la entrega con el expediente a Sección Administrativa.
3	SECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe expediente clínico con solicitud de estudios, analiza tipo de requerimiento y elabora, en original y tres copias, relación de Ordenes de Análisis Clínicos y los distribuye: Original y copia al Servicio de Laboratorio de Almacén Clínico. 2ª copia a la Sección de Transporte. 3ª copia para acuse de recibo. Archiva en el expediente clínico la Hoja de Evolución y la Solicitud de Análisis Clínico.
4		Registra en el sistema la información generada de la Solicitud de Análisis.
5	SERVICIO LABORATORIO DE	Recibe Solicitud de Análisis Clínico, otorga número de control y fecha en que se proporcionará el servicio. Firma acuse de recibo y entrega.
6		Recibe acuse de recibo con fecha y hora en que se realizará el servicio, informa al paciente o familiar la fecha y hora. Asimismo elabora Solicitud de Transporte, recaba firma del titular del servicio y la envía al servicio de transporte, recaba acuse de recibo.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO.

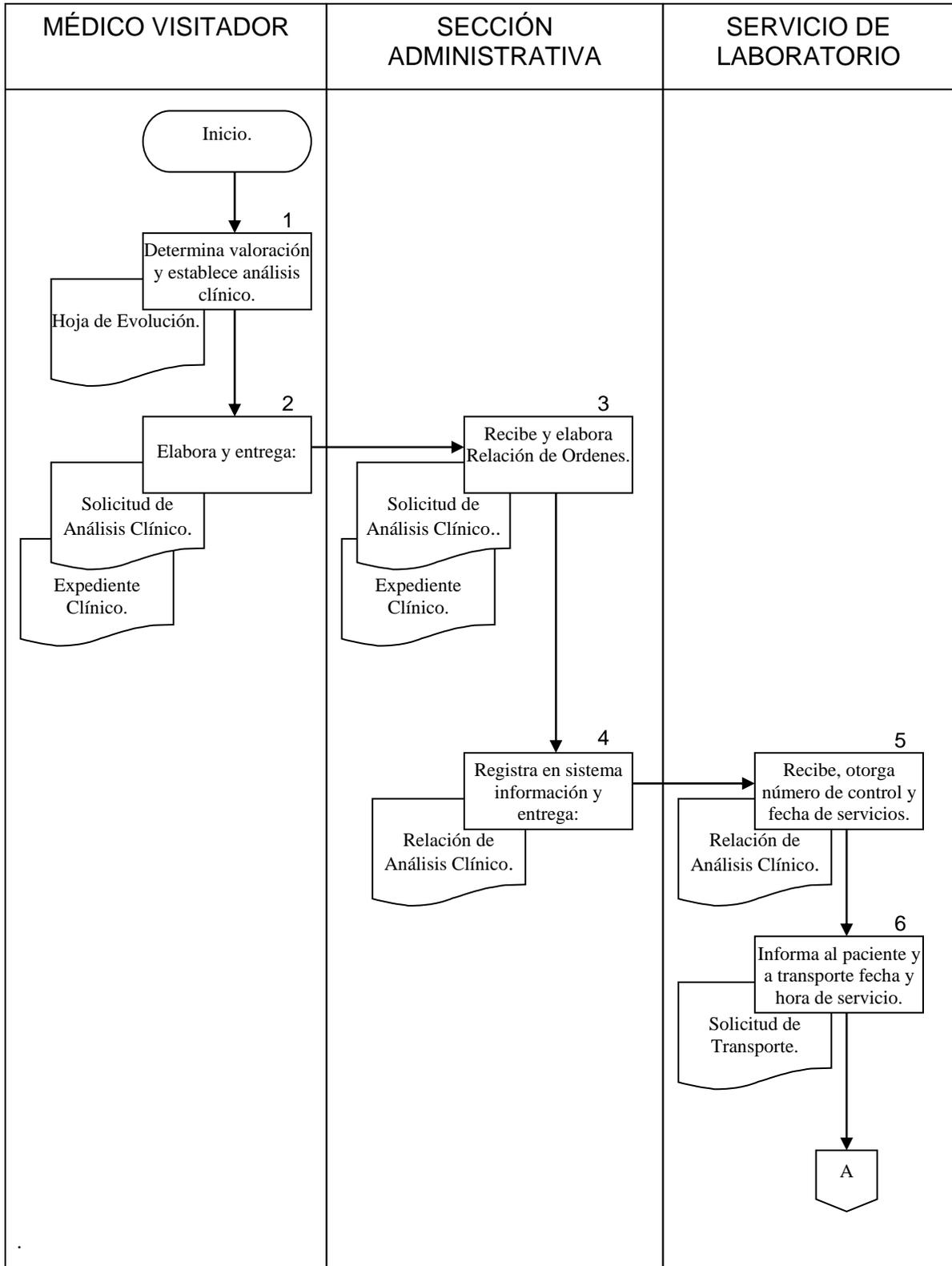
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
7	SECCIÓN DE TRANSPORTE	Recibe segunda copia de la relación de Solicitudes de Análisis Clínicos y la Solicitud de Transporte en original, firma acuse y entrega a la Sección Administrativa.
8		Toma conocimiento de la solicitud para su atención, archiva copia de la Solicitud de Transporte.
9		Transporta al personal de laboratorio para la realización de toma de muestras para el análisis clínico, en horario y fecha programada.
10	SERVICIO DE LABORATORIO	Acude en fecha programada al domicilio del paciente a toma de productos.
11		Realiza análisis solicitado por el Médico visitador, obtiene resultados y proporciona la información.
12		Registra la información de los resultados de los análisis a través del sistema e informa, por este mismo medio a las áreas involucradas.
13		Integra resultados al expediente clínico para consulta del Médico visitador.
14	MÉDICO VISITADOR	Recibe expediente con resultados de los análisis clínicos solicitados, analiza, procede a su consulta y determina diagnóstico. Termina procedimiento.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

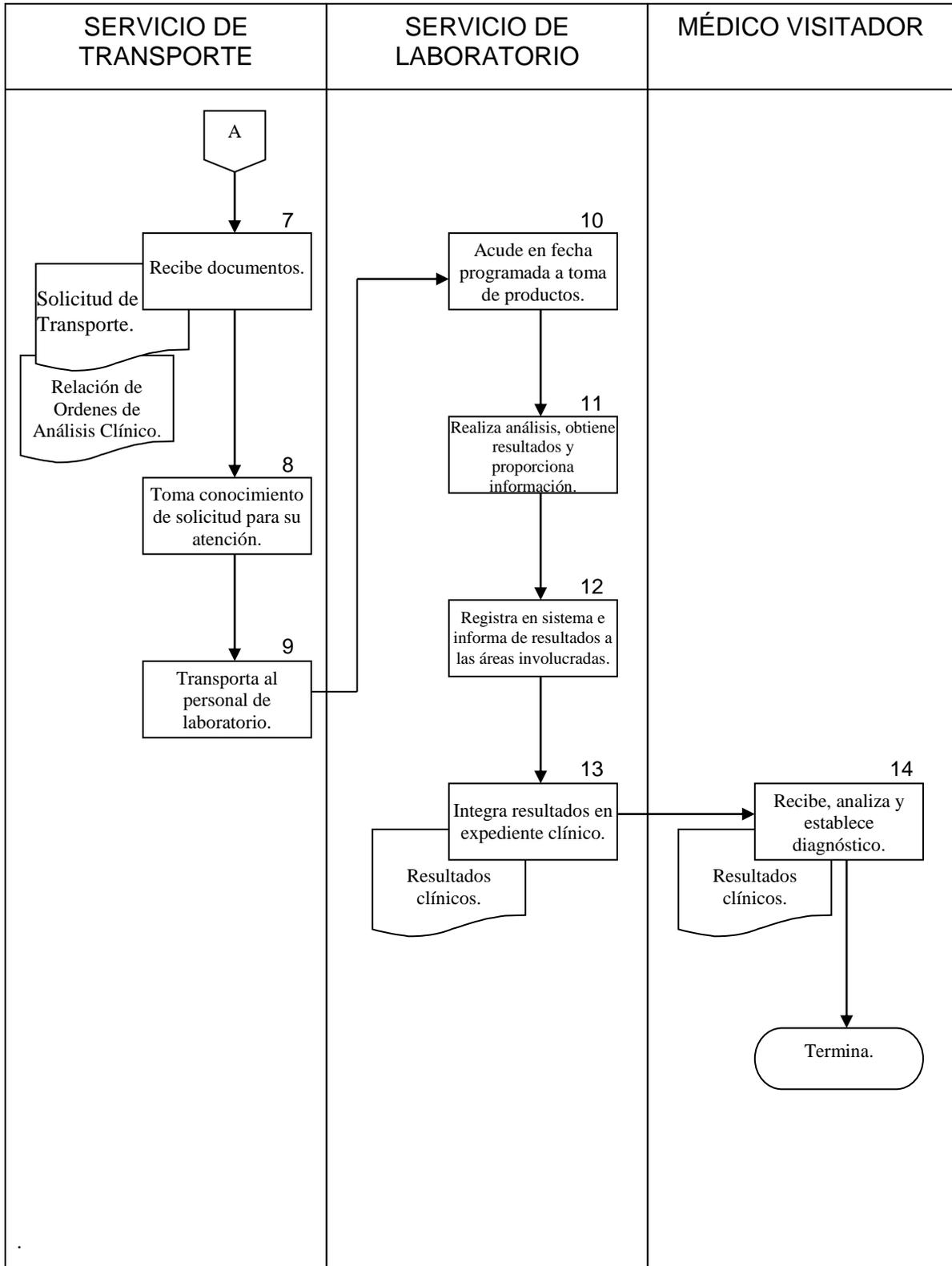


UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO.





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: TOMA DE PRODUCTOS A DOMICILIO PARA EFECTUAR EXÁMENES DE LABORATORIO.





62. – PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN



**PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS
DE RADIOLOGÍA E IMAGEN**

OBJETIVO

Proporcionar el servicio de estudios de radiología e imagen para el apoyo del diagnóstico de pacientes.



PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La solicitud de este tipo estudios deberán realizarse mediante el formato de Solicitud de Interconsulta en caso de que sea paciente interno; en caso de pacientes externos deberá realizarse mediante el formato de Solicitud de Referencia SM1 - 17.
2. El Médico Especialista definirá el tipo de estudio y la intensidad del mismo, de acuerdo a las características patológicas del paciente, y deberá proporcionarle el instructivo de preparación fecha y hora de realización del estudio.
3. El Técnico Radiólogo, deberá preparar el equipo y material necesario para el estudio así como darle las instrucciones necesarias al paciente.
4. El Médico Radiólogo realizará el procedimiento específico de radiología e imagen y basándose en la obtención de imágenes establecerá un diagnóstico del paciente.
5. El auxiliar técnico deberá registrar las actividades desarrolladas en el “Informe Diario de Labores del Servicio de Radiología” anotando:
 - Número de pacientes atendidos.
 - Procedimientos realizados.
 - Material utilizado.



DESCRIPCIÓN



CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Página 611

UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	MÉDICO TRATANTE	Recibe y atiende al derechohabiente, determina que tipo de estudio de radiología e imagen le deben realizar.
2		Registra en el expediente clínico el tipo de estudio a realizar, fecha, nombre del derechohabiente y próxima cita. Comunica al servicio de Radiología e Imagen para programar cita y servicio.
3	RADIOLOGÍA E IMAGEN	Recibe Solicitud de Estudio Radiológico programado, nombre del derechohabiente, tipo de estudio y próxima cita.
4		Verifica si el paciente es ambulatorio, hospitalizado o externo, determina: ¿Es interno?
4.1		No. Proporciona instructivo de preparación de estudio e indica en el carnet del paciente próximas citas (estudios y consulta).
4.1.1	PACIENTE	Recibe instructivo de preparación, fecha y hora de realización del estudio y próxima cita con Médico tratante.
4.1.2	MÉDICO TRATANTE	Verifica historial clínico en caso de que lo amerite.
4.1.3		Clasifica y registra los estudios por tipo y fecha.
4.2	PACIENTE	Sí. Acude en día y hora establecida para la realización de los estudios programados.



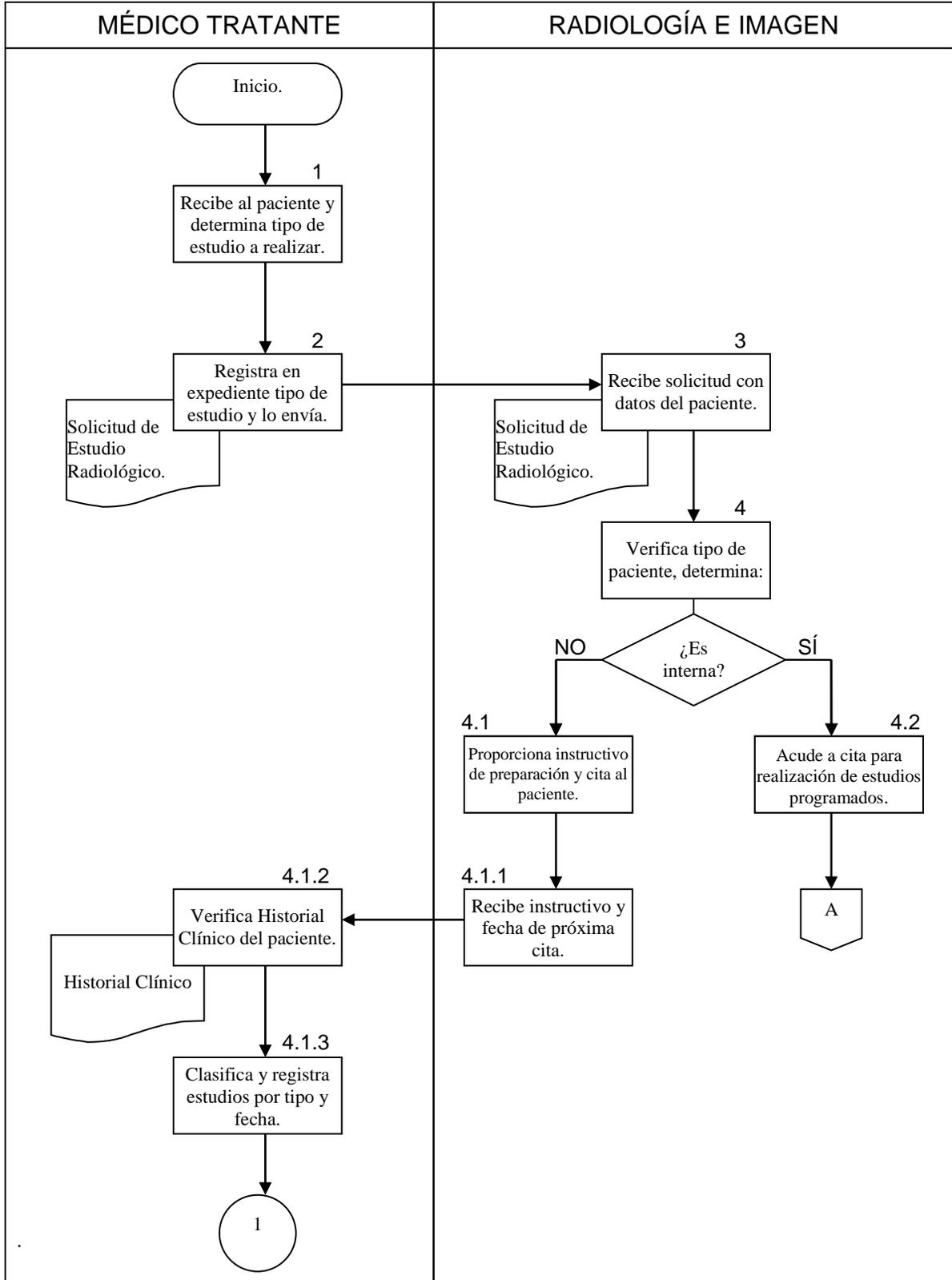
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
5	RECEPCIÓN	Recibe al paciente con hoja de cita, revisa control de citas, corrobora y registra información.
6	TÉCNICO RADIÓLOGO	Proporciona bata al paciente para cambio de ropa, lo prepara y conduce a la sala de estudios.
7	MÉDICO RADIÓLOGO	Realiza procedimiento específico de Radiología e Imagen. Transporta imágenes y en sistema PAC'S obtiene imágenes de estudio.
8		Estudia las imágenes y evalúa los comentarios del Médico Tratante. Emite diagnóstico final.
9	MÉDICO TRATANTE	Recibe imágenes resultantes de los estudios practicados a su paciente e interpreta apoyado en el sistema PAC'S. Determina: ¿Es satisfactorio?
9.1		No. Solicita otros estudios.
9.2		Sí. Turna al paciente de conformidad con su condición y provienencia médica a su área de hospitalización.
10	RECEPCIÓN	Despide al paciente externo, le solicita asistir a su cita con Médico tratante. Termina procedimiento.

UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.





UNIDAD ADMINISTRATIVA: SUBDIRECCIÓN MÉDICA.
 NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN.

